

# Retningslinjer for henvisning til fysioterapi



Faggruppen for manuellterapi  
*juni 2004*

## Innhold

1	Innledning.....	3
2	Lov- og forskriftsmessige forhold.....	3
2.1	Forskriften til Henvisningsprosjektet .....	3
2.2	Merknadene til § 7 i forskriften.....	4
2.3	Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi .....	4
3	Trygdefaglige retningslinjer .....	5
3.1	Veiledning til leger om legeerklæring ved arbeidsuførhet” (s. 7).....	5
3.2	Foreskriving av fysikalsk behandling (blankett 2.50).....	5
4	Manuellterapeutens vurderinger ved henvisning (RTV-blankett 2.50) .....	6
4.1	Diagnose.....	6
4.2	Funn.....	6
4.3	Behandling .....	6
4.4	Skriftlig tilbakemelding.....	7
4.5	Sluttrapport.....	7

## **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 manuellterapeuter og at arbeidet kan få betydning for andre fysioterapeuter i primærkontaktrollen. Retningslinjene skal kunne videreformidles til andre brukere gjennom kurs/kongresser, fagtidsskrift og websider.

Norsk Fysioterapeutforbund har tidligere utarbeidet en del standarder innenfor ulike områder av fysioterapien. Standardene er for tiden til revidering og er derfor ikke i særlig grad 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 utviklete 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 veilederne 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”.

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

# 1 Innledning

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

## 2 Lov- og forskriftsmessige forhold

Hvis fysikalsk behandling skal iverksettes er kravet at behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne. Stønad ytes bare ved sykdom, skade eller lyte som trygden ellers er stønadspliktig for<sup>1</sup>.

### 2.1 Forskriften til Henvisningsprosjektet <sup>2</sup>

Paragraf 7 omhandler henvisning til fysikalsk behandling, herunder 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.

---

<sup>1</sup> § 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,

<sup>2</sup> 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.

## 2.2 Merknadene til § 7 i forskriften

- 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.

## 2.3 Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi

- §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.<sup>3</sup>
- §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.

---

<sup>3</sup> Det vises til § 1 og § 2 i forskriften for fullstendige tekst

### **3 Trygdefaglige retningslinjer**

#### **3.1 Veiledning til leger om legeerklæring ved arbeidsuførhet” (s. 7)**

- Manuellterapeuten skal fra starten av et sykdomstilfelle utreder og igangsetter aktuell behandling.
- Folketryktdloven 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 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.

#### **3.2 Foreskriving av fysikalsk behandling (blankett 2.50)**

- 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 trygdeetatens del for best mulig å sikre grunnlag til vurdering av retten til ytelse.

## 4 Manuellterapeutens vurderinger ved henvisning (RTV-blankett 2.50)

### 4.1 Diagnose

Henvisningen må inneholde ICPC<sup>4</sup> kode. Kodesystemet ICPC er delt inn i tre grupper; symptomer og plager, sykdomsdiagnoser og prosess. Primært skal det velges sykdomsdiagnose<sup>5</sup>. På organnivå er dette systemet er relativt upresist for mange lidelser i muskel-/skjelettsystemet og det inneholder ingen opplysninger om funksjonsnivå. Manuellterapeuten må derfor formidle slike opplysninger under rubrikk 3.2, eller i form av bilag til henvisningen.

### 4.2 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, klinisk undersøkelse og supplerende undersøkelser. Dersom resultater fra slik undersøkelse ikke fremkommer på det tidspunkt henvisningen blir skrevet, bør det stå hvilke supplerende undersøkelser som er planlagt og eventuelt at resultatet av disse vil bli ettersendt. Videre må det gis informasjon basert på tidligere undersøkelser og behandling.

Omfanget av informasjonen avhenger av hvilken form (se 3.3) manuellterapeuten velger når han henviser og av pasientens samtykke.

Det pekes på muligheten for å legge ved egen epikrise, noe som sannsynligvis vil være til nytte både for pasient og samarbeidende instanser.

### 4.3 Behandling

Som standard kan enten fysioterapi henvises generelt eller det foreskrives et konkret behandlingsopplegg<sup>6</sup>. 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

---

<sup>4</sup> International Classification of Primary Care (ICPC)

<sup>5</sup> Manuellterapeuten skal primært kode sykdomsdiagnose (nummer 70-99) dersom det ut fra kliniske vurderinger er mulig å stille sykdomsdiagnose. Dersom dette ikke er mulig skal manuellterapeuten sekundært angi kode for pasientens symptomer eller plager (nummer 1-29). Rent unntaksvis kan manuellterapeuten bruke koder fra prosessdelen (nummer 30-69).

<sup>6</sup> 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 henviser til ”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.

derfor som en hovedregel at behandlingstid og antall behandlinger (inntil 24 ggr.) overlates til den som utfører behandlingen.

Dersom det er henvist fysioterapi uten nærmere spesifisering, skal fysioterapeuten utarbeide et behandlingsopplegg som straks sendes tilbake til manuellterapeuten 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 relevant informasjon under feltet ”viktige funn”. Velger man denne formen for henvisning, er det nyttig å trekke frem tiltak som ikke bør prioriteres. Informasjon om dette kan være begrunnet i at noe har vært prøvd før uten resultat, eller at generell innsikt tilsier ikke å benytte visse former for behandling.

Hvis manuellterapeuten etter en helhetsvurdering ønsker at pasienten skal gjennomføre et spesielt regime skal dette angis nøyaktig. Det er da mindre aktuelt med tilbakemelding ved oppstart.

Det vil være nyttig å ha regelmessig kontakt med kollegaer manuellterapeuten samhandler med i Henvisningsprosjektet og det bør opprettes fora for slik kontakt der dette lar seg gjennomføre. Når det gjelder pasienten er effekt, bieffekt og pasientens oppfølging av behandlingen sentrale tema. Videre er det viktig å kartlegge kompetanse, kvalitet og praktiske forhold som lokaliteter og ventetid hos fysioterapeutene.

#### **4.4 Skriftlig tilbakemelding**

Skriftlig tilbakemelding etter et visst antall behandlinger vil være nyttig og i noen tilfeller nødvendig. Telefonisk tilbakemelding kan i noen tilfeller erstatte den skriftlige kommunikasjonen. Dette kan være aktuelt når pasienten ikke får forventet bedring, får bivirkninger eller ikke følger opp behandlingen. For å fremme gode samarbeidsrutiner mellom kollegaer og profesjonalisere samhandling til beste for pasientene bør møtevirksomhet vurderes.

#### **4.5 Sluttrapport**

I henvisningen til fysioterapi bør manuellterapeuten be om sluttrapport. Rapporten vil ha betydning for videre behandlingsopplegg i forhold som sykmelding eller videre henvisning. 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, skal manuellterapeuten 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.