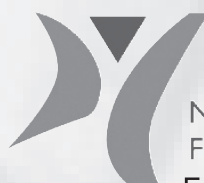


Retningslinjer for
faglig avgrensning
i Henvisningsprosjektet
2001-2003



NORSK
FYSIOTERAPEUTFORBUND
Faggruppen for manuell terapi

Innhold

Formål med retningslinjene.....	4
Formål med retningslinjer for faglig avgrensning	5
Noen sosiologiske perspektiver	5
Hva sier lovverket om faglig avgrensing?.....	7
Manuellterapeutens fagområde.....	7
Fysioterapeutens virkefelt	7
Manuellterapeutens virkefelt	7
Forsvarlighetsparagrafen	8
NFFs yrkesetiske retningslinjer.....	8
Noen grensetilfeller	8
Faglig avgrensning og manuellterapeutens forhold til ulike samarbeidspartnere	9
Fastlege og spesialist	9
Epikrise til allmenlege	9
Henvisning til fysioterapeut.....	10
Henvisning til andre som manipulerer	10
Kiropraktorer	11
Bedriftshelsetjeneste	11
Henvisning av pasient til ergoterapeut	11
Arbeidsgiver og pårørende.....	11
Hjelpepersonell	12
Samarbeid med trenings- og helsestudio	12
Dokumentasjonsplikt	13
Faglig avgrensning og sykmelding	14
Attester, legeerklæring o.l.	14
Taushetsplikten.....	15
Samarbeid om rådgivning og informasjon	16
Kollegiale forhold	16
Markedsføring.....	16
Fagutvikling.....	16
Påpeking av faglig uskikkethet hos samarbeidspartnere	16
Opplysnings- og meldeplikt.....	17
Referanser.....	18

Formålet 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 7 forskjellige retningslinjer (veiledere), som ville få betydning for manuellterapeuter i prosjektperioden.

Manuellterapeutene i de 3 prøvetylkene ble delt inn i 7 grupper med ansvar for hver sin retningslinje. Etter å ha mottatt forslagene, bestemte styret i faggruppen at utkastene måtte bearbejdes noe og 3 kollegaer fikk i oppdrag å fullføre prosjektet.

Det ble søkt midler fra Fondet til videre- og etterutdanning til gjennomføring. I søknaden heter det bl.a. at manuellterapeutene har behov for retningslinjer som ivaretar de utfordringene de får som primærkontakter. Videre heter det at 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 formidles videre 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 veileder bør kunne bidra til å gi pasienten bedre 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 mange virkemidler i arbeidet med å kvalitetssikre manuellterapeutens helsetjenester. En forutsetning er at de følges opp av den enkelte og at de oppdateres etter behov, for på den måten å være et effektivt hjelpemiddel i det kontinuerlige forbedringsarbeidet innen manuell terapi.

Statens helsetilsyn har utarbeidet følgende forord til sine veiledere. Den rettslige stilling vil være den samme også for en veileder fra et annet fagmiljø:

«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 litteratur å støtte seg til, mens andre hovedsakelig baserer seg på empiri, beskrevet i forskriftene.

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

Formålet med retningslinjer for faglig avgrensning

Frem til nå har manuellterapeuten vært vant til å forholde seg til pasienter, kolleger, leger, sykehus, trygdekontor, pasientens arbeidsmiljø og pasientens pårørende som støttespillere til en henvisende instans. Gjennom *Henvisningsprosjektet* kommer manuellterapeuten inn i nye roller i forhold til pasienten; pasientens primærlege og/eller legevaktjenester; spesialistjenester som sykehus, røntgeninstitutter og legespesialister; bedriftshelsetjeneste og pasientens nærmiljø; kolleger innen fysioterapifaget og kiropraktorer; utøvere utenfor det etablerte helsevesen, samt trygdeetaten. Manuellterapeuten blir nødt til å trekke opp nye faglige avgrensninger mot de fleste av disse yrkesgrupper når de opptrer som samarbeidspartnere.

Faglig avgrensning omfatter ikke bare praksisfelt, men også manuellterapeutens sosiale relasjon til disse samarbeidspartnere. Selv om manuellterapeuten har opparbeidet seg en sunn

“yrkessosial intelligens” gjennom sin praksis som manuellterapeut etter “gammel” ordning, må han innse at han stiller med mangelfull erfaring på flere områder. Det kan derfor være vel anvendt tid å reflektere over en del situasjoner han kan tenkes å komme opp i.. Forsvarlighetsparagrafen, det yrkesetiske lovverk og allmenngyldige mellommenneskelige etiske spilleregler blir kart og kompass – hjelpemidlene som gir påbud og føringer for hvordan en kan løse den enkelte situasjon.

I tillegg vil vi se litt på mekanismene bak mellommenneskelige relasjoner, sykdomsforståelse og kommunikasjonsstruktur som en teoretisk bakgrunn for de ulike former for samarbeid som vil kreves av manuellterapeuten.

Noen sosiologiske perspektiver

Sosiologiske analyser skildrer og tolker mellommenneskelige hendelser. Manuell terapi finner sted i en kulturell sammenheng innenfor sosiale systemer. Innen disse rammer benytter alle manuellterapeuter seg av “dagliglivssosiologi”, hvor de gjør bruk av stillestående og utematiserte teorier, metoder og modeller for analyser - en “sosial intelligens”.

Innledningsvis kan det være nyttig å bruke sosiologiske modeller og et analytisk perspektiv for å vurdere den nye rollen som primærbehandler og det tverrfaglige samarbeidet i lys av denne endringen. Dette innbefatter vurdering av sykdom som et sosiokulturelt uttrykk, vurdering av sykdoms-atferd og mestring (sykerolle og pasientrolle), vurdering av rollen de ulike aktører i helsevesenet har, samt en vurdering av hvilke konsekvenser oppsplittingen av fysioterapeutrollen vil få for manuellterapeuter. Teksten her har benyttet Per Måseides lærebok *Medisinsk sosiologi* som bakgrunnsstoff ¹.

