

Høringsinstans

Rådet for Muskelskjeletthelse (RMH)

Generelle kommentarer til pasientforløpsbeskrivelsen:

Helsedirektoratet beskriver at pasienter med langvarige sammensatte smerter opplever «et lite koordinert tjenestetilbud, med mange konsultasjoner og lange forløp». Rådet for Muskelskjeletthelse er enig i denne påstanden, og i at et koordinert tilbud for denne utsatte gruppen er viktig og nødvendig.

Målet med *Langvarige og sammensatte smertetilstander – helhetlig pasientforløp*, er å sikre standardisert utredning for pasienter som kommer til spesialisthelsetjenesten med uavklarte smerter. Det er en unnlattelse at ikke dette forløpet også dekker helseforløpet som må foregå i forkant av denne henvisningen. Forutsetningen for opptak til pasientforløpet er at pasienten har oppnådd «liten nytte av forsøkte tiltak i kommunale helse- og omsorgstjenester». Det pasientforløpet som personer med muskelskjelettlidelser har behov for, er et som sikrer riktig og tidsnok utredning også før spesialisthelsetjenestens involvering.

Det er god evidens som anbefaler tverrfaglig utredning og behandling for langvarige smertetilstander, men forbedringspotensialet her ligger neppe i spesialisthelsetjenesten. Vi må sikte på en helsetjeneste der færrest mulig opplever et smerteforløp som nødvendiggjør det foreslåtte pasientforløpet. Heldigvis utvikler ikke de fleste med akutte smerter kroniske smerter. Det store behovet ligger i et pasientforløp som fanger opp hvem som er i faresonen for kronifisering og sikrer dem rett til utredning og behandling. Dette bør også hindre at pasienter står på lange ventelister for enkle behandlinger med god evidens, eller at de ikke blir henvist til spesialisthelsetjenesten når de burde. Bedre koordinerte tjenester i kommunen vil kunne bidra til at spesialisthelsetjenesten har kapasitet til å gi et godt tilbud til de som må inn i dette pasientforløpet.

Muskelskjelettlidelser koster det norske samfunnet 255 milliarder kroner i året, og er årsaken til 160.000 norske leveår med nedsatt helse. Det må naturligvis forventes at mange ulike løsninger tas i bruk for å håndtere problemet. Dog mener vi at et pakkeforløp som begynner kun etter henvisning til spesialisthelsetjenesten blir en feilallokering av ressurser. Satt det til side, så stiller Rådet for Muskelskjeletthelse seg positiv til det som presenteres i dette utkastet.

Kriterier for inngang i forløpet

Definisjonene rundt hvem som inkluderes og spesielt hvem som ekskluderes fra de ulike begrepene som brukes bør være brede og gjerne symptomsbaserte, slik at ikke forløpet blir et hinder som reduserer antall pasienter som kvalifiserer for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Mange med muskelskjelettlidelser kommer til å falle utenfor rammeverket for dette forløpet, men kommer likevel til å ha behov for utredning og oppfølging. Det må være tiltak som sikrer at kommunen oppfyller sitt ansvar til å sikre koordinerte tjenester dersom pasienten får avslag på henvisningen. RMH støtter det som nevnes som tilstrekkelig utredning og hensiktsmessig behandling i kommunene.

Henvisning

Mange pasienter opplever å få avvist sin henvisning til smerteklinikker selv om de selv mener at de oppfyller kriteriene nedsatt i *Prioriteringsveilederen for smertetilstander*. Disse pasientene er tenkelig de som har størst behov for utredning. Hvordan skal deres behov ivaretas? Informasjonen som

forventes inkludert i henvisningen ansees som utfyllende og god, så fremt bruken av ordet «årsak» ikke innebærer en forventning av kausalitetsforståelse.

Kartleggingskonsultasjon

De fleste pasienter som blir henvist til dette forløpet vil kunne ha nytte av kartlegging og utredning i dialog med alle profesjonene som utgjør det tverrfaglige teamet. Deltagelsen av alle disse profesjonene i utredningen bør være utgangspunktet for pasientens kartlegging. I tillegg til punktene som nevnes bør utredningen også inkludere kartlegging av pasientens arbeidsstatus og -behov, samt deres forventninger for behandlingen. Disse pasientene allerede et langt forløp bak seg, så er det ønskelig at tiden det tar fra start pasientløp til oppsummerende samhandlingskonsultasjon, er betydelig kortere enn de mulige 24 ukene som beskrives.

Oppsummerende samhandlingskonsultasjon

Punktet om at «Pasienten har rett til individuell plan og koordinator» er særlig viktig og må håndheves. Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenester er spesielt viktig ved sammensatte lidelser slik disse pasientene har. Hjelpemidler og arbeidsrettede tiltak er potensielt viktige ledd for pasienter med sammensatte smertetilstander, og forventningen for evidensbasen bak dem bør være like høy som for andre typer behandling.

Oppfølging og behandling – generelle innspill

Det er bra at pasientens opplevelse av egen sykdom verdsettes og settes i fokus. Når vi ser at pasienter med muskelskjelettlidelser allerede havner nederst i prioriteringen for kommunerehabiliteringstilbud er det diskutabelt hvor nyttig en henvisning dit fra spesialisthelsetjenesten vil være. Oppfølging og behandling som foregår i kommunehelsetjenesten er en av syv eksempler som blir nevnt, men den vil trolig stå for en betydelig høyere andel av oppfølgingen og behandlingen som blir anbefalt. Kommunene bør påføres en forpliktelse til å tilby disse tjenestene til sine innbyggere slik at alle nordmenn får oppfylt sin rett til helsehjelp uansett hvor i landet de bor.

Oppfølgende samhandlingskonsultasjon

Vi anser det som ikke usannsynlig at en betydelig andel av pasienter fortsatt står på venteliste og ikke har mottatt tilbud om behandling i kommunen deres innen seks måneder etter deres oppsummerende samhandlingskonsultasjon. I så fall, hvordan skal disse pasientenes interesser ivaretas?

Til slutt blir det ekstremt viktig å sikre brede datafangstiltak for å muliggjøre evaluering av pasientforløpet, for eksempel både for pasienter som inngår i forløpet samt de som får avslag på henvisning.

Forløpstider – generelle innspill

Vi viser til tidligere kommentarer om forløpstider under punkt 10.