

En manuellterapeuts erfaringer med HENVISNINGSPROSJEKTET

Kort om henvisningsprosjektet (heretter kalt: Hvp)

Stortinget gjorde 9. juni 1999 et vedtak som innebar at kiropraktorer og manuellterapeuter i noen forsøksfylker skulle få virke som primærkontakt. Prosjektet omfatter pasienter med sykdom eller skade i muskel- og skjelettsystemet.

1. Henvisningskravet fra lege til manuellterapeut og kiropraktor falt bort.
2. Manuellterapeut og kiropraktor kan sykemelde inntil 8 uker.
3. Manuellterapeut og kiropraktor kan henvise til legespesialist.
4. Manuellterapeut og kiropraktor kan henvise til fysioterapeut.

Manuellterapeut og kiropraktor ble likestilt med hensyn til rekvirering av radiologisk undersøkelse.

Hovedformålene som ligger til grunn for vedtaket er:

1. Mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell.
2. Raskere igangsetting av behandling og kortere sykemeldingsperiode.
3. Samfunnsøkonomiske besparelser.
4. Bedre samarbeid mellom manuellterapeut/kiropraktor og annet helsepersonell.
5. Mer fornøyde pasienter p.g.a. bedre behandlingstilbud og lettere tilgang.

Hvp startet opp 1. september 2001 i Nordland, Vestfold og Hordaland fylker. Det er til sammen 41 manuellterapeuter, 55 kiropraktorer og 788 allmennleger i disse fylkene. I Vesterålen med ca 30 000 innbyggere finnes tre manuellterapeuter, en kiropraktor og 36 leger. Prosjektet er nå inne i slutfasen, og evalueringen vil bli avsluttet p.r. 1.9. i år.

AV SVEN ERIK FREDRIKSEN



44 år, spesialist i manuell terapi, BSc fysioterapi Northwestern University, Chicago, 1981, eksamen manuell terapi fra daværende Bislet Høgskolen 1993. Fra januar 1994 jobbet fulltid som manuellterapeut i privat praksis i Vesterålen, siste fem år ved Institutt for manuell terapi, Sortland. Fram til 1.9.01 kom alle pasienter til meg etter henvisning fra lege. Faglig interesse: smertemekanismer i sammenheng med belastningslidelser/skader, helsepolitikk (leder i Faggruppen for manuell terapi 1994–2000).

Manuellterapeuter og kiropraktorer gikk inn i Henvisningsprosjektet med spenning, forventning og undring. Hvordan ville vår nye hverdag bli? Etter halvannet års virke vil jeg forsøke å dele mine erfaringer så langt med Utpostens lesere. Noen resultater fra SINTEF-Unimed's rapport etter første år vil bli trukket fram og kommentert.

Forberedelser

Lenge før oppstart av Hvp var det klart at manuellterapeutene i prøvefylkene ville få nye roller, som bl.a. innebar nytt og mer omfattende ansvar og nye utfordringer. Legeforeningen var imot prosjektet, og de fleste lokale leger hadde en skeptisk grunnholdning. Det var derfor med en blanding av ydmykhet og pågangsmot vi gikk i gang.

Rikstrygdeverket foresto en grundig skolering i trygdemedisin tilsvarende hva leger får i sin utdanning. Naturligvis ble lover og regler for sykemelding, samt utfylling av sykemeldingsblanketten viet spesiell oppmerksomhet.

Like viktig var det store engasjementet i NFFs Faggruppe for manuell terapi (FFMT). Henvisningsprosjektet representerer en formidabel omveltning av flere arbeidsmessige rutiner og må ses på som en svær omstilling. FFMT gjennomførte «bevisstgjørings-seminar» med vektlegging på egne holdninger og nødvendigheten av forandring for å klare tilpasningen til en ny hverdag.

Hva er manuell terapi?

Manuell terapi (MT) er en 2 årig offentlig videreutdanning (40 vt) for fysioterapeuter i undersøkelse og behandling av lidelser i nerve- muskel- og skjelettsystemet. Videreutdanningen skal dyktiggjøre fysioterapeuten i analyse og vurdering av den nevro-muskulære- og biomekaniske funksjon i bevegelsesapparatet. Gjennom en generell, lokal og spesifikk undersøkelse vurderes kroppens ledd med tilhørende vevsstrukturer med tanke på mobilitet, stabilitet og smerte. MT omfatter spesifikke og generelle behandlingsmetoder for å bedre eller vedlikeholde funksjon, eller forsinke en progredierende funksjonssvikt. Behandlingen kan innbefatte manipulasjonsteknikker på ledd, det vil si hurtig mekaniske håndgrep.

