

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Muskelskjeletthelse – Hva er det?

Muskelskjeletthelse handler om funksjonsevne i muskler, ben, ledd og bindevev – strukturer som er nødvendige for sunn bevegelse. Det finnes over 150 lidelser i muskelskjelettsystemet der noen av de vanligste diagnosene er rygg- og nakkesmerter, artrose, revmatisme, benskjørhet og skjørhetsbrudd. Den største sykdomsbyrden kommer fra smertetilstander som korsrygg-, nakke-, eller utbredte smerter. Kjennetegnet for alle disse lidelsene er vedvarende eller tilbakevendende smerte, samt nedsatt fysisk funksjon og trivsel.

I Norge har muskelskjelettlidelser en sykdomsbyrde (DALY) tilsvarende den samlede sykdomsbyrden til de følgende sykdommene: HIV/AIDS; Brystkreft; Prostatakreft; Alzheimers og Demens; Multippel sklerose; Kardiomyopati; Astma; Autisme; Kronisk nyresykdom; Hepatitt; Parkinsons sykdom; Iskemisk hjerneslag; KOLS, Spiseforstyrrelser og Diabetes mellitus.

Muskelskjelettlidelser rammer over 1 million nordmenn og forårsaker over 255 milliarder kroner i samfunnsutgifter hvert eneste år.

Viktige utfordringer

Den aller viktigste utfordringen for personer med muskelskjelettlidelser er manglende politisk prioritering, og utilstrekkelig finansiering utenom det som brukes på uførhet.

Helsetjenester preges av kompleksiteter

Muskelskjelettlidelser omfavner over 150 ulike diagnoser, og for hver av disse er det mange profesjoner som kan involveres i diagnostisering, behandling og rehabilitering. Disse profesjonene omfatter blant annet fastleger, revmatologer, ortopediske kirurger, fysioterapeuter, kiropraktorer, manuellterapeuter, og fysikalsk medisinere. Det er imidlertid ikke alltid konsensus mellom ulike faggrupper rundt diagnostisering og valg av behandlingstiltak. Helsetjenester for personer med muskelskjelettlidelser er derfor fragmenterte, og mangler en enhetlig organisering og arbeidsmåte. Norge har en lovfestet ordning med individuell plan og koordinator, men i praksis er det få brukere med en slik plan. Følgelig havner mange pasienter i rollen som egen koordinator, noe som øker forskjellen mellom de ressurssterke og de ressursvake.

Rehabilitering

Rehabilitering betraktes ofte som en tjeneste som trengs av kun en liten del av befolkningen. Derimot, så har en Lancet studie fra 2020 vist at minst én av tre personer globalt vil hatt nytte av rehabilitering – de fleste av disse på grunn av en muskelskjelettlidelse. Samme studie fremhever også at effektiv rehabilitering i primærhelsetjenesten burde inkludere opplæring og myndiggjøring av profesjonene som skal vurdere behov og yte relevante tjenester. Her må spesialistene innen rehabilitering – fysioterapeuter, manuellterapeuter, arbeidsterapeuter og logopedier – innpasses i førstelinjen.

Vi vet at personer med muskelskjelettlidelser blir nedprioritert i ventelistene for rehabilitering i kommunene. Dette gjelder også den sårbare gruppen barn og unge med muskelskjelettlidelser. Rehabiliteringstilbudet i kommunene har svært varierende kvalitet og omfang, også etter at kommunene fikk et betydelig større ansvar for rehabilitering i forbindelse med

samhandlingsreformen. Dessverre har kommunene i liten grad utvidet sine helse- og rehabiliteringstilbud i samsvar med dette økte ansvaret.

Samhandling, inkluderende finansieringsmodell

Kontinuitet i tjenester gjennom hele livsløpet kan fremme funksjonsevne og livskvalitet hos befolkningen. En tidlig og god utredning i primærhelsetjenesten kan forhindre overbehandling, noe som fører til store kostnader for både individer og samfunn (jamfør kloke valg kampanjen). Tidlig og riktig innsats kan også forebygge langvarige funksjonsbegrensninger, mens lange ventetider kan føre til irreversible skader og unngåelig kronifisering av smertetilstander. Dessverre ser vi at Norge mangler en velfungerende samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten som ivaretar disse behovene. Ifølge KPMG sin evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering finnes det manglende avklaring av ansvarsforhold mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, manglende kunnskap om behov for rehabiliteringstjenester, og svikt i koordinering av tjenester. Som nevnt tidligere fører dette til at pasienter havner i rollen som egen koordinator, noe som øker forskjellen mellom de ressurssterke og ressursvake i samfunnet.