Manuellterapeutens ulike roller

Manuellterapeuten kan ha både rollen som primærkontakt (når han tar pasienten inn uten henvisning), som sekundærkontakt (når pasienten er henvist til ham), som arbeidskollega, som kamerat. Alle disse rollene stiller sosiale og kulturelle krav til den enkelte manuellterapeut. Manuellterapeuten går inn i eksisterende roller, og må dermed utføre handlinger i samsvar med standardiserte samfunnsmessige krav, inklusivt de lovverk han er pålagt å følge. Det er derfor viktig at manuellterapeuten til enhver tid vet hvilken rolle han er i; “hvilken hatt han har på seg”.

Sykdomsforståelse og diagnostisk kultur

Der er ulike perspektiver på sykdomsbegrepet, og sykdomsforståelse dreier seg om oppfatninger av hva som er gyldig syn på fenomenet sykdom. Mens årsaksforklaringer av sykdom handler om hva som skaper eller fører til sykdom (etiologi), dreier sykdomsforståelse seg om sykdomslære (nosologi). Her kjenner manuellterapeutene seg igjen når begreper som “hyper- og hypomobilitet”,

”for- og bakoverrotert ilium”, og ”sette på plass L5” nevnes. Sykdomsforståelse i manuell terapi lar seg ikke uten videre selge til andre yrkesgrupper nettopp fordi sykdomsforståelse er sosiokulturelt betinget.

Pasientens kultur (sosioøkonomisk, etnisk, religiøst) påvirker hans/hennes opplevelse av symptomer og hvordan symptomene uttrykkes av pasienten. Sosial og kulturell læring vil også påvirke det vokabularet (språk, ordtilfang og uttrykksform) som blir benyttet av pasienten til å definere plagene sine. Og på mottagersiden vil symptomer få status som *erfaring* og *sykdomstegn*, som igjen blir gjort til gjenstand for klinisk praksis. Symptomene vil på denne måten få status som meningsfulle. På denne måten blir symptomer oppløftet til manifestasjoner på sykdom. Men hva som er meningsfylt, kan som nevnt være kulturelt betinget. Manuellterapeuten vil her kunne møte kommunikasjonsbarrierer både mot pasienter fra andre kulturelle lag og fremmede kulturer, og mot andre helseprofesjoner med en divergerende sykdomsforståelse.

Noen ganger vil det være slik at flere yrkesgrupper vil mene å kunne det samme, men de er uenige om hva som er rett. Andre ganger kan én yrkesgruppe noe som de andre ikke kan, eller de har ikke legal anledning til å utføre det og må samarbeide med andre. Men samarbeidet mellom disse gruppene, som dels har innsikt i kompetansen til hverandre, skal ideelt sett fungere slik at man får en optimal håndtering og behandling av pasientene.

Symptomer innebærer en symbolkarakter som blir tillagt mening både av den som har symptomet og personer som omgir pasienten. Symptomer og sykdomstegn har ulik betydning for ulike mennesker og for ulike kulturer (sosioøkonomisk, etnisk, religiøst). Det er kulturelt og sosialt fastlagt hva slags symptomer folk er villige til å tolerere (smertenivå, alvorlighetsgrad). Noen symptomer kan gi høyere status enn andre (migrene vs. hodepine). Visse sykdommer virker sosialt stigmatiserende og isolerende (psykiske sykdommer), og motstanden til å akseptere symptomene kan da være stor. Det er dette sosiale og opplevelsesmessige aspektet av sykdom som har stor innvirkning på sykdomsatferd; hva slags *sykerolle* en person går inn i. Sykdomsatferd er derfor ikke nødvendig-

vis knyttet til sykdom eller sykdommens kvalitet. Det er *sykdomsatferden*, ikke sykdommen, som er avgjørende for i hvilken grad pasienter søker hjelp, og for hva slags hjelp som søkes. Derfor er pasientens opplevelse av sykdom, og deres sosiale og kulturelle miljø, faktorer som forklarer sammenhengen mellom sykdom og bruk av helsetjenester. Dette påvirker altså pasientenes preferanser for hvilke yrkesgrupper de velger å benytte, og den innbyrdes status de tillegger den enkelte yrkesgruppe.

Kommunikasjon

Endringen fra å være sekundærkontakt til å være primærkontakt, vil sannsynligvis påvirke både *kommunikasjonsmønsteret* (hvem som kommuniserer med hvem, og hvordan manuellterapeutene kommuniserer) og *kommunikasjonsstrukturen* (forholdet mellom de ulike fagpersoner). Forholdet mellom yrkesprofesjoner er preget av ulike samarbeidsformer. Man skiller mellom *roller* (på sykehus: kirurg, nevrolog, ortoped) og *posisjoner* (ass.lege, overlege, osv.). Rollene er stort sett organisert i en horisontalstruktur – de er stort sett sideordnet. Posisjonene er derimot organisert i en vertikalstruktur – de er formelt sett innordnet i et system av overordnet/underordnet. Kommunikasjonsstrukturen vil påvirkes av hvorvidt den skjer mellom roller eller posisjoner. Selvsagt er det store individuelle forskjeller her preget av holdning, arbeidssituasjon og type oppgaver.

De nye forskriftene i prøveordningen gjør manuellterapeutene til en mer autonom yrkesgruppe. Men formelle rettigheter gir ikke automatisk en ny rolleidentitet. Det blir opp til manuellterapeuten å definere sin sosiale rolle og posisjon gjennom sitt kommunikasjonsmønster.

I det målrasjonelle orienterte samfunnet manuellterapeutene i dag betjener, legges det stor vekt på dokumentasjon gjennom forskningsbasert kunnskap. Autonomi er viktig også her, fordi manuellterapeutene da i langt større grad kan være premissleverandører for nødvendig forskning.

i) Dette forhold kommer i tillegg til de rent «spekulative» tilfeller vi kan møte, der noen diagnoser gir en (bedre) økonomisk kompensasjon enn andre (honorartakst, erstatningssaker).

