

Rigi Ahmad

Fra: Hollfjord Elin Marlèn
Sendt: 18. oktober 2005 15:51
Til: Postmottak HOD
Emne: VS: Høring om forskrif for kiropraktorer mm

Til føring i sak 200504010

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saknr.: 200504010	Dok.nr.: 47
Arkivkode: 508	Journ dato: 19/10/05
Avd.: KTA	Saksbeh.: EMH
U.ELLA	

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Henrik Sinding-Larsen [mailto:henrik.sinding-larsen@ryggforeningen.no]
Sendt: 18. oktober 2005 14:59
Til: Hollfjord Elin Marlèn
Kopi: 'Bente Tangen'; 'Ryggforeningen i Norge'
Emne: SV: Høring om forskrif for kiropraktorer mm

Til Elin Marlèn Hollfjord HOD

Hei igjen,

Fra vår generalsekretær, har jeg fått tilbakemelding om at den sist sendte versjonen jeg påsto skulle være den riktige, allikevel ikke var rettet. Dokumentet hadde korrekt tekst da den sto på skjermen før jeg sendte den av gårde, men det kan ha oppstått en feil ved at to dokumenter hadde samme navn. For å være sikker sender jeg nå korrigerert versjon med nytt navn, denne gangen forenklet til "Ryggforeningens merknader til Høring 20051014". Jeg håper og tror nå at dette skal være siste melding om dette dokumentet.

Jeg beklager så mye disse problemene.

Vennlig hilsen
 Henrik Sinding-Larsen

Kopi: gen. sekr. i Ryggforeningen i Norge Bente Tangen

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Hollfjord Elin Marlèn [mailto:Elin-Marlen.Hollfjord@hod.dep.no]
Sendt: 18. oktober 2005 08:58
Til: Henrik Sinding-Larsen
Emne: SV: Høring om forskrif for kiropraktorer mm

ok. Det er notert.

mvh

Elin Marlèn Hollfjord
 Rådgiver
 Helse- og omsorgsdepartementet
 Kommunesjennesteavdelingen
 Tlf.: 22 24 84 93
 E-post: emh@hod.dep.no

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Henrik Sinding-Larsen [mailto:henrik.sinding-larsen@ryggforeningen.no]
Sendt: 17. oktober 2005 17:53
Til: Hollfjord Elin Marlèn

Kopi: 'Bente Tangen'

Emne: SV: Høring om forskrif for kiropraktorer mm

Til HOD ved Elin Marlén Hollfjord,

jeg har ved ny korrekturlesning oppdaget noen mindre ortografiske og språklige trykkfeil som jeg har tillatt meg å korrigere i ny vedlagt versjon med samme dokumentnavn som det tidligere tilsendte dokument. Jeg håper denne rettede versjonen kan brukes i deres videre arbeid, men kan også leve godt med tidligere versjon om det av formelle grunner skulle være nødvendig.

I tillegg til det ferdig rettede dokumentet, har jeg vedlagt en versjon merket med "korr" på slutten av dokumentnavnet. I denne siste versjonen er rettelsene fra korrekturen synlige i rødt i word-programmets funksjon "Spor endringer". Dette er for å vise at intet meningsinnhold er endret og at bare en meget begrenset språklig korrigering av typen "trykkfeil" er utført.

Med vennlig hilsen
Henrik Sinding-Larsen

Kopi: Generalsekretær i Ryggforeningen Bente R. Tangen

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Hollfjord Elin Marlén [mailto:Elin-Marlen.Hollfjord@hod.dep.no]

Sendt: 17. oktober 2005 16:54

Til: Henrik Sinding-Larsen

Emne: SV: Høring om forskrif for kiropraktorer mm

Mottatt
mvh.

Elin Marlén Hollfjord
Rådgiver
Helse- og omsorgsdepartementet
Kommunetjenesteavdelingen
Tlf.: 22 24 84 93
E-post: emh@hod.dep.no

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Henrik Sinding-Larsen [mailto:henrik.sinding-larsen@ryggforeningen.no]

Sendt: 17. oktober 2005 06:16

Til: Hollfjord Elin Marlén

Kopi: 'Bente Tangen'

Emne: Høring om forskrif for kiropraktorer mm

Til Helse og omsorgsdepartementet ved Elin Marlén Hollfjord

I henhold til avtale vedlegges Ryggforeningen i Norges høringsmerknader som har følgende dokumenttittel:
"Ryggforeningens merknader til Høring 20051014 Kiropraktorer mm."

Jeg forutsetter at du videresender denne til øvrige instanser i departementet.