Budsjettene som brukes på muskelskjelettlidelser kommer fra kommunene, spesialisthelsetjenesten og spesielt fra NAV. Å lykkes med forebygging og rehabilitering av muskelskjelettlidelser i kommunehelsetjenesten vil gi gevinst i form av redusert sykefravær og uførhet, men utbyttet fra denne investeringen vil ikke bli oppført på kommunenes egne budsjetter. I stedet er det NAV som vil merke reduksjonen i utgifter til sykepenges og uføretrygd. Som konsekvens fører dette til et tilbud i kommunene som er underdimensjonert i forhold til de potensielle gevinstene av tidlig innsats. Dette er et høyst viktig nøkkelpunkt for samhandling som må adresseres.

Aktuelle tiltak

Øremerkede midler for rehabilitering og muskelskjeletthelse

Som svar på de ovennevnte utfordringene bør regjeringen sikre investering i forebyggende helsetiltak gjennom øremerkede midler for rehabilitering av muskelskjelettlidelser. Dette vil kunne sikre at umiddelbare utfordringer som finansiering av barnehage og sykehjem ikke vurderes mot finansiering av tiltak for primære- og sekundærforebygging under budsjettutforming.

NCD-strategien

Rådet for Muskelskjeletthelse er svært fornøyd med beslutningen om å innlemme muskelskjeletthelse blant de ikke smittsomme sykdommene (NCDs) som skal prioriteres i regjeringens NCD-strategi. En studie publisert i fjor i journalen *BMJ Global Health* oppgir integrering av muskelskjeletthelse i nasjonale NCD-strategier som ett av de viktigste tiltakene som styringsorganer kan gjennomføre for å øke prioritering på muskelskjeletthelse.

Det er mange risikofaktorer som er felles for både muskelskjelettlidelser og andre NCDs, som røyking, alkohol, kosthold, fedme og fysisk inaktivitet. Dessuten er de vanligste muskelskjelettlidelsene også risikofaktorer for å utvikle andre NCDs. Muskelskjelettlidelser er ifølge *The Global Burden of Disease* studiet den største årsaken til helsetap blant ikke smittsomme sykdommer i høyinntektsland. Slik integrering vil kunne ha positive innvirkninger både for muskelskjeletthelse og for andre NCDs.

Datagrunnlag

Til slutt må det sikres registrering av relevant informasjon som vil muliggjøre forskning og effektmåling av de tiltakene som allerede er vedtatte som pasientløp for langvarige smertetilstander, samt nye tiltak som øremerkede midler til rehabilitering i kommunene. I tillegg bør administrative helseregistere integrere mer informasjon om muskelskjelettlidelser. Videre bør det rettes større

fokus mot nøkkelindikatorer som omhandler «funksjon og deltagelse» ovenfor «dødelighet», noe som vil bedre gjenspeile Norges helsefremtid.

Gode eksempler

Det finnes effektive strategier for å takle mange muskelskjelettlidelser, og disse er stort sett mest effektive når de igangsettes tidlig og kombineres med gode livsstilsvaner. Det finnes også mange intervensjoner som er mindre effektive og potensielt skadelige, noe som gjelder spesielt for langvarige lidelser uten kjent årsak.

En strategi for muskelskjeletthelse

For å redusere byrden av muskelskjelettlidelser, både for enkeltindivider og det norske samfunnet, trenger vi en Strategi for muskelskjeletthelse på linje med Hjernehelsestrategien og Regjeringens strategi for god psykisk helse. En slik strategi er nødvendig for å implementere evidensbasert kunnskap som allerede er tilgjengelig, samt for å øke kunnskapsgrunnlaget innen viktige områder med manglende kunnskap (for eksempel diagnostisering og målrettet behandling). Bedre kunnskap kan gi en stor samfunnsmessig gevinst i form av å redusere det nåværende budsjettet på hele 255 milliard kroner per år som benyttes på funksjonstap og uførhet grunnet muskelskjelettlidelser. Det er bedre å ha en strategi som sikrer riktig behandling til riktig tid og gjør unna nødvendigheten av denne tragiske summen.