

Prioriteringsnøkkel for fysio- og ergoterapi til voksne og eldre i Karmøy kommune

Revidert oktober 2025

Formål/hensikt

- Sikre innbyggerne et mest mulig likeverdig fysio- og ergoterapitilbud.
- Prioritere individuelle henvisninger/henvendelser om nødvendig helsehjelp i tråd med gjeldende lover, retningslinjer, forskrifter og nasjonale føringer.
- Være et verktøy for å sortere henvisninger etter prioriteringskriteriene.

Ansvar

Ledere for fysio- og ergoterapeuter i kommunen har ansvar for å implementere prioriteringsnøkkel.

Alle fysio- og ergoterapeuter har ansvar for å følge prioriteringsnøkkel, både kommunalt ansatte terapeuter og fysioterapeuter med kommunal driftsavtale.

Avvik

Praksis som avviker fra gjeldende prioriteringsnøkkel, og som får/kan få negative konsekvenser for brukere skal meldes som avvik i henhold til kommunens prosedyrer for avviksmeldinger.

- Det er ikke et avvik når innbyggeren selv utsetter oppstart/avtalen eller ikke er tilgjengelig for tjenesten.

Prioriteringsnivåer med forklaring

	Maks ventetid	Målgrupper	Eksempler på diagnoser
1	Rask intervensjon vurderes å ha særlig stor betydning for at brukeren kan opprettholde og gjenvinne primærfunksjoner og lindring ved hjelp av terapeutisk innsats. Maks ventetid: 7 dager	• Brukere med akutt behov/alvorlig og brått funksjonstap. • Brukere som nylig er utskrevet fra spesialisthelsetjeneste til hjem/sykehjem med behov for terapeutisk innsats. • Brukere i terminal fase med kort forventet levetid/terminal fase.	• Traumatisk hodeskade • Ryggmargsskade • Hjerneslag • Lungeproblemer, akutt fase • Lårhalsbrudd • Andre brudd med behov for terapeutisk innsats • Trykksår
2	Tidlig intervensjon vurderes å ha stor betydning for at brukeren kan gjenvinne, opprettholde og/eller utvikle/bedre funksjons- og mestringsevne. Maks ventetid: 14 dager	• Raskt progredierende sykdommer som medfører nedsatt funksjonsevne. • Brukere med behov for tiltak for å komme tilbake til arbeid/utdanning	• ALS • Langtkommen kreft • Alvorlige/kroniske lidelser i aktiv fase • Demens/kognitiv svikt/hørselstap (hos brukere som bor alene) der det er stor fare for skade eller brann. • Muskel- og skjelettplager hos yrkesaktive som er sykmeldte/står i fare for sykemelding
3	Intervensjonen forventes å ha betydning for at brukeren kan opprettholde eller utvikle/bedre funksjons- og mestringsevne. Bolkebehandling skal vurderes. Maks ventetid: 1 mnd	• Personer som ikke kan dekke egne primære behov, f.eks.: ○ personlig hygiene ○ i måltidsituasjon ○ av- og påkledning • Brukere med langvarige plager med forverring i psykisk helse, livskvalitet og funksjonsevne. • Brukere med behov for tiltak for å beholde arbeid/utdanning	• ME • Lymfødem • Ortopediske tilstander: utprøving av konservativ behandling som alternativ til kirurgi
4	Intervensjonen forventes å ha betydning for brukers funksjons- og mestringsevne. Det anses som faglig forsvarlig at intervensjonen planlegges fram i tid. Bolkebehandling Maks ventetid: 3 mnd	• Brukere med behov som kan planlegges. • Bevegelses- og aktivitetsproblemer som følge av varig nedsatt funksjonsnivå/kroniske lidelser i stabil fase. • Brukere med behov for utredninger og funksjonsvurderinger, f.eks. ift bolig, biltilpasning eller kognitiv fungering.	• Langvarige ortopediske tilstander (mer enn 1 år): utprøving av konservativ behandling • Lungeproblemer i stabil fase • Nevrologiske/revmatiske lidelser i stabil fase • Langvarige muskel- og skjelettplager
	Ikke prioritet	• Personer med små muligheter til å øke/vedlikeholde aktivitet-/funksjonsnivået	• Personer som har prøvd ut fysio-/ergoterapibehandling tidligere uten ønsket effekt

