

# Helsebløffen- Selvmotsigelser, uforsvarlig forvaltning og manglende økonomistyring

## **Helsebløffen: Regjeringen lover sterk offentlig helsetjeneste, samtidig presser de pasientene mot helprivate løsninger**

Hvert år rammes 1,4 millioner nordmenn av muskel- og skjelettplager, de fleste av disse er i yrkesaktiv alder. Det er opplest og vedtatt at Norge er verdensledende på sykefravær, og muskel og skjelettlidelser er den største enkeltårsaken til dette. I dag står 20 % av arbeidsstyrken vår utenfor arbeidslivet, resterende 80 % bærer kostnaden.

Med 400.000 pasienter i året spiller kiropraktorene en sentral rolle i håndteringen av denne pasientgruppen. Denne profesjonens håndtering av muskel- og skjelettlidelser har dokumentert effekt på redusert sykefravær, rask tilbakeføring til jobb og avlastning for spesialisthelsetjenesten. Likevel står nå hele profesjonen i fare for å marginaliseres når regjeringen i sitt forslag til statsbudsjett for 2025 fjerner refusjonsordningen til kiropraktorpasienter.

Arbeiderpartiet og Senterpartiet har i årevis slått fast at et sterkt offentlig helsevesen, finansiert gjennom skatteseddelen, er selve bærebjelken i norsk helsepolitikk. Likevel velger de nå å helprivatisere den profesjonen i primærhelsetjenesten som beviselig er den mest kostnadseffektive og samfunnsøkonomiske løsningen for muskel- og skjelettpasientene. I stedet for å styrke den offentlige helsetjenesten, ser regjeringen nå ut til å heller presse pasientene mot private løsninger, der det er lommeboken som avgjør hvor raskt du får hjelp – stikk i strid med alt de har lovet om solidaritet og lik tilgang til helsetjenester.

Samtidig som de snakker om viktigheten av å utjevne sosiale forskjeller og styrke kvinnehelsen i Norge, hever de terskelen for at vanlige folk får rask og effektiv hjelp med sine plager. Erfaring viser at mange avstår fra behandling når kostnadene øker. De som lider mest, er de som har minst å gå på – lavtlønte, kvinner, og de som jobber i såkalte sliteyrker innen helse- og servicenæringen. Mens de ressurssterke har forsikringsordninger og kan kjøpe seg rask hjelp, står mange i selve arbeidslinja igjen med et langt dårligere helsetilbud. Kan virkelig dette være politikken til partiene som hevder å kjempe for et inkluderende helsevesen?

Når refusjonsordningen avvikes blir situasjonen særlig kritisk for pasienter i distriktene, som i tillegg til økte utgifter til behandling nå også vil stå uten refusjon for pasientreiser. For pasienter med lang reisevei og begrenset tilgang til transport, kan dette bety at de enten må avstå fra nødvendig behandling eller betale store summer for transport i tillegg til dyrere behandling. Hvordan skal regjeringen forklare dette i lys av sine løfter om bedre tilgang og samhandling i helsetjenesten?

MSK-problematikken kan sammenlignes med et hus i brann – vi trenger alle mann til pumpene. Dette er ikke en profesjonskamp – det handler om å sikre valgfrihet og en helhetlig tilnærming til Norges største helseproblem. For å holde folk i jobb, trenger vi rask, kostnadseffektiv behandling av MSK-plager uten lange ventetider. Det er ikke bare fornuftig; det er avgjørende for å unngå det helseministeren selv kaller “kompetansesløsning”. Dessverre ser vi nå i stedet en planlagt avvikling av en tjeneste som har eksistert i Norge i et halvt århundre, og gjennom økt ansvar og tillit har forvaltet rollen som primærkontakt med sykemeldings- og henvisningsrett samvittighetsfullt i snart 20 år.