Hva sier lovverket om faglig avgrensing?

Manuellterapeutens fagområde

Hva er manuellterapeutens praksis? Et lite presist svar kan være "det manuellterapeuter gjør". Vil alle tiltak manuellterapeuten gjør med sine pasienter anses som like relevant? Kan det å informere, gi råd, eller "bare snakke med" pasienter regnes som manuell terapi? Det kan her være naturlig å skille mellom hva som er helsehjelp og hva som er mellommenneskelig samhandling.

I Helsepersonelloven¹ er *helsehjelp* definert som "enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell."

Manuellterapeutens faglige kvalifikasjoner vil etter loven være en konsekvens av utdanningen: Grunnutdanning i fysioterapi og videreutdanning i manuell terapi. Siden manuellterapeuten er fysioterapeut som deretter har tatt en spesialistutdanning i manuell terapi, kan det være hensiktsmessig å se både på hva fysioterapeutens virkefelt er, og fordypningsstudiet som defineres som manuell terapi.

Fysioterapeutens virkefelt

På NFFs hjemmeside står det hva NFF anser som fysioterapeuters virkefelt²:

Fysioterapeuters kunnskap om og erfaring med kroppen og dens behov og muligheter for bevegelse, er sentrale elementer i yrkesutøvelsen. Den grunnleggende forståelsen baserer seg på viten om menneskets anatomi, fysiologiske funksjoner og bevegelsesutvikling.

Fysioterapi rettet mot kroppslige og psykiske plager samt tilrettelegging av menneskets livs- og arbeidsbetingelser, kan bevare og fremme god helse. Menneskets funksjon er avhengig av helsetilstand, personlighet og livsbetingelser. En ubalanse i disse faktorene kan utløse sykdom.

Fysioterapi tar utgangspunkt i menneskets ressurser og stimulerer til ansvar og egenmestring. Optimal funksjon og bevegelsesglede er sentrale mål for fysioterapeuters yrkesutøvelse.

Fysioterapi er et tilbud til enkeltpersoner og grupper av befolkningen for å bedre og vedlikeholde funksjon og kompensere for funksjonssvikt. Virksomheten omfatter helsefremmende og forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling samt habilitering og rehabilitering. I all fysioterapi inngår elementer av både forebygging og behandling.

Fysioterapivirksomhet defineres som "det å fremme helse og forebygge sykdom". Dette inne-

bærer bl.a. det å bedre tilværelsen for mennesker med sykdom og funksjonssvikt ved å bedre funksjon og hindre tilbakefall eller at sykdom oppstår. Også forebyggende arbeid med kartlegging av risikofaktorer som kan føre til helsesvikt inngår her.

Fysioterapeuten foretar utredning og funksjonsanalyse, planlegging av tiltak, intervensjon og evaluering. Utredning innebærer undersøkelse av personer med sykdommer, skader og smertetilstander knyttet til nerve-, muskel- og skjelettsystemet. Undersøkelsen inkluderer brukerens egen sykehistorie, funksjonsanalyse og spesielle tester. Med bakgrunn i undersøkelsen og gjennom klinisk resonnement utarbeider fysioterapeuten, i samråd med pasient eller bruker, eventuelt pårørende, mål og tiltaksplan.

Manuellterapeutens virkefelt

Studieplanen for Videreutdanning for fysioterapeuter i manuell terapi (VFMT), Universitetet i Bergen, beskriver manuellterapeuters faglige kvalifikasjoner på følgende måte:

Manuell terapi (MT) er en offentlig videreutdanning for fysioterapeuter i undersøkelse og behandling av lidelser i nerve- muskel- og skjelettsystemet. Videreutdanningen skal dyktiggjøre fysioterapeuten i analyse og vurdering av den nevro-muskulære- og biomekaniske funksjon i bevegelsesapparatet. Gjennom en generell, lokal og spesifikk undersøkelse vurderes kroppens ledd med tilhørende vevsstrukturer med tanke på mobilitet, stabilitet og smerte. MT omfatter spesifikke og generelle behandlingsmetoder for å bedre eller vedlikeholde funksjon, eller forsinke en progredierende funksjonssvikt. Behandlingen kan innbefatte manipulasjonsteknikker på ledd, det vil si hurtig mekaniske håndgrep for å bedre den lokale funksjon.

Manuellterapeutens vurdering gjøres med en grunnleggende forståelse for at feilfunksjoner i muskel- og skjelettsystemet også kan skyldes alvorlig patologi, psykologiske og sosiale forhold.

Det er altså mange fellestrekk mellom fysioterapeutens og manuellterapeutens virkefelt. Forskjellen ligger delvis på det faglige plan, delvis på

det behandlingstekniske plan. VFMT er en utdanning som skal gjøre fysioterapeuten i stand til å bli spesialist i å undersøke og behandle pasienter med lidelser i muskel- og skjelettapparatet på et høyere nivå. Dette betyr at manuellterapeuten primært skal beskjeftige seg med pasienter som har problemer i bevegelsesapparatet. Hvor dette er naturlig for manuellterapeuten med sin spesialkompetanse.

Forsvarlighetsparagrafen

Plikt til samarbeid er nedfelt i § 4 *Forsvarlighet* i den nye helsepersonelloven som trådte i kraft 1.1.2001. Denne har følgende ordlyd:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

Forsvarlighetsparagrafen gir et klart pålegg om å innhente bistand eller å henvise videre når manuellterapeutens kompetanse ikke er tilstrekkelig. En samlet vurdering basert på pasientens sykehistorie og terapeutens kliniske undersøkelse, må avgjøre hvilke pasienter han skal ha behandlingsansvaret for, og hvilke pasienter han har ansvaret for å henvise videre.