Tiltak iverksettes ut ifra prioritet:

- Prioritet 1 skal alltid tas først.
- Prioritet 2 tas før prioritet 3 dersom prioritet 3 ikke har gått ut over maks ventetid, og tilsvarende forhold mellom prioritet 3 og prioritet 4.
- Prioritet 3 som har gått ut over maks ventetid, skal tas før prioritet 2 der maks ventetid ikke er overskredet, og tilsvarende forhold mellom prioritet 3 og prioritet 4.
- Dersom to eller flere henvisninger **som kommer samtidig** prioriteres likt i forhold til prioritet/alvorlighetsgrad, så skal henvisningen som antas å legge beslag på minst mulig ressurser og/eller ha størst forventet nytte igangsettes først. Det skal **også** tillegges vekt om tiltaket vil medvirke til at behovet for andre tjenester reduseres eller bortfaller.

Ventetid

Ventetid er tiden det tar fra Fysio- og ergoterapitjenesten eller fysioterapeut med kommunal driftsavtale mottar henvendelse med informasjon om behov, og frem til første kontakt med bruker.

Hvis saken gjelder et behov som forventes å oppstå frem i tid, regnes ventetiden fra den dato behovet oppstår. Et tiltak er startet når det er tilført verdi for bruker (opplevd mottak av tjenester). Dette innebærer at direkte/indirekte arbeid med saken overfor bruker er iverksatt.

Vurdering og oppfølging/behandling

All oppfølging starter med en faglig vurdering av funksjon (egen [intern rutine](#)). Oppfølging forutsetter rehabiliteringspotensiale og motivasjon, og omfang av oppfølging tilpasses disse faktorene sammen med funksjonsnivå. Brukers egne mål skal ligge til grunn for eventuell oppfølging/behandling. Relevante kartleggingsverktøy benyttes i arbeidet (se vedlegg).

Terapeuten skal i sin tilnærming til brukere underbygge og bidra til egenmestring gjennom fokus på brukermedvirkning og aktiv deltagelse. Dette vil gi brukerne mulighet til å være medansvarlig i eget behandlingsforløp. Terapeuten skal informere og motivere brukere til å ta i bruk andre tilbud og tjenester som kan være egnet i et lærings- og mestringperspektiv.

Det kan gis avslag til brukere som tidligere ikke har vist effekt etter gjeldende vurderingskriterier, eller som re-henvises for samme problemstilling selv om fysio-/ergoterapeut har gitt tilbakemelding til behandlende lege/samarbeidspartner om at fysio-/ergoterapi ikke har ønsket virkning.

Oppfølging/behandling kan inneholde:

- Individuell fysio-/ ergoterapibehandling
- [Gruppetrening](#)
- For brukere som har kommunal hjelp kan det være aktuelt med:
 - [Rehabiliteringsprosess](#)
 - Innsatsteam ved overføring fra institusjon til eget hjem
 - [Hverdagsrehabilitering](#)
 - [Koordinator](#)
- Veiledning innen:
 - Egentrening
 - Forflytning
 - Aktivisering
 - Mobilisering
 - Håndtering av smerte
 - Bruk av hjelpemidler
- Tilrettelegging:
 - Funksjonsvurdering ved bolig- og biltilpasning

- [Søknad og oppfølging av tekniske hjelpemidler for varig bruk](#)
- Hørsel- og synshjelpemidler
- Velferdsteknologi
- Videreføring til andre tilbud:
 - [Friskliv- og mestringstilbud](#)
 - [Tilbud i frivilligheten](#)

All innsats skal være tidsavgrenset og bidra til bedring, tilpasning til ny livssituasjon eller vedlikehold av funksjon. Begrensninger i antall behandlinger og bolkebehandling vil være gode virkemidler for å kunne gi et mer likeverdig fysio- og ergoterapitilbud.

