

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.: 16/2083

Vår ref.: pcl

Dato: 03.07.2017

## Høringsuttalelse – Forskrift om funksjon og kvalitet i kommunale fysioterapitjenester

Det vises til høringsbrev 4. april 2017. NMF oversender med dette sin uttalelse til forslaget.

### **Sammendrag**

- *Et eventuelt fremtidig behov for ytterligere behandling i pasientenes hjem bør skje gjennom øremerkede midler til tilsetting av fastlønnede fysioterapeuter, ikke gjennom å forringe tilbudet som gjennom mange år er bygd opp i den avtalebaserte tjenesten.*
- *Forskriften mangler kompetansekrav til behandlere som skal kunne motta pasienter direkte uten forutgående diagnose og henvisning. Av hensyn til pasientsikkerheten bør dette innarbeides.*
- *Forskriften bør ikke utformes i strid med gjeldende rammeavtale (ASA 4313), men på en måte som tar hensyn til at utfyllende regulering løpende kan finne sted gjennom rammeavtalen. Forskriften bør unngå dobbeltbehandling av avtalefestede løsninger som kan skape usikkerhet mht. forståelsen av lov- og avtaleverk.*
- *Manuellterapeuter bør i henhold til Beslutning. O. nr. 22 (2005-2006) Lov om endringer i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut), 20.12.2005 unntas fra plikten til rutinemessig oversendelse av epikrise til fastlege.*
- *Forslaget til forskrift bør ikke iverksettes før det de forhold som tas opp i denne uttalelsen er utredet.*

### **Forskriften flytter problemer innen fysioterapi- og manuellterapitjenesten**

Forskriftens tittel er misvisende fordi den gir inntrykk av å skulle gjelde både fast ansatte og avtaleterapeuter, det vil si hele den kommunale fysioterapitjenesten. I virkeligheten omhandler forskriften bare avtaleterapeuter. Det er en gjennomgående svakhet i høringsnotatet at alle kommunens fysioterapiutfordringer søkes løst gjennom bruk av avtaleterapeuter.

Formålet med forskriften fremholdes å skulle være «å sikre kommunene mulighet til å utvikle og regulere det kommunale fysioterapitilbudet». Det vises til at:

*Kommuner gir uttrykk for at de i liten grad kan påvirke avtalefysioterapeutenes virksomhet, og at de ikke fullt ut kan nyttiggjøre seg av avtalefysioterapeutenes kapasitet innenfor habilitering og rehabilitering. Det pekes spesielt på udekkede behov for behandling i pasientens hjem.*

Vi har forståelse for at kommunene ønsker ressurser for å styrke rehabiliteringstilbudet generelt og rehabilitering i hjem, barnehager, institusjoner mv. spesielt.

Samtidig har vi stor forståelse for at kommunene *vegrer* seg for å omdisponere avtaleterapeutenes virksomhet på disse områdene. Vi vil advare sterkt mot konsekvensene av en slik endring. Årsaken er at en slik omdisponering vil redusere tilbudet for de pasientgruppene som har behov for fysioterapi og manuellterapi *i klinikkene*. En utvidelse av oppgaver utenfor klinikkene vil medføre at færre pasienter enn i dag vil motta behandling.

De avtalebaserte klinikkene tilbyr i dag en meget viktig og effektiv tjeneste. Denne tjenesten er de fleste steder overbelastet, og det er lange ventelister for å få time for behandling. Denne delen av fysioterapitjenesten burde både av pasienthensyn og av samfunnsøkonomiske årsaker *styrkes*, ikke *svekkes*. Etter at ordningen med avtalebasert praksis ble etablert i 1984 har økningen i antall årsverk i avtalebasert fysioterapi vært svært beskjedent, særlig hvis man justerer for befolkningsvekst og alderssammensetning.

