



***Plan for fysioterapi- og  
ergoterapitenesta  
2013 -2020***



**Kvam herad**



## Innholdsliste

## Side

1. Føreord	2
2. Samandrag og tilrådingar	3
3. Lovverk	4
4. Organisering av tenestene	5
5. Verksemda sine oppgåver	7
6. Fagområda	8
- Fysioterapi	8
- Ergoterapi	9
7. Tenesteproduksjon	10
8. Ressursar	12
9. Rekruttering	13
10. Kompetanse	14
11. Utfordringar	15
- Nasjonale føringar	15
- Lokale føringar	16
12. Behovsvurderingar	17
- Tenester til born og unge	17
- Tenester til vaksne	18
- Tenester til eldre/vaksne med samansette behov	20
13. Konklusjon og handlingsplan for planperioden	22
14. Budsjettmessige konsekvensar	23

## 1. FØREORD

Plan for fysio- og ergoterapitenestene vert laga no på grunn av heradsstyrevedtak (HST 125/10). Dette er ein temaplan under ein kommande helse-og omsorgsplan.

HST 125/10:

1. *Kvam herad avslår søknadene om auka driftstilskot til fysioterapitenester på dette tidspunktet.*
2. *Kommunen vil vurdera dimensjonering av fysioterapitenestene i 2011 i samband med innføringa av Samhandlingsreforma og nye lover i 2012.*

Ei plangruppe med fylgjande medlemmer har jobba vidare med planforslaget:

Tillitsvald for NFF: Rikke Gjerde Reistad

Kontaktperson for dei privatpraktiserande i NFF: Hallgeir Aase

Fagleg leiar for rehabiliteringsavd./ergoterapeut: Frode Espeland

Leiar for eining helse- og omsorg: Åslaug Bøhn Botnen

Kommuneoverlege: Arne Aksnes

Prosjektleiar Samhandlingsreforma i Hardanger: Hans Atle Soldal

Sjefsfysioterapeut og leiar for plangruppa: Torild Kveberg

**Gjennom å synleggjera kva som er fagleg forsvarleg og god teneste, kan me vurdera behovet for, og heradet sitt ansvar for finansiering. Dette gjeld både fastløna kommunale ergo- og fysioterapitenester og driftstilskotsheimlar iflg HST 125/10.**

Planen gjev oversikt over kva som fungerer godt/mindre godt i fysio-/ergoterapitenesta, framtidige utfordringar med spesielt fokus på samhandlingsreforma og dei nye lovverka. Det er nytta dokumentasjon frå kartlegginga som fysioterapeutane gjorde i 2011, årsmeldingar, forarbeid til heradstyrevedtaket, erfaringar så langt med Samhandlingsreforma og dei nye lovverka. Planen kjem på bakgrunn av HST 125/10, men må tilpassast den overordna helse- og omsorgsplanen når den er på plass.

Fysio- og egoterapi er tenester prega av rørsler, moglegheit for mestring og helse i eit livsløpsektiv.

Det er eit mål at planen speglar av noko av dette.

*«Målet er sunne, robuste, levende, værende, lærende mennesker hele livet – uansett funksjonsnivå».*  
(Peter Thybo, 2012)



”Målet med samhandlingsreforma er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.

Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det nærmost mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Tjenestene skal ha god kvalitet, ha høy pasientsikkerhet, lav ventetid og være mest mulig tilpasset den enkelte

## 2. SAMANDRAG OG TILRÅDINGAR

### Det som fungerer bra

Fysio- og ergoterapitenesta har både brei og spissa kompetanse.

Fysioterapitenesta er ei resultatteining som prioriterer kompetansen der den er viktigast. Dette gjeld både førebyggjande oppgåver og pasientbehandling.

Fagleg kvalitetssikring skjer gjennom samarbeid om pasientar og fellesmøter. Dei tilsette tek ansvar og prioriterer innafor ei samla offentleg primærhelseteneste.

### Behov for tiltak

Det er ikkje samsvar mellom tenester som vert ytt og godkjende stillingar/heimlar. Det vert utført 3 årsverk utover det tenesta har i dag. I tillegg er det lengre ventelister enn vedteken i

serviceerklæringane på fleire fagområder.

