

# Rapport fra arbeidsgruppe - versjon 2.0

Tema	Psykomotorisk fysioterapi i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste
Dato	15.05.2023
Til	Administrativt samarbeidsutvalg
Fra	Arbeidsgruppe: <ul style="list-style-type: none"><li>● Gard Myhre, avdelingsleder, Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim kommune. Gruppens leder.</li><li>● Bente Lise Austad, avtalefysioterapeut i Melhus kommune (og spesialfysioterapeut ved Smertesenteret, St Olavs Hospital)</li><li>● Marthe Sandsør, avtalefysioterapeut i Trondheim kommune</li><li>● Marte Thoresen Aspenes, spesialfysioterapeut ved Nidaros DPS, St. Olavs hospital</li><li>● Ingunn Brønstad, spesialfysioterapeut ved Nidelv DPS, St. Olavs hospital</li> <li>● Lene Stene Salberg, samhandlingsleder for kommunene i Helsefelleskapet har bistått gruppen med sekretærfunksjon</li></ul>

## 1. Arbeidsgruppens oppdrag

Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) fattet følgende vedtak i møte 9.6.2022:

*1. ASU nedsetter en arbeidsgruppe med representanter fra relevante avdelinger ved St. Olavs hospital, fra Trondheim kommune, fra avtalefysioterapeutene i Trondheim og evt. fra andre kommuner. I tillegg 1-2 relevante brukerrepresentanter. Fastleger bør også være representert, alternativt med Fagråd for legesamarbeid som høringsinstans i arbeidet. AU godkjenner representanter til arbeidsgruppen etter forslag fra partnerne.*

*2. Avdelingsleder ved Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim kommune, Gard Myhre oppnevnes som leder av arbeidsgruppen. Trondheim kommune ivaretar sekretærfunksjon for gruppen.*

## 3. Arbeidsgruppens gis følgende oppgaver:

- *Drøfte og foreslå oppgave- og ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste når det gjelder behandlingsformen psykomotorisk fysioterapi*
- *Utarbeide forslag til samhandlingsrutiner når det gjelder;*
  - *gjensidige rutiner for henvisning*
  - *rutiner for samhandling rundt felles pasienter inklusive hvordan man ivaretar pasienter med særskilt behov for koordinering, ansvarsgruppe, IP mv.*
- *Forslag til samhandlingsrutiner fremlegges for relevante fagråd for innspill/høring før de oversendes ASU til beslutning.*

- *Arbeidet iverksettes innen utgangen av august og søkes ferdigstilt ila. 2022.*

## **2. Bakgrunn**

Psykomotorisk fysioterapi er en spesialisering innen fysioterapifaget, som retter seg mot bevisstgjøring og endring av spenningstilstander i kroppen. Behandlingsformen etterspørres i økende grad både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten jobber det fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse både innen psykisk helsevern, men også ved andre avdelinger som for eksempel smertesenter og kreftavdeling. Behandlingsformen benyttes gjerne ved sammensatte, komplekse tilstander hvor langvarige belastninger og traumer av psykisk art, også har gitt tydelige fysiske symptomer i form av smerteproblematikk, muskelspenning, hemmet pust m.v. Fysioterapeutene jobber i tverrfaglige team og kan ha en bred tilnærming til pasientenes sammensatte problemstillinger. Psykomotorisk fysioterapi, som del av behandlingstilbudet, etterspørres i dag fra flere avdelinger/fagmiljø enn de som selv har tilsatt fysioterapeuter med spesialiteten. Delvis skjer en sykehusintern henvisning til psykomotorisk fysioterapi, delvis etterspørres kompetansen fra primærhelsetjenesten.

I primærhelsetjenesten benyttes behandlingsformen ved et vidt spekter av tilstander hvor kroppslige symptomer antas å ha en klar sammenheng med ulike psykologiske tilstander. Behandlingsformen benyttes både til barn og voksne.

Alle kommuner har et fysioterapitilbud for å oppfylle kommunenes "sørge-for-ansvar" hva gjelder fysioterapi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette enten i form av faste ansatte eller gjennom avtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Det er ingen krav om spesialitet til kommunale fysioterapeuter og det er relativt få kommuner som har fysioterapeuter med spesialisering/videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi.

