

Helse- og omsorgsdepartementet
post@hod.dep.no

Deres ref.:
16/6641-KTA/KrG
Vår ref.: pcl
Dato: 03.02.2017

Høring – Oppheving av kravet om henvisning for å få rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Forslag til endring av folketrygdloven § 5-8.

Norsk Manuellterapeutforening, NMF, takker for anledningen til å avgi høringssvar.

Oppsummering

- NMF er positiv til forslaget om å avvike kravet om henvisning for å få stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut med kommunal driftsavtale dersom pasientsikkerheten ved nyordningen blir ivaretatt.
- NMF mener det på vanlig måte bør gjennomføres et prøveprosjekt der pasienter gis direkte tilgang til fysioterapeuter med adekvat tilleggsutdanning. Implementering i full skala kan skje når det foreligger dokumentasjon på at prøveordningen fungerer slik som forventet, og ny forskrift om kvalitet og funksjon for fysioterapeuter er fastsatt.

Generelt

NMF er positiv til at oppgaver som i dag utføres av konkrete helsepersonellgrupper med definerte faglige kompetansekrav, utvides til å omfatte andre helsepersonellgrupper. Forutsetningen er at de helsepersonellgruppene som får nye oppgaver, har faglig kompetanse til å fylle oppgavene.

Manuellterapeuter er selv eksempel på en yrkesgruppe som for drøyt 10 år siden fikk nye fullmakter. For å kunne ta på seg disse nye oppgavene, ble manuellterapiutdanningen endret og utvidet. Fagmiljøet fant det da påkrevet å pålegge manuellterapeutene å gjennomføre videreutdanning og utviklet omfattende faglige retningslinjer på syv ulike områder. Det ble også gjennomført et toårig prøveprosjekt i tre fylker og det ble grundig undersøkt om oppgaveendringene hadde ønsket effekt. Prosjektet ble evaluert av SINTEF¹ før endringene ble vedtatt av Stortinget. Utdanningskravene ble deretter fastsatt i forskrift. Denne metodikken gjorde at oppgaveglidningen skjedde på en trygg måte for pasientene. Den bør også kunne brukes som mal i denne saken.

Diagnose før behandling bør være hovedregelen i den offentlige helsetjenesten

I dag må pasienter ha henvisning med en medisinsk diagnose før de får rett til refusjonsberettiget behandling hos fysioterapeut. Den som henviser (lege, manuellterapeut eller kiropraktor) må attestere på at pasienten har en diagnose og at fysioterapi er «av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne.» Hvis pasienten skal gå direkte må man fravike kravet om

¹ Evaluering av Henvisningsprosjektet. Sluttrapport. SINTEF Unimed 17.11.2003

diagnose og attest fra de foran nevnte grupper, alternativt kreve at fysioterapeuten selv utfører tilsvarende oppgaver.

Kravet om at pasienter må være diagnostisert før behandling settes i gang, støttes av faglige veiledere. Den nylig publiserte engelske retningslinjen for undersøkelse og behandling av korsryggsmerter (LBP)² understreker uttrykkelig at spesifikke årsaker til ryggsmerter – for eksempel kreft, infeksjon, skader eller inflammatoriske sykdommer som spondyloartritt – må utelukkes før behandling igangsettes. Korsryggsmerter er den største sykdomsgruppen blant muskel- og skjelettsykdommene.

NMF mener det bør sikres at helsepersonell som på det offentlige regning skal behandle pasienter som henvender seg direkte, har nødvendig diagnostisk kompetanse. Det er myndighetene som i siste omgang og etter konkret vurdering må ta stilling til hvilken kompetanse terapeuten da må inneha. Vi forutsetter at departementet foretar en særskilt vurdering av dette temaet.

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2017 uttalte et flertall i Helse- og omsorgskomiteen bestående av Høyre, FrP og Venstre at:

Når vi vet at stadig flere rammes av psykiske helseproblemer og langvarige muskel- og skjelettlidelser, ser flertallet det som svært viktig at fysioterapeutenes rolle i kommunene nå styrkes ved at det innføres direkte tilgang til alle spesialitetene innen fysioterapi, også fysioterapeuter med spesialisert kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi.³

Stortingets flertallsmerknad forutsetter at fysioterapeuter har særskilte kvalifikasjoner utover grunnutdanningen (er spesialister). Det endrer ikke behovet for at en fremtidig ny ordning først prøves ut og deretter evalueres.