Med vennlig hilsen for
Ryggforeningen i Norge
Henrik Sinding-Larsen (styreleder)

Kopi: Bente R. Tangen (generalsekretær)

Fra Ryggforeningen i Norge
postboks 6725 Etterstad
0609 Oslo

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Merknader fra Ryggforeningen i Norge til HØRINGSNOTAT - OPPFØLGING AV FORSØKSORDNINGEN FOR KIROPRAKTORER OG FYSIOTERAPEUTER MED VIDEREUTDANNING I MANUELLTERAPI - FORSLAG TIL REGULERING AV EN LANDSOMFATTENDE OG PERMANENT ORDNING heretter kalt høringsnotatet.

Merknad til høringsinstanser og høringsfrist

Ryggforeningen i Norge er landets største og eneste pasientorganisasjon som fokuserer på ryggpasientenes interesser. Ryggpasientene utgjør en stor del av de pasientene som vil oppleve virkningene av den nye ordningen:

"Innen førstelinjetjenesten utgjør ryggproblemer alene rundt 5 % av alle konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger, ca. 25 % av henvendelsene til fysioterapeuter og nærmere 80 % av konsultasjonene hos kiropraktorer. Til sammen beløper dette seg til over 2 millioner ryggkonsultasjoner hvert år". (kilde: side 10 i Atle Fretheim og Arild Bjørndal (red.): Ryggsmarter. Medisinsk informasjon nr. 3-2005. Kunnskapsbasert helsefaglig oppdatering. Utgiver: MEDLEX. Norsk helseinformasjon.)

Ryggforeningen har ved flere anledninger skriftlig og muntlig overfor sosialkomiteen i Stortinget og Helsedepartement gitt uttrykk for vårt engasjement i Henvisningsprosjektet. Vi beklager derfor at vi ikke var ført opp som høringsinstans og først fikk vite om høringen ved en tilfældighet. Vi beklager også at høringstiden er forkortet fra Utredningsinstruksens minimumstid på 6 uker til 4 uker. Kapittel 1.3 (referert til i kap.5.2) i Utredningsinstruksen nevner:

"Reglene i instruksen kan bare fravikes når særlige omstendigheter gjør det nødvendig. Beslutning om fravikelse fattes av statsråden i fagdepartementet. [...] Beslutningen skal være skriftlig og begrunnet, og den skal følge saken."

Statsrådets begrunnelse er som følger:

Departementet tar sikte på at ordningen skal iverksettes fra 1. januar 2006. Det er derfor nødvendig med en kortere høringsfrist i denne saken enn det som følger av utredningsinstruksen punkt 5.2.

Vi er av den oppfatning at dette er en sak av stor prinsipiell betydning for helsevesen og pasienter. Fastlegenes monopol på viktige beslutninger brytes og store penger omfordes. Ryggforeningen stiller seg i utgangspunktet ikke negative til det, men mener det bør skje på en gjennomtenkt måte og etter åpen og grundig debatt. Når det om vesentlige punkter i forslaget (refusjonsordningen) har vært sterk uenighet mellom Storting og Regjering, og når det i tillegg var så stor uenighet innad i Stortinget at endelig vedtak til og med avvek fra

fagkomiteens egen innstilling, så bør det være et minimumskrav at berørte instanser i samfunnet i hver fall får ordinær minimumstid til å komme med kommentarer til høringsdokumentet. Det at departementet selv fastsetter et ønsket tidspunkt for gjennomføring som er så nært forestående at det blir vanskelig å gjennomføre en vanlig høring, kan vi ikke skjønne er "særlige omstendigheter som gjør det nødvendig" å fravike Utredningsinstruksens minimumsfrister. Vi finner det rett og slett demokratisk betenkelig.

Merknad til spørsmål om yrkestittel og utdanningsnivå

Ryggforeningen har mottatt følgende tekst fra Faggruppen for manuellterapi (utdrag):

"Etterutdanningen har vært obligatorisk. Størstedelen av manuellterapeutene har gjennomført etterutdanningen (radiologi: 266, differensialdiagnostikk og laboratorieanalyser: 282). På denne måten har man sikret at manuellterapeuter som har fått utvidede rettigheter gjennom Henvisningsprosjektet faktisk har kompetanse på kjerneområder, noe man ikke har noen garanti for når terapeutene har utenlandske eller andre utdannelser av varierende nivå."

[...]

"Det er av stor betydning for pasientene at de har trygghet, sikkerhet og kunnskap om at manuellterapeuten nettopp er manuellterapeut og ikke fysioterapeut eller annen behandler som gir seg ut for å være manuellterapeut."