Samhandlingsreforma medfører kortare responstid. Pasientane vert tidlegare utskrivne frå sjukehus. Dette krev stadige omprioriteringar og gjer tenesta sårbar, spesielt ved ferieavvikling. I tillegg gjev dette lengre ventelister for kronikarar og mindre ressursar til førebyggjande arbeid. Meir privatisering av tenesta kan medføre større sosiale skilnader. Utan tiltak må ein rekna med lengre ventelister. Konsekvensen av dette kan verta:

- lengre sjukmeldingar for pasientane
- større funksjonstap for brukarane
- større behov for andre hjelpetenester

### Økonomi

Tiltaka gjev økonomiske konsekvensar. Det er behov for auka ressursar. Dette må inn i økonomiplanen, tidlegast frå 2014.

#### Driftsheimlar:

2014	2015	2016	2017
1,9			
713640 kr	713640 kr	713640 kr	713640 kr

#### Fastlønna fysioterapistillingar:

2014	2015	2016	2017
1,0 born/unge		0,5 eldre/vaksne	
425 000 kr	425 000 kr	637 500 kr	637 500 kr

#### Ergoterapistilling:

2014	2015	2016	2017
	1,0		
	598 000 kr	598 000 kr	598 000 kr

Det er her teke med sosiale utgifter. Det er ikkje fastlønstilskot på ergoterapistillingane.

2014	2015	2016	2017
------	------	------	------

1138640 kr

1736640 kr

1949140 kr

1949140 kr

### 3. LOVVERK

Samhandlingsreforma og dei nye lovverka; lov om kommunale helse- og omsorgstenester og lov om folkehelsearbeid vart vedteken i juni 2011 og gjeldande frå 01.01.2012. Dette utfordrar heile kommunen og krev fleksibilitet og ein lærande organisasjon. Samhandlingsreforma er ei retningsreform som medfører mange endringar i kommunane, spesielt i helsetenesta.



#### Lovverk som regulerer fysio- og ergoterapitenesta

- Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. (helse- og omsorgstjenestelova)
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelselova)
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om folketrygd/NAV lova
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

#### Forskrifter som påverkar fysio- og ergoterapiarbeidet

- habilitering og rehabilitering
- individuell plan
- kvalitetssikring, m. a. internkontrollforskrift og forskrift om pasientjournal
- økonomiske ordningar både når det gjeld refusjonsordningar og pasientbetaling, skysordningar, kommunens ansvar for stønad av pasientbehandingar i EØS-land.
- Forskrifter om lisens, autorisasjon, turnusteneste.
- Manuellterapeuten sin rett til å sjukmelde; unntak frå vilkåret om legeerklæring.
- Førebygging, m.a. miljøretta helsevern og universell utforming.



**St.meld. nr. 47**

(2008-2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid



#### Særavtaler

Avtaler mellom NFF og KS

- ASA 4313 (2011–2012) Avtale mellom KS og NFF om drift av privat praksis for fysioterapeuter
- ASA 4303 (2012–2013) Avtale mellom KS/Helse- og omsorgsdepartementet og Norsk Fysioterapeutforbund om driftstilskudd og takster for fysioterapeuter med avtale om drift av privat praksis med kommunene

Andre rundskriv, utgreiingar, strateginotat og prosjekt gjev og føringar om m a prioritering, ressursutnytting, fordeling og tilgjenge på tenester i høve brukargrupper, samt å redusera sosiale helseforskjellar og tryggja utøvinga av tenestene. Både Norsk Ergoterapeutforbund og Norsk Fysioterapeutforbund har etiske retningslinjer som og skal sikra kvaliteten på tenestene.

## 4. ORGANISERING AV TENESTENE

Fysioterapitenesta er organisert som ei samla teneste med sjefsfysioterapeut som leiar, først i tidlegare helse- og sosial, deretter i helse og velferd og no i helse- og omsorg. Fysioterapitenesta er ei eiga resultatining, med ansvar for institutta (fysioterapeutar med driftstilskot), barnefysioterapi (helsestasjonen og skulehelsetenesta) og fysioterapi for eldre/ vaksne i og utanfor institusjon. Unntaket er fysioterapistillinga på rehab og kommuneergoterapistillinga. Desse stillingane er lagt under rehabiliteringsavdelinga. Frå den nye kommunehelsetenestelova kom i 1984, har det vore faste fellesmøte for å prioritera og kvalitetssikra tenestene. Ansvar for møtet ligg hos sjefsfysioterapeuten.