På grunn av økende etterspørsel er ventetiden på behandling hos psykomotorisk fysioterapeut ofte lang. Hos mange i den kommunale helsetjenesten opp til 1 år. I spesialisthelsetjenesten er det ofte behov for rask oppstart med samtidig behandling hos samtalerapeut og fysioterapeut. Tilgangen på psykomotoriske fysioterapeuter i tjenestene er begrenset og ofte en begrensende faktor for å komme i gang med helhetlig tilnærming til komplekse tilstander. Mange pasienter henvises derfor til å ta kontakt med den kommunale fysioterapitjenesten.

Begrenset tilgang, krevende prioriteringer og faglig kompleksitet har gjennom år skapt frustrasjon både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kapasitet i tjenestene, ansvarsfordeling og samhandling har regelmessig vært tatt opp som tema, uten at man har funnet gode løsninger.

Saken ble fremmet for ASU i møte 9.6.2022 på bakgrunn av at tema flere ganger har vært til diskusjon i Trondheim kommune og St. Olavs hospital, Psykisk helsevern. Det ble besluttet å

nedsette en arbeidsgruppe med mandat som beskrevet innledningsvis. Denne rapporten beskriver arbeidsgruppens arbeid, vurderinger og begrunnede forslag til tiltak.

### 3. Oversikt over PMF-kompetanse i Helsefellesskapet

Trondheim kommune har inngått driftsavtaler med 95 selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter som driver sin fysioterapipraksis på ulike fysikalske institutt. Av disse har 15 fysioterapeuter videreutdanning og kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi. I Trondheim kommune har praksis siden 2000-tallet vært at psykomotorisk kompetanse har blitt erstattet ved ledighet i hjemler der kompetansen allerede har eksistert. 2 hjemler ble utlyst som sådan i forbindelse med øremerkede midler til en satsing innen psykisk helse/psykiatri i 2008. Flere av fysioterapeutene med denne kompetansen har tatt videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi med utgangspunkt i at de har praktisert med en allmenn fysioterapihjemmel.

Andre kommuner i Helsefellesskapet:

17 av 22 kommuner har svart på henvendelsen om de har psykomotorisk kompetanse blant sine fysioterapeuter, enten med kommunal avtalehjemmel eller fast ansatte.

5 kommuner har psykomotoriske fysioterapeuter med kommunal avtalehjemmel (Røros 40 %, Selbu 50 %, Melhus 50 %, Stjørdal 100 % og Trondheim 14 x 100 % + 1 x 80%).

Hitra kommune har ansatt fysioterapeut med psykomotorisk kompetanse, mens i Ørland kommune er en ansatt fysioterapeut under utdanning som psykomotorisk fysioterapeut.

St. Olavs: (en oversikt med visse forbehold)

Nidaros DPS har 2 x 100 % stilling, samt én 100 % stilling for fysioterapeut med videreutdanning innen psykisk helsevern.

Nidelv DPS avd. Tiller har 4 x 100 %, hvorav 80 % pr. tid er i forskningspermisjon. Ved avdeling for spiseforstyrrelser er det tilsatt fysioterapeut i 100 % stilling med videreutdanning innen psykisk helse, Nidelv DPS avd. Orkdal har ingen fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse, men 1 x 100 % fysioterapeut med fordelingsnøkkel 90 % døgnet / 10 % poliklinikk Østmarka har 1 x 100 % stilling.

Smertesenteret har 2 x 100 % og 1 x 50 % stillinger med psykomotoriske fysioterapeuter

Kommuner utenfor Helsefellesskapet:

I forbindelse med dette arbeidet er det kartlagt andelen fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse i enkelte andre større kommuner for å gi et sammenligningsgrunnlag med Trondheim kommune. Lillestrøm kommune har eksempelvis 5 av 46 årsverk avtalefysioterapeuter med denne kompetansen. I Drammen kommune er tilsvarende tall 7 av 62 årsverk. Lørenskog kommune oppgir at 2 av 22 hjemler innehas av fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse.

Psykomotorisk fysioterapikompetanse i Helse Nord-Trøndelag:

RKSF: 2 stillinger (100 % og 40 %)

Psykose: 60 % stilling

Rus: 100 % stilling

Poliklinikk Levanger: 100 % stilling

Namsos: 100 % stilling (sengepost/poliklinikk)

Stjørdal: 2 x 100 % stilling (ikke full aktivitet i disse stillingene grunnet bl.a. studiepermisjon og ikke-kliniske arbeidsoppgaver)

#### **4. Arbeidsgruppe**

Gard Myhre, avdelingsleder, Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim kommune. Gruppens leder.

