

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 31. mai 2021

Høring - endringer i helsepersonelloven: autorisasjon av naprapater, osteopater, logopeder og paramedisinere

Innledning

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) viser til Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) høringsnotat som gjelder forslag til endringer i helsepersonellovens paragraf 48. NFF vil i høringssvaret kun komme med betraktninger som omhandler autorisasjon av osteopater og naprapater, da vi ikke har kompetanse til å vurdere de andre gruppene utover at vi er av den oppfatning at fagmyndighetenes vurderinger burde veie tungt for alle som skal omfattes av autorisasjonsordningen.

Sammendrag

Helsepersonelloven (hpl.) med forarbeider gir viktige føringer for regulering av helsepersonell, og NFF mener at lovens formål fortsatt må være gjeldende. Dersom nye grupper skal vurderes med hensyn til autorisasjon skal vilkårene være oppfylt og utredningsinstruksen være fulgt. NFF er svært kritisk til at fagmyndighetens tilrådinger settes til side. NFF mener at utredningen som ligger til grunn for høringen er svært mangelfull og dels misvisende.

NFF mener det er svært uheldig at regulering av en tjeneste skal skje gjennom stortingsvedtak, som ikke er forankret i grunnleggende forutsetninger og gjeldende kunnskap. Forskningsgrunnlaget for osteopati er relativt svakt, og nesten ikke-eksisterende for naprapati. Det er uforståelig at Stortinget vil bidra til å trekke behandlingen av muskel- og skjelettlidelser i en annen retning enn kunnskapen tilsier.

NFF mener videre at forslaget fører til en uheldig fragmentering av helsetjenesten som vil medføre en utvikling mot et mer to-delt helsevesen med store kvalitetsvariasjoner.

NFF er enig med regjeringen at det er behov for mer fokus på muskel- og skjelettlidelser, og et større offentlig tilbud. Det burde være verdt å merke seg at det er tilstrekkelig med fysioterapeuter i Norge, men at ressursene ikke i tilstrekkelig grad benyttes i den offentlige helsetjenesten. NFF mener at det ikke er behov for mangfold i tilbudet til pasienter med muskel- og skjelettlidelser i form av alternative behandlingsfilosofier, slik regjeringen her løfter frem. Derimot er det behov for den type mangfold som fysioterapien rommer, som er innenfor kunnskapsbasert praksis. Først når vilkårene for autorisasjon er oppfylt, konsekvenser er utredet og faglige vilkår er satt, bør autorisasjon være aktuelt.

Gjeldende rett – helsepersonellovens paragraf 48

Offentlig godkjenning av helsepersonell omfatter autorisasjon (§48), lisens (§49) og spesialistgodkjenning (§51) er regulert i helsepersonelloven (hpl.) kapittel 9. Hovedformålet med lovens godkjenningsordninger er å ivareta pasienters sikkerhet. Ordningene sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å inneha en bestemt yrkesrolle, og skal være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse.

I hpl. §48 fremgår det at ved avgjørelse om nye grupper skal autoriseres skal det legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formålet med utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land.

Spørsmål om disse gruppene oppfyller vilkårene for autorisasjon er gjennom en årrekke blitt vurdert, og konklusjonen fra fagmyndigheten har hele tiden vært at vilkårene ikke er oppfylt i tilstrekkelig grad. Det er etter NFFs synspunkt derfor svært betenkelig at det fattes et politisk vedtak om autorisasjon som er i strid med godt funderte faglige råd.

Autorisasjon av osteopater og naprapater er blitt vurdert av henholdsvis Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet i 2005, 2012, 2014 og 2019. I 2005 konkluderte en arbeidsgruppe nedsatt og ledet av Sosial- og helsedirektoratet at tiden ikke var inne for å autorisere disse gruppene. I 2012 vurderte Helsedirektoratet på nytt en autorisasjonsanmodning fra Norsk Osteopatforbund (NOF) og anbefalte ikke autorisasjon, da kriteriene for autorisasjon i tilstrekkelig grad ikke var oppfylt. I 2014 avslo HOD autorisasjonsanmodningene fra blant andre disse to gruppene med begrunnelse at de nødvendige kriteriene som følger av helsepersonelloven ikke var oppfylt. I 2019 fikk Helsedirektoratet på nytt i oppdrag å utrede autorisasjon av disse to gruppene, og igjen er den faglige anbefalingen at disse gruppene ikke autoriseres da de ikke i tilstrekkelig grad oppfyller vilkårene for autorisasjon.