## Innholdsfortegnelse

|                                                                                                       |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Helsebløffen - Selvmotsigelser, uforsvarlig forvaltning og manglende økonomistyring .....</b>      | <b>1</b> |
| 1. <i>Uforsvarlig forvaltning og manglende konsekvensutredning .....</i>                              | 3        |
| 1.1 Tap av registerdata .....                                                                         | 3        |
| 1.2 Tap av aktivitetsdata.....                                                                        | 3        |
| 1.3 Refusjon for pasientreiser forsvinner .....                                                       | 3        |
| 1.4 Økt press på fastlegetjenesten.....                                                               | 4        |
| 1.5 Økt press på fysioterapeuter med offentlig driftstilskudd .....                                   | 4        |
| 1.6 Flere kontaktpunkter pr. pasient .....                                                            | 4        |
| 1.7 Manglende systemer for L-takster .....                                                            | 5        |
| 1.8 Går imot samhandlingsreformen .....                                                               | 5        |
| 1.9 Sløsing med kompetanse .....                                                                      | 5        |
| 2. <i>Sviktede økonomistyring .....</i>                                                               | 5        |
| 2.1 Dobbelte så mange behandlinger hos fysioterapeut som hos kiropraktor .....                        | 5        |
| 2.2 Kiropraktorene er mer effektive enn fysioterapeutene .....                                        | 5        |
| 2.3 Fysioterapi er 25 ganger dyrere for staten enn kiropraktorbehandling.....                         | 6        |
| 2.4 Kiropraktorene sykemelder kortere .....                                                           | 6        |
| 2.5 Fører til lengre ventetider, flere og lengre sykemeldinger .....                                  | 6        |
| 3. <i>Selvmotsigelser - AP og SP går imot egen politikk.....</i>                                      | 6        |
| 3.1 Todeling av helsevesenet, sosiale og geografiske forskjeller .....                                | 6        |
| 3.2 Sosiale forskjeller forsterkes og helsetjenester privatiseres .....                               | 7        |
| 3.3 Rammer distriktene.....                                                                           | 7        |
| 3.4 Kvinnehelse .....                                                                                 | 7        |
| 3.5 Effektivisering av primærhelsetjenesten og unngå mer-belastning på spesialisthelsetjenesten ..... | 7        |
| 3.6 Nedprioritering av MSK tilsier ikke prioritering av psykisk helse .....                           | 8        |

# 1. Uforsvarlig forvaltning og manglende konsekvensutredning

## 1.1 Tap av registerdata

Diagnosekoder som utløser Helfo-takster, danner grunnlaget for store deler av registerdataene som brukes til å studere muskel- og skjelettlidelser. Disse registreres i KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) og KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister). Når kiropraktorer ikke lenger tilknyttes Helfo, vil forskningsdata fra deres pasienter ikke rapporteres til disse registrene.

Konsekvensen er at pågående og planlagte forskningsprosjekter basert på disse dataene, inkludert EU-finansierte studier, enten må skrives om eller stanses. Dette kan i beste fall føre til forsinkelser og økte kostnader. I verste fall kan ikke studiene gjennomføres. Nasjonale og internasjonale forskere uttrykker sterk bekymring over at disse dataene forsvinner og beskriver dette som et paradoks for et land som historisk har vært ledende innen registerdataforskning.

I regjeringens budsjettforslag for 2025 står det at forskning skal gi kunnskap om helsetilstanden i befolkningen og bidra til helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Dette omfatter tverrfaglig forskning på temaer som fysisk aktivitet, psykisk helse, og klimaendringenes effekt på helse. Likevel kan regjeringens intensjon om å fjerne refusjonsordningen for kiropraktorpasienter fra 1. januar 2025 få alvorlige konsekvenser. Dette vil gjøre det betydelig vanskeligere å forske på muskel- og skjelettplager i primærsektoren utenfor legekontorer eller fysioterapeuter med driftstilskudd.

Hvis forskningen på muskel- og skjelettlidelser i Norge reduseres, vil dette kunne få alvorlige følger for folkehelsen og innsatsen for å redusere sykefravær. Det er et paradoks at en politikk som hevdes å fremme folkehelse og kunnskapsbasert praksis, kan bidra til å svekke grunnlaget for nettopp dette.

