

Retningslinjer for henvisning til fysioterapi



Manuellterapeutenes
Servicekontor



Manuellterapeutenes
Servicekontor

Retningslinjer ved

REKVIRERING AV FYSIOTERAPI

for manuellterapeuter i Henvisningsprosjektet, 2001-2003.

Innhold

Innhold	1
Formål med retningslinjene	2
Innledning.....	3
1. Lovmessige retningslinjer.....	3
2. Trygdefaglige retningslinjer.....	5
3. Manuellterapeutens vurderinger	6
3.1 Diagnose	6
3.2 Funn.....	6
3.3 Behandling.....	6
3.4. Skriftlig tilbakemelding.....	7
3.5. Sluttrapport	7
Referansepersoner	8
Referanser	8

Formål med retningslinjene

I forbindelse med oppstart av Henvisningsprosjektet (forsøksordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 6. juli 2001 med hjemmel i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 25-13 tredje ledd) i september 2001, ble det bestemt at det skulle utvikles sju forskjellige retningslinjer, som ville få betydning for manuellterapeuter i prosjektperioden.

Manuellterapeutene i de tre prøvefylkene ble delt inn i sju grupper med ansvar for hver sin retningslinje. Etter å ha mottatt forslagene, bestemte styret i faggruppen at utkastene måtte bearbeides noe og tre kollegaer fikk i oppdrag å fullføre prosjektet.

Det ble søkt midler fra Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter til gjennomføringen. I søknaden heter det: Manuellterapeuter har behov for retningslinjer som ivaretar de utfordringene de får som primærkontakter. Formålet er å bedre kompetansen til fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi og at arbeidet kan få betydning for andre fysioterapeuter i primærkontaktrollen. Retningslinjene skal kunne videreformidles til andre brukere gjennom kurs/kongresser, fagtidsskrift og websider.

NFF har tidligere utarbeidet en del standarder innenfor ulike områder av fysioterapien. Standardene er for tiden til revidering og er derfor ikke i særlig grad blitt benyttet som bakgrunnsstoff i dette arbeidet.

En god retningslinje bør bidra til å gi pasienten adekvat behandling, redusere risikoen for feilbehandling og bedre effektiviteten i behandlingsskjeden. I forhold til kliniske retningslinjer er disse ofte blitt betegnet som; systematisk utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeider og pasient til å velge passende/hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling. Retningslinjer er et av flere virkemidler for å kvalitetssikre helsetjenestene. En forutsetning er at de følges og oppdateres etter behov for å være et effektivt hjelpemiddel.

Rettslig sett vil dette også gjelde retningslinjer fra et annet fagmiljø. Statens Helsetilsyn har utarbeidet følgende forord til sine retningslinjer:

”Innholdet i Helsetilsynets faglige veiledere er i utgangspunktet ikke direkte rettslig bindende for mottakerne. Veilederne kan inneholde referanser til bestemmelser og beslutninger som er gitt med bindende virkning. Utover det er imidlertid innholdet i prinsippet å anse som anbefalinger og råd. På områder hvor Statens Helsetilsyn i lov eller forskrift er gitt myndighet til å gi bindende påbud til helsetjenesten, gis disse i form av enkeltvedtak eller forskrift.

Dette betyr ikke at de anbefalinger og råd som gis i faglige veiledere er uten enhver rettslig betydning. Statens Helsetilsyn beskriver i sine faglige veiledere ofte en praksis eller fremgangsmåte som må anses å gjenspeile allment aksepterte faglige normer. Helsetilsynet gir på denne måten signaler om hvor listen for forsvarlighet eller helselovgivning ligger. Den som velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra veilederens anbefalinger, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg. Det er flere eksempler som viser at domstolene i vurderingen av aktsomheten eller forsvarligheten av en handling har lagt

vesentlig vekt på de normer for forsvarlig virksomhet som har kommet til uttrykk i veiledninger fra tilsynsmyndighet”.

Retningslinjene er blitt nokså forskjellige fordi de dekker svært ulike områder. I noen forskrifter er det mye å støtte seg til, mens andre hovedsakelig baserer seg på forskriftene.

Kilde: Statens Helsetilsyn; Retningslinjer for retningslinjer. IK 2653 første versjon, nov.1998.

Innledning

Denne veilederen støtter seg i vesentlig grad på det materiell som Sosial- og helsedepartementet har utarbeidet forbindelse med Henvisningsprosjektet. Retningslinjen deles inn i lovmessige- og trygdefaglige retningslinjer og manuellterapeutens vurderinger.