Fysioterapiklinikkene i privat praksis er tilrettelagt med infrastruktur og behandlingsutstyr innrettet for å gi pasientene optimal behandling. Behandling utenfor klinikkene krever annen infrastruktur og annet utstyr (mobilt behandlingsutstyr, mobil sentralbordløsning, bærbart datautstyr med EPJ og helsenettilknytning, mobil betalingsløsning mv.). I kommunene har dette funnet sin praktiske løsning ved at de fast ansatte fysioterapeutene behandler størstedelen av hjemmepasientene og pasientene på institusjoner. Dette er en effektiv og hensiktsmessig oppgavefordeling. Det eksisterer et stort udekket behov for behandling i de private avtalepraksisene, og det er således liten eller ingen ledig kapasitet til å utføre andre oppgaver innenfor det kommunale helsevesenet. Tilplikning av avtalefysioterapeuter til hjemmebehandling og behandling i institusjoner er derfor ikke fornuftig. Kapasitetsmangel innenfor disse områdene må søkes løst gjennom ansettelse av kommunale fysioterapeuter.

Bruk av avtaleterapeutene i hjemmebehandling og institusjonsbehandling vil også være dårlig samfunnsøkonomi. De aller fleste klinikkene har, basert på sine foreliggende avtaler og den oppgavefordelingen kommunene selv har forutsatt, investert svært mye i både lokaler og utstyr. Dersom denne infrastrukturen skulle bli stående ubrukt i deler av arbeidsuken, vil ressursene forbli uutnyttet. I verste fall vil hele forutsetningen for investeringene falle bort. Vi forutsetter at kommunene i praksis vil ta de nødvendige hensyn i denne sammenheng, men forskriften slik den foreligger er egnet til å skape en grunnleggende usikkerhet på dette punktet. Denne usikkerheten vil i seg selv være egnet til å motvirke utvikling av moderne og effektive tilbud i private institutter.

Dersom kommunen krever at avtaleterapeutenes kapasitet skal benyttes utenfor klinikkene, vil det ta uforholdsmessig mye tid fra avtaleterapeutenes kjernevirksomhet. Dette vil i sin tur legge til rette for at helprivate aktører uten driftsavtaler tar over det som fram til nå stort sett har vært sett på som et offentlig ansvar. Dette vil medføre at tilbudet til pasientene fordyres betydelig.

De udekkede behovene innenfor hjemme- og institusjonsbehandling ivaretas best ved at kommunene som hovedregel oppretter egne kommunale fysioterapistillinger for ambulant virksomhet. NMF anbefaler at det utredes hvordan kommunene gjennom kommunale ansettelser kan dekke de udekkete behovene.

I særlige tilfeller, i meget små kommuner, i akutt situasjoner mv. er det selvsagt at avtaleterapeuter også gir behandling i pasientens hjem. Dette er omtalt og ligger inne i eksisterende ASA 4313-avtale. Hovedregelen bør være at slikt arbeid avtales mellom

kommune og avtaleterapeut. Ettersom temaet i dag er gjenstand for forhandlinger, kan man finne fram til fleksible og fornuftige ordninger som også tar hensyn til tilbudet for de pasientene som trenger fysioterapi og manuellterapi i klinikkene. Det viktige er at kommunen ikke som et ensidig tiltak kan endre forutsetningene mellom partene på en slik måte at terapeutens virksomhet og inntjeningsgrunnlag endres vesentlig.

### **Direkte tilgang og krav til diagnostisk kompetanse**

Departementet skriver at forskriften må ses i sammenheng med forslaget om direkte tilgang til fysioterapeut.

I dag må pasienter ha henvisning med en medisinsk diagnose før de får rett til refusjonsberettiget behandling hos fysioterapeut. Den som henviser (lege, manuellterapeut eller kiropraktor) må attestere at pasienten har en diagnose og at fysioterapi er «av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne.» Når pasienten skal gå direkte, bør man kreve at fysioterapeuten selv utfører tilsvarende oppgaver.

Dagens krav om at pasienter må være diagnostisert før behandling settes i gang, er allment akseptert god medisin og bør ikke fravikes. Eksempelvis fremhever de nylige publiserte engelske retningslinjene for undersøkelse og behandling av korsryggsmerter at spesifikke årsaker til ryggsmerter, for eksempel kreft, infeksjon, skader eller inflammatoriske sykdommer, må utelukkes før behandling igangsettes<sup>1</sup>.