Ingen personellgrupper har noe rettskrav på å få autorisasjon og dette gjelder selv om vilkårene som eksplisitt fremgår av helsepersonelloven § 48 vurderes å være oppfylt, noe de ikke er i dette tilfellet.

Brudd på utredningsinstruksen mv.

Alle tiltak med «vesentlige virkninger» skal i utgangspunktet på høring og formålet med utredningsinstruksen er å legge et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak. Instruksen setter krav til fremgangsmåte og kvalitet på utredning for høringer. Minimumskravene for utredning følger av 2-1 i utredningsinstruksen, som sier at en utredning skal besvare følgende spørsmål:

Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

Hvilke tiltak er relevante?

Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?

Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?

Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?

Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Utredningen skal omfatte virkninger for enkeltpersoner, privat og offentlig næringsvirksomhet, statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning og andre berørte.

Og 2-2 som blant annet sier at: Utredningen skal være så omfattende og grundig som nødvendig. Denne vurderingen baseres på om tiltaket reiser viktige prinsipielle spørsmål, hvor vesentlige

tiltakets virkninger forventes å bli og den tiden som står til rådighet. Dersom tiltaket berører prinsipielle spørsmål, skal utredningen drøfte disse på en balansert, systematisk og helhetlig måte.

Selv om spørsmålet om autorisasjon av disse gruppene er utredet ved flere anledninger, er ikke minimumskravene til utredning blitt fulgt, og spørsmålene i utredningsinstruksen er heller ikke besvart godt nok. Stortinget har dermed bidratt til at forutsetningene for utredningsinstruksen ved å beslutte autorisasjon for naprapater og osteopater er brutt.

Det er svært bekymringsfullt at det er fattet en politisk beslutning i en sak som reiser spørsmål av stor praktisk og prinsipiell betydning uten utredning som kunne avdekket konsekvenser beslutningstakerne i dag ikke har oversikt over, og som i tillegg er i strid med faglige råd og embetsverkets anbefaling. At forslaget er frarådet i flere omganger fra faglig hold tilsier at en grundig konsekvensutredning burde vært foretatt.

Ifølge en rapport fra Tom Colbjørnsen¹ kan for sterk involvering fra Stortinget i enkeltsaker skape gråsoner mellom Stortingets og regjeringens konstitusjonelle ansvarsområder. Som hovedregel skal Stortinget nøye seg med å fastlegge overordnede rammer for sektorpolitisk styring, og unngå enkeltvedtak knyttet til sektorpolitikkens detaljer og praktiske gjennomføring. Som valgte politikere er det vanskelig for stortingsrepresentanter å avstå fra å engasjere seg i dagsaktuelle spørsmål. Representantenes tilbøyelighet til å involvere seg i detaljer og enkeltsaker henger sammen med sakenes politiske sprengkraft. For eksempel involverer stortingsrepresentantene seg langt oftere i saker som angår helseforetak, sammenlignet med statlige selskaper i andre sektorer. Colbjørnsen skriver videre at grunnen kan være at helse står særlig høyt på velgernes dagsorden, og får stor oppmerksomhet i mediene.

NFF opplever at vedtak 165 fra behandlingen av statsbudsjettet for 2021, der Frp inngikk avtale med regjeringspartiene om å autorisere osteopater og naprapater, kan tjene som eksempel på at stortingspolitikere i sin vilje til å vise handlekraft, fatter vedtak som går ert i en gråsoner når det gjelder ansvarsområdet.

Bruk og omfang

Et av kriteriene for autorisasjon er omfang og dekning i hele landet. Det argumenteres i høringsnotatet at det kriteriet er oppfylt, noe NFF stiller seg tvilende til. Både osteopatene og naprapatene forbund forsikrer om at de har utøvere i hele landet, likevel viser et lite søk på nettsidene at det er geografiske forskjeller i tjenestetilbudet. Eksempelvis viser det seg at av de 317 osteopatene som står oppført på osteopatene nettside, holder 194 til i Oslo og Viken².

Det finnes ca. 400 medlemmer i Norges Naprapatforbund, hvorav 345 er registrert i Registeret for utøvere av alternativ behandling. Det oppgis også at det er ca. 400 osteopater, hvorav 350 er medlem av Norsk Osteopatforbund og 322 er registrert i Registeret for alternativ behandling.