## 1.2 Tap av aktivitetsdata

Ved å fjerne Helfo-tilknytningen for kiropraktorer, mister både Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet tilgang til aktivitetsdata for 400.000 pasienter. Uten rapportering av diagnosekoder og behandlingsforløp til KUHR vil det være umulig for helsemyndighetene å ha oversikt over pasientene som bruker disse tjenestene.

[Regjeringen har besluttet å pålegge privatfinansierte helsetjenester å rapportere data til Norsk pasientregister \(NPR\) og Kommunalt pasient- og brukerregister \(KPR\)](#). Dette skal gi bedre oversikt over sammenhengen mellom offentlige og private helsetjenester, men implementeringen er uavklart. Folkehelseinstituttet (FHI) anslår at det kan ta 2-3 år å etablere nødvendige systemer, og det er uklart hvilke insentiver som skal sikre rapportering fra private aktører.

[Regelrådet påpeker flere svakheter i høringsnotatet til forslaget om aktivitetsregistrering fra private aktører](#), inkludert mangelfull utredning av alternative løsninger og konsekvenser for berørte aktører. Kiropraktorer er ikke nevnt, til tross for at deres tjenester risikerer å bli helprivatisert uten refusjonsrett fra Folketrygdloven.

HOD beskriver selv at [-Manglende registreringer i NPR og KPR gjør at det ikke er mulig å etablere kunnskap for styrings- og kvalitetssikringsformål om de private tjenestene og hvordan disse henger sammen med tjenester levert innenfor det offentlige tilbudet](#).

Likevel velger regjeringen nå å fjerne aktivitetsdata for kiropraktorpasienter uten et nytt system på plass, noe som påvirker både helseforvaltning og forskning på området.

## 1.3 Refusjon for pasientreiser forsvinner

Dersom tilknytningen til Folketrygden fjernes, rammes pasienter i distriktene spesielt hardt ettersom også refusjon for pasientreiser går med i dragsuget. Pasienter med lang reisevei uten mulighet til å transportere seg selv, og som ikke har mulighet til å reise kollektivt eller få hjelp av venner familie, vil måtte velge mellom å avstå fra behandling eller store utgifter til taxi. Fastlegene i distriktene er

allerede presset og [Allmennlegeforeningen mener fastlegeordningen i distriktene trenger forsterkninger.](#)

#### 1.4 Økt press på fastlegetjenesten

Dette kuttet vil øke belastningen på fastlegeordningen som allerede er under kraftig press. [170.000 pasienter mangler fortsatt fastlege](#) til tross for store investeringer. Det rapporteres at når flere lister opprettes benyttes allerede overbelastede fastleger muligheten til å begrense sin egen liste. Som eksempel på dette ga [20 nye fastleger i Bergen kun 149 flere plasser.](#)

Legens alternativer for behandling av muskel- og skjelettpasienter er begrensede. Behandling hos fysioterapeut med driftstilskudd er én mulighet, men ventetiden gjør at også legen vet at dette gjør pasientene sykere. Alternativer som [bildediagnostikk, smertestillende](#) og sykemelding er løsninger som ofte benyttes, men som forskning viser kan bidra til å gjøre vondt verre. Det er heller [ikke i tråd med Gjør kloke valg](#). Dette er årsaken til at mange leger i dag har et svært godt samarbeid med kiropraktorer. Fysioterapeutene har ikke de samme rettighetene som kiropraktorer når det kommer til å utrede selvstendig og henvise videre til spesialister ved behov, og de kan derfor ikke erstatte kiropraktorens rolle i samarbeidet med legen.

Fastlegene selv er kritiske til at avviklingen av kuttet og at involverte parter ikke er involvert på forhånd. Leder av Allmennlegeforeningen Nils Kristian Klev uttaler at [-Kuttet kan gå ut over pasientene og bidra til større sosiale ulikheter.](#)

#### 1.5 Økt press på fysioterapeuter med offentlig driftstilskudd

Ventetiden for å komme til behandling hos fysioterapeut med offentlig driftstilskudd er i dag beregnet til 8-12 uker på landsbasis. I [2019 ble det rapportert](#) at avtalefysioterapeutene vurderte et stort flertall av henvendelsene til å være av høy prioritet. Likevel kom under halvparten til behandling innen maks anbefalt ventetid.

I budsjettforslaget for 2025 planlegges en økning på 1 % i fysioterapitjenester, med en bevilgning på 92 millioner kroner. Hvis bare en liten del av kiropraktorpasientene går til fysioterapeuter med avtale, vil denne økningen raskt bli overskredet, noe som vil legge ytterligere press på en allerede overbelastet tjeneste som sliter med å møte behovene.

Pasientene må vente lenge før de får hjelp, og når de kommer til behandling trenger de mange behandlinger for å bli bra. Dette gjenspeiler seg i fysioterapeutenes lange behandlingsforløp. Det er godt dokumentert at rask tilgang til hjelp har mye å si for hvor raskt man kommer tilbake til en frisk hverdag. Jo lenger du går med plager, jo større risiko er det for at plagene blir langvarige og vanskeligere å behandle. Det resulterer i lengre sykefravær og øker risikoen for at pasienten havner i spesialisthelsetjenesten.

#### 1.6 Flere kontaktpunkter pr. Pasient

[I sin rapport fra 2003 konkluderte SINTEF](#) med at prøveordningen med henvisnings- og sykemeldingsrett for kiropraktorer medførte lavere belastning på fastlegene med det færre dobbeltkontakter i primærhelsetjenesten.

Bekeng uttaler at pasienter som ikke lenger har råd til å prioritere kiropraktor kan gå til fysioterapeut med avtale om driftstilskudd. Ettersom fysioterapeuter har ikke de samme rettigheter som kiropraktorer hva angår henvisnings- og sykemeldingsrett kan de ikke erstatte kiropraktorens rolle i samarbeidet med lege og spesialisthelsetjeneste. Å ta kiropraktoren ut av denne samhandlingen for så å erstatte den med fysioterapeuter er ikke bare lite formålstjenlig, det er umulig. Pasientene vil i mange tilfeller måtte gå i skytteltrafikk mellom legen og fysioterapeuten for en helhetlig tilnærming til sine plager.

Med dette forslaget vil regjeringen gå imot en mangeårig innsats for unødvendige konsultasjoner hos fastlegene og unødvendige dobbeltkontakter i primærtjenesten.

## 1.7 Manglende systemer for L-takster

Helsedirektoratet har bekreftet at det per 1. januar ikke finnes tilfredsstillende systemer for håndtering av L-takster (sykmelding og funksjonsvurderinger) dersom kiropraktorene ikke lenger sender inn refusjonskrav gjennom Helfo. Med dette risikerer kiropraktorene at de ikke får betalt for sykemeldingsarbeidet. Dette bekrefter igjen at avgjørelsen om å avvike refusjonsordningen er prematur og utilstrekkelig konsekvensutredet.

## 1.8 Går imot samhandlingsreformen

Dersom refusjonsordningen avvikles og diagnosekodene for kiropraktorbehandling forsvinner, vil tilgangen til resultater av undersøkelser og utredninger gjort hos kiropraktor ikke vil være like tilgjengelig for annet helsepersonell. Dette vil vanskeliggjøre samarbeidet mellom leger, spesialisthelsetjenesten, og kiropraktor og være en hindring for godt tverrfaglig samarbeid. Resultatet er at pasienten blir den skadelidende. Dette står i sterk kontrast til regjeringens nye Samhandlingsreform.

## 1.9 Sløsing med kompetanse

Sitat Vestre: “[– Dette er en reell utfordring. Vi kommer til å mangle 180.000 helsepersonell innen 2060 hvis vi ikke gjør noe. Vi blir eldre.](#)” Samtidig vingeklipper regjeringen en hel profesjon av autorisert helsepersonell, som beviselig har forvaltet sitt ansvar kunnskapsbasert over flere tiår, og sender pasientene deres inn i helsekø.

Det snakkes i økende grad om oppgaveglidning og fordeling av ansvar, både i primær og sekundær sektor. Flere av profesjonsgruppene som kan bidra i avlastningen av oppgaver som har ligget hos sykehusspesialistene og fastlegene forteller at de ønsker dette, men at det er behov for økt kompetanse. Kiropraktorene har allerede kompetanse og erfaring med oppgaver som og ansvar som kan avlaste legene på det området som belaster helsevesenet mest.

Det fremstår derfor som sløsing av ressurser når man velger å sette denne profesjonsgruppen på sidelinjen ved å definere den som privat og heve terskelen for at befolkningen skal ta tjenesten i bruk.

## 2. Sviktende økonomistyring

### 2.1 Dobbelt så mange behandlinger hos fysioterapeut som hos kiropraktor

Pasientene må ha dobbelt så mange behandlinger hos fysioterapeut med offentlig tilskudd enn hos kiropraktor. Et gjennomsnittlig behandlingsforløp hos kiropraktor består av [5,7 behandlinger](#), mens det tilsvarende hos fysioterapeut med driftstilskudd krever [14,5 behandlinger](#).

### 2.2 Kiropraktorene er mer effektive enn fysioterapeutene

Det finnes 900 kiropraktorer i Norge, disse behandler rundt **400.000 pasienter** årlig. Til sammenligning finnes det 4.000 fysioterapeuter som behandler ca. **440.000 pasienter**. [Av disse er 73,2% pasienter med muskel- og skjelettplager](#).

Kiropraktorer håndterer dermed fire ganger flere pasienter per behandler enn det fysioterapeutene gjør.

## 2.3 Fysioterapi er 25 ganger dyrere for staten enn kiropraktorbehandling

Kiropraktorpasienter betaler det meste av behandlingen selv, mens staten dekker i snitt kun **350 kroner per behandlingsforløp**. Hos fysioterapeut med driftstilskudd koster et gjennomsnittlig behandlingsforløp ifølge våre beregninger staten **9.000 kroner**, inkludert helforefusjon, egenandel (dekket av staten over frikort) og driftstilskudd. Selv hvis fysioterapeutene fikk sine behandlingsforløp ned til samme antall som kiropraktorene, ville denne ordningen fortsatt være 10 ganger dyrere for staten. Kun 5% av kiropraktorenes pasienter (16.000prs) skal flyttes over på fysioterapeutene før disse pasientene koster mer å håndtere enn de 130. millionene regjeringen sparer på å avvikle refusjonsordningen.

## 2.4 Kiropraktorene sykemelder kortere

Pasienter som sykmeldes av kiropraktorer har i snitt 10 dager kortere sykmeldingsperiode sammenlignet med annet helsepersonell med sykmeldingsrett. \*\*\*

Kiropraktors bruk av sykmeldinger sparer 1-2 % av sykmeldingsutgiftene, ifølge SINTEF (2003). Med dagens pengeverdi tilsvarer dette en besparelse på 0,6–1,2 milliarder kroner.

## 2.5 Fører til lengre ventetider, flere og lengre sykemeldinger

Å fjerne refusjonsordningen vil øke presset på fastlegetjenesten og den lovpålagte kommunale fysioterapitjenesten. Dette vil forlenge ventetidene i disse tjenestene, ikke bare for muskel- og skjelettpasientene, men for samtlige pasienter. Det er godt dokumentert at rask tilgang til hjelp har mye å si for hvor raskt man kommer tilbake til en frisk hverdag. Jo lenger du går med plager, jo større risiko er det for langsiktig sykefravær.

# 3. Selvmotsigelser - AP og SP går imot egen politikk

## 3.1 Todeling av helsevesenet, sosiale og geografiske forskjeller

Begge regjeringspartiene har som uttalt mål å unngå en todeling av helsevesenet. De vil utjevne sosiale og geografiske forskjeller, og mener at et sterkt offentlig helsevesen finansiert av over skatteseddelen er den beste løsningen.