Da Stortinget iverksatte forsøk<sup>2</sup> med bortfall av krav om legehenvvisning ved behandling hos kiropraktorer og manuellterapeuter m.m., var fagmiljøets vurdering at fysioterapiutdanningen og den daværende manuellterapiutdanningen samlet sett *ikke* ga tilstrekkelig grunnlag for å kunne diagnostisere. Det ble blant annet av denne grunn iverksatt betydelig tiltak for å styrke og utvide denne delen av manuellterapiutdanningen. Det ble utviklet syv retningslinjer som faglig støtte for den nye rollen. Retningslinjene er en systematisk oppsummering av kunnskap om og fagmiljøets oppfatning av hvordan ulike problemstillinger skal løses i den nye rollen.

Fysioterapeutenes grunnutdanning er tradisjonelt rettet mot en situasjon der det foreligger en medisinsk diagnose *før* pasienten henvises til fysikalsk behandling. Fysioterapeutenes undersøkelser er i hovedsak rettet mot funksjon, etter at medisinsk diagnose er satt. Slike undersøkelser munner ut i det som kalles «funksjonsdiagnose», som ikke må forveksles med medisinsk diagnose.

Helsepersonell som på det offentliges regning skal behandle pasienter som henvender seg direkte, må ha nødvendig diagnostisk kompetanse. Det er myndighetene som i siste omgang og etter konkret vurdering må ta stilling til hvilken kompetanse terapeuten da må inneha. Vi kan ikke se at slik vurdering foreligger, hverken i lovsaken eller i dette forslaget til forskrift. Vi mener dette er en mangel. Det stilles ingen krav til kompetanse for fysioterapeuter som skal ta imot pasienter uten diagnose og henvisning utover autorisasjon som fysioterapeut. Slike tilleggskrav er for øvrig stilt til manuellterapeuter. Disse utdanningskravene står i fysioterapiforskriftens § 1 der det heter at manuellterapeut skal:

- 1. a) ha bestått eksamen i klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter ved norsk universitet eller tilsvarende utdanning eller*
- b) ha godkjenning for bruk av takst A8 Manuellterapi i denne forskriften og har bestått eksamen i differensialdiagnostikk, laboratorieanalyser og utdanning i radiologi tilsvarende norsk masterutdanning, og i tillegg*

<sup>1</sup> NICE guidelines: Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 30. November 2016

<sup>2</sup> Innst. S. nr. 202 (1998-99). Forsøket ble gjennomført i perioden 2001-2003.

*2. ha gjennomgått opplæring i trygdefaglige emner mv. etter departementets bestemmelser om innhold i og omfang av opplæringen.*

### **Uheldig overlapping og innsnevring av forhandlingsområdet**

Forslagene til forskriftsbestemmelser er ifølge departementet

*Dels en presisering som følger av helse- og omsorgstjenesteloven eller annen lovgivning og dels en presisering og en forskriftsfesting av punkter som er omtalt i Rammeavtalen. I tillegg inneholder forskriften enkelte krav som til nå ikke er regulert.*

Vi registrerer at svært mange av forslagene i forskriften er gjengivelser av bestemmelser i andre lover og forskrifter. Det er, sett fra en lovteknisk synsvinkel, uheldig å forskriftsfeste regler som bare sier det som følger av en lov eller annen forskrift. Slik overlappende regulering har en rekke ulemper: Lovstoffet øker i volum, det er en risiko for at reglene gjengis feil eller ut av sin sammenheng, man kan legge grunnlag for uønskede antitetiske tolkninger i forhold til regler som ikke er nevnt osv. For eksempel står det i utkastet til forskriftsbestemmelser (§19) at «Dersom fysioterapeuten er sykmelder» skal terapeuten delta i sykmeldingsoppfølgingen. Dette kan forstås dithen at fysioterapeuter kan sykmelde, noe som ikke medfører riktighet.