Til sammenligning er det 17.567 autoriserte fysioterapeuter, hvorav 13.432 er sysselsatt per 4. kvartal 2020. Av disse er det 712 fysioterapeuter med tilleggskompetanse som utløser sykemeldings-, henvisnings- og rekvisisjonsrett (dvs. manuellterapeut).

¹ [Tom Colbjørnsen: Og bakom synger Stortinget. Statens sektorpolitiske styring. Spekter 2019.](#)

² <https://osteopati.org/finn-din-osteopat/>

I Norge finnes det som vi ser i underkant av 400 naprapater og 400 osteopater. Det kan synes som autorisasjon av disse gruppene er å igangsette et uforholdsmessig stort apparat for så få utøvere.

Bruk av osteopati og naprapati

Det er av interesse å se hvorvidt naprapati og osteopati er mye brukt av befolkningen, og hvorvidt det er mer utbredt bruk av disse to terapiformene, sammenlignet med andre alternative terapiformer.

Dette er tall hentet fra en telefonundersøkelse utført av IPSOS MMI på vegne av NAFKAM. 1001 personer over 15 år, fra hele landet har svart.

I 2018 svarte 1.2 % av de spurte at de hadde mottatt osteopatibehandling, mens 2.6 % av de spurte hadde mottatt naprapatibehandling. Til sammenligning hadde 1.7 % benyttet soneterapi og 1.1% hadde benyttet healing og 3.9 % hadde benyttet akupunktur.

Tallene fra undersøkelsen viser at naprapati er noe mer benyttet enn osteopati, men at akupunktur er den alternative behandlingsformen som er mest benyttet. Videre ser vi at osteopati er mindre brukt enn soneterapi og om lag på samme nivå som healing.

Hvis utbredelse og bruk av en behandlingsform skal tillegges vekt, vil det være vanskelig å fremheve naprapati og osteopati framfor for eksempel akupunktur og soneterapi.

Forskningsgrunnlaget

Helsetjenester må ha dokumentert effekt og helsetjenestens virksomhet må være i samsvar med anerkjent sykdomsforståelse, forklaringsmodell og behandlingsfilosofi. Det er en forutsetning for kunnskapsbasert praksis og kravene til faglig forsvarlighet, jf. hpl. §4. Dette er også et av tilleggskriteriene for autorisasjon. Departementets gjennomgang av kunnskapsbasen for disse terapiformene er mangelfull.

Det vises i høringsnotatet til NAFKAMs gjennomgang av forskningsgrunnlaget for osteopati og naprapati fra 2020. NAFKAM sier: Ved søk i mars 2020 i våre kilder til oppsummert forskning, fant vi spesifikt for naprapati ingen slike. Det betyr at det etter våre kriterier **ikke finnes tilstrekkelig dokumentasjon til å si om det virker eller ikke. Eventuelle påstander om effekt mangler da solid vitenskapelig støtte.** Når det gjelder osteopati konkluderer NAFKAM med at osteopatibehandling er **utilstrekkelig dokumentert.**

Det har gjennom tiden vært en gjennomgående faglig utvikling mot aktive behandlingsintervensjoner på muskel- og skjelettlidelser. Vår oppfatning er at naprapati og osteopati i hovedsak er passive behandlingsmodaliteter, eksempelvis benyttes kraniosakral-terapi og facielle mobiliseringsteknikker (bindevevsbehandling). To systematiske oversiktsartikler fra Guillaud et al. (2016³ og 2018⁴) konkluderer med manglende reliabilitet og effekt av disse behandlingstypene. Kunnskapen i behandling av muskel- og skjelettlidelser går i en annen retning enn disse fagene representerer.

Videre vil vi understreke at det er mye som tyder på at langvarige muskel- og skjelettplager/smerter bør behandles som andre kroniske sykdommer som diabetes, overvekt, sammensatte lidelser, psykiske lidelser o.l. med mer behov for individbasert tilnærming/livsstilsendring med fokus på

³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5147986/>

⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29452579/>

mestring og med god tverrfaglig samhandling. Når en så stor endring i det offentlige helsetilbud vurderes innført, burde dette stått sentralt.

Det fagspesifikke forskningsgrunnlaget for osteopati er relativt svakt, og nesten ikke-eksisterende for naprapati. NFF etterlyser en kunnskapsoppsummering om effekten av disse to behandlingsformene.

Fordi det i høringsnotatet er trukket frem at osteopati og naprapati kan minne om fysioterapi, er det i forskningssammenheng naturlig å trekke en sammenligning til fysioterapi, som har en bunnsolid forskningsbase. I den internasjonale forskningsdatabasen for fysioterapi, PEDro⁵, finner vi over 50.000 randomiserte, kontrollerte studier, systematiske oversikter og evidensbaserte klinisk-praktiske retningslinjer. I tillegg kan nevnes at vi i Norge i dag har nær 250 doktorgrader i fysioterapi. Forskningsaktiviteten har bygget viktig kompetanse opp til professornivå i fysioterapi og i dag har vi sannsynligvis oppimot 50 fysioterapeuter med professorkompetanse i Norge⁶.

Vi ser en økende tendens til at fysioterapeuter, i stedet for i fysioterapispesifikke tidsskrift, publiserer i generelle medisinske tidsskrifter som *BMJ* og *the Lancet*, og i tidsskrifter innen sine fagområder som pediatri, nevrologi eller folkehelse. Den beste forskningen er ofte gjennomført i tverrfaglige team og har interesse for flere enn fysioterapeuter, for fysioterapeuter samarbeider med andre helseprofesjoner både i praksis og i forskning⁷.

Fysioterapi er et fag som har utviklet seg i takt med medisinsk forskning, er etablert i det akademiske miljøet over hele verden, og er verdens tredje største helseprofesjon.

Utdanning – faglige kvalifikasjoner

Hovedformålet med autorisasjon er å styrke sikkerheten for pasienter, og det gjøres best ved å sikre at enkelte grupper helsepersonell har særskilt kompetanse for yrkesutøvelse innenfor helsetjenesten. Gjennom autorisasjonsordningen kan det settes faglige premisser for utdanningens innhold. Kravet om autorisasjon av helsepersonell etter fullført og bestått utdanning innebærer på denne måten en kvalifikasjonskontroll. Krav om autorisasjon skal sikre et minimum av kvalifikasjoner for grupper av helsepersonell.

Departementet skriver i høringsnotatet at de faglige kvalifikasjonene til osteopater og naprapater må vurderes før de kan gis autorisasjon. Videre står det at dersom utdanningen ikke holder faglig mål til å inngå i norsk helsetjeneste må det stilles tilleggskrav for at de skal autoriseres. HOD påpeker at det må sikres et gitt faglig nivå før autorisasjon, kanskje må de to gruppene ta ytterligere utdanning for å være på et tilfredsstillende nivå i Norge.

Det er svært urovekkende at autorisasjon av disse gruppene vedtas politisk på mangelfullt grunnlag før de faglige premissene for autorisasjon er satt og før det er foretatt en kvalitetssikring av innholdet i studiene.

⁵ [The Physiotherapy Evidence database](https://www.physiotherapyevidence.com/)

⁶ <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2021/Michael-2021-02.pdf>

⁷ <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2021/Michael-2021-02.pdf>

Osteopat

Når det gjelder utdanning av osteopater er det ifølge departementet uklart i hvilken grad utdanningsløpet ved den private Høyskolen Kristiania treffer behovene for osteopatikompetanse i tjenestene. Departementet skriver i høringsnotatet at de derfor, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, vil vurdere behovet for å innlemme osteopatutdanningen i RETHOS, eller på annet vis etablere faglige vilkår som skal ligge til grunn for godkjenning av denne gruppen. Både en eventuell innlemming i RETHOS og etablering av faglige vilkår vil innebære flerårig utviklingsarbeid, og **det vil være behov for å få på plass midlertidige løsninger for å kunne iverksette Stortingets vedtak om autorisasjon av osteopater.**

Departementet vurderer at en slik midlertidig løsning bør være basert på studieplanene til det eksisterende norske utdanningsløpet bestående av en treåring bachelorutdanning og en ettårig videreutdanning for å unngå at vi kommer i en situasjon der ingen eller kun et fåtall av dagens osteopater kvalifiserer til autorisasjon. NFF stiller seg kritisk til en midlertidig ordning. Først når vilkårene er oppfylt, konsekvenser er utredet og faglige vilkår er satt, bør autorisasjon være aktuelt.

Osteopatutdanningen retter seg i dag mot en helprivat helsetjeneste. Utdanningen er liten, med et lite fagmiljø, noe som bidrar til at det vil være vanskelig å bygge opp et robust og faglig sterkt fagmiljø. Faglig sterke lærerkrefter må være på plass for å sikre forskningskunnskapen som må ligge i bunn på en slik utdanning og profesjon. Kompliserte og sammensatte årsaker ligger ofte bak muskel- og skjelettlidelsene. Kunnskap om og samarbeid med annet helsepersonell og aktører er viktig for å skape gode pasientforløp, og bør være sentralt i utdanningen. Det ser vi ikke at den gjør.

Naprapat

Det finnes ikke naprapatutdanning i Norge, og derfor mener departementet at det er hensiktsmessig å legge autorisasjonen på svensk nivå. Det er ikke nærmere forklart hva dette innebærer, men det er grunn til å stille spørsmål ved om de kan bli autorisert til å fylle de samme funksjonene i helsetjenesten som eksempelvis fysioterapeuter har. Nok en gang blir vi i høringsnotatet presentert for en ny funksjon som autorisasjonsinstituttet skal ivareta - begrenset autorisasjon. I høringsnotatet står det at for å få autorisasjon (legitimation) som naprapat i Sverige er det nødvendig å først gjennomføre en fireårig høyskoleutdanning. **Dette stemmer ikke da den private naprapatutdanningen i Sverige ikke inngår i det svenske høyskolesystemet.** Og skolen er derfor ikke under offentlig tilsyn i forhold til sikring av den faglige kvaliteten.

Videre står det i høringsnotatet at den svenske naprapatutdanningen består av ca. 240 studiepoeng. Det blir etter vårt synspunkt villedende å benytte studiepoeng i denne forbindelse, da dette som sagt er en yrkesskole, ikke en høyskole, noe som klart innebærer en kvalitetsforskjell.

På oppdrag fra den svenske regjeringen gjennomførte Høgskoleverket, nåværende Universitetskansler ämbetet, en utredning av naprapatutdanningen i 2010. Utredningen foreslo at naprapatutdanningen skulle bli en del av fysioterapiutdanningen, siden de hadde en del til felles – og da var det særlig manuell ortopedisk terapi de ble sammenlignet med. Utredningen viste videre at fysioterapi blant annet inneholdt større andel medisinske emner og vitenskapsteori. Det må her trekkes frem at vi de siste 20 årene har sett et betydelig skifte i modellene for muskel- og skjelettsmerter og behandling som har gitt ny retning til moderne praksis og forskning. Dette skiftet har vært betydelig internasjonalt innen fagfeltet manuellterapi. Internasjonalt er det dessuten en

tydelig trend til å endre navn på fagfeltet fra manuell terapi til muskel- og skjelettfysioterapi. Grunnen til dette er at muskel- og skjelettlidelser nå er veletablert innen en biopsykososial kontekst som gir en bredere forståelse og anerkjennelse av den assosierte smerten, funksjonsnedsettelsen og aktivitetsbegrensningen. Fremganger i nevrovitenskap (f.eks. smertevitenskap og sansemotorisk kunnskap), samt atferdsvitenskap, har endret praksis. De tidligere konseptene og praksis av manipulativ terapi har vokst, utviklet og beveget seg inn i mer omfattende metoder for behandling.

Spørsmålene omkring utdanning som reises i forbindelse med autorisasjon av naprapater er mange, viktige og står ubesvarte fra departementets side: Gjennomfører de norske naprapatene godkjent ett-årig praksis i Sverige? Er det praktisk mulig for Sverige at praksis gjennomføres der? Er det mulig å få til en norsk praksisordning? Må det stilles andre praksiskrav i Norge enn i Sverige? Fysioterapeuter og kiropraktorer som er utdannet i andre land må gjennomføre praksistjeneste i Norge, må ikke dette også gjelde naprapater? Er det behov for naprapatkompetanse i norsk helsevesen? Skal utdanningen innlemmes i RHETOS?

Fysioterapi

Fordi HOD i høringsnotatet sammenligner naprapati og osteopati med fysioterapi, finner vi det under denne overskriften derfor naturlig å redegjøre for fysioterapiutdanningen i Norge. Det finnes i dag grunnutdanning i fysioterapi ved OsloMet, Høgskulen på Vestlandet, NTNU, og UiT Norges arktiske universitet⁸. Utdanningen er en tre-årig bachelorutdanning med ett års turnustjeneste.

Utdanningskapasiteten for fysioterapeuter har vært stabil de siste årene. I 2020 ble 385 studieplasser i bachelorutdanning fysioterapi utlyst gjennom samordnet opptak. Dette innebærer at nesten 400 nye fysioterapeuter uteksamineres til turnustjeneste årlig. I tillegg søker fysioterapeuter med utdanning fra utlandet autorisasjon. I 2020 var tallet som fikk innvilget dette, ca. 100.

Utdanningen blir regulert gjennom forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning (RETHOS)⁹, som skal «sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres, har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon». Forskriften understreker innledningsvis at «I tillegg til individrettet arbeid skal fysioterapeuter bidra på gruppe- og systemnivå for å fremme folkehelsen og samfunnets bærekraft».

Retningslinjen inneholder ca. 60 læringsutbytter som til sammen beskriver sluttkompetansen for fysioterapeuter når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse i vurdering, behandling og forståelse av muskel- og skjelettplager.

Fra forskriften er det også verdt å trekke frem at utdanningen skal sikre at fysioterapeuter i tillegg til individrettet arbeid skal bidra på gruppe- og systemnivå for å fremme folkehelsen og samfunnets bærekraft. Utdanningen skal også sikre at fysioterapeuter har kompetanse i tverrfaglige og målrettede samarbeidsprosesser innenfor helse- og omsorgssektoren og i andre sektorer, for å nevne noe.

⁸ I tillegg har Bjørknes Høyskole et tilbud om utdanning der første år tas i Norge og resten i Nederland.

⁹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-410>

Det må understrekes at utdanningen er praksisnær gjennom hele studietiden og turnus. Studentene møter i lengre perioder pasienter fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Forebyggende og helsefremmende arbeid blir også vektlagt.

Studiestedene tilbyr også populære masterprogrammer, både tverrfaglige og fagspesifikke. Det finnes for eksempel fagspesifikke programmer for muskel-skjelett-helse, barn, eldre, manuell terapi, idrettsfysioterapi, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi og klinisk fysioterapi. Mastergrad, samt praksis og veiledning kan kvalifisere til forbundsintern spesialistgodkjenning i NFF¹⁰.

OsloMet, NTNU og Universitetet i Tromsø tilbyr PhD-program i helsevitenskap og Høgskulen på Vestlandet i «Helse, funksjon og deltaking» der fysioterapeuter er tydelige aktører med mange stipendiater¹¹.

Er det behov for mangfold i behandlingen av muskel- og skjelettpasienter?

Helseminister Bent Høie har i skriftlig svar på Dokument nr. 15:719 (2020-2021) uttalt at regjeringen ved å autorisere osteopater og naprapater ønsker å legge til rette for et bedre *mangfold* i tilbudet innen muskel- og skjelettlidelser. I høringsnotatet står det at regjeringen vil satse på muskel- og skjelettlidelser, og at autorisasjon av naprapater vil bidra til *større valgmulighet* for befolkningen.

Helseministeren og regjeringen innfører med dette et nytt vilkår for autorisasjon, som trumfer de lovfestede, og det er at autorisasjon skal bidra til mangfold og valgmuligheter, altså kvantitet framfor kvalitet.

NFF mener det er på høy tid at muskel- og skjelettlidelser får økt oppmerksomhet fra politikerne, men vil understreke at det ikke gjøres ved å gi disse gruppene autorisasjon på sviktende grunnlag. Og det er grunn til å spørre om regjeringen ville vurdert mangfold og valgmulighet på samme måte innen behandling av andre lidelser, som for eksempel kreft? Det er lite trolig.

I høringsnotatet vises det videre til at det er et økende behov for behandlere innen manuelle terapiformer i behandlingen av muskel- og skjelettlidelser. Vi er enig med regjeringen i at det er behov for flere behandlere, men en troverdig satsing på muskel- og skjelettlidelser fra regjeringens side innebærer ikke autorisasjon av flere grupper. Ved økte bevilgninger til kommunene, gjerne i form av øremerkede midler slik at de kunne ansette/gi driftstilskudd til flere fysioterapeuter, kunne regjeringen vist en reell vilje til satsing.

I denne forbindelse må vi også opplyse om at det er en betydelig ubenyttet arbeidskraftreserve av fysioterapeuter som jobber helprivat, og som det offentlige helsevesenet burde benyttet seg av før de åpner opp for nye grupper, som har langt smalere kompetanse enn det fysioterapeuter har. Bare i NFF har vi per 4. mai 2021, 456 medlemmer som arbeider helprivat, men vi anslår at dette tallet nok kan fordobles. I tillegg finnes det noe arbeidsledighet blant fysioterapeuter, og undersøkelser viser at flere fysioterapeuter jobber i stillinger som ikke er direkte fysioterapirelaterte, som for eksempel personlig trenere.

¹⁰ <https://fysio.no/Forbundsforisiden/Kompetanseutvikling/Spesialistgodkjenning>

¹¹ [Gro Jamtvedt i Fysioterapihistorie, Michael 2021.](#)

For å møte demografiutfordringene helsetjenesten står overfor er det behov for effektive forebyggende tiltak, trening og økt mestring for å klare seg lenger i eget hjem. Det forutsetter mindre fokus på å «lete etter avvik» og «helbrede», og økt oppmerksomhet på å leve med og mestre liv med for eksempel kroniske helseplager, senskader etter kreft og smerter vi ikke alltid forstår årsaken til, men som gjerne er sammensatte og kompliserte. Fysioterapeuter innehar denne kompetansen, og etter NFFs mening er det nettopp slik kompetanse som burde etterspørres.

Fragmentert tjeneste – manglende vurdering av alternative løsningsforslag

I 2014 uttalte Bent Høie¹²: - Det er viktig med sterke fagprofesjoner, men en utvikling med stadig nye autoriserte grupper kan føre til en mer fragmentert og profesjonsdelt helse- og omsorgstjeneste. Videre uttalte han at pasientsikkerhet blir ivaretatt ved at helsepersonelloven uansett vil gjelde for personell som arbeider i helse- og omsorgstjenesten og yter helsehjelp. For personell utenfor helse- og omsorgstjenesten vil brukernes sikkerhet og forbrukervern bli ivaretatt innenfor rammen av lov om alternativ behandling.

En av de største utfordringene i helsetjenesten i dag er å få til helhetlige, samordnede og gode pasientforløp. Dette gjelder ikke minst for gruppen av pasienter med muskel- og skjelettlidelser. En ytterligere fragmentering av tjenesten vil kunne bidra til større koordineringsutfordringer og for pasientene vil det kunne skape usikkerhet og forvirring. Norsk Fysioterapeutforbund er enig med Høies betraktninger fra 2014 om at fragmentering av helse- og omsorgstjenesten er et stort problem.

Norsk Fysioterapeutforbund mener derfor det burde vurderes en alternativ løsning på ønsket fra osteopater og naprapater om egen autorisasjon. Det kunne for eksempel vært at de ble vurdert til autorisasjon innenfor en allerede autorisert helseprofesjon. En slik løsning kunne bidratt til redusert fragmentering og pasientene ville kunne bli sett og møtt med større helhet. Denne muligheten burde etter vårt synspunkt vært utredet.

Som tidligere nevnt ble det i en svensk utredning fra 2010 foreslått at naprapati kunne vært en spesialitet innen fysioterapi. Den norske arbeidsgruppen som leverte sin rapport i 2005 diskuterte også muligheten av å foreslå en felles autorisasjon for utøvere av manuell behandling av lidelser og sykdommer i muskel-/skjelettsystemet, men valgte å ikke foreslå den løsningen fordi det var såpass store ulikheter i utdanninger og fagtradisjoner.

Todelt helsevesen og overbehandling

Ser vi på studieplaner og studieopplegg utdannes både osteopater og naprapater til privat helsetjeneste. En autorisasjon av disse gruppene vil derfor innebære en ytterligere utvikling mot et todelt helsevesen, der det er nærliggende å anta at den reelle motivasjonen bak dette forslaget er å sakte, men sikkert skyve muskel- og skjelettpasientene ut av det offentlige helsevesenet og inn i det private.

Dette er en utvikling som ikke vil tjene disse pasientene, for det skal ikke stor fantasi til for å se at dette vil føre til «konkurransen» om pasientene. Kulturen disse profesjonen kommer fra handler mye om å bygge en praksis og sikre tilgang på pasienter, mens kulturen innenfor helsetjenestene i stor

¹² <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Onsker-ikke-a-autorisere-nye-personellgrupper/id765156/>

grad har vært å gi folk ressurser til selvmestring. Tilbudet vil bli mer markedsstyrt og behandlere som tilbyr behandlingsformer som pasientene gjerne ønsker seg, eksempelvis massasje, vil skape økt etterspørsel og overbehandling. Overbehandling kan gi negative helsegevinster og behandlingsavhengighet.

Spørsmålet om overdiagnostikk og overbehandling har lenge vært et aktuelt tema, ikke bare i Norge, men også internasjonalt. Framveksten av flere offentlig godkjente behandlingstilbud, som autorisasjon av osteopater og naprapater innebærer, vil nok kunne være en driver til overbehandling, framfor en løsning på problemet med at pasienter med muskel- og skjelettplager ikke får et tilfredsstillende tilbud i dag. Målet må være at offentlig godkjent behandling må være basert på dokumentert kunnskap om effekt og nytte.

Dobbeltautorisasjon

Departementet omtaler ikke muligheten for dobbeltautorisasjon i høringsnotatet, men problematikken er nevnt i Helsedirektoratets utredning fra 2019. Der står det at osteopatiutdanningen ikke bygger på en autorisasjonsgivende grunnutdanning. Imidlertid forekommer det autoriserte fysioterapeuter som også er utdannet osteopat. Ved autorisasjon av osteopat, vil altså dobbeltautorisasjon kunne forekomme, men i liten utstrekning.

Av de om lag 350 osteopater i Norge i dag er 71 autoriserte fysioterapeuter. Fysioterapeuter som ønsker videreutdanning i osteopati kan søke innpass, og få redusert studietid.

Når det gjelder naprapater vil det også forekomme dobbeltautorisasjon.

NFF er bekymret for at dobbeltautorisasjon av manuellterapeuter igjen vil presse seg frem som en følge av at osteopater og naprapater blir autorisert. Dette til tross for at autorisasjon av manuellterapeuter ble avslått av regjeringen etter en høringsrunde der forslaget om dobbeltautorisasjon av denne gruppen møtte stor motstand. Spørsmålet om autorisasjon av manuellterapeuter har også vært utredet av Helsedirektoratet ved flere anledninger. Helsedirektoratet har ikke anbefalt autorisasjon, men derimot har de anbefalt offentlig spesialistgodkjenning.

Internasjonale forhold

EU har tatt initiativ til å bremse utviklingen mot stadig flere godkjenninger av flere yrker i henhold til yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Begrunnelsen for dette er blant annet at utvidelse av godkjenningsordninger medfører økt byråkrati og administrative kostnader.

Den 1. februar 2020 ble den nordiske overenskomsten om gjensidig godkjenning av helsepersonell avviklet. Så selv om for eksempel naprapater er godkjent som helsepersonell i Sverige, har ikke Norge noen som helst forpliktelser til å gjøre det samme.

Naprapati er regulert i Sverige og fra 2006 er naprapat tittelbeskyttet. I Finland er naprapat kun tittelbeskyttet, men ikke omfattet av en offentlig godkjenningsordning.

Osteopati er regulert i 9 europeiske land: Danmark, Island, Finland (med tittelbeskyttelse, ikke godkjenning), Lichtenstein, Malta, Portugal, Sveits og Storbritannia. Selv om osteopati er regulert i flere europeiske land innebærer det ikke at Norge har forpliktelser til å gjøre det samme.

Fra restriktiv til grenseløs autorisasjonsordning?

Fordi Stortinget før jul vedtok at alternativ behandling blir merverdiavgift (mva.)-pliktig, kan det forventes at hvis osteopater og naprapater autoriseres vil mange andre grupper av alternative behandlere vil søke om, eller gå politisk vei, for å bli autorisert som helsepersonell. Norsk Fysioterapeutforbund mener at krav om mva. på alternative behandling ikke kan være et argument for autorisering til offentlig tjeneste. Og fordi vilkårene for å få autorisasjon med dette blir satt til side, blir det en umulig oppgave for myndighetene å argumentere mot autorisasjon av andre grupper som i dag faller inn under lov om alternativ behandling, når disse søknadene naturlig måtte komme. Og dermed står hele autorisasjonsinstituttet i fare for å undergraves.

Konklusjon

NFF støtter ikke forslaget om autorisasjon av osteopater og naprapater. Først når vilkårene er oppfylt, konsekvenser er utredet og faglige vilkår er satt, bør autorisasjon av disse gruppene eventuelt vurderes.

Vennlig hilsen

Gerty Lund
forbundsleder

Stian Rugsveen Engen
generalsekretær

Godkjent 31. mai 2021