Arbeiderpartiet skriver følgende på sine nettsider:

[Helse for alle: En sterk offentlig helsetjeneste, styrt av fellesskapet og finansiert over skatteseddelen, er avgjørende i kampen mot økte sosiale og geografiske forskjeller og et todelt helsevesen. Det er den beste helseforsikringen du kan ha.](#)

Regjeringsfellen Senterpartiet har også tydelig uttrykt motstand mot en todeling av helsevesenet, og skriver på sine nettsider:

[Sp vil prioritere eit sterkt offentleg og solidarisk helsevesen. Vi vil prioritere ei helseteneste som er til stades i lokalsamfunna og som skapar trygghet.](#)

Når regjeringen fjerner refusjonsordningen til kiropraktorpasientene legger de opp til en helsepolitikk som bidrar til det motsatte av det de har gått til valg på.

## 3.2 Sosiale forskjeller forsterkes og helsetjenester privatiseres

Erfaring fra fjorårets refusjonskutt viser at pasienter i større grad avstår fra behandling når den økonomiske belastningen øker. [Det er gjort undersøkelser i Danmark](#) som viser at høyere utdanningsnivå, inntekt og arbeidsstatus påvirker muligheten til å oppsøke kiropraktor.

Regjeringen skriver følgende om forskning på forebygging og folkehelse i budsjettforslaget for 2025: «Redusert sosial ulikhet i helse, som er den største driveren for å fremme folkehelse er et gjennomgående perspektiv i de fleste prosjektene»

Dersom dette kuttet blir stående, vil det forsterke todelingen av helsevesenet der de som har ressurser og tilgang på helseforsikring vil kunne gå forbi køen. Kuttet rammer altså hardest for pasienter som allerede har minst; de i typisk lavtlønte sliteryrker som ofte står uten privat helseforsikring. De som har solid økonomi får hjelp, mens de som sliter mest blir stående utenfor. Arbeiderpartiet og Senterpartiet, med støtte fra Sosialistisk Venstreparti være bidragende til å helprivatisere et helsetilbud som brukes av 27% av de som oppsøker hjelp for muskel- og skjelettplager. Det kan da virkelig ikke være intensjonen fra partier som alle sammen har et uttalt mål om å ta vare på arbeidslinja?

## 3.3 Rammer distriktene

Når tilknytningen til Folketrygden fjernes, vil refusjon for pasientreiser og forsvinne. Dette rammer pasienter i distriktene spesielt hardt. [Vi vet at det er mer bruk av spesialisthelsetjenesten for muskel og skjelettplager i distriktene](#). Fastlegene i distriktene er allerede presset og [Allmennlegeforeningen mener fastlegeordningen må forsterkes](#).

Pasienter med lang reisevei uten mulighet til å transportere seg selv, og som ikke har mulighet til å reise kollektivt eller få hjelp av venner familie vil måtte velge mellom å avstå fra behandling eller store utgifter til taxi dersom avviklingen gjennomføres.

## 3.4 Kvinnehelse

Både Arbeiderpartiet og Senterpartiet har en tydelig satsing på kvinnehelse i sin helsepolitikk. [Arbeiderpartiet](#) ønsker å øke kunnskapen om sykdommer som særlig rammer kvinner og sikre bedre utredning, behandling og oppfølging i helsetjenesten. Senterpartiet på sin side har og en klar satsing på kvinnehelse og har fremmet flere tiltak for å forbedre helsetilbudet for kvinner i Norge. Deres egen kvinneorganisasjon "[Senterkvinnene](#)" har gått ut med krav om at det gjøres noe med den store forskjellen i helse mellom kvinner og menn. De mener at kjønnsperspektivet må inkluderes i utdanning, finansiering og diagnosegrupper for å sikre likeverdige helsetjeneste. [Muskel- og skjelettplager rammer kvinner i større grad enn det rammer menn](#).