Bente Lise Austad, avtalefysioterapeut i Melhus kommune (og spesialfysioterapeut ved Smertesenteret, St Olavs Hospital)

Marthe Sandsør, avtalefysioterapeut i Trondheim kommune

Marte Thoresen Aspenes, spesialfysioterapeut ved Nidaros DPS, St. Olavs hospital

Ingunn Brønstad, spesialfysioterapeut ved Nidelv DPS, St. Olavs hospital

Lene Stene Salberg, samhandlingsleder for kommunene i Helsefelleskapet har bistått gruppen med sekretærfunksjon

##### **Brukermedvirkning**

Det ble ikke utnevnt egen brukerrepresentant til arbeidsgruppen. Behandlingsformen psykomotorisk fysioterapi retter seg mot et vidt spekter av pasienter. Arbeidsgruppen valgte derfor å innhente innspill fra to av brukergruppene i St. Olavs hospital som representerer flere av de relevante målgruppene.

Brukergruppa i psykisk helsevern gir sin tilslutning til rapporten. Brukergruppa i klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering bemerker at brukerrepresentant burde vært med i hele prosjektperioden. I tillegg stiller brukergruppa spørsmål ved om økt bruk av henvisning vil kunne medføre mer byråkrati.

#### **5. Arbeidsgruppens arbeid - kort om møtene og hvordan vi har jobbet**

Arbeidsmåte:

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i aktuelle forløp for pasienter som vurderes å ha behov for PMF (se tabell under). Det er brukt tid på å diskutere forløpene med utgangspunkt i egen praksis og erfaringer. Fokus har vært på å identifisere ulike utfordringer i forløpene for å kunne komme frem til forslag til ansvarsfordeling, samt rutiner for samhandling. Forløpene ble definert med utgangspunkt i hva representantene for avtalefysioterapeuter i kommunene opplever i sin praksishverdag. Representantene fra St. Olavs hospital var enige om at dette er representativt for hovedforløpene.

Arbeidsgruppen har hatt tre fysiske og ett digitalt møte. Gard Myhre (gruppeleder) og Lene Stene Salberg (samhandlingsleder/sekretærfunksjon) har samordnet innspillene fra gruppearbeidet i et utkast til rapport fra arbeidsgruppa. Arbeidsgruppens øvrige medlemmer har gitt innspill til utkast til sluttprodukt, både før og etter at denne er sendt på høring.

Innspill:

I forbindelse med arbeidet har det blitt innhentet innspill fra følgende instanser:

- Fysioterapitjenestene i kommunene (ledelse) med psykomotorisk kompetanse.
- Psykomotoriske fysioterapeuter i de samme kommunene
- St. Olav: PH, BUP, smertesenteret, fys.med, kreftklinikk

Høringsinstanser - fase 2:

Brukergruppene i psykisk helse og fysikalsk medisin og rehabilitering ved St. Olavs hospital

Fagråd for pasientsamarbeid

Fagråd for legesamarbeid

Fagråd for helsefremming

## 6. Arbeidsgruppens anbefalinger

### a. Oppgave- og ansvarsfordeling

Forløp	Beskrivelse	Ansvar
<p><b>Forløp 1:</b> <i>Pasient med "akutt" behov (ex.traume/PTSD) som trenger samtidig psykoterapi og psykomotorisk fysioterapi (PMF). Har ikke oppfølging av psykomotorisk fysioterapeut i kommune.</i></p> <p><i>Gjelder både barn/unge og voksne</i></p> <p><i>Eksempelcase: Pasient henvist til DPS med akutt symptomtrykk og kraftig funksjonsfall. Utredning viser PTSD med symptomer som akutt har blusset opp. Pasienten har ikke tidligere hatt noen behandlingskontakter. Det vurderes behov for psykoterapi ved psykolog, kombinert med kroppslig tilnærming ved psykomotorisk fysioterapi (PMF). Det vurderes at det ikke blir tilfredsstillende behandlingseffekt med kun samtalebehandling.</i></p>	<p>Dette er pasienter med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men rettigheten omfatter ikke en <u>spesifikk</u> behandling. I dette pasientforløpet vurderes PMF som en nødvendig del av spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud. Dette er pasienter som ikke er i et behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune (se forløp 3).</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Spesialisthelsetjenesten</li></ul>