1. Lovmessige retningslinjer

Kravet for at fysikalsk behandling skal kunne iverksettes er at behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne. Det heter i § 1 i ”Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi”, fastsatt av Helsedepartementet den 12. desember 2002 med hjemmel i lov av 28. februar 1997 nr.19 om folketrygd § 5-8 femte ledd og § 22-2 andre ledd, at stønad ytes bare ved sykdom, skade eller lyte som trygden ellers er stønadspliktig for.

Det henvises videre til ”Forskrift om forsøksordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi. Med merknader”, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 6. juli 2001 i medhold av lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 25-13 tredje ledd.

I forskriften omhandler § 7 henvisning til fysikalsk behandling, heri også når manuellterapeuten henviser til egen praksis. Den gir følgende føringer;

- Vilkåret i folketrygdloven § 5-8 tredje ledd første punktum om henvisning fra lege for rett til stønad til dekning av utgifter ved fysikalsk behandling gjelder ikke når medlemmet er henvist fra helsepersonell som deltar i prosjektet.
- Vilkåret i folketrygdloven § 5-8 tredje ledd første punktum om henvisning fra lege gjelder heller ikke når manuellterapeut som deltar i prosjektet benytter annen fysikalsk behandling enn manuell terapi.
- Første og andre ledd gjelder bare når fysikalsk behandling benyttes i sammenheng med den undersøkelse eller behandling manuellterapeuten yter med stønad fra trygden i medhold av § 4 i forskriften.

- Opplysning om henvisning til eller utførelse av fysikalsk behandling etter første og andre ledd skal inngå i informasjon som, med medlemmets samtykke, oversendes fastlegen etter § 4 siste ledd, med mindre det er åpenbart unødvendig. Det antas ikke å være nødvendig å oversende før etter utført behandling, dersom ikke særskilt grunn tilsier en raskere tilbakemelding.

Fra merknadene til § 7 i forskriften trekkes fram:

- Manuellterapeuter som deltar i Henvisningsprosjektet kan henvise pasienten til fysikalsk behandling med stønad fra trygden i medhold av første ledd. Henvisningen fra manuellterapeut erstatter henvisning fra lege.
- Det vil være upraktisk dersom manuellterapeuten måtte henvise pasienter til en annen fysioterapeut, dersom annen fysikalsk behandling enn manuell terapi skal benyttes. Det presiseres derfor i andre ledd at manuellterapeut som deltar i forsøksordningen kan gi den fysikalske behandlingen selv.
- Av tredje ledd følger at henvisningsadgangen bare gjelder for pasienter som manuellterapeuten undersøker eller behandler med trygderefusjon. Henvisningsadgangen gjelder når den fysikalske behandlingen skal være et supplement til den behandlingen manuellterapeuten yter pasienten. Henvisningen er heller ikke utelukket der manuellterapeuten ved undersøkelse av pasienten ser at (annen) fysikalsk behandling vil være den mest hensiktsmessige behandlingen for det problemet pasienten har oppsøkt manuellterapeuten for og manuell terapi derfor ikke iverksettes.
- At kravet i folketrygdloven § 5-8 tredje ledd andre punktum om at behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne gjelder på vanlig måte.
- Ved henvisning til fysikalsk behandling i medhold av § 7 gjelder reglene i forskrift nr. 1 gitt i medhold av folketrygdloven § 5-8 tilsvarende. Dette innebærer blant annet at manuellterapeut må fylle ut blankett 2.50 på samme måte som leger. Det gjelder også når manuellterapeut selv yter fysikalsk behandling i medhold av andre ledd.

I "Informasjonsskriv fra Rikstrygdeverket vedrørende; kiropraktorer og manuellterapeuter kan sykmelde i inntil åtte uker" heter det blant annet (s. 2):

- "Med pasientens samtykke skal kiropraktoren eller manuellterapeuten oversende informasjon om behandling, henvisning og sykmelding til pasientens fastlege."

I kapittel 1 "Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi" vises det blant annet til:

- §1 Den som henviser kan overlate til behandler å foreslå behandlingsform, behandlingstid, og antall behandlinger. Når behandler overlates å utarbeide behandlingsopplegget skal dette straks sendes henviser. Dersom det er aktuelt å korrigere den planlagte behandlingen, skal det gis rask tilbakemelding.
- §2 De 12 behandlingsformene det ytes stønad til.
- §3 De sykdommer det ytes honorartakst for.
Sykdomslisten er kodet og koden skal påføres regningsblanketten.
Ved tvil om vilkårene for godkjenning av honorartakst, bør trygdekontorets tilsagn innhentes før behandlingen starter.
Ved yrkesskade må trygdekontorets tilsagn innhentes før behandlingen starter.

For §1 og §2 i forskriften vises det til den fullstendige oversikten der

2. Trygdefaglige retningslinjer

Her trekkes fram forhold som antas å ha betydning for manuellterapeutens forslag til fysikalsk behandling.

I " Veiledning til leger om legeerklæring ved arbeidsuførhet" (s. 7) heter det blant annet;

- det forventes at legen (manuellterapeuten) fra starten av et sykdomstilfelle utreder og igangsetter aktuell behandling.
- og videre; folketrygdloven har bestemmelser om at sykdomsrelaterte ytelser kan avslås, og en innvilget ytelse kan holdes tilbake eller stanses, dersom en person uten rimelig grunn nekter å ta imot tilbud om behandling.
- for til slutt å trekke fram; for å få rehabiliteringspenger kreves det at det foregår aktiv behandling med utsikter til bedring av arbeidsevnen. I kravet til aktiv behandling ligger ikke noe vilkår om at det foregår uavbrutte behandlingstiltak. I tillegg til helsetjenestens behandling kan behandlingen bestå av kortere passive perioder med rekreasjon, egenaktivitet eller samtalegrupper.

Under orientering vedrørende " Foreskriving av fysikalsk behandling" på blankett 2.50 legges blant annet følgende føringer;

- ved akutt lidelse bør behandling starte innen tre uker etter at rekvisisjon er skrevet og i andre tilfeller innen tre måneder.
- en pasient med akutt lidelse kan ikke ha mer enn tre ukers opphold mellom to behandlinger og pasienter med kroniske lidelser kan ikke ha opphold i behandlingen på mer enn tre måneder. Dersom fristene ikke overholdes, må pasienten ha ny rekvisisjon.

- vedrørende diagnoser skal det oppgis kode for hver diagnose. Symptomdiagnoser kan brukes, men det bør tilstrebes å komme fram til en sykdomsdiagnose hvis dette er mulig. Dette er viktig for trykdeetatens del for best mulig å sikre grunnlag til vurdering av retten til ytelse.

3. Manuellterapeutens vurderinger

Grunnlaget for denne delen baserer seg i hovedsak på forhold knyttet til utfylling av rekvisisjonsblankett (RTV-blankett 2.50).

3.1 Diagnose

Denne må angis så nøyaktig som mulig for at tiltakene skal kunne være optimalt tilpasset.

3.2 Funn

Det må trekkes fram forhold som både har betydning for forståelsen av tiltakene som skal iverksettes og som kan være med på å belyse bakenforliggende årsaksforhold av betydning for tiltaket.

Manuellterapeutens funn må basere seg på den innsikt han får via anamneseopptak og klinisk undersøkelse. Videre må meddeles de funn som er gjort via annen utredning foreskrevet av manuellterapeut.

Dersom resultater fra slik undersøkelse ikke fremkommer på det tidspunkt rekvisisjonen blir skrevet, bør det stå hvilken utredning som skal gjøres og at resultatet av denne vil bli ettersendt.

Videre må det informeres om saksinformasjon basert på tidligere undersøkelser gjort av annet helsepersonell, eksempelvis fra nevrolog, røntgenolog og revmatolog, som manuellterapeuten har fått kjennskap til.

Omfanget av informasjonen vil avhenge av hvilken form manuellterapeuten velger, når han henviser til selve behandlingen.

Det pekes også på muligheten og ofte nødvendigheten av å legge ved egen epikrise, noe som sannsynligvis vil være til nytte både for pasient og samhandlende kollegaer. Slike forhold bør avklares i lokale fysioterapifora.

3.3 Behandling

Som standard kan enten fysioterapi rekvireres generelt eller det foreskrives et konkret behandlingsopplegg. Tidsbruk og antall behandlinger vil i de fleste tilfeller best kunne bedømmes og derfor bestemmes av den som har mest kontakt med pasienten. Det anbefales derfor i begge tilfellene at behandlingstid og antall behandlinger overlates til den som utfører behandlingen.

Dersom kun fysioterapi rekvireres, kan det være nødvendig å påpeke at det utarbeidede behandlingsopplegget straks skal sendes tilbake til den som rekvirerer for eventuelle

kommentarer. Det forventes at tilbakemeldingen har informasjon om funn og forståelse som kan underbygge tiltaket. Dersom manuellterapeuten velger denne formen, blir det spesielt viktig å gi fullgod informasjon under feltet "viktige funn".

Velger man denne formen for rekvirering, kan det også være nyttig å trekke frem tiltak som ikke bør prioriteres. Informasjon om dette kan dels være begrunnet i at noe har vært prøvd før uten resultat, eller at generell innsikt tilsier å ikke benytte visse former for behandling.

Dersom manuellterapeuten har bestemte meninger om hvilken behandlingsform som bør velges eller han av andre grunner foretrekker å konkretisere tiltaket, vil dette nødvendigvis resultere i et bestemt behandlingstiltak. Da er det mindre aktuelt å få tilbakemelding ved oppstart. I forhold til at et slikt "førstevalg" anses som det mest optimale, vil man også spare tid ved denne type rekvirering, og kan i så måte by på fordeler.

Det er pekt på nytten og nødvendigheten av å ha hensiktsmessig kontakt med kollegaer manuellterapeuten samhandler med i Henvisningsprosjektet og at det bør formaliseres for å sikre slik kontakt. I forhold til behandling vil slik kontakt bl.a. være av betydning dersom tiltaket ikke har effekt, pasienten er blitt verre, det kommer frem at det er benyttet tiltak som er frarådet, eller det er brukt et annet konsept enn det som eventuelt er foreskrevet.

Manuellterapeuten står fritt til å velge mellom disse to mulighetene. Det må likevel pekes på uheldige faktorer ved å gi "pålegg". For å utvikle et godt samarbeid, og la begge parter få mulighet til på mest mulig fritt grunnlag å utvikle egen kompetanse, bør man i utgangspunktet forsøke en åpen behandlingsform. Det er grunn til å tro at behandler vil gjøre sitt ytterste for å få frem egen faglighet, og ikke minst tilkjenne dette gjennom gode epikriser. En mellomløsning kan være at man legger ved epikrise som innbefatter en behandlingsstrategi manuellterapeuten ville valgt, men rekvireringen er "fysioterapi", og valget gis den som behandler.

Skriftlig materiell som skal følge pasienten etter undersøkelse og behandling, bør kunne utvikles i betydelig grad både i formulering og innhold. Det er grunn til å minne om at også trykdeetaten i langt større grad enn før vil få tilgang til vårt skriftlige materiale. Gode epikriser fremmer dette samarbeidet.

3.4. Skriftlig tilbakemelding

Det antas at skriftlig tilbakemelding etter et visst antall behandlinger som regel ikke er nødvendig. Derimot vil en telefonisk tilbakemelding av og til kunne være nyttig for eksempel når pasienten er blitt verre eller aktuell behandling ikke hjelper. For å fremme gode arbeidsrutiner mellom kollegaer og profesjonalisere samhandling til beste for pasientene, bør telefonisk tilbakemelding og møtevirksomhet vurderes.

3.5. Sluttrapport

Det bør være et skriftlig ønske og en klar forventning om at det sendes en sluttrapport idet denne kan ha betydning for videre opplegg. Det vises blant annet til forhold som sykmelding eller endring av denne. Også ved behov for ytterligere behandling eller endring av denne bør rapport vurderes. I forskriftene i § 4 vises det til at medlemmets lege skal ha informasjon om utført behandling og at pasienten skal samtykke.

Manuellterapeutene bør søke å ha en nær dialog med lokale trygdekontor og bl.a. informere om det skriftlige materialet de besitter om den enkelte pasient. Dersom en saksbehandler ber om å tilsendt sluttrapporter/epikriser som kan ha betydning for saksarbeid/vedtak, vil det være naturlig å etterkomme slike forespørsler.

Referansepersoner

Gruppe i NFF v/ fysioterapeutene Roar Høidal, Guri Schøtt Gleditsch, Siri Bjornnes og Ellen Juul Lind.

Gruppe i Henvisningsprosjektet v/manuellterapeutene Joost Vooren, Olav Rafoss, Gunnar Bråten, Steinar Arctander og Raimo Tähti.

Referanser

Folketrygdloven. Rikstrygdeverket

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Helsedepartementet den 12. desember 2002.

Forskrift om forsøksordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi. Med merknader. Sosial- og helsedepartementet den 6. juli 2001.

Informasjon fra Rikstrygdeverket; kiropraktorer og manuellterapeuter kan sykmelde i inntil åtte uker.

Rekvisisjon til fysikalsk behandling. Rikstrygdeverket, blankett 2.50.

Veiledning til leger om legeerklæring ved arbeidsuførhet. Rikstrygdeverket juli 2000.