## 3.5 Effektivisering av primærhelsetjenesten og unngå mer-belastning på spesialisthelsetjenesten

Regjeringen har uttalt at de ønsker en mer "helhetlig og samhandlende helsetjeneste".

Kiropraktorene ivaretar 27% av alle pasienter med muskelskjelettplager og har en naturlig plass i primærhelsetjenesten. Gjennom sin primærkontaktrolle har allerede i dag kiropraktorene et stort og tungt ansvar gjennom kommunikasjon med øvrig helsepersonell (fastlege, fysioterapi og spesialisthelsetjeneste), henvisning til spesialisthelsetjenesten og bildediagnostikk. Dette er et ansvar de har forvaltet edruelig og effektivt siden 2003, og vi har ingen rapporter som tilsier noe annet. Tvert imot viser registerdataene at kiropraktorene:



- Sykemelder sjelden, og når de gjør er det kortvarig
- Har korte og effektive behandlingsforløp
- Er samfunnsøkonomisk gunstige
- Har pasienter som belaster spesialisthelsetjenesten i liten grad

Med andre ord forvalter kiropraktorene allerede i dag en nøkkelrolle i håndteringen av muskelskjelettplager. Det ville være samfunnsmedisinsk og -økonomisk uforsvarlig å ikke benytte seg mer av denne tjenesten. Dokumentasjonen tilsier at slusing av pasienter fra kiropraktor til fysioterapi ikke vil medføre en samfunnsøkonomisk besparelse, men en merkostnad i milliardklassen gjennom forlengede forløp, økt ventetid, lengre sykmeldinger og økt press på spesialisthelsetjenesten.

20% av befolkningen i arbeidsfør alder (20-66 år) står utenfor arbeidslivet. Det har aldri vært viktigere at disse får hjelp når de trenger, og effektiv håndtering av plager for å holdes i arbeid. Da behøver vi at behandlingen er:

- Effektiv (korte behandlingsforløp)
- Samfunnsøkonomisk favorabel (billig)
- Lite / korte sykmeldinger
- Liten belastning på spesialisthelsetjenesten

### 3.6 Nedprioritering av MSK tilsier ikke prioritering av psykisk helse

Statssekretær Karl Kristian Bekeng i Helse- og omsorgsdepartementet hevder at avviklingen av refusjon til kiropraktorpasientene er del av regjeringens ønske om å prioritere psykisk helse og ventetidsreduksjon. Han mener de 130 millionene som tas fra kiropraktorpasientene vil ha vil ha større effekt på å redusere sykefraværet ved å prioritere psykisk helse, ettersom psykiske lidelser, særlig blant unge, øker raskest og mest.

Selv om det stemmer at psykiske lidelser står for en større andel av økningen i sykefraværet, lukker Bekeng her øynene for at fraværet knyttet til muskel- og skjelett også er økende og at det er disse lidelsene som er [den vanligste årsaken til sykefravær i Norge](#). Ifølge NAV står lettere psykiske lidelser for [55 prosent av økningen](#) fra andre kvartal 2023 til andre kvartal 2024. Sykefraværet knyttet til muskel og skjelettlidelser står for [21 prosent](#) av økningen fra andre kvartal 2023 til andre kvartal 2024.

I 2023 stod muskel- og skjelettlidelser for [32,9 prosent](#) av sykefraværet, mens [25,1 prosent](#) var knyttet til psykiske lidelser. Det er altså ingen nedgang i muskel- og skjelettlidelser, snarere en økning i lettere psykiske lidelser.

Muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser henger ofte sammen, og det bør nevnes at en person kan være sykmeldt med flere diagnoser samtidig, men at det er hoveddiagnosen som vises i statistikken. Det er for eksempel [ikke uvanlig at en person har både en psykisk lidelse og en muskel- og skjelettlidelse](#). Å kutte støtten til den ene for å bevilge til den andre kan i beste fall sammenlignes med å trutne trebåten bare på den ene siden for så å håpe på at den flyter.