#### Arbeidsgruppens faglige begrunnelse:

Pasienter i dette forløpet, som henvises til og vurderes å ha rett på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, er pasienter med alvorlige komplekse tilstander og oftest med et betydelig symptomtrykk. Tilstandene har som oftest en lang forhistorie og symptombylde er oftest sammensatt. Oppstart med terapi/behandling hos disse pasientene kan gi en viss risiko for forsterket symptomtrykk i form av eksempelvis økt angst- og depresjonssymptomer og også økt selvmordsrisiko. Dette er symptomer som kan kreve rask vurdering og intervensjon av behandlingsteamet. Nødvendig kompetanse, nærhet til øvrige

del av behandlingsteamet og mulighet for rask tverrfaglig vurdering av situasjonen er viktig for å ivareta pasientsikkerheten. Dette vil ikke/vanskelig kunne ivaretas på en forsvarlig måte dersom pasienten mottar den fysioterapifaglige delen av behandlingen i primærhelsetjenesten, mens resten av behandlingen gis i spesialisthelsetjenesten. Et samlet tverrfaglig behandlingsteam anses som viktig med hensyn til pasientens opplevelse av at helsehjelpen i en slik "akutt" fase er forutsigbar, trygg og preget av sammenheng og flyt. Mulighet for nødvendig løpende og effektiv dialog i behandlingsteamet sikrer kvaliteten på helsehjelpen.

Forløp	Beskrivelse	Ansvar
<p><b>Forløp 2:</b> <i>Pasienten går inn i behandlingsløp i spesialisthelsetjenesten (PH), enten for første gang eller ved en forverring av tidligere behandlet tilstand. Pasient er på tidspunktet under behandling hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune.</i></p> <p><i>Gjelder både barn/unge og voksne.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved innleggelse, bør som hovedregel, behandling hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune settes på pause.</li> <li>• Ved poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten kan det vurderes at behandling hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune opprettholdes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialisthelsetjenesten (primært)</li> <li>• Det kan gjøres en individuell vurdering av hvem som gir videre PMF-behandling. Dette skal skje gjennom dialog mellom psykomotorisk fysioterapeut i kommune og behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten</li> </ul>

**Arbeidsgruppens faglige begrunnelse:**

Hovedbegrunnelsen er som for forløp 1 over.

Sykehusinnleggelsen er oftest kortvarig og planlagt psykomotorisk behandling hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune kan utsettes. Behandlingsformen er normalt ikke en behandlingsform med behov for høy frekvens på behandlingene.

Samtidig kan det i enkelte særskilte tilfeller være forsvarlig at pasienten mottar samtidig behandling i spesialisthelsetjenesten og hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune. Dette gjelder der pasienten vurderes tilfredsstillende stabil i sin psykiske tilstand og hen allerede har en stabil og trygg relasjon til behandler i kommune. Dersom PMF videreføres i kommune, forutsetter dette samhandling med behandler i poliklinikk. Det gjøres da i fellesskap en vurdering av hvorvidt det anses forsvarlig å la pasienten fortsette behandling i kommune.

Forløp	Beskrivelse	Ansvar
<p><b>Forløp 3:</b> <i>Pasient i forløp 1 eller 2 som er ferdigbehandlet (evt. har sporadisk oppfølging) i spesialisthelsetjenesten</i></p> <p><i>Gjelder både barn/unge og voksne.</i></p>	<p>Ved avslutning av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten der det vurderes som hensiktsmessig med videre oppfølging/behandling med PMF. Henvisning går da til psykomotorisk fysioterapeut i kommune. Henviser må ta med i vurdering ventetid og tilgang på offentlig finansiert PMF i aktuelle kommune. Henvisningen må beskrive plan for videre oppfølging i</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunal fysioterapitjeneste</li> </ul>

	spesialisthelsetjenesten, evt. videre oppfølging av fastlege og målsetting for videre oppfølging hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune.	
--	---	--

**Arbeidsgruppens faglige begrunnelse:**

Pasienten er helt eller i stor grad ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men vurderes å ha nytte av en periode med videre oppfølging med PMF i kommune. Pasienten er her stabilisert og har mindre symptomtrykk. Nødvendig informasjonsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til psykomotorisk fysioterapeut i kommune sikres gjennom henvisning og overføringsmøte. Overføring til kommune forutsetter at psykomotorisk fysioterapeut i kommune har avtalt kontaktperson i spesialisthelsetjenesten for drøfting av eventuelle problemstillinger som fremkommer under behandlingen.