I tilfeller der undersøkelsen gir grunn for å mistenke at symptomene i muskel-/skjelettapparatet kan skyldes andre patologiske forhold, skal pasienten henvises videre. Dette kan for eksempel være brudd, myelomer, metastaser, revmatiske lidelser, nevrologiske sykdommer, viscerale smertetilstander/sykdommer, og lignende. Disse sykdomstilstandene kan til å begynne med imitere uskyldige muskel-/skjelettplager (Goodman & Snyder 2000). Manuellterapeuten må ikke overse slike alvorlige tilstander, og bør derfor ha inngående kjennskap til bl.a. "røde flagg"/"gule flagg" samt andre differensialdiagnostiske kriterier for de ulike tilstandene. Manuellterapeuten bør også kunne prioritere hvilke tilstander det haster med å få undersøkt av lege.

Noen ganger er det ikke mulig ut fra manuellterapeutens undersøkelse å trekke en konklusjon

i forhold til å forklare pasientens smerter. Disse pasientene bør også henvises til sin lege for videre undersøkelser. Pasienten bør sannsynligvis også henvises til lege i de tilfeller man er i tvil.

NFFs yrkesetiske retningslinjer

NFFs yrkesetiske retningslinjer forutsetter refleksjon over egne holdninger, verdier og handlemåter i yrkesutøvelsen. Det forventes respekt for grunnleggende menneskerettigheter og humanistiske verdier, inklusiv prinsipper om medbestemmelse, likeverd, informert samtykke og personlig integritet. Manuellterapeuten plikter å holde seg orientert om den lovgivning og de forskrifter, avtaler og helsepolitiske føringer som styrer yrkesutøvelsen.

Andre ledd i NFFs yrkesetiske retningslinjer omhandler faglig forsvarlighet, der det stilles krav til en faglig kvalitetssikring. Det poengteres at manuellterapeuten er ansvarlig for at kommunikasjonen mellom pasient og ham ivaretas på en forsvarlig måte.

Noen grensetilfeller

Manuellterapeuten vil komme til å møte en rekke diagnostiske problemstillinger hvor det kan reises spørsmål om hvorvidt tilstanden faller inn under hans kompetansenivå eller ikke. Det understrekes imidlertid at selv om det skulle gjøre det, er det opp til den enkelte terapeut å avgjøre sin skikkethet til oppgaven.

Eksempler på endel tenkte grensetilfeller:

- Hodepine – rekvisisjonsrett CT-caput?
- Mistenker lungebetennelse – rekvirere røntgen thorax?
- Prostata undersøkelse ved rectal explorering av coccygus.
- Tinnitus, BPBV vertigo og øvre cervicalcolumna.
- Brystmerter ved mistanke om hjerteproblematikk, thoracal manipulasjon?
- Referred pain fra viscera til eksempelvis skulder, differensialdiagnostikk, videre henvisning.
- Viscerale teknikker.

Faglig avgrensning og manuellterapeutens forhold til ulike samarbeidspartnere

Fastlege og spesialist

Leger vil fortsatt henvise/rekvirere pasienter til manuell terapi. Noen av pasientene vil derfor være henvist, mens andre kommer til manuellterapeuten som primærkontakt. Her er det særlig viktig å opptre med konduite, og vite "hvilken hatt" man har på. Man må være bevisst når man har og ikke har totalansvaret for pasienten. Man må også være seg bevisst at manuellterapeuter har begrenset rekvireringstilgang sammenliknet med legene, og vil derfor måtte samarbeide med pasientens fastlege for at pasientens behov ivaretas på en forsvarlig måte. Laboratorieprøver og diagnostiske og kurative injeksjoner er eksempler på slike tjenester. Likeledes henvisning til spesialisttjenester for vurdering av sykdommer som ikke knytter seg til muskel- og skjelettapparatet.

Også ved henvisning til spesialisttjenester som klart ligger innenfor fagfeltet manuell terapi, kan det i noen tilfeller være hensiktsmessig at pasientens fastlege foretar rekvirering. Ved for eksempel mistanke om en revmatisk sykdom, kan man henvise pasienten til dennes fastlege for nærmere utredning istedenfor å sende henvisning direkte til en revmatolog, for som oftest forventes/kreves at relevante blodprøver skal følge med en slik henvisning.

Men henvisning til spesialist kan også skje direkte ved for eksempel spørsmål om diagnostisk injeksjoner/ injeksjoner ved behandling og i forbindelse med diagnostisering/revurdering av tidligere diagnose.

Gravide kvinner som utvikler smerter i rygg-bekken-hofte-regionen, med eller uten utstråling, kan komme til manuellterapeuten direkte. Disse benytter sin fastlege eller gynekolog for svangerskapskontroll. Stort sett vil det være gitt hvem som tar ansvar for hva, men det kan være tvilstilfeller hvor det kan være nyttig å ha innarbeidede prosedyrer på hvem som har det primære ansvarsforhold. En tilsvarende situasjon vil manuellterapeuten kunne ha ved utredning av stressinkontinens. Det kan igjen være rasjonelt å ha klare oppfølging-sprosedyrer dersom opptrening/kontrolltrening av bekkenbunnsmuskulatur ikke fører frem.

Det kan tenkes at man får en pasient henvist fra lege eller spesialist for en *annenhandsvurdering*. Det vil da være naturlig å la det bli med en vurdering med påfølgende rapport til lege med funksjons- og

årsaksvurdering, eventuelt med tiltaksforslag. Det vil da *ikke* være korrekt å igangsette behandling, med mindre rekvirent har gitt åpning for dette i sin henvisning.

Epikrise til allmennlege

I forskriftene for forsøksordningen (§ 4) står det:

Etter medlemmets samtykke oversendes informasjon om utført behandling til medlemmets allmennlege med mindre det er åpenbart unødvendig.

I merknadene til forskriftene utdypes dette:

Det vil normalt være tilstrekkelig at informasjon oversendes etter at pasienten er ferdig behandlet. Det kreves med andre ord ikke at legen holdes løpende orientert under en behandlingsserie med mindre dette under spesielle omstendigheter skulle være nødvendig for at legen på sin side kan gi forsvarlig helsehjelp.

Informasjon kan sendes i form av epikrise, eller i form av kopi/utskrift av journal der dette gir de relevante opplysningene på en tilstrekkelig oversiktlig måte.

I noen tilfeller vil det være unødvendig å sende informasjon til allmennlegen, for eksempel dersom legen er informert på annen måte og har gitt uttrykk for at dette er tilstrekkelig.

Bestemmelsen i forskriften § 4 siste ledd skal bidra til allmennlegenes mulighet til å ha oversikt over sine pasienters sykehistorie og behandling som har vært utført av kiropraktor eller manuellterapeut under forsøksordningen. Allmennlegens oversikt vil ellers bli redusert som følge av at pasientene under forsøket kan gå direkte til kiropraktor eller manuellterapeut og få behandling med trygderefusjon. Det vises også til bestemmelser i § 5 til § 8 om informasjon til pasientens allmennlege. Blant intensjonene med fastlegeordningen som innføres 1. juni 2001, er at fastlegen skal kunne foreta koordinering av tiltak og iverksette oppfølging som synes nødvendig i forhold til pasientens totale helsetilstand.

Manuellterapeutene bør følgelig etablere en rutine for skriftlig tilbakemelding til fastlege ved konsultasjoner med anbefalinger.

Opplysninger skal ikke gis til fastlegen uten pasientens samtykke. Dersom opplysningene er nødvendige for at legen skal kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte, kan de gis med mindre pasienten motsetter seg det, jf. helsepersonelloven § 45.

Samarbeid med lege omkring sykmelding drøftes i et eget avsnitt.

Røde flagg som bør medføre henvisning til lege

Følgende funn bør medføre henvisning til lege:

- Smertedebut ved alder <20 år eller >55 år.
- Uforklarlig vekttap.
- Tidligere kreft.
- Gradvis økende nattlig smerte, ikke bedre av sengeleie og symptomene har vart i mer enn én måned.
- Gradvis, snikende start.
- Ikke bedre av smertedempende behandling i løpet av de siste måneder.
- Uforklarlig thoraxsmerte, eller smerte i thoracolumbal overgangen.

Det henvises forøvrig til *Retningslinjer for undersøkelse ad modum manuell terapi - generell del* (FFMT 2003) for utfyllende informasjon om "røde og gule flagg".

Faglig avgrensning mot sentrale medisinske spesialistfelt:

Det henvises til *Retningslinjer for henvisning til spesialist* (FFMT 2003).

Henvisning til fysioterapeut

I forhold til samarbeidende fysioterapeuter blir det viktig at manuellterapeuten opptrer på en ryddig og tillitvekkende måte. Manuellterapeutens nye hverdag vil gi ham mange nye oppgaver og utfordringer. For å mestre denne situasjonen må manuellterapeuten i større grad konsentrere sin arbeidsinnsats på områder der vi har spesialkompetanse. Mange behandlingsoppgaver kan andre fysioterapeuter utføre like godt eller bedre. Manuellterapeuten bør derfor legge vekt på å kanalisere pasienter til annen fysioterapi. Dette vil gi mer rom for pasienter som trenger manuell terapi undersøkelse og/eller behandling og forebygge ventelister.

Det henvises for øvrig til *Retningslinjer for henvisning til fysioterapi for manuellterapeuter i Henvisningsprosjektet 2001-2003*.

Henvisning til andre som manipulerer

I manuell terapi vil man møte pasienter som

har hørt om lignende behandlingsformer som kiropraktikk, osteopati og naprapati. En rekke fysioterapeuter følger kortere kursopplegg hvor de bl.a. lærer manipulasjonsgrep. Fysioterapeuter og enkelte leger uten aktuell videreutdanning – evt. med korte kurs – samt enkelte homøopater, manipulerer. Hvilken holdning skal manuellterapeutene som gruppe innta dersom en av pasientene ønsker å prøve ett eller flere av disse tilbudene fremfor deres behandlingstilbud?

Denne holdningen bør først og fremst være basert på innsikt i behandlingsteknikken og eksisterende lovverk. Manipulasjon *kan* være en kraftig mekanisk påkjenning på et ledd og dets omliggende bløtvev, når det utføres galt, tilfeldig eller med stor vektarm. Til tross for at forsvarlighetsparagrafen ikke forbyr noen yrkesgruppe å manipulere, bør manuellterapeuter med sin inngående kunnskap om manipulasjonsgrepet benytte samme paragraf til å verne om pasientenes sikkerhet.

Ser vi på legenes etiske regelverk, står det i § 9 (vår utheving i tekst for å fremheve budskap):

*En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirkosomhet tilsier. **Metoder som setter pasienten i unødig fare, må ikke benyttes.** Dersom legen selv ikke behersker en metode, skal han/hun sørge for at pasienten kommer under annen kyndig behandling.*

Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. *En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte.*

Manuell terapi har lang tradisjon i undervisning i manipulasjonsteknikker, og vet på denne bakgrunn hvor mye trening som skal til før grepet kan utføres på en skånsom og effektiv måte. Den enkelte profesjons studie- og undervisningsplan, hvor det fremgår kvantitativt hvor mye manipulasjonstrening studentene har hatt og hvordan undervisningen er gjennomført, bør derfor være utgangspunktet for vår vurdering.

Til slutt minnes det om at det ligger sterke føringar om hvem som bør være forbeholdt å manipulere i stortingsvedtaket som dannet grunnlaget for prøveordningen. Manuellterapeuten bør derfor være svært tilbakeholden med å anbefale manipulasjonsbehandling hos andre enn manuellterapeuter og kiropraktorer.

Kiropraktorer

Manuellterapeuten bør være ydmyk nok til å innse at de har ulike ferdigheter på forskjellige fagfelt. Dersom de ikke når frem med sine behandlingsteknikker, og fremdeles mener at tilnærmingen er riktig, kan det være aktuelt å søke hjelp fra en annen manipulator, manuellterapeut eller kiropraktor. Dette er manuellterapeuten pålagt i forsvarlighetsparagrafen (Helsepersonellovens § 4). Dersom en annen manuellterapeut er forsøkt, og man fortsatt mener at tilnærmingen er riktig, kan man konsultere en kiropraktor (evt. som førstevalg) med begrunnelsen at de utfører teknikker på alternative måter, og dette kan være den faktor som skal til for at behandlingen blir vellykket. Den samme innstilling bør kunne forventes fra kiropraktorene.

Hovedansvaret bør avklares i det enkelte tilfellet, men det er kanskje naturlig at første primærkontakt påtar seg et hovedansvar for pasienten – inklusivt sykemeldingsansvar – og at den sekundære primærkontakt stiler sluttrapport til første primærkontakt.

Benyttelse av begrepet 'kiiropraktor'

For lettere å gi pasienter eller interesserte et inntrykk av hva manuell terapi er, kan det i noen sammenhenger være fristende å trekke inn begrepet kiropraktor. Dette skal man være forsiktige med, fordi man kan bli konfrontert med § 74 i Helsepersonelloven *Bruk av beskyttet tittel* :

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

Ingen må uriktig benytte titler eller annonsere virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Hvorvidt man skal benytte begrepet *kiiropraktikk*, kan vurderes å være mer et yrkesetisk enn et lovmessig forhold. Manuellterapeutenes etiske regelverk advarer mot å benytte begreper som kan virke misvisende, eller er brukt for å gi inntrykk av at man har en kompetanse eller ferdighet man egentlig ikke har. Begrepet *kiiropraktikk* synes imidlertid å bli benyttet synonymt med begrepet *manipulasjonsgrep*. Det ville være uheldig å knytte en behandlingsteknikk (manipulasjonsgrepet) til en yrkesgruppe, ikke minst fordi forskriftene for Henvisningsprosjektet sidestiller de to yrkesgrupper.

Hvorvidt manuellterapeutene vil kunne benytte

begrepet *kiiropraktikk* i en annonse er imidlertid uklart, men må anses etisk sett som uklokt.

Bedriftshelsetjeneste

Samarbeid og faglig avgrensning mot bedriftshelsetjeneste, BHT, følger den samme mal som for leger og spesialister.

Aktuelle samarbeidsområder vil kunne være sykmelding, anbefaling av hjelpemiddel, funksjonsvurdering, m.m.

Samarbeid med BHT om pasienter som ønsker å gå til medisinsk treningsterapi og annen trening, evt. bløtvevsbehandling, kan også være aktuelt.

Henvisning av pasient til ergoterapeut

Ergoterapeuten kan komme inn i bildet når det synes å være et misforhold mellom omgivelser og pasientens forutsetninger eller ressurser.

Ergoterapeuten kan benyttes til funksjonstrening, for tilpasning av ulike tekniske hjelpemidler og for tilrettelegging og endring av miljø og arkitektur på arbeidsplass og hjem. Hans fagområder er kartlegging ved hjemme- og arbeidsplassbesøk; tilrettelegging av bolig, bil, arbeidsplass, skole, barnehage og fritidsaktiviteter; veiledning i arbeidsteknikk og leddvern for revmatikere og trening/opplæring av barn (skole/ barnehage), data og kommunikasjonshjelpemidler.

Arbeidsgiver og pårørende

Kontakt med arbeidsgiver for å utveksle informasjon skal på bakgrunn av taushetsplikten bare gjøres etter avtale med pasient, med mindre § 28. *Opplysninger til arbeidsgiver* i Helsepersonelloven blir gjort gjeldende:

Departementet kan gi forskrift om adgangen til å gi opplysninger om en arbeidstakers helseforhold videre til arbeidsgiveren, i den grad opplysningene gjelder arbeidstakerens skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag.

Samtalen bør være nøktern og ikke omhandle mer personlige opplysninger om pasienten enn nødvendig. De fleste arbeidsgivere er ikke kjent med prøveordningen, og manuellterapeuten bør derfor starte med en kort orientering om vår rolle i forhold til pasienten.

Pårørende

Informasjon til pårørende er spesielt aktuelt ved behandling av mindreårige. Med mindreårige menes barn opp til 16 år. Etter dette må vanlige regler for taushetsplikt følges.

Informasjon til ektefeller er også aktuelt ved

tilstander hvor det er ønskelig at ektefelle skal bidra med hjelp som vil kunne avlaste pasienter med betydelige funksjonsvansker, som f.eks. gravide med symptomgivende bekkenløsning og pasienter med akutte rygg smerter. Også her gjelder prinsippene om at manuellterapeuten skal ivareta pasientenes rett til medbestemmelse, likeverd, informert samtykke og personlig integritet.

Ved behandling av innvandrere hvor pasienten selv ikke har en tilfredsstillende språkforståelse, kan ektefelle, barn eller andre være med som tolk. Det er da viktig å sikre seg at opplysningene er i samsvar med slik pasienten ser det, og ikke slik tolken ser det.

Man skal her være oppmerksom på at det kan være kulturelle årsaker til at ektemann er med.

Enten det er fagtolk eller ektefelle som fungerer som tolk, skal man alltid snakke til pasienten, ikke til tolken.

Hjelpepersonell

Hva kan hjelpepersonell utføre av oppgaver? I følge NFFs yrkesetiske retningslinjer (§ 2.4) er manuellterapeuten ansvarlig for det arbeidet vedkommende skal utføre, og må ikke delegerer oppgaver som går ut over medhjelperens arbeids- og ansvarsområde.

Ordlyden i Helsepersonelloven § 5. *Bruk av medhjelpere* er:

Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.

Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring.

Oppgaver som hjelpepersonell kan utføre, evt. etter opplæring, er eksempelvis:

- Administrative oppgaver som telefonadministrasjon, innkalling

av pasienter, føring av pasientlister, journalføring av innkommende rapporter o.l. (f.eks. røntgenbeskrivelser), og økonomisk administrasjon – inklusivt administrasjon av alt arbeid i forbindelse med rekvisisjoner, skrive reisebekreftelser og enklere attester.

- Faglig avlastning som journalføring av dikterte anamneseopptak og undersøkel-sesdiktat, og skrive av dikterte epikriser og attester.
- Behandlingsmessig avlastning som hjelpepersonell i treningssal, gjennomføring av enkelte former for komplementær behandling som f.eks. noen former for elektroterapi.

Samarbeid med trenings- og helsestudio

Samarbeid mellom manuellterapeut og treningsstudio kan være en forutsetning for at en del pasienter skal unngå tilbakefall. Begge parter, og manuellterapeutens pasienter, er tjent med et samarbeid. Uheldig sammenblanding av rent kommersielle interesser og det faglige opplegg skal ikke forekomme. Informasjon og markedsføring skal preges av nøkternhet¹.

Dokumentasjonsplikt

Fordi journalopplysninger inngår som et vesentlig samarbeidsobjekt – ved f.eks. overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger til samarbeidspartnere – gjengis her hvilke pålegg manuellterapeutene har fra Helsepersonelloven i denne sammenheng. Hele kapittel 8. i Helsepersonelloven omhandler dokumentasjonsplikt:

§ 39. Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient.

§ 40. Krav til journalens innhold m.m.

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle melde-plikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

§ 41. Plikt til å gi pasienter innsyn i journal

Den som yter helsehjelp, skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 5-1.

§ 42. Retting av journal

Helsepersonell som nevnt i § 39 skal etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, rette feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn i en journal. Retting skal skje ved at journalen føres på nytt, eller ved at en datert rettelse tilføyes i journalen. Retting skal ikke skje ved at opplysninger eller utsagn slettes. Dersom krav om retting avslås, skal kravet om retting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen. Avslag på krav om retting kan påklages til fylkeslegen, som etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, avgjør om retting kan foretas.

§ 43. Sletting av journalopplysninger

Etter krav fra den journalopplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette

opplysninger eller utsagn i journalen, dersom dette er ubetenkelig ut fra all-menne hensyn, ikke strider mot bestem-melsene i eller i medhold av arkivloven § 9 eller 18 og: 1) opplysningene er feilaktige eller misvisende og føles belastende for den det gjelder eller 2) opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp. Dersom krav om sletting avslås, skal kravet om sletting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen. Avslag på krav om sletting kan påklages til fylkes-legen. Det skal innhentes uttalelse fra Datatilsynet. Dersom fylkeslegen mener at sletting kan være i strid med arkivloven § 9 eller 18, skal det også innhentes uttalelse fra Riksarkivaren.

§ 44. Journal på feil person

Etter krav fra den opplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette journal, eller opplysninger eller utsagn i en journal, som er ført på feil person, med mindre allmenne hensyn tilsier at sletting ikke bør foretas.

§ 45. Overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som nevnt i § 39 gi journalen eller opplysninger i journalen til andre som yter helsehjelp etter denne lov, når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt tilgang til journalen etter første punktum.

§ 46. Elektronisk pasientjournal

Pasientjournal kan føres elektronisk.

§ 47. Opptegnelser og journal som bevis

I rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse, kan opptegnelser, journal og journalmateriale kreves lagt fram som bevis i original eller bekreftet fotokopi eller utskrift.

Faglig avgrensning og sykmelding

Manuellterapeutens funksjonsvurdering bør legges til grunn for utskriving av sykmelding eller ikke. Sykmeldingen blir således en del av de terapeutiske tiltak for det aktuelle tilfellet. Manuellterapeuten bør være svært tilbakeholdne med å skrive sykmelding for andre årsaker enn muskel- og skjelettplager. Psykososiale forhold er et eksempel på et område som ikke manuellterapeuten har sin spisskompetanse i.. Samtidig er det på sin plass å minne om at psykososiale forhold oftest er årsak til langtidssykmeldinger. Tidlig intervensjon er viktig for å begrense en slik utvikling. Kjennskap til "gule flagg" kan gjøre manuellterapeuten i stand til å

bidra med nødvendige tiltak på et tidlig stadium, og slik bidra til å hindre kronifisering.

Når sykmelding er foreskrevet av lege, bør legen fortsatt ha ansvaret for denne. Manuellterapeuten må ikke endre sykmeldingsperiodens lengde eller etablerte behandlingsopplegg. Manuellterapeuten bør begrense seg til å gi råd til legen om de forhold vedrørende pasienten som de befatter seg med, på linje med dagens praksis. Det kan for eksempel tenkes at det er flere årsaker til sykmelding som terapeuten ikke har kjennskap til.

Attester, legeerklæring o.l.

Pasienter vil ha behov for ulike attester og erklæringer. Hvilke typer attester og erklæringer manuellterapeuten skal påta seg, vil være avhengig av manuellterapeutens rolle i det enkelte tilfellet. Er manuellterapeuten primærkontakt, vil han kunne påta seg mer overordnede attester enn som sekundærkontakt. Er han sekundærkontakt, vil det virke uheldig dersom han skriver en overordnet attest som primærlegen prinsipielt skulle ha skrevet ut. En telefon til fastlege vil kunne avklare tvilstilfeller.

Det stilles krav til form og innhold av attester og erklæringer i helsepersonellovens § 15, *Krav til attester, legeerklæringer o.l.*:

Den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring o.l.

Legene har i sitt etiske regelverk nedfelt følgende føringer (Punkt IV. *Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer*):

En legeerklæring er en uttalelse fra en

lege angående en persons helsetilstand. Legeerklæringer omfatter f.eks. utfylte skjemaer til trygdemyndighetene, attester til forskjellige formål og sakkyndighetserklæringer.

En lege skal ikke avgi en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet. Dersom legen mener at det saklige grunnlag for å utstede erklæringen ikke er til stede, skal erklæring ikke avgis.

En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier.

En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet. Når medisinske dokumenter laget for andre formål brukes som vedlegg, skal det i særlig grad tas hensyn til taushetsplikten.

Erklæringens adressat, formål, legens forhold til angjeldende person og grunnlaget for legens kunnskaper

om personen skal fremgå klart av en legeerklæring. Skriftlige erklæringer skal utformes som et selvstendig dokument og må være datert og underskrevet.

Den person som en legeerklæring gjelder har i alminnelighet rett til informasjon om innholdet i en legeerklæring.

Taushetsplikten

Manuellterapeuten skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det han får vite som manuellterapeut. Taushetsplikten gjelder som hovedregel også overfor annet helsepersonell, også pasientens fastlege. I avsnitt 3.1 i NFFs yrkesetiske anbefalinger heter det at manuellterapeuten plikter å sette seg inn i og overholde taushetsplikten etter gjeldende lover og yrkesetiske retningslinjer, og at opplysninger han mottar i sin virksomhet som manuellterapeut skal behandles med diskresjon, også når de ikke omfattes av rettslig taushetsplikt. Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan altså være mer omfattende enn den lovgitte. Videre heter det at "... vi skal innskjerpe taushetsplikten overfor våre medarbeidere og ansatte". Vær oppmerksom på at taushetsplikt etter § 21 i Helsepersonelloven allikevel ikke er til hinder for at personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, får tilgang til opplysninger når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon. Dette stiller krav til hvordan manuellterapeuten organiserer sine journaler.

Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller være regulert i lovverket.

Samarbeide med jurister, forsikringsselskap o.l.

Det hender manuellterapeuten får oppdrag fra jurister, forsikringsselskap o.l. om en vurdering av en eller flere pasienter. Dette forhold omtales i Helsepersonellovens § 27. *Opplysninger som sakkyndig :*

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette.

Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

I tillegg står det i § 29. *Opplysninger til andre formål*

Departementet kan i forskrift regulere helsepersonells rett til utlevering og bruk av taushetsbelagte opplysninger til andre formål enn helsehjelp, når pasienten har gitt samtykke. Det gjelder formål som forsikring, kredittinstitusjoner o.l.

Samarbeid om rådgivning og informasjon

Både ved informasjon og rådgivning kan det være viktig for pasienten at alle i behandlingsteamet er enige om hva det skal informeres om, når det skal informeres, og hvem som skal gi informasjonen. Dette er spesielt aktuelt når det er usikkerhet om diagnose og/eller prognose, spesielt dersom det kan være en livstruende sykdomsprosess. Det vil i

slike tilfeller kunne være naturlig å ta kontakt med pasientens fastlege for å avklare hvem som skal si hva, og hvilken informasjon som bør gis.

Kollegiale forhold

Markedsføring

I NFFs yrkesetiske anbefalinger heter det at ved offentlig opptreden skal manuellterapeuten gjøre det klart om han opptrer på vegne av seg selv, yrkesgruppen eller annen virksomhet. Avsnitt sju i anbefalingen pålegger manuellterapeuten å utforme sin markedsføring korrekt, saklig, informativt med en nøktern form, og må ikke inneholde noe som er illojalt overfor kolleger. Ordlyden i anbefalingene om at "...markedsføringen må ikke inneholde noe som kan gi pasienter den oppfatning at vedkommende fysioterapeut utfører sin virksomhet bedre enn andre fysioterapeuter", forstås ikke som at han ikke kan profilere den spesialkompetanse han har som manuellterapeut. Tvert imot bør han være bevisst på å fremheve det komplementære tilbud han tilbyr utover ordinær fysioterapi.

Det kan her være nyttig å se på enkelte punkter i legenes etiske regelverk, punkt III. *Avertissement og annen informasjon om legetjenester:*

Avertissement og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om;

- virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon*
- praksistype, spesialitet og tittel*
- diagnostiske og terapeutiske metoder*
- priser.*

Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller

villedende overfor publikum.

Avertissement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.

En godkjent spesialist kan avvertere sitt spesialfag alene eller sammen med «alminnelig praksis». Uten tillatelse av sentralstyret er det ikke tillatt å avvertere spesialitet i en bestemt sykdom.

En lege må ikke drive reklame for medisinske forbruksartikler. Omtale i faglig-medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøymed, er ikke å anse som reklame.

Fagutvikling

NFFs yrkesetiske anbefalinger pålegger fysioterapeuter å vise respekt for kollegers og samarbeidspartneres arbeid (§ 5.3), og at faglige debatter skal preges av gjensidig respekt, åpenhet og saklighet (§ 5.5).

Påpeking av faglig uskikkethet hos samarbeidspartnere

I § 2.6 i NFFs yrkesetiske anbefalinger heter det:

Dersom en fysioterapeut får kjennskap til faglig uskikkethet hos en kollega eller

samarbeidspartner, tas saken opp direkte med den det gjelder. Fører ikke dette fram, skal saken meldes til vedkommendes overordnede. Fører ikke dette fram, skal

saken meldes til NFFs Etiske utvalg eller til Fylkeslegen.

Opplysnings- og meldeplikt

Helsepersonelloven pålegger manuellterapeuten opplysningsplikt i særskilte tilfeller til nødetater (§ 31), sosialtjenesten (§ 32) og til barneverntjenesten (§ 33):

Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. lov om sosiale tjenester § 6-2a. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om sosiale tjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som

kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.

Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

Ved personskaade er manuellterapeuten pålagt meldeplikt; kfr. § 38. *Melding om betydelig personskaade :*

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal snarest mulig gi skriftlig melding til fylkeslegen om betydelig personskaade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsehjelp eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskaade.

Referanser

- 1) Måseide P. Medisinsk Sosiologi. Tano, 1990.
- 2) Lov 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
- 3) «Hva er fysioterapi?» <http://www.fys.no>
- 4) Den Norske Lægeforening, Henvisninger og henvisningsrutiner 2. opplag 2001.
- 5) Den norske Legeforenings "Retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri"

For notater