Det er lang tradisjon for at yrkesorganisasjonene på det relevante fagområdet forhandler med KS om rammeavtaler på fysioterapi- og manuellterapiområdet. Nytt de siste årene er at samtlige yrkesorganisasjoner deltar i forhandlingene. Det gjør at forhold som er vesentlige for kommunene kan følges opp med praktiske og dynamiske forhandlingsløsninger som er forpliktende for hele yrkesgruppen. Rammeavtalene reforhandles jevnlig. Det vil være vesentlig vanskeligere og en mer tungvint prosess å revidere en forskrift.

### **Rutinemessig oversending av epikriser**

For å ivareta forslaget om direkte tilgang presiserer departementet i § 10 at fysioterapeuter skal sende epikrise til fastlege, også når pasienten ikke er henvist. Dette skal ifølge departementet føre til at fastlegene blir avlastet i sitt arbeide og til bedre samarbeid.

Plikten til å skrive epikrise og dele pasientinformasjon er regulert i Helsepersonellovens § 45 a og i § 25. § 45 a sier bl.a. at epikrise skal skrives til henvisende, innleggende personell eller helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. § 25 sier at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Vi er skeptiske til at det skal sendes epikriser i de tilfellene pasienten ikke er henvist eller det ikke er behov for videre behandling eller oppfølging. En slik epikriseplikt øker risikoen for spredning av sensitiv pasientinformasjon, det skaper mer byråkrati og det kan svekke fastlegenes oppmerksomhet rundt de tilfellene som faktisk må følges opp.

Vi har forståelse for at fysioterapeuter som ikke har diagnostiske verktøy som henvisnings- og rekvireringsfullmakter trenger et nærmere samarbeid med fastlege, manuellterapeut og kiropraktor. Epikriser bør etter vår mening bare sendes når fysioterapeutens faglige vurdering tilsier det. Vi er kjent med at Norsk Fysioterapeutforbund likevel ønsker et slikt pålegg for fysioterapeuter, og vil derfor ikke komme med alternative forslag til forskriftsregulering for fysioterapeuter generelt.

Manuellterapeuter har imidlertid helt andre fullmakter og annen rolle enn fysioterapeuter, jf. departementets beskrivelse i Prop. L71 (2016-2017) kapittel 9.6.2. I forsøksprosjektet som gikk forut for at kiropraktorer og manuellterapeuter fikk disse fullmaktene på permanent basis, ble rutinemessig sending av epikriser prøvd ut. Evalueringen viste at fastlegene ikke opplevde dette som en bedring av samarbeidet. Dette står i motstrid til departementets antakelse om at epikriseplikt gir bedre samarbeid.

Da Stortinget i 2005 behandlet sak om å gi kiropraktorer og manuellterapeuter de nye fullmaktene på permanent basis, ble spørsmålet om rutinemessig oversending av informasjon i form av epikriser til fastlege drøftet. I Ot. Prp. Nr. 28 (2005-2006) kapittel 3.8 (side 12-14) heter det at departementet *ikke* finner det godtgjort at manuellterapeuter og kiropraktorer rutinemessig skal oversende epikriser til pasientens allmennlege. Begrunnelsene for dette var at:

- Overføring av taushetsbelagte opplysninger til annet helsepersonell som yter helsehjelp, anses å være tilstrekkelig regulert i helsepersonelloven § 45, jf. § 25 (side 12).
- Fastlegens behov for informasjon vil kunne ivaretas ved at informasjon innhentes når det viser seg å være nødvendig (side 13).
- En slik ordning vil medføre merarbeid for kiropraktorene og manuellterapeutene (side 14).

Stortinget hadde ingen bemerkninger til dette.

I lys av Stortingets forutsetninger i ovennevnte lovsak, vil det være uriktig å pålegge manuellterapeuter en generell og rutinemessig plikt til å oversende epikrise til fastlegen. Det vil også på en uheldig måte skape ulike regler mellom manuellterapeuter og kiropraktorer, som er regulert i samme lovsak.<sup>3</sup> Manuellterapeuter bør derfor unntas en eventuell bestemmelse om rutinemessig epikriseplikt til fastlege.