Behandlingsserie er i utgangspunktet 8-12 behandlinger, og det avklares med bruker ved første undersøkelse antall behandlinger før ny statusvurdering blir gjort. Det avklares samtidig helt klare målsettinger for behandlingsserien. Brukerens egne ressurser og målsetninger skal legges til grunn for disse vurderingene. Det er terapeut som vurderer om behandlingsserien skal forlenges.

Bolkebehandling er for brukere i kategori 3 og 4 som vurderes å kunne opprettholde funksjonsnivå ved egentrening/egenbehandling. Lengde og omfang av behandlingsserie og egentreningsperiode gjøres på bakgrunn av funksjonsvurdering av den enkelte terapeut. Et eksempel kan være 6-8 uker med behandling x2 pr. uke, etterfulgt av periode på 12 uker med egentrening. Disse brukerne skal ikke stå på venteliste for ny behandlingsbolke. Den avklares og fastsettes ved behandlingsbolkens slutt som en del av vurderingen. Deltagelse i grupper skal også gis i bolker.

Fordeling mellom kommunale terapeuter og fysioterapeuter med kommunal driftsavtale

- Brukere som overføres fra institusjon til eget hjem og har behov for tverrfaglig rehabilitering i hjemmet ivaretas av kommunale terapeuter i samarbeid med andre kommunale aktører.
- Individuell behandling: Brukere som er i stand til å komme seg til privatpraktiserende fysioterapeut enten av egen hjelp eller med hjelp til transport, og kan nyttiggjøre seg behandling der, starter behandling der/overføres dit så fort som mulig (NB! Gjelder kun for tiltak som er dekket av stønadsforskriften).
- Veiledning av personale rundt bruker ivaretas av terapeut som er involvert i saken.
- Hjelpemiddelformidling ivaretas av kommunale terapeuter (dekkes ikke i [stønadsforskriften](#))
- Langvarig oppfølging (bolkebehandling): ivaretas av avtalefysioterapeuter (fysioterapeutens faglige vurdering legges til grunn for hvor behandling skal finne sted). Kommunen skal legge til rette for at behandlingsoppgaver utenfor institutt kan gjennomføres effektivt og med kvalitet. NB! Brukere i prioritet 3 skal vurderes for bolkebehandling, og for brukere i prioritet 4 skal det gjennomføres bolkebehandling.

Vedlegg – grunnlag for prioriteringsnøkkel

Lovgrunnlag

- [Pasient- og brukerrettighetsloven](#)
- [Helse- og omsorgstjenesteloven](#)
- [Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.](#)
- [Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale](#)

Prioriteringskriteriene

Prioriteringsnøkkel er utarbeidet med bakgrunn i prinsipper for prioritering som er beskrevet i [Stortingsmelding 38 \(202-21\). «Nytte, ressurs og alvorlighet, Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten»](#):

Følgende tre kriterier legges til grunn for prioriteringene:

- **Nytte-kriteriet:**
Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:
 - overlevelse
 - forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
 - reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- **Ressurskriteriet:**
Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
- **Alvorlighetskriteriet:**
Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
 - risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon
 - graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
 - smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Primærfunksjon/behov – definisjon:

Med primærfunksjoner menes her:

- Åndedrett. Innbefatter ikke kondisjon- og avspenningstrening
- Ernæring, og når dette er naturlig ut fra utviklingsstadiet også mulighet til å innta mat og drikke selvstendig
- Søvn av en tilstrekkelig kvalitet til at det ikke umuliggjør utførelsen av dagliglivets aktiviteter
- Mulighet for stillingsforandring (muskel, ledd, sirkulasjon)
- Eliminering/toalettbesøk
- Kommunikasjon
- Nødvendig hygiene, dvs. av en standard som ikke utgjør helserisiko

Kartleggingsverktøy:

[Clinical frailty scale \(CFS\)](#)

Goal attainment scale (GAS)

[Pasientspesifikk funksjonsskala \(PSFS\)](#)

[Canadian occupational performance measure \(COPM\)](#)