Forløp	Beskrivelse	Ansvar
<p><b>Forløp 4:</b> <i>Utredning av pasient i spesialisthelsetjenesten (eks. Smertesenter, FysMed poliklinikk, Barne- og ungdomsklinikken, BUP e.l.). Det vurderes hensiktsmessig med behandling og videre oppfølging hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune, uten at dette faller inn under forløp 1 eller 2.</i></p> <p><i>Gjelder både barn/unge og voksne.</i></p>	<p>Hovedregel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Må gjelde oppfølgingsbehov som ikke haster. Pasienten kan ikke ha et symptomtrykk som tilsier henvisning jf. forløp 1 eller 2.</li> <li>• Pasienten må være robust nok til å tåle kommunens ventetid, jf. prioriteringskriterier</li> <li>• Henvisning går da til psykomotorisk fysioterapeut i kommune. Henviser må ta med i vurdering ventetid og tilgang på offentlig finansiert PMF i aktuelle kommune.</li> <li>• Henvisningen må beskrive plan for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, evt. videre oppfølging av fastlege og målsetting for videre oppfølging hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunal fysioterapitjeneste</li> </ul>

**Arbeidsgruppens faglige begrunnelse:**

Dette er pasienter med begrenset symptomtrykk som er vurdert som stabile uten behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Det vurderes som forsvarlig at pasient følges opp av psykomotorisk fysioterapeut i kommune.

## **b. Rutine for samhandling om pasienter med behov for psykomotorisk fysioterapi**

### **Bakgrunnsinformasjon**

Rutinene utarbeidet etter oppdrag fra ASU og i samsvar med samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommunene.

Pasienter med behov for psykomotorisk fysioterapi (PMF) har gjerne sammensatte helseproblemer og vil kunne ha behov for helsehjelp fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, også når det gjelder fysioterapitjenester. Erfaring tilsier at samhandling og koordinering mellom tjenestene kan være mangelfull. Det er økende etterspørsel etter PMF og tilgangen på fysioterapeuter med denne spesialistkompetansen er varierende.

### **Formål:c**

Sikre kvalitet, sammenheng og flyt i forløp som involverer PMF for pasienter med sammensatte helseplager. Pasienter skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i overganger mellom ulike behandlingsnivå.

### **Omfang:**

St. Olavs hospital

Kommunal fysioterapitjeneste, både ansatte- og avtalefysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse

Fastleger

### **Arbeidsbeskrivelse:**

#### 1) Henvisning til psykomotorisk fysioterapeut i kommune

Gjelder henvisning av pasienter som er/har vært i behandling i spesialisthelsetjenesten og som henvises til videre oppfølging hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune.

Henvisning er ikke lenger nødvendig for at pasienter skal få refusjon for utgifter til fysioterapi, men henvisningen er fortsatt en meget viktig kilde til informasjonsdeling mellom helsepersonell og kvalitetssikring av pasientforløp.

Dersom psykomotorisk fysioterapeut i kommune er kjent, sendes henvisning elektronisk (ikke mulig til alle) eller per post. Dersom pasienten ikke har avtale med kjent psykomotorisk fysioterapeut, får pasienten med seg henvisning og tar selv kontakt med psykomotorisk fysioterapeut (setter seg på venteliste).

Pasienter som henvises skal være kjent med innholdet i henvisningen, og delaktig i formuleringen der det er mulig. Henviser skal ikke gi løfter eller tilsagn om tjenester på vegne av kommunal fysioterapitjeneste.



Henvisningen bør inneholde:

- Pasientens kontaktinformasjon
- Relevant bakgrunnsinformasjon om familie/sosialt/arbeid
- Relevant sykehistorie, inkludert somatisk og psykisk helse
- Tidligere og nåværende behandlings- og oppfølgingstiltak
- Legemiddelbruk
- Samarbeidspartnere og andre hjelpeinstanser som pasienten er i kontakt med
- Har pasienten individuell plan (IP), koordinator og/eller ansvarsgruppe?
- **Henvisers forventninger til nytte av psykomotorisk fysioterapi**
- **Pasientens forventninger til psykomotorisk fysioterapi**
- Spesielle hensyn, for eksempel behov for tolk, kulturelle hensyn, behov knyttet til forflytning mm.

## 2) Tverrfaglig behandlingsteam og/eller ansvarsgruppe

Ved samtidig behandling i spesialisthelsetjenesten og hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune, for den samme tilstanden, skal som hovedregel fysioterapeuten inkluderes i behandlingsteamet. Ansvar for initiering av dette ligger hos spesialisthelsetjenesten.

Det samme gjelder dersom pasienten har ansvarsgruppe.

## 3) Vurdering av samtidig behandling i spesialisthelsetjenesten og hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune.

Gjelder når pasient går inn i behandlingsløp i spesialisthelsetjenesten, enten for første gang eller ved en forverring av tidligere behandlet tilstand, og pasienten på tidspunktet er under behandling hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune.

Spesialisthelsetjenesten har, som hovedregel, ansvaret for å ta kontakt med psykomotorisk fysioterapeut i kommune for å avklare videre oppfølging.

Alt. 1) Videre PMF i kommune skal settes på pause mens pasienten er i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Alt. 2) Det blir enighet om at pasienten skal fortsette hos kjent psykomotorisk fysioterapeut i kommune. Det avklares da hvem som er kontaktperson i spesialisthelsetjenesten ved behov for konferering. Dette er spesielt viktig ved forverring av tilstand.

#### 4) Epikrise/tilbakemelding

Når behandling er avsluttet i spesialisthelsetjenesten og pasienten skal ha videre oppfølging av psykomotorisk fysioterapeut i kommune, skal epikrise oversendes fysioterapeuten.

Ved avsluttet behandling hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune, skal epikrise sendes til henviser og fastlege.

Ved langvarige behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune, bør det i samråd med pasienten, vurderes å sende statusoppdatering til annen behandlingsinstans/fastlege.

#### 5) Samhandling mellom psykomotorisk fysioterapeut i kommune og fastlege

Psykomotorisk fysioterapeut i kommune som avdekker mulig behov for annen helsehjelp, skal i samråd med pasienten, informere fastlege.

Ved langvarige behandlingsforløp, bør det være et minimum av dialog/informasjonsutveksling mellom psykomotorisk fysioterapeut i kommune og fastlege, jf. punkt 4.

#### **Referanser/vedlegg**

[Prioriteringsnøkkel kommunale avtalefysioterapeuter i Trondheim kommune](#)

#### **c. Andre forhold som er avdekket under arbeidet og som kan vurderes med tanke på videre oppfølging av Helsefellesskapet eller den enkelte partner**

Kommunene	Spesialisthelsetjenesten	Helsefellesskapet
<ul style="list-style-type: none"><li>- Fysioterapeutene med kommunal driftsavtale uttrykker et behov for tydeligere retningslinjer internt i kommuner for samhandling/koordinering og oppfølging av pasienter med sammensatt problematikk.</li><li>- For pasienter yngre enn 18 år kan det ofte være behov for å koordinere med skolehelsetjeneste og ansatte fysioterapeuter.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tilgangen på fysioterapi/psykomotorisk fysioterapi innenfor enkelte deler av spesialisthelsetjenesten er manglende eller begrenset. Under arbeidet med rapporten er det blant annet blitt pekt på at barne- og ungdomspsykiatrien ikke har kompetansen selv, men etterspør denne hos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Arbeidet i arbeidsgruppa har tydeliggjort behovet for å bedre samhandlingen mellom sykehus, kommune og fastlege, spesielt for pasienter med sammensatte helseplager.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er flere kommuner som mangler psykomotorisk kompetanse, noe som medfører at pasienter kontakter fysioterapitjenesten i en annen kommune enn sin hjemkommune. Det er derfor behov for å avklare "oppholdsprinsippet" for psykomotorisk fysioterapi (rett på behandling i annen kommune).</li> <li>- Vurdering av når saker skal meldes til barnevern er identifisert som et mulig kompetansebehov.</li> <li>- Henvisning fra NAV til psykomotorisk fysioterapi i forbindelse med vurdering av utførhet mangler tydelige retningslinjer og bærer preg av for liten grad av samhandling/koordinering.</li> <li>- Behov for å kvalitetssikre tjenester til pasienter med minoritetsbakgrunn</li> </ul>	<p>fysioterapeuter i primærhelsetjenesten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behov for å kvalitetssikre tjenester til pasienter med minoritetsbakgrunn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- utfordringer rundt samhandling mellom tjenester til barn/unge har blitt beskrevet som spesielt krevende.</li> <li>- Behov for å kvalitetssikre tjenester til pasienter med minoritetsbakgrunn</li> </ul>
---	--	---

## 7. Forslag til implementering

Arbeidsgruppen anbefaler ASU å stadfeste ansvarsfordelingen for psykomotorisk fysioterapi og anbefale at rutinene for samhandling som fremkommer av denne rapporten følges.