## **Kommentarer til de enkelte paragrafer**

### **§ 1. Formål og virkeområde**

NMF foreslår at første ledd endres slik:

Formålet med forskriften er å sikre ~~at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige fysioterapitjenester av god kvalitet. kommunenes innbyggere nødvendige fysioterapitjenester av god kvalitet. Forskriften skal være et virkemiddel for kommunen for å utvikle de kommunale fysioterapitjenestene.~~

*Kommentar:* Avtaleterapeuters tjenester er per i dag åpne og omfatter alle, ikke bare de som har bostedsadresse i kommunen («kommunens innbyggere»). Departementets forslag i første punktum vil være en vesentlig innskrenking av pasienters adgang til fysioterapitjenester. Andre punktum strykes slik at forskriften ikke kan begrunne nedbygging av tjenester som i dag leveres i de avtalebaserte klinikkene, jf. de innledende bemerkningene. Denne forskriftens formål må være, på samme måte som fastlegeforskriften, å gi gode helsetjenester til pasientene, ikke kommunal styring i seg selv.

### **§2. Definisjoner**

Nytt bokstavpunkt tas inn som lyder:

---

<sup>3</sup> Besl. O. nr. 22 (2005-2006) om endringer i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)

«Manuellterapeut: Fysioterapeut som

1. a) har bestått eksamen i klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter ved norsk universitet eller tilsvarende utdanning eller  
b) har godkjenning for bruk av takst A8 Manuellterapi i denne forskriften og har bestått eksamen i differensialdiagnostikk, laboratorieanalyser og utdanning i radiologi tilsvarende norsk masterutdanning, og i tillegg
2. har gjennomgått opplæring i trygdefaglige emner mv. Departementet fastsetter nærmere krav til innhold i og omfang av opplæringen.»

*Kommentar:* Flere steder i høringsnotatet refereres det til manuellterapeuter, uten at det gis en entydig definisjon av hva «manuellterapeut» er. I forbindelse med sak til Stortinget om endrete fullmakter for manuellterapeuter og kiropraktorer (Ot. Prp. Nr. 28 2005-2006) ble benevnelsen drøftet:

*Departementet har vurdert benevnelsen i regelverket av den personkretsen av fysioterapeuter som omfattes av den ordningen som denne lovproposisjonen gjelder.*

*Både forslaget i høringsnotatet («fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi», vår anm.) og forslaget til Norsk Fysioterapeutforbund («fysioterapeut med videreutdanning/mastergrad i manuellterapi», vår anm.) er benevnelser som er lite egnet i lovs og forskrifts form. Et annet moment er at en fullstendig videreutdanning i manuellterapi som leder frem til en forbundsbasert godkjenning som spesialist i manuellterapi, krever 3 års veiledet praksis utover masterstudiet ved Universitetet i Bergen. Videreutdanningsbegrepet er dermed ikke entydig.*

*Departementet foreslår derfor av hensiktsmessighetsgrunner å bruke samme benevnelse som i forskrift om forsøksordningen, dvs. benevnelsen manuellterapeut (vår utheving). Det må presiseres at begrepet i denne sammenheng ikke innebærer noen beskyttet tittel. Departementet vil i forskrift definere hva benevnelsen manuellterapeut innebærer.*

*Kapittel 3.1.2.4 i Ot. Prp. Nr. 28 (2005-2006)*

Vårt forslag til definisjon av «manuellterapeut» er den gjeldende definisjonen som er inntatt i fysioterapiforskriftens § 1.

### **§ 3 Det kommunale ansvaret for tjenestetilbudet**

Vi foreslår at første punktum endres slik at det lyder:

«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige fysioterapitjenester, et tilstrekkelig utbygd fysioterapitilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2 første ledd. ~~Kommunen bestemmer omfanget av tilbudet som ytes av fysioterapeuter med kommunal driftsavtale.~~»

*Kommentar:* Høringsnotatets forslag til ordlyd er en delvis gjengivelse av lovteksten som svekker kommunenes lovpålagte ansvar. En slik svekkelse av pasientrettigheter er uakseptabel.

### **§ 7 Økonomisk vederlag**

NMF foreslår at paragrafen strykes.