Hvis det, som manuellterapeutene hevder, er tilfelle at pasientene ikke kan være trygge på at en person som kaller seg manuellterapeut og som har rett til trygderefusjon faktisk har tilstrekkelig relevant utdanning, ja da deler vi denne bekymringen og ber om at myndighetene sørger for at pasientene på en enkel måte kan vite at det er samsvar mellom behandlerens tittel og utdanningsnivå.

Merknader til den økte valgfrihet for pasientene og behovet for uavhengig informasjon om valgalternativene.

Før tiltakene foreslått i høringsnotatet, var den offentlig støttede inngangsporten til helsevesenet fastlegen, og det var legen som i samarbeid med pasienten valgte veien videre. Nå har departementet lagt opp til at for eksempel ryggpasienten kan velge mellom tre likeverdige inngangsporter til helsevesenet. Ryggforeningen mener at man i en slik situasjon er blitt en velgende forbruker av helsetjenester som har krav på informasjon om det valget man er blitt plassert i, og at denne informasjonen ikke bare må komme fra helsetjenesteleverandørenes egen markedsføring.

Leverandøruavhengig informasjon er viktig, og vi mener pasientorganisasjonene i denne sammenheng bør spille en viktig rolle. Ryggforeningen har i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etablert en vitenskapelig basert og økonomisk uavhengig informasjonstjeneste på internett www.rygginfo.no. Den har inntil i år fått støtte til drift og utvikling fra Helse og Rehabilitering. Nettsiden går etter at utviklingsperioden er over en uvis skjebne i møte. Ryggforeningen sliter også økonomisk. Vi mener at når myndighetene legger opp til større grad av konkurranse og markedsstyring på et helseområde, må de samtidig støtte "forbrukerorganisasjonene" på tilsvarende helseområde. Kun hvis pasientene

som "kunder" har informasjon som er mer objektiv enn leverandørens egen reklame, kan man oppnå rasjonelle helsevalg og et marked som fungerer.

Vi mener departementet i sitt forslag må anerkjenne det offentliges plikt til å sikre pasientene leverandøruavhengig informasjon i den nye valgsituasjonen, og si noe om hvordan departementet tenker seg at dette informasjonsbehovet kan dekkes. Det gjelder blant annet informasjon om hvilke rettigheter og plikter (inkludert begrensning til L-diagnoser) kiropraktorene og manuellterapeutene har med hensyn til diagnostikk, behandling, sykmelding, henvisning, kommunikasjon med fastlegen, men også hvilken dokumentasjon det er for effekten av de behandlingene som iverksettes. Pasienter har i dag rett til å få kopi av prøvesvar, epikriser fra spesialister og røntgenbeskrivelser etc. som del av journalinnsyn. Har kiropraktoren og manuellterapeuten rett og plikt til å svare på alle spørsmål pasienten måtte ha for å oppklare det som måtte stå i disse dokumentene? Og er de relevant utdannet for en slik oppgave? Dette er blant de ting pasientene bør få informasjon om som grunnlag for sitt valg om hvem de ønsker som sin primære port inn til helsevesenet. Hvis departementet opprettholder ideen om at kiropraktorer og manuellterapeuter kan henvise til alle spesialisttjenester unntatt psykomotorisk behandling (se merknad nedenfor) bør pasienter også få vite om dette unntaket.

Merknader til at foreslåtte finansieringsordninger kan skape uheldige vridninger i behandlingstilbudet.

Intensjonen bak høringsnotatet, kan vanskelig forstås på andre måter (og i hvert fall ikke av pasientene), enn at departementet i all hovedsak likestiller allmennleger, kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi (heretter kalt manuellterapeuter) som tre likeverdige inngangsporter til helsevesenet for personer med L-diagnoser (for eksempel ryggsmarter), i hvert fall for de første åtte ukene av en tilstand.