Fysioterapeuters utdanning

Da Stortinget iverksatte forsøk med bortfall av krav om legehenvvisning ved behandling hos manuellterapeuter og kiropraktorer, var fagmiljøets vurdering at fysioterapiutdanningen og den daværende manuellterapiutdanningen ikke ga tilstrekkelig grunnlag for å kunne diagnostisere. Det ble blant annet av denne grunn iverksatt tiltak for å styrke denne delen av manuellterapiutdanningen og det ble utviklet en retningslinje for faglig avgrensning og to retningslinjer for undersøkelser og diagnostisering innen manuellterapi.

Fysioterapeutenes grunnutdanning er tradisjonelt innrettet mot en situasjon der det foreligger en medisinsk diagnose før pasienten henvises til fysikalsk behandling. Fysioterapeutenes undersøkelser er i hovedsak rettet mot funksjon, etter at medisinsk diagnose er satt.

En del fysioterapeuter har tilleggstudnader hvor diagnostiske kunnskaper er innarbeidet i ulik grad. I forbindelse med en prøveordning må departementet ta stilling til hvorvidt ordningen skal forutsette krav til tilleggstudnad.

Mulige konsekvenser ved bortfall av forutgående diagnose og attest

Direkte adgang til helsepersonell uten forutgående diagnose og attest vil kunne påvirke risikoen for en økning i antallet behandlinger som pasientene ikke har behov for eller nytte av og – viktigere – risikoen for at pasienter med alvorlig underliggende sykdom ikke blir fanget opp. Det er

² <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/chapter/recommendations#assessment-of-low-back-pain-and-sciatica>

³ Innst. 11 S (2016–2017) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, side 140.

også en viss risiko for at pasientens egen aktsomhet reduseres som følge av at man ved igangsatt behandling tror at tradisjonell diagnostisering har funnet sted.

Ved en portvokterfunksjon som i dag, skjer prioritering og fordeling av pasienter tidlig i pasientforløpene. Høringsnotatet peker helt korrekt på at fysioterapeuter i samarbeid med kommunen foretar prioriteringer av pasienter i egen praksis, men denne prioriteringsoppgaven vil bli vanskeligere for fysioterapeuten med direkte tilgang. Presset på fysioterapitjenesten er allerede i dag stort, og det vil antakelig ikke bli mindre dersom henvisningskravet faller bort.

En prøveordning vil gjennom evaluering kunne avklare hvorvidt direkte tilgang vil belaste fysioterapitjenesten ytterligere og om utrednings- og behandlingsløp for pasienter med alvorlige tilstander forsinkes. Den vil samtidig kunne avklare om presset på andre grupper hvor pasientene kan henvende seg direkte, særlig fastleger, avtar.

Ventelister

Et av hovedformålene med forslaget i høringsnotatet er «å bidra til raskere oppstart av nødvendig behandling».

De tre portvoktergruppene som i dag diagnostiserer og har fullmakt til å henvise skal også identifisere tilfeller som *ikke* skal følges opp gjennom behandling.

Den danske Sunnhetsstyrelsen har utredet spørsmålet om direkte tilgang og uttalt:

*Henvisningskravet sikrer, at efterspørsglen efter fysioterapi ikke øges på forkerte indikationer, hvilket medvirker til at ventetiderne til fysioterapi ikke forøges unødigt.*⁴

Høringsnotatet viser til en studie av Lesley K et al. 2006 som skal ha undersøkt om direkte tilgang i Skottland økte presset på fysioterapitjenesten. Etter nærmere undersøkelse er det bekreftet at korrekt navn på førsteforfatteren skal være Holdsworth LK et al. og at studien det siktes til, ble publisert i *Physiotherapy* 92 (2006) side 26-33⁵. Denne studien uttaler seg ikke bastant hvorvidt presset øker på tjenesten, men konkluderer med at pasienter som bruker selv-henvisning («self-referral») har en annen profil enn de som kommer til fysioterapeut via legehenvvisning. En annen studie basert på samme materiale og publisert i samme utgave av *Physiotherapy*⁶ konkluderer derimot med at direkte tilgang ikke fører til et «uakseptabelt større press» på fysioterapitjenesten⁷. Hovedfunnene i denne studien er for øvrig at pasienter som selv-henviser seg til fysioterapi, er mer proaktive, autonome og samarbeidsvillige («more proactive, autonomous and compliant») enn pasienter som får fysioterapi via legehenvvisning. De har også hatt smerter i kortere tid. Pasienter med langvarig behov for fysioterapi benytter selv-henvisning i mindre grad. Pasienter som er ressursvake («deprived») benyttet ordningen i signifikant mindre grad enn de ressurssterke. Holdsworth et al. anbefaler mer forskning for å sikre at alle grupper i befolkningen får lik adgang til tjenesten, selv om de ikke bruker de samme metodene for å få tilgang til den.