Mål for videreutdanning av fysioterapeuter i manuell terapi (VFMT):

VFMT er en utdanning som skal gjøre studenten i stand til å undersøke og behandle pasienter med lidelser i muskel- og skjelettsystemet på et høyt nivå. Studenten skal også videreutvikle sin basis for kritisk tenkning og sitt forhold til fagutvikling etter vitenskapsmetodiske kriterier. Studiet er tilrettelagt for fysioterapeuter som allerede har klinisk erfaring bak seg og som vil videreutvikle sin formelle og reelle kompetanse gjennom å heve sine teoretiske kunnskaper, utvide sine praktiske ferdigheter, og lære seg til å anvende vitenskapelig basert kunnskap som grunnlag for sin fagutøvelse.

Det faglige ansvaret for studiet har Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for fysioterapivitenskap, Universitetet i Bergen.

For mer info: www.manuellterapi.com
klikk lenken Utdanning/UiB

I forbindelse med oppstarten av prosjektet startet Faggruppen også et ambisiøst fagutviklingsprosjekt. Manuellterapeutene i prøvefylkene har utviklet i alt seks retningslinjer. Disse er: Faglig avgrensning, undersøkelse (screening og utredning), henvisning til spesialist, henvisning til fysioterapi, sykemelding, og rekvirering av radiologiske undersøkelser. Retningslinjene er på det nærmeste ferdige, og skal kvalitetssikres bl.a. ved Universitetet i Bergen (UiB) før de blir allment tilgjengelige.

Videreutdanningen i manuell terapi foregår ved UiB i nært samarbeid med FFMT.

Det gode samarbeidet ble nå videreutviklet og man etablerte oppdateringskurs innen radiologi, differensialdiagnose og laboratorieprøver. Fritidsproblem har det neimen ikke vært mye av de siste årene!

Jeg mente at egen sekretær ville bli nødvendig, og ansatte en helsesekretær i deltidsstilling. Dataprogrammet jeg og mine kolleger benytter måtte også gjennomgå en radikal videreutvikling for å håndtere alle nye skjema elektronisk, forenklet oppgjørssystem m.m.

Mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell

Gode forberedelser har gjort at jeg nå bruker mer av min tid på jobb til å utøve manuell terapi enn tidligere. Min sek-

retær ivaretar det meste av administrasjon på kontoret, tar i mot pasienter, osv.

Utviklingen til nå har vist en økning av antall akutt pasienter, særlig rygg og nakkekasus. Timelista har to timer ledig hver dag avsatt til akutt tilfeller. Disse får generell undersøkelse første gang, for å få en oversikt over hva det kan dreie seg om, alvorlighetsgrad, m.m.

Det er flere som bestiller time bare for en vurdering med forslag til problemløsende tiltak. Generelt sett synes det å ha blitt en mer variert aldersspredning enn tidligere, og mer varierte problemstillinger. De faglige utfordringene jeg daglig stilles overfor er uten tvil mer sammensatte men også mer interessante.

Undersøkelsesmetodene brukt i manuell terapi gir meg et solid grunnlag for klinisk undersøkelse av pasienten med tanke både på diagnose og funksjonsvurdering.

Som manuellterapeut må jeg også vurdere andre forhold av betydning for pasientens situasjon, framtidsutsikter og muligheter for behandling. Mange sykdommer med symptomer fra muskel og skjelett må naturligvis behandles og utredes av fastlegen.

Noe av det mest positive for meg er muligheten til å ivareta pasientens behov for behandling eller andre tiltak fra første

konsultasjon. Det er god tid til pasientinformasjon og veiledning, og aktuelle tiltak blir alltid drøftet med pasienten. Funksjon er et vesentlig element i manuellterapeutens tilnærming, og ligger til grunn for det meste vi gjør og foreslår. Det gjelder også når vi vurderer behovet for sykemelding.

Undersøkellesmetodikken innen manuell terapi er også et svært godt redskap for å vurdere nødvendigheten av viderehenvisning av pasienten. Det kan dreie seg om henvisning til vurdering hos legespesialist eller fastlege. Behovet for radiologiske undersøkelser vil også kunne vurderes gjennom vår undersøkelse. En god klinisk undersøkelse kan langt på vei brukes til å avslå pasientens ønske om røntgen når jeg mener det er unødvendig. Den umiddelbare tilbagemeldingen fra pasientene har så langt vært veldig positive, enten jeg kan gi svar på deres problem eller ikke. Som hovedregel sendes alltid en skriftlig epikrise som informasjon til vedkommendes fastlege eventuelt henvisende lege.

Raskere igangsetting av behandling og kortere sykemeldingsperiode

Spesielt når det gjelder gruppen rygg- og nakkepasienter har det vært en markert økning i pasienter som kommer akutt og direkte uten henvisning fra lege. Nylig fikk jeg en akutt nakkepasient etter et traume. Vedkommende hadde store smerter med funksjonsforstyrrelser i nakken og smertestraling til venstre arm. Nødvendig resept til smertestilende i akutt fase fikk han hos fastlegen. Progredierende nevrologiske tegn tilsvarende venstre C6 rot fra fredag til mandag. MR ble rekvirert, og et skiveprolaps med affeksjon av nevnte rot ble verifisert.

Pasienten fikk en grundig gjennomgang av aktuell patologi, konsekvenser for arbeid og daglig virke for øvrig, naturlig forløp, sykemelding og manuell terapi behandling for å normalisere funksjon snarest mulig. For ordens skyld: Manipulasjonsbehandling inngikk ikke i tiltakene. Det er nyttig å kunne verifisere kliniske funn med MR så raskt som i dette tilfellet. Etter ei uke sykemelding var pasienten i stand til å gjenoppta sitt arbeide, og er etter fire uker i gang med trening. Prognosen videre anses god, og sjansen for kronifisering liten.

Jeg mener at informasjon, avdramatisering og fokus på funksjoner nøkkelementene for et forløp som i dette eksempelet. To timer daglig til akuttmottak har så langt vist seg tilstrekkelig. Pasienter som bestiller time får en undersøkelsestid innen rimelig tid, dvs maksimalt en til to uker, ofte kortere.

På bakgrunn av undersøkelse og funksjonsvurdering drøfter jeg nødvendigheten for sykemelding med pasienten. Til

dags dato har jeg ikke opplevd noe negativt ved å avslå «ønske» om sykemelding. Slik mener jeg manuellterapeuter kan bidra både til færre og kortere sykemeldinger.

Samfunnsøkonomiske besparelser

Ennå opplever jeg at mange pasienter kommer med henvisning. Dette kan bero på flere forhold. For det første tar det tid å forandre gamle vaner. Det har alltid vært nødvendig med rekvisisjonen til oss, mens pasienten alltid har hatt direkte tilgang til kiropraktorene, dog uten refusjon fra trygden. Først etter innføring av Helsepersonelloven kunne pasienter på lovlig vis oppsøke manuellterapeut direkte, mot å betale alle kostnader selv. P.r. i dag kommer ca 47% av pasientene via legen.

Det andre momentet er geografien i Vesterålen, med lange avstander. For en akutt ryggpasient vil det derfor mange ganger være smartere å kontakte legen sin i stedet for å sette seg i bilen og kjøre ni mil til Sortland. Ofte tåles transporten også bedre etter noen dager.

Et tredje moment er forholdet mellom antall fastleger og manuellterapeuter/kiropraktorer. Det sier seg selv at vi fire i Vesterålen umulig kan ta imot alle pasienter i vårt område alene. Mange kommer derfor til lege først, og noen av disse havner senere på mitt kontor med henvisning fra legen på undersøkelse eventuelt behandling.

I følge SINTEF Unimeds beregninger har pasientene i prøvetylkene spart ca kr 800 000 i egenandel til lege. Ut i fra en leges synspunkt høres dette kanskje ille ut. Mitt og pasientens inntrykk er likevel at timelista hos legene uansett er fulle. Pasientene tjener altså på denne ordningen uten at legene taper noe. Kanskje gir dette legene bedre tid til andre kasus som ellers ville fått et dårligere tilbud?

Muligheten vi nå har til selv å henvise til legespesialist og rekvirere radiologiske undersøkelser medfører også besparelser på flere plan. Jeg slipper å bruke tid på å få tak i fastlegen for å foreslå rekvisisjon/henvisning til ulike tiltak, og legen slipper å bruke tid på utfylling av skjema osv. I tillegg går det raskere for pasienten, som også bare trenger å forholde seg til en person. Legen blir likevel alltid underrettet både om rekvisisjon og resultat.

I tillegg til besparelser på individnivå, er det allerede tegn som indikerer besparelser også på samfunnsnivå. SINTEF-Unimed's rapport for første år av Hvp viser signifikante forskjeller når det gjelder sykemelding. Prøvetylkene har lavere vekst i det totale sykefraværet sammenlignet med landet for øvrig. Veksten i sykepengene (SM mer enn 16 dager) viser en enda mer markert forskjell: 7,4% økning i

forsøksfylkene mot 10,2% i landet for øvrig (gjelder sykefravær knyttet til muskel-skjelettlidelser).

Naturligvis er dette tall etter halvgått løp. Tendensen er likevel interessant, og har kanskje sammenheng med manuellterapeuters fokus på funksjon, funksjonsforbedrende tiltak, og vår holdning til sykemelding som ett av flere behandlingstiltak?

Bedre samarbeid mellom manuellterapeut/kiropraktor og annet helsepersonell

Gjennomgående har jeg hatt et relativt godt samarbeid med henvisende lege i alle mine år som manuellterapeut. Epikriser etter undersøkelse og ofte etter endt behandling har bidratt til det, i tillegg til personlig bekjentskap. Nå kan pasientene velge å oppsøke manuellterapeut direkte. Forutsatt samtykke sendes i de fleste tilfeller en orientering om dette til fastlegen. Det opplyses om diagnose og eventuelle tiltak. Noen ganger er det nødvendig å diskutere pasienten med legen før behandling iverksettes, og enes om et felles opplegg for det videre forløp.

I Hvp har jeg inntrykk av at de utvidete rettighetene pasientene har fått har bidratt til større grad av samarbeid enn tidligere. Mer likestilt ansvar kan også være av betydning i denne sammenheng? Kanskje tar jeg feil. Samarbeid vil uansett til en viss grad alltid være avhengig av både person og interessefelt, og noen leger er riktig flinke til å bruke oss som ressurspersoner.

Når det gjelder 2. linjetjenesten har jeg så langt benyttet meg av muligheten til å henvise pasienten til vurdering hos nevrokirurg, nevrolog, ortoped og revmatolog. Tilbakemeldingene fra legespesialistene indikerer at henvisningene var relevante. I enkelte tilfeller ble problemstillingen også diskutert med legespesialisten på forhånd. Vårt fagfelt kan i mange tilfeller ha mye å bidra med i utredningssammenheng.

Det hevdes at om Hvp blir landsdekkende vil det undergrave fastlegeordningen. Denne kritikken er etter min mening forunderlig. Mange pasienter har pr. i dag aldri vært hos sin fastlege. Mange får ikke time der og går til et variert antall andre leger, eller de oppsøker legevakta for akutte tilstander. Ingen har betenkeligheter med dette, heller ikke legene. Jeg formoder at fastlegen holdes informert om slikt på linje med den informasjonen manuellterapeuter/kiropraktorer sender om våre pasienter. Da blir det bemerkelsesverdig at det bare er manuellterapeuter/kiropraktorer som i følge legeforeningen kommer til å undergrave fastlegeordningen. Det eneste skillet mellom de ulike primærkontaktene utenom fastlegen er yrkestittelen: Vi er ikke leger. Tittelen i seg selv kan ikke være noe argument.

Mer fornøyde pasienter

Pasientene er så langt udelte positive til ordningen. Det er et inntrykk jeg har hatt siden ordningen kom i gang. Veldig mange pasienter hadde sogar etterlyst en slik ordning lenge før den ble aktuell. De fleste pasienter er bevisste på at det er sammenheng mellom smerter i muskel-skjelettapparatet og grad av funksjon. Manuell terapi undersøkelse vil som regel kunne avdekke eventuelle sammenhenger. Veiledning og informasjon vil klargjøre hva pasienten bør foreta seg om noe. Behandling er ikke alltid løsningen, men innsikt i et problem kan gjøre «selvhjelp» lettere og mer akseptabelt.

En forklaring på pasientens tilfredshet kan være at de blir fornøyd av å gjennomgå en grundig fysisk undersøkelse. Tilgjengelighet er et annet viktig element. Til nå har det ikke vært ventetid ved mitt kontor, og jeg håper det skal kunne fortsette slik. I vår skal SINTEF-Unimed foreta en brukerundersøkelse, og jeg vil bli overrasket hvis den ikke underbygger mitt og mine kollegers inntrykk.

Konklusjon

Henvisningsprosjektet har bidratt til mer målrettet og effektivt bruk av min kompetanse som manuellterapeut. Utviklingen for sykemeldinger synes også positive så langt.

SINTEF-Unimed har i sine beregninger vist at det ligger an til gode besparelser både på individ- og samfunnsnivå. Samarbeidet mellom meg og andre profesjoner, særlig legene, synes mer positivt nå enn tidligere. Spesielt gledelig er det at legene jeg samarbeider med synes å ha fått en mer positiv holdning til Henvisningsprosjektet.

Manuellterapeuters kompetanse innenfor muskel-skjelett-tilstander anser jeg å være fullt forsvarlig til å ivareta alle sider ved ordningen.

Jeg tror alle parter i primærhelsetjenesten bør bestrebe seg på å utvikle bedre og enklere samarbeidsrutiner. Kanskje kan elektronisk kommunikasjon via for eksempel Nordnorsk Helsenett og lignende system være en katalysator for nettopp dette.

For pasientenes skyld fortjener ordningen å bli varig og landsdekkende. Leger og manuellterapeuter/kiropraktorer må ta utfordringen det er å utvikle et smidig og godt samarbeid til pasientens beste!

UTPOSTEN
TETT PÅ!