~~Fysioterapeutens økonomiske vederlag består av et driftstilskudd fra kommunen og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra folketrygden for utført~~

arbeid. Driftstilskuddets størrelse følger av avtale mellom Staten/ KS, Norsk Fysioterapeutforbund (NFF), Norsk Manuellterapeutforening (NMF) og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF).

For behandling det kreves refusjon for kan fysioterapeuten ikke ta høyere egenandeler eller pasientbetaling enn det som fremgår av forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

*Kommentar:* De foreslåtte bestemmelsene er overlappende med bestemmelser som allerede fins i «statsavtalen» og takstforskriften.

## § 8 Forsvarlig og kunnskapsbasert praksis

NMF foreslår at første ledd endres slik:

«Fysioterapeuten skal drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov- og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer. utøve sin praksis i tråd med oppdatert kunnskap, og følge krav i lov og forskrift samt anbefalinger i nasjonale retningslinjer og veiledere og for øvrig utøve godt faglig skjønn.»

*Kommentar:* Høringsnotatets forslag kan forstås dithen at anbefalinger i retningslinjer og veiledere er «krav», og ikke det de faktisk er, nemlig *anbefalinger*. Vårt forslag er også i tråd med ordlyden i fastlegenes forskrift.

## §9 Tjenestens innhold

NMF foreslår at første ledd endres slik:

«Fysioterapi omfatter undersøkende, behandlende og forebyggende tiltak hovedsakelig rettet mot bevegelsesapparatet, herunder også veiledning og opplæring, samt vurdering av behov for hjelpemidler.»

*Kommentar:* Mange fysioterapeuter arbeider bl.a. med hjerte-, lunge- og lymfesystemet. For å klargjøre at disse typene fysioterapi ikke faller utenom hva som er fysioterapi, foreslår vi å ta inn ordet «hovedsakelig» foran «rettet mot bevegelsesapparatet».

NMF foreslår at annet ledd endres slik:

I avtaletiden skal fysioterapeuten kun benytte behandlingsformer som er akseptert av helsemyndighetene, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. Det skal ikke gis alternative behandlingsformer i avtaletiden, jf. § 2 i Lov om alternativ behandling.

*Kommentar:* Departementets forslag er begrensende for fagutøvelsen, fordi det også rammer skolemedisinske aksepterte metoder (f.eks. ultralyddiagnostikk) og nyutviklede fysioterapimetoder. Forbud mot at moderne og hensiktsmessige behandlingsformer tas i bruk, bare fordi det ikke fins takster for disse i stønadsforskriften, må unngås.

## § 10 Dokumentasjon, elektronisk journal og epikrise

NMF foreslår følgende tillegg etter tredje ledd:

«Etter samtykke fra pasienten skal fysioterapeuten oversende epikrise til fastlege og/eller henvisende instans etter avsluttet behandling. Epikrisen skal være et sammendrag av aktuell pasientjournal og inneholde status ved hhv. oppstart og avslutning av behandling, en summarisk beskrivelse av forløp, samt en evaluering av effekt av tiltak.

Manuellterapeuter sender epikriser i samsvar med helsepersonelloven § 45, jf. § 25.»

*Kommentar:* Det vises til merknadene i avsnitt på side 5 vedrørende Stortingets vurdering av manuellterapeuters og kiropraktorers informasjons- og epikriseplikt.

### **§ 12 Krav til samarbeid med pasientens fastlege og øvrige helse- og omsorgstjenester**

NMF foreslår at tredje ledd endres slik:

«Fysioterapeuten plikter å informere fastlege eller henvisende instans om forhold som avdekkes i undersøkelse og behandling som kan gi grunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Manuellterapeuter henviser selv ved behov for spesialisthelsetjenester.»

*Kommentar:* Det vil være kompliserende for et behandlingsforløp dersom fysioterapeuten skal henvende seg til fastlegen for å få dennes vurdering av om det bør henvises til spesialisthelsetjeneste, når behandlingsforløpet er initiert av kiropraktor eller manuellterapeut. Fastlegen vil måtte gjennomføre nye undersøkelser av pasienten for å kunne vurdere henvendelsen, og det vil kunne oppstå uklarhet om hvem som skal henvises til spesialisthelsetjenesten. I slike tilfeller bør fysioterapeuten informere henviseren for å unngå misforståelser som kan føre til forsinkelser i behandlingsforløpet.

Det må også tas inn en bestemmelse om at manuellterapeuter selv henviser til spesialisthelsetjenesten, hvis det er behov for dette. Det er unødvendig og forsinkende å involvere fastlege, da manuellterapeuten selv har kompetanse til å vurdere og gjennomføre henvisning til spesialist.

### **§ 15 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser**

Første ledd lyder: «Fysioterapeuten skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid». Vi er enige i dette tilgjengelighetskravet, men det fordrer at fysioterapeutene har ansatt hjelpepersonell som kan håndtere henvendelsene.

Fjerde ledd lyder: «Fysioterapeutens lokaler skal etter nærmere avtale med kommunen være utstyrt med nødvendig treningsutstyr for å kunne ivareta fysioterapeutens pasientgrupper.» NMF er enige i kravet om at klinikken skal være utstyrt med nødvendig treningsutstyr for å kunne ivareta fysioterapeutens pasientgrupper. Slikt utstyr innebærer at terapeutene pålegges kostbare investeringer. Både bedriftsøkonomisk og samfunnsøkonomisk vil det derfor være ufornuftig å ikke sørge for at det er mest mulig i bruk.

### **§ 17 Hjemmebesøk og ambulante tilbud**

NMF foreslår følgende tillegg i første ledd:

«Fysioterapeuten skal gi tilbud om hjemmebesøk til hjemmeboende pasienter som:

- a) på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte til konsultasjon i fysioterapeutens lokaler eller
- b) når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp

I de tilfellene hjemmebehandling er aktuelt, skal det faglige behovet være dokumentert av helsepersonell med diagnostisk kompetanse»

*Kommentar:* I forslaget til forskriftsbestemmelse fremkommer det ikke hvem som skal bedømme hvorvidt helsetilstand eller funksjonsevne er slik at vedkommende ikke er i stand til



å møte i fysioterapeutens lokaler. NMF mener behovet må dokumenteres av helsepersonell med diagnostisk kompetanse.

### § 18 Henvisningspraksis

NMF foreslår at paragrafens overskrift endres til «Henvisningspraksis, rekvirering og annet samarbeid»

*Kommentar:* Paragrafens overskrift bør reflektere innholdet, se nedenfor.

NMF foreslår at første ledd endres slik:

«Fysioterapeuten skal ved ~~behov be andre deler av behov henviser pasienter til andre kommunale helse- og omsorgstjenester~~ utrede eller behandle en pasients helseproblem inkludert pasientens fastlege.»

*Kommentar:* Med «henvisning» forstås vanligvis henvendelser som gir pasienter rett til trygderefusjoner. Fysioterapeuter har ikke slik henvisningsadgang. «Henvisning» er også en oppgave som utløser takster i fysioterapeutenes takstsystem. En innføring av henvisningsadgang for fysioterapeuter, uten at den er nærmere definert, vil derfor få økonomiske konsekvenser som ikke er utredet.

Andre ledd foreslås endret til:

«~~Fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi~~ Manuellterapeut skal ved behov henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten og/eller fysioterapi».

*Kommentar:* Betegnelsen «fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi» er som tidligere nevnt ikke en entydig betegnelse, og lite egnet i lovs eller forskrifts form. I Ot. Prp. Nr. 28 (2005-2006) er det konkludert med at benevnelsen skal være «manuellterapeut». Paragrafen bør også reflektere at manuellterapeuter har adgang til å henvise til fysioterapi.

Vi foreslår at tredje ledd endres slik:

~~Fysioterapeutenes~~ Manuellterapeuters henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtaler, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1 og lov om spesialisthelsetjenester m.m § 2-1e andre ledd. Henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling, jf. lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 2 og 3.

Vi foreslår at fjerde ledd

~~Fysioterapeuten med videreutdanning i manuellterapi~~ Manuellterapeut skal ved henvisning informere pasienten om retten til fritt behandlingsvalg, jf. Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-4.