En prøveordning med direkte tilgang bør undersøke om samme effekter også vil gjøre seg gjeldende i en norsk sammenheng.

⁴ Notat om henvisning til spesiallæge og fysioterapeut, 9. november 2011

⁵ Holdsworth LK et al.: Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs Results of a national trial. Side 26-33

⁶ Holdsworth LK et al Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting. Is there a relationship? Results of a national trial. Side 16-25

⁷ Side 24 under "Conclusions": "Introducing self-referral to physiotherapy in primary care does not seem to result in an unacceptable increase in the rate of referrals, except in settings where there is a history of underprovision".

Overføringsverdi

Flere land har ordninger med «direct access» og selv-henvisninger. Høringsnotatet viser til en litteraturstudie publisert i American Physical Therapy Association (2014)⁸ som sammenlignet resultat av «direct access»/«self referral» til fysioterapeut med en kontrollgruppe med henvisning fra lege.

Enkeltstudiene som litteraturstudien bygger på er foretatt i land hvor rammevilkårene for å praktisere som fysioterapeut med «direct access» er forskjellige fra de norske. I de fleste statene i USA må man eksempelvis ha femårig utdanning (masternivå) for å praktisere. Tre av enkeltstudiene i litteraturstudien er fra USA. Det må på denne bakgrunn analyseres nærmere hvilken overføringsverdi disse har på norske forhold.

Høringsnotatet opplyser under pkt 4.2, på side 7, 4. avsnitt at den amerikanske litteraturstudien «inkluderer 8 studier (RCT) som sammenlignet resultat av direkte tilgang til fysioterapeut med kontrollgruppe med henvisning fra lege». RCTer eller «randomiserte kontrollerte studier» er gullstandarden innen forskningen. De aktuelle studiene er studier på nivå 3 og 4 i CEBM-systemet⁹, det vil si ikke-randomiserte cohortestudier og case-series /case-control-studier. Dette påvirker grunnlaget for å kunne trekke konklusjoner basert på disse studiene.

Hovedkonklusjonen i litteraturstudien som høringsnotatet viser til, er:

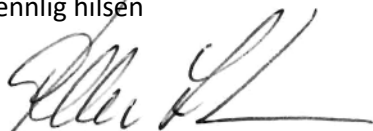
In conclusion, this review suggests that physical therapists practicing in a direct access capacity have the potential to decrease costs and improve outcomes in patients with musculoskeletal complaints without prescribing medications and ordering adjunctive testing that could introduce harm to the patient. (...)

Dette betyr at direkte tilgang har potensial i seg til gode resultater. Dette, samt at enkeltstudiene stammer fra land som har til dels svært annerledes oppbygning av helsetjenesten enn den norske – og at det ikke dreier seg om randomiserte kontrollerte studier – tilsier at norske myndigheter før endelig innføring forsikrer seg om at dokumentasjonen er av tilstrekkelig kvalitet og at konklusjonene har overføringsverdi til Norge.

Forsøksordning bør gjennomføres

Intensjonen med forslaget i høringsnotatet er etter vår oppfatning god, men foreløpig utilstrekkelig underbygget. Forslaget bør etter vår oppfatning prøves ut som en forsøksordning – noe som også vil være den ordinære fremgangsmåten.

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING
Peter Chr. Lehne
leder

⁸ Ojha H. et al.: Direct Access vs Referred Physical Therapy Episodes of Care, Physical Therapy, januar 2014, volum 94, nr. 1

⁹ Center for EvidenceBased Medicine, CEBM