Kiropraktorer og manuellterapeuter kan henvise til for eksempel kirurger, revmatologer, anesthesiologer, radiologer og fysioterapeuter, men ikke til fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk behandling (for å få slik behandling). Dette står for oss som et merkelig unntak, som vi på sikt tror kan ramme dette behandlingstilbudet negativt. Når en antagelig økende andel av ryggpasientene kommer til å velge manuellterapeuter og kiropraktorer som primærkontakt og disse samtidig har fått rett til å henvise til all annen ryggrelevant behandling unntatt psykomotorisk behandling, er det en fare for at dette siste feltet vil minste noe av pasientgrunnlaget. Teoretisk kan for eksempel en manuellterapeut si til sin pasient: "Jeg tror du ville være tjent med psykomotorisk behandling. Oppsøk din fastlege og spør om han er villig til å henvise deg til slik behandling." Men hvor ofte vil det skje? Og vil det ikke oppleves merkelig fra pasientens side at man lettere kan henvises til kirurgi enn til psykomotorisk behandling? Vi mener at hvis en behandler har fått ansvaret for å være primærkontakt for pasienter med ryggplager og behandleren har rett til å henvise videre i helsevesenet, så må vedkommende ha rett til å henvise videre til alle andre tilbud som er direkte relevante for denne pasientgruppen. Alt annet vil over tid gi uheldige vridningseffekter i behandlingstilbudet. (Vi kommer nedenfor tilbake til noen forbehold angående kirurgi.)

En annen vridning kan oppstå innenfor praksisen til den enkelte behandler som følge av at takstene knyttes til bestemte behandlingsteknikker.

I høringsnotatet kap. 2.3.1 står det:

"Vilkåret om henvisning fra lege for at det skal ytes stønad til dekning av utgifter, gjelder ikke for de angjeldende behandlere i forsøksordningen, jf. forskrift om forsøksordningen § 4 første og andre ledd. For fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi gjelder dette unntaket bare når den særskilte kompetansen innen manuellterapi kommer til anvendelse i forbindelse med undersøkelse og behandling."

Det står videre i høringsnotatet kap. 2.3.2 Departementets vurdering

"Departementet legger til grunn at de regler som har vært gjeldende i forsøksordningen på dette området i sin helhet videreføres i en nasjonal ordning."

Går vi til "Forskrift om forsøksordningen § 4 første og andre ledd" står det:

*"For undersøkelse og behandling hos kiropraktor som deltar i forsøket, gjelder ikke vilkåret om henvisning fra lege for at det skal ytes stønad til dekning av utgifter, [...] For undersøkelse og **behandling med manuell terapi** hos manuellterapeut som deltar i forsøket, gjelder ikke vilkåret om henvisning fra lege for at det skal ytes stønad til dekning av utgifter, [...vår uthevelse]."*

Det er en tilsynelatende liten men prinsipielt viktig forskjell mellom vilkårene for trygderefusjon for manuellterapeuter og kiropraktorer. I det ene tilfellet er vilkåret knyttet til undersøkelse og behandling hos en yrkesutøver med en bestemt yrkesutdanning, nemlig kiropraktor. I det andre tilfelle er vilkåret knyttet til ikke bare en bestemt yrkesutdanning (manuellterapeut) men også en bestemt behandling (manuell terapi).

Undersøkelser har vist at de aller fleste ryggpasienter som går til kiropraktor mottar en eller annen form for manipulasjonsbehandling (manuell terapi), men ikke alle. Og skal man følge gjeldende Tverrfaglige, kliniske retningslinjer for behandling av akutte korsryggsmerter, er manipulasjonsbehandling ikke førstevalget i den mest akutte fasen:

*"- Manipulasjonsbehandling kan vurderes for pasienter som trenger ekstra hjelp og som etter en tid ikke har kommet tilbake i vanlige aktiviteter.
- Det er moderat grunnlag for å anbefale manipulasjon tidlig i forløpet, kanskje etter 1-2 uker.
- Tidspunktet for når i forløpet behandlingen vil ha best effekt er usikkert. To RCT-studier viser bedre effekt på gruppen som har hatt smerter > 2 uker enn på gruppen med smerter < 2 uker." (Tverrfaglige, kliniske retningslinjer for behandling av akutte korsryggsmerter. Nasjonalt Ryggnettverk. 2002. Tilgjengelige på <http://www.ryggnett.no/> under "Info for helsepersonell").*

Det virker som departementet er redd for at manuellterapeuter skal kreve en høy takst for et behandlingstilbud som bare forutsetter deres bakgrunn som fysioterapeuter og ikke deres bakgrunn fra videreutdannelsen i manuell terapi, konferer sitatet fra høringsnotatet (side 7): *"For fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi gjelder dette unntaket bare når den særskilte kompetansen innen manuellterapi kommer til anvendelse i forbindelse med undersøkelse og behandling."* Vi mener det å knytte takstene så tett opp til en helt bestemt behandling er uheldig både for pasientene og for fagutviklingen. Pasientene kan bli utsatt for manipulasjon på et tidligere tidspunkt enn det retningslinjene anbefaler ut fra ønske om