1990 fekk Kvam 50% kommuneergoterapeut. Med satsing på eiga rehabiliteringsavdeling frå 1999, vart 1 fysioterapistilling og kommuneergoterapistillinga (auka frå 50-100%) lagt under rehabiliteringsavdelinga for å styrkja teamarbeidet her. Fysioterapitenesta har frå 1984 og fram til den nye helsepersonellova kom, vore ei «skal»-teneste, medan ergoterapitenesta ikkje har vore det. Den nye helsepersonellova er no profesjonsnøytral. Krava til kvalitet på tenestene er dei same.

Før kommunehelsetenestelova tredde i kraft i 1984, var all fysioterapi utanfor institusjon organisert som privat verksemd. Lova medførte at fysioterapi vart ei lovpålagd teneste, samtidig som dei privatpraktiserande fekk rett til avtale med kommunen. Dette ga grunnlaget for to ulike tilknytingsformer til kommunen; kommunalt tilsett (fastlønstilskot) og privatpraktiserande fysioterapeut (driftstilskot). Kvam herad

har organisert fysioterapitenesta med begge desse tilknytingsformene. På denne måten er legetenesta og fysioterapitenesta dei som har ei slik utvikling med ulike inntektsordningar innafor ei fagleg organisatorisk eining.

Hovudmålsetjinga er at pasientane skal ha dei tenestene dei treng, uavhengig av organisering og finansieringsordningar. Det er difor tett samarbeid om behandlingstilbod mellom institutta og fastlønna fysio- og ergoterapeutar. Samanlikna med andre kommunar har Kvam utvikla dette meir enn andre. Dette gjeld:

- samarbeid rundt einiskilde brukarar t.d. at fysioterapeutar med spesialkompetanse blir nytta på institusjonane
- samkøyring, tilrettelegging og behandling mellom fleire fysio- og ergoterapeutar. Dette for å gje rett behandling og nok behandling, rettleiing av kvarandre og undersøking av pasientar i lag.
- gjera felles prioriteringar
- kvalitetssikra tenestene.

For dei fastlønna fysioterapistillingane søker ein refusjon frå NAV; fastlønstilskot. Etablerte driftstilskot kjem i rammetilskotet til kommunen.



Fysioterapitenesta er som dei andre helse- og omsorgstenester bygd opp rundt dei 4 geografiske områda:

Sone:	Institutt:	Lokaliteter:
Ålvik	Ålvik fysio.	Sjukestova
Øystese	Helsebanken fysioterapi	Helsebanken
Norheimsund	Hardanger fysioterapi Norheimsund fysioterapi	Høganæs-bygget
Strandebarm	Strandebarm fysioterapi	Strandebarmstunet

Fysioterapitenesta for eldre/vaksne gjev tenester til alle 3 institusjonane og heimebuande i sone Øystese, Norheimsund og Strandebarm som ikkje kan nytta institutta. Dei har felles lokale på Toloheimen. Sone Ålvik blir dekkja av kommunale timar frå instituttet. Nokre faste kommunale timar i sone Strandebarm er òg med og dekkar denne sona. Lokala på Toloheimen og Øysteseheimen er godt tilrettelagde for fysioterapibehandling. I sone Strandebarm var det i utgangspunktet ikkje tilrettelagd, slik at det er provisoriske løysingar i påvente av ombygging. Dei fastlønna har både kurative og førebyggjande oppgåver.

Barnefysioterapitenesta er lokalisert saman med helsestasjonen i Øystese.

Sjefs fysioterapistillinga er tilknytta oppgåver innan barnefysioterapi. Samlokalisering sikrar eit nært samarbeid om helsestasjonen og skulehelsetenesta. Barnefysioterapeutane gjev tenester til heile kommunen både når det gjeld førebyggjande og behandling/oppfølging/tilrettelegging for born med ulike funksjonsvanskar.

Det er 100% stilling som ergoterapeut i kommunen. Ergoterapeuten er organisert under Kvam behandling- og rehabiliteringsavdeling på Toloheimen. Ergoterapitenesta er organisert som fastlønnsstilling (utan fastlønstilskot til kommunen), og har ikkje tradisjon med privat behandling slik som fysioterapeutane. Ergoterapeuten får tilvist alle typar funksjonshemmingar i alle aldersgrupper. Det er færre born, men dei er oftast meir tidkrevjande. Brukarar med kroniske, ofte progredierande sjukdomar, krev òg mykje tid. Mesteparten av arbeidet til ergoterapeuