**Til**

**Helse Sør-Øst RHF v/Siri Lund**

**Pb 404**

**2303 Hamar**

**Til**

**Helse Vest RHF v/Torleiv Bergland**

**Postboks 303 Forus**

**4066 Stavanger**

**Til**

**Helse Midt-Norge RHF v/Svanhild Jenssen**

**Postboks 464**

**7501 Stjørdal**

**Til**

**Helse Nord RHF v/Finn Henry Hansen**

**8038 Bodø**

**Kopi: DnLF medisinsk fagavdeling v/Bjarne Riis Strøm**

**Postboks 1152 Sentrum**

**0107 Oslo**

**Kopi: Helse og Omsorgsdepartementet**

**Postboks 8011 Dep**

**0030 Oslo**

**Fra**

**Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering v/ Marianne Wesnes**

**Rehabiliteringsklinikken Helse Bergen**

**Nordåsgrenda 4**

**5235 Rådal**

**Vedrørende behov for private avtalespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering**

Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet (Lærum, 2013). I den forbindelse ønsker styret i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering å påpeke den svært lave andelen av private avtalespesialister i faget vårt, sammenlignet med andre spesialiteter som behandler lignende pasientgrupper.

*Sykefravær*

Muskel- og skjelettplager er svært vanlig i befolkningen. 75 – 80 % vil i løpet av en måned oppleve slike smerter eller plager i en eller annen form. Muskel-skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til korttids sykefravær (kortere enn 2 uker), nest etter forkjølelse og andre luftveissykdommer. Muskel- og skjelettlidelsene er den hyppigste årsaken til trygdeytelser; bla representerer disse lidelsene ca 40 % av sykefraværet og 30 % av alle nye tilfeller av uføreytelser. I tillegg kommer egenmeldinger. Den nest største diagnosegruppen, psykiske lidelser, ga til sammenligning opphav til 15 % av sykefraværstilfellene og 25 % av nye uføreytelser.

*Få avtalespesialister*

I den anledning ønsker styret i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering å påpeke den nærmest totale mangel på private avtalespesialister i vårt fag.

**0,7% (1,2 hjemler/171 leger) av spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst er private avtalespesialister;** til sammenligning er 4,57% av revmatologene og 3,42% av nevrologene private avtalespesialister. Ellers i landet er det også tilnærmet total mangel på private avtalespesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

*Konservativ behandling*

Det har de siste 10-15 årene vært en betydelig økning innen ortopedisk kirurgi. Dokumentasjon for effekten av dette er i flere tilfeller mangelfull. Det er nå kommet flere studier som har vist at det er et stort overforbruk av ortopediske inngrep og at flere burde vært behandlet konservativt. Forskning har bl a vist at så mange som 70% av skulderpasienter som i dag opereres ikke trengte kirurgi. En stor finsk studie publisert i *New England journal of Medicin* i 2013konkluderte med at pasienter ett år etter meniskoperasjon hadde samme symptomforbedring uavhengig av om de hadde fått atroskopi eller placebo-operasjon.

Pasienter med muskel-skjelettsykdommer burde i enda større grad enn i dag vært vurdert av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering vil i samarbeid med fysioterapeuter i kommunen kunne lage gode behandlingsforløp, sikre god konservativ behandling og forhindre kostbar kirurgisk intervensjon med tvilsom indikasjon.

En vil bedre kunne velge ut de pasienter som faktisk trenger kirurgisk behandling og på den måten kunne bidra til å redusere overbehandling.

*Kapasitetsproblem*

Kapasiteten ved avdelinger for fysikalsk medisinsk og rehabilitering er dessverre ikke alltid tilstrekkelig. En privatpraktiserende spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering vil være en viktig samarbeidspartner for fastleger, sikre raskere vurdering og mer presis diagnostikk slik at pasienten tidligere gjennomfører kunnskapsbaserte og dokumenterte behandlingsløp i samarbeid med fysioterapitjenesten i kommunen. Denne pasientgruppen blir lett et offer for en ett stort kommersielt marked som for pasienter kan være uoversiktlig og ofte svært kostbart i lengden

*Samhandling*

Kommunen har etter samhandlingsreformen fått et større ansvar for rehabilitering. Mange pasienter vil etter alvorlig sykdom eller skade ha en livslang funksjonsnedsettelse. Forløpet etter akutte skader og sykdom er sjelden lineært. Skal en sikre god kvalitet vil det være jevnlig behov for vurdering av spesialist m.t.p. funksjon og rehabiliteringsbehov. Denne vil kunne vurdere behov for og henvise til rehabiliteringsopphold, veilede kommunale rehabiliteringsteam og sammen med pasient sikre nødvendig helsetilbud. Opprettelse av private spesialisthjemler i fysikalsk medisin og rehabilitering vil være samhandling i praksis.

*Helhetlig arbeidsevnevurdering*

Behovet for rask avklaring er ikke minst viktig ved yrkesrelaterte skader og tilstander hvor det rettes spørsmål ihht skadeårsak, vurdering av rehabiliteringspotensialet, beregning av menerstatning og restarbeidsevne. Ingen andre faggrupper har så god kjennskap til slike vurderinger som nettopp spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. Ved mange offentlige poliklinikker i vårt fag er det lang ventetid for pasienter som ikke har medisinsk prioritet. En spesialisterklæring er erfaringsmessig ofte det som blir liggende nederst i prioriteringsbunken i det offentlige helseapparatet.

*Økt produktivitet*

Helseforetakene har fire primære ansvarsområder. I tillegg til pasientbehandling har helseforetakene også et lovpålagt ansvar for forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter. Private avtalespesialister har et mindre ansvarsområde, de kan dermed ha hovedfokus på pasientbehandling og har dermed muligheter for større produktivitet.

**Styret i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering ser behovet for at det opprettes private avtalehjemler for spesialist fysikalsk medisin og rehabilitering i alle de 4 helseregionene!**

Bergen 05. februar 2015

Med vennlig hilsen

Styret i Norsk Forening for Fysikalsk medisin og Rehabilitering

Marianne Wesnes

leder