inntjening fremfor av effektiv hjelp. Dette er spesielt bekymringsfullt ettersom den vitenskapelige dokumentasjonen for at manipulasjon er til vesentlig hjelp for ryggpasienter er meget svak. Det som finnes av god forskning om behandling av uspesifikke ryggsmarter, tyder på at aktivisering og pedagogisk formidlet avdramatisering ser ut til å være de mest virksomme tiltakene man bør prøve først. Kiropraktorer kan uten å tape penger plukke opp disse nye trendene i sin behandling om de skulle ønske det fordi deres refusjonsrett bare er knyttet til deres yrkesbakgrunn og ikke til en bestemt behandlingsteknikk. Forskriftene binder derimot manuellterapeutene økonomisk til manuell terapi hvis de ikke vil tape penger og det mener vi er til skade for pasientene. Vi mener det også er til skade for utviklingen av faget.

Vi mener at det at manuellterapeuter har en videreutdanning på masternivå er en kvalitet i seg selv for pasientene, og det er denne kompetansen man burde honorere og ellers stille behandlerne fritt til om de vil gi pasientene rådgivning, trening, tradisjonell fysioterapi eller manipulasjon. Det å beherske alle behandlingstilbudene (inkludert de mer kompliserte) er i seg selv en kvalitet selv om bare et enkelt tilbud blir anvendt. Det å vite at behandleren tjener mer på ett tilbud som ikke er mer tidkrevende å administrere enn et annet er egnet til å svekke pasientens tillit til at man mottar den beste behandlingen. Det kan være tilfeller, ikke minst ved nakkeproblemer, hvor manuell terapi er mer eller mindre kontraindisert. Kanskje det eneste behandleren mener er relevant er å forsøke forsiktig massasje. Ettersom det er et behandlingstilbud som bare forutsetter tradisjonell fysioterapeutisk kompetanse, skulle det da bli lavere honorert.

Kiropraktorer kan i følge høringsnotatet (s.7) praktisere for trygdens regning samtidig som de har fri etableringsrett og fri prisfastsettelse. Manuellterapeutene er begrenset av krav om avtale om driftstilskudd. Dette kan på sikt vri tilbudet i retning av kiropraktikk uten at det er faglig begrunnet (se nedenfor om tilstrømningen til kiropraktikkstudiet).

Hvis departementet til tross for våre bekymringer, velger å gå videre med forslaget som det står, mener vi det må settes i gang undersøkelser for å se om disse vridningseffektene faktisk oppstår og vurdere om korrigerende tiltak i så fall bør iverksettes.

Merknader til om tiltaket fører til at ressurser flyttes fra de dårligste til friskeste pasientene og om faren for medikalisering.

I høringsnotatet kap. 2.13 står det at tiltaket "*vil anslagsvis innebære en utgiftsøkning på 25-30 millioner kroner på Kap. 2755 Post 73.*" Dette er en netto utgiftsøkning for staten fordi departementet ikke finner grunnlag for å redusere andre utgiftsposter eller øke inntektsposter.

30 millioner kroner per år (som er summen anvendt i forslaget til statsbudsjett) hvorav en stor andel vil gjelde ryggpasienter er mye penger sammenlignet hva departementet ellers har satsset av friske midler på denne pasientgruppen. Eksempelvis har satsningen Nasjonalt ryggnettverk hatt en total ramme på ca. 5-7 millioner kroner per år og det har vært midlertidige prosjektmidler. Nasjonalt senter for spinale lidelser ved St Olavs hospital i Trondheim får fast ca. 2,5 millioner per år. Ryggforeningen i Norge, som eneste pasientorganisasjon som jobber uavhengig for ryggpasientenes sak, fikk i to år (2003 og 2004) 0,5 millioner i ekstraordinær støtte for vårt arbeid som interesseorganisasjon. Denne bevilgningen ble strøket i 2005.

Helse- og omsorgsdepartementet har ved flere anledninger (st prp 1 (2004-2005), og i revidert budsjett 2005) konkludert med at forsøksordningen ikke har dokumentert noen helsegevinster i form av redusert syke- eller trygdeutbetalinger. Andre indikatorer på helsegevinst i tilknytning til henvisningsprosjektet er ikke undersøkt. SINTEF-rapporten om forsøksordningen åpner i sin konklusjon for at det kan være en innsparingseffekt av forsøket. Alle faginstanser som har vurdert tallmaterialet og metoden i denne rapporten har entydig konkludert med at ingen effekt på sykepengeutbetalingene er vist. Det er heller ikke så overraskende ettersom det ville nærmet seg en verdenssensasjon om en effekt av mer og tidligere manipulasjonsbehandling hadde vært synlig, i alle fall når det gjelder ryggpasienter som utgjør en stor del av pasientene. Når det gjelder effekten av manipulasjonsbehandling for ryggpasienter, er de best tilgjengelige forskningsdata om dette å finne i Cochrane-bibliotekets systematiske oversikter. Her konkluderes det på følgende måte:

”Vi fant ingen bevis for at manipulasjonsbehandling av ryggen var overlegen andre benyttede behandlingsformer som smertestillende medikamenter, øvelser, fysioterapi og ryggskoler. Vi fant heller ikke bevis for at disse andre behandlingsformene var overlegne manipulasjonsbehandling. Derfor konkluderer vi med at manipulasjonsbehandling av ryggen er en av flere mulige behandlinger med beskjeden effekt for pasienter med lave korsryggsmarter. Virkelig effektiv behandling for slike pasienter gjenstår å finne.” (Assendelft et al.: Spinal manipulative therapy for low-back pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. www.cochrane.no)

Manipulasjonsbehandling har en så liten effekt at det er høyst tvilsomt om det tilfredsstillende kravet til refusjon i Folketrygdloven som sier at: *”Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne”*. I alle fall hvis dette kravet forutsetter vitenskapelig dokumentert effekt. Og det å overføre pasienter fra tradisjonell behandling av den typen fastlegen gir til manipulasjonsbehandling er i henhold til Cochrane-oversikten nærmest beviselig uten effekt.

Ryggforeningen støtter alt som hjelper ryggpasienter, også det som hjelper litt. Men i dette tilfelle er nettoeffekt så dårlig dokumentert at vi ikke kan være sikker på om det hjelper i det hele tatt eller om pasientene blir verre på lengre sikt og i et større perspektiv. Vi opplever nemlig en stadig sterkere kommersialisering av helsetjenester. Nesten hver dag, eller i hvert fall flere ganger i uken kan man lese annonser for helsetjenestefirmaer som formidler et budskap som må oppfattes som at man må styrte til kiropraktor hvis ryggen skulle slå seg vrang.

I Aftenposten i dag, 14.10.2005 kan vi finne to annonser for konkurrerende kiropraktorklinikker med nokså likelydende budskap:

”Kiropraktor vekten. Oslo. tlf. 22 83 42 20. Off. aut. kiropraktorer. ALLTID ÅPEN. www.kiropraktorvakten.com”

”KIROPRAKTOR-AKUTTEN. 365 DAGER I ÅRET. Off. godkjente kiropraktorer. MNKF. Klinikk for Alle. Storo. Tlf. 23 12 44 00. Majorstuen. Tlf. 22 85 35 00.”

Mange har opplevd eller hørt historier om personer som nærmest er blitt mirakuløst smertefrie av kiropraktorbehandling. Men underkaster man disse ”miraklene” seriøs forskning, fordamper de som mirakler flest. Det viser seg nemlig at det skjer omtrent like mange

mirakler med dem som ikke mottar slik behandling. Til tross for at forskning og kliniske retningslinjer viser at kiropraktikk ikke er effektiv akuttbehandling, går nå staten inn og subsidierer slik behandling. I hvert fall tas det ingen forbehold om dette.

Ser man på rygghelsetilstanden i befolkningen er det ingen ting som tyder på at tettheten av kiropraktorer henger sammen med bedre ryggelse. Det er tvert i mot en rekke seriøse forskere som mener at medikalisering av ryggsmarter er med på å forverre befolkningens ryggelse, og at det å gjøre terskelen lavere ved å subsidiere slik akutt førstelinjebehandling kan for mange være direkte skadelig.

Vi mener at når staten går inn med så store midler for å støtte en helt bestemt behandling uten at det foreligger god dokumentasjon på at dette er til nytte for ryggpasienter, så er et minimumskrav at man samtidig setter av tilstrekkelige midler for å få fastslått helseeffekten av dette tiltaket.

Det at man gir trygdemidler til kiropraktorbehandling samtidig som det er fri etableringsrett for kiropraktorer og fri prissetting, mener vi gir et sterkt signal til ungdom som skal velge utdanning. Kiropraktorforeningens nettsted www.kiropraktikk.no meldte 23.08.2005:

"For andre året på rad er kiropraktorstudiet i Danmark det mest populære og det vanskeligste studiet å komme inn på, tett fulgt av legestudiet. Det er registrert en økning på hele 60% i antall norske kiropraktorstudenter siden 2001. Danmark og Australia har opplevd en økning på 120%, mens England har registrert en økning på 30%."

Dette er neppe tilfeldig. Og at pasienter har subjektiv glede av behandlingen kan det ikke være tvil om. Ellers hadde de ikke strømmet til behandlerne. Men om det har "vesentlig betydning for deres sykdom og funksjonsevne" er et helt annet spørsmål. Staten har i en rekke tilfeller de senere årene gått inn og subsidiert medikamentell behandling som senere har blitt stoppet fordi bedre vitenskapelige undersøkelser viste at tiltakene medførte større skade enn gagn for pasientene. Typisk for flere av disse "blåreseptsakene" er at de har blitt "lobbet" gjennom det politiske systemet av en aktiv leverandørindustri med sterke økonomiske egeninteresser. I kiropraktor og manuellterapeutsaken finnes paralleller til disse prosessene.

Etter alt som vi har skrevet, kunne man kanskje tro at Ryggforeningen er mot kiropraktorer og manuellterapeuter. På ingen måte. Og spesielt ikke sammenlignet med fastlegene. Vi mener bare at myndighetene må sørge for at befolkningen får helsetjenester som beviselig hjelper ut fra moderne metoder for kvalitetskontroll. Det gjelder i like høy grad legenes som kiropraktorenes og manuellterapeutenes tilbud. Ryggforeningen deler departementets vurdering om at SINTEF-rapporten, som danner mye av bakgrunnen for Stortingets beslutning om trygderefusjon, ikke kan brukes som dokumentasjon for effekt. Men det at Stortinget ikke praktiserer krav om kvalitetskontroll av nye tiltak fritar ikke departementet fra å gjøre det! Departementet har selv erklært at man ønsker en mest mulig kunnskapsbasert helsetjeneste. Og i noen sammenhenger følger man faktisk opp dette. I årets budsjettproposisjon på side 96-97 står det:

"Den kommunale fysioterapitjenesten ble senest gjennomgått i forbindelse med arbeidet med St.meld. nr. 36 (1989-1990) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane. Etter den tid har denne tjenesten, som den eneste av de kommunale helsetjenester, ikke vært gjenstand for en bredere gjennomgang."

Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet om å foreta en kartlegging av den kommunale fysioterapitjenesten. I oppdraget inngår blant annet å utarbeide en oversikt over utviklingen av fysioterapitjenesten fra kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1984 og frem til i dag når det gjelder:

[...]

– Kunnskapsgrunnlaget som de ulike deler av fysioterapitjenesten i kommunen baserer sin virksomhet på

[...]

Kartleggingen skal danne grunnlaget for en evaluering av tjenesten. Departementet vil komme tilbake til omtale av arbeidet når kartleggingen er gjennomført”.

Vi håper dette også vil omfatte fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi og de tilbudene som nå støttes med 30 millioner kroner før evalueringen er foretatt!

Når departementet vil bruke så mange penger på en bestemt behandling føler vi det også er nødvendig å minne om de mange ryggpasientene som har alvorlige problemer som ikke løses med manuelle behandlingsteknikker og som per i dag har dårlige eller manglende tilbud. Vi mener det er prioriteringsmessig uetisk å bruke så mange penger på en i gjennomsnitt relativt godt fungerende pasientpopulasjon hvis det viser seg at tiltaket bare har som effekt kortvarig smertelindring uten at man har en tilsvarende satsning på dem som virkelig sliter med store og invalidiserende rygg smerter. Hvis kiropraktikk og manuell terapi derimot kan forhindre kronifisering og uføretrygging stiller saken seg annerledes, men det er per i dag ikke noe annet enn en 100 % ubekreftet hypotese.

Men intet ville glede oss mer enn at eksisterende tiltak viste seg å være dokumentert effektive og spare pasientene for lidelser og alle parter for enorme økonomiske belastninger. Og hvis tiltakene ikke hadde effekt kunne sikkert kiropraktorer og manuellterapeuter læres opp til å praktisere tiltak som man eventuelt fant var virksomme.

Merknader til retten til å henvise til spesialist og forholdet til kommersiell kirurgi.

Ryggbehandling er antagelig Helse-Norges mest privatiserte. Hittil har det private innslaget mest bestått av privatpraktiserende allmennleger, fysioterapeuter, kiropraktorer, opptreningsinstitusjoner og i noen utstrekning privatpraktiserende legespesialister. I de senere årene har innslaget av private sykehus blitt stadig sterkere. Det startet for alvor med de private ryggklinikkerne i Sverige på 1980-tallet. Nå har vi fått flere slike klinikker og sykehus i Norge.

I Aftenposten 11.10.2005 kunne vi lese følgende annonse:

”Kort ventetid på rygg og nakkeoperasjoner.

På OmniaSykehuset i Oslo gjennomfører vi rygg- og nakkekirurgi med kort ventetid. Du betaler kun offentlig andel. Du trenger kun henvisning fra din fastlege eller en lege ved et av våre medisinske sentere i Oslo (Fronger og Aker Brygge), Strømmen, Gardermoen, Bergen og Trondheim. –

OmniaSykehuset er Norges største private sykehus og gjennomførte i fjor ca. 5.000 operasjoner. Vi dekker de fleste kirurgiske områder. Alle våre kirurger

og anestesileger er spesialister med lang erfaring på sine områder. **OMINIA – FOR DIN HELSE.**”

Rygg- og nakkekirurgi er ofte kompliserte inngrep med betydelig risiko for varige bivirkninger. Det gjennomføres ca. 4000 ryggoperasjoner per år i Norge og mange mener at dette tallet er for høyt og en kilde til mye unødig lidelse for de mange som får et mislykket resultat. Effekten av kirurgien er hittil dårlig undersøkt.

”Det er fremdeles et stort spørsmål om det er noe å hente ved kirurgisk behandling for pasienter med langvarige, uspesifikke korsryggmerter i forhold til andre behandlingstiltak. Det pågår for tida flere store undersøkelser som kan gi bedre svar på dette.” ((kilde: side 15 i Atle Fretheim og Arild Bjørndal (red.): Ryggmerter. Medisinsk informasjon nr. 3- 2005. Kunnskapsbasert helsefaglig oppdatering. Utgiver: MEDLEX. Norsk helseinformasjon.)

Høringsnotatet legger opp til begrensninger i muligheten til å henvise til fysioterapi hvis man skulle ha økonomiske interesser i virksomheten til den terapeuten eller det instituttet man henviser til. Dette burde gjelde i minst like stor eller sterkere grad i forhold til henvisning til private sykehus for ryggkirurgi. I det hele tatt, er det økonomiske presset rundt en del private sykehus tilbud så sterkt at vi mener at departementet bør tenke seg meget vel om før terskelen for å henvises til ryggkirurgi blir lavere.

Ryggforeningen er ikke motstander av hverken ryggkirurgi eller private sykehus som tilbyr slik behandling. Men vi mener at hele beslutningsprosessen om ryggkirurgi bør kvalitetssikres på en helt annen måte enn i dag. Det gjelder både vurderingen om kirurgi kan hjelpe og vurderingen av om alle andre mindre invasive tilbud har vært tilstrekkelig forsøkt.

I Tidsskrift for Den norske lægeforsking (Nr. 13 / 30, juni 2005) skriver en ledende ryggkirurg Oliver Grundnes følgende:

”I fire randomiserte studier er effekten av [rygg]kirurgi sammenliknet med ulike konservative behandlingsformer. I to studier fant man en sikker bedre effekt ved den kirurgiske behandlingen (4, 5), mens det i de to andre studiene ikke var noen forskjell mellom gruppene (6, 7). I en av studiene som ikke viste forskjell (7), fikk pasientene i den konservativt behandlede gruppen et tverrfaglig opplegg bestående av en såkalt kognitiv intervensjon kombinert med trening under veiledning av fysioterapeut. Problemet er at dette er ressurskrevende og lite tilpasset dagens refusjonsordninger for private og offentlige poliklinikker. Behandlingsopplegget er derfor vanskelig å gjennomføre i praksis og blir lite brukt. Det er verdt å merke seg at i studien fra Levanger angav bare om lag halvparten av pasientene at de hadde gjennomført et systematisk konservativt behandlingsopplegg før operasjonen til tross for at median smertevarighet var hele ti år.” (numrene i parentes viser til litteraturreferanser.).

En beslutning om stor ryggkirurgi (for eksempel skiveprotese som nå er på moten) som bare bygger på en kiropraktor eller en manuellterapeuts henvisning og vurderingen til en enkelt kirurg ved et privat sykehus ikke er tilstrekkelig betryggende. Om bare manuellterapeuten eller kiropraktoren erstattes av en allmennlege, mener vi at heller ikke det er betryggende nok. Det normale bør være at det står et tverrfaglig team uten økonomiske interesser i operasjonen (for eksempel en tverrfaglig ryggpoliklinikk) bak en slik vurdering om stor ryggkirurgi. Å gi kiropraktorer og manuellterapeuter fri rett til å henvise til alle spesialisttilbud om ryggkirurgi i

dagens marked uten å stille nærmere krav til beslutningsprosessen, er i alle fall ikke et skritt i riktig retning.