Arbeidsgruppen anbefaler at det informeres om ansvarsfordelingen og de anbefalte samhandlingsrutinen i aktuelle avdelinger i sykehus, blant fastleger, i kommunale fysioterapitjenester og blant psykomotoriske fysioterapeuter i kommunene. Arbeidsgruppen ber ASU komme med innspill til hvordan dette kan gjøres på best mulig måte. Det må også vurderes hvordan fastlegene skal informeres.

Rapporten peker avslutningsvis på enkelte andre forhold som har blitt diskutert i arbeidsgruppen i forbindelse dette arbeidet. Arbeidsgruppen anbefaler at Helsefellesskapet og partnerne jobber videre med de forholdene som det pekes på, enten sammen eller hver for seg.

## 8. Behandling i fagråd

Før endelig fremlegg for ASU er utkast til rapport behandlet av følgende fagråd:

01.02.23 Fagråd for legesamarbeid:

Fagrådet fikk fremlagt rapporten. Hadde ingen konkrete innspill eller merknader til innholdet

13.02.23 Fagråd for forebygging, tidlig innsats, helsefremming, læring og mestring:  
*Fagråd 3 synes det er lagt ned et godt, grundig og viktig arbeid og støtter de forslag til ansvars- og oppgavefordeling som er stipulert mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og forslag til rutiner.*

16.02.23 Fagråd for pasientsamarbeid:

Fagrådet hadde ingen konkrete innspill til innholdet i rapporten utover at det bemerkes at økt bruk av henvisning kan oppleves som en byråkratisering. Fagrådet bemerket også at det blir viktig å sikre forankring av rapportens anbefalinger.

## 9. Oppsummering

Tilgangen på psykomotorisk fysioterapi (PMF) er begrenset, både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. PMF er ikke en lovpålagt kompetanse i den kommunale fysioterapitjenesten og det er et fåtall av kommunene som har denne kompetansen. Begrenset tilgang, krevende prioriteringer og faglig kompleksitet gjør at en tydeliggjøring av ansvarsfordeling og rutiner for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste om PMF er nødvendig.

Ansvarsfordeling psykomotorisk fysioterapi:

- Dersom det vurderes som hensiktsmessig med PMF som en nødvendig del av behandlingstilbudet for pasienter som er i forløp i spesialisthelsetjeneste, har spesialisthelsetjenesten, som hovedregel, ansvar for å yte denne behandlingen.
- Spesialisthelsetjenesten har også ansvar for PMF til pasienter som, på det tidspunktet de går inn i et behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, er under PMF-behandling i kommune. Det kan da gjøres en individuell vurdering av hvem som gir videre PMF-behandling, forutsatt dialog mellom kommunal fysioterapeut og behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten.

Forslag til samhandlingsrutine:

- Aktører i spesialist- og/eller kommunehelsetjenesten skal ikke gi lovnad om PMF til pasienter på vegne av andre tjenester eller diktere hvilke behandlingstilbud som skal gis i ulike pasientforløp.
- Dersom det etter behandling i spesialisthelsetjenesten vurderes som hensiktsmessig med videre oppfølging med PMF i kommune, skal pasienten henvises og det skal sendes epikrise til psykomotorisk fysioterapeut i kommune. Henvisningen skal inneholde nødvendig informasjon og pasienten skal være informert om innholdet i henvisningen.
- Dersom pasient mottar samtidig behandling i spesialisthelsetjeneste og kommune skal, som hovedregel, psykomotorisk fysioterapeut i kommune inkluderes i behandlingsteamet i spesialisthelsetjenesten.
- Ved avsluttet behandling og/eller langvarige behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut i kommune, skal epikrise/statusoppdatering sendes til henviser og fastlege.

- Det tilstrebes dialog og samhandling mellom psykomotorisk fysioterapeut i kommune og pasientens fastlege.

Arbeidsgruppen anbefaler ASU å stadfeste ansvarsfordelingen for psykomotorisk fysioterapi og rutinene for samhandling som fremkommer av denne rapporten. Rapporten peker avslutningsvis på noen andre forhold som har blitt diskutert i arbeidsgruppen og som det anbefales at Helsefellesskapet og partnerne jobber videre.