*Kommentar:* Manuellterapeuters henvisningsadgang til spesialisthelsetjenesten er hjemlet i annen forskrift og utløser økonomiske rettigheter for pasienter og helseinstitusjoner.<sup>4</sup> Bruk av betegnelsen «fysioterapeut» vil være forvirrende og vil feilaktig kunne utløse økonomiske rettigheter for pasienter, institusjoner og terapeuter.

<sup>4</sup> Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

NMF foreslår nytt ledd:

«Manuellterapeut kan ved behov rekvirere radiologiske tjenester.  
Manuellterapeuten skal i virksomheten se hen til gjeldende retningslinjer»

*Kommentar:* Paragrafen bør reflektere at manuellterapeuter kan rekvirere radiologiske tjenester, og presisere at det skal ses hen til relevante retningslinjer på området.

### **§ 19 Sykefraværsoppfølging**

Første og annet ledd endres slik at de lyder:

~~Fysioterapeuten med videreutdanning i manuellterapi~~ Manuellterapeuter skal delta i oppfølgingen av den sykemeldte, dersom ~~fysioterapeuten~~ manuellterapeuten er sykemelder.

~~Fysioterapeuten~~ Manuellterapeuten skal gjennom sin oppfølging av pasienten, bidra til at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig.

*Kommentarer:* Det vises til diskusjonen om benevnelse ovenfor. I øvrig lov- og forskriftsverk benyttes «manuellterapeut» som benevnelse på sykemelder. Beskrivelsen «*dersom fysioterapeut sykemelder*» vil kunne skape forvirring og tvil om hvilke fullmakter som gjelder på sykmeldingsområdet.

### **§ 20 Tolk**

Vi foreslår at paragrafen endres slik:

Fysioterapeuten ~~er ansvarlig for at kommunikasjonen mellom pasient og fysioterapeut ivaretas på en forsvarlig måte og~~ skal benytte kvalifisert tolk ved behov.

*Kommentar:* NMF foreslår at ansvaret for tolking omtales på samme måte som i fastlegenes forskrift.

### **§ 21 Avtale**

*Kommentar:* I høringsnotatet pkt. 5.5 første avsnitt skriver departementet at «for å sikre at alle avtaleterapeuter har individuell avtale med kommunen uavhengig av kommunens forhold til Rammeavtalen, foreslår departementet at krav om individuell avtale forskriftsfestes, jf. utkast til § 21».

Paragrafen lyder:

Det er et vilkår for å utløse refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen, jf. folketrygdloven § 5-8.

Avtalen skal blant annet regulere åpningstid, lokalisering og eventuelle andre oppgaver som fysioterapeuten skal utføre på vegne av kommunen.

Fysioterapeuten og kommunen kan ikke inngå avtaler i strid med bestemmelser i denne forskriften.

ASA 4313 regulerer inngåelse av nye selskapsavtaler. Det er uklart om departementets forslag til § 21 innebærer at selskapsavtaler skal *forbys*. NMF mener det er gode argumenter for beholde selskapsavtaler, bl.a. fordi det vil gjøre det lettere for terapeutene å investere i større, moderne institutter.

## **§ 22 Inngåelse av individuelle avtaler**

I forslag til tredje ledd foreslår departementet at:

*Kommunen skal ikke inngå driftsavtaler som er mindre enn 50 prosent av fullt tilskudd.*

I ASA 4313 er samme bestemmelse hovedregelen, men med følgende unntak:

*«Dette gjelder med mindre fysioterapeut med eksisterende driftsavtale ønsker å arbeide deltid ved siden av undervisning eller forskning. For slike tilfeller kan det likevel ikke avtales mindre enn 20 prosent av fullt driftstilskudd.» (pkt 13 i gjeldende ASA 4313)*

Kommentar: Departementets forslag bør enten presisere avtalte unntak, eller det bør utgå slik at det overlates til partene i forhandlinger.

## **§ 24 Ikraftredelse og overgangsordninger**

NMF mener at forskriften først bør tre i kraft etter at departementet har gjennomført en ny utredning av de forhold som er påpekt i denne uttalelsen.

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING  
Peter Chr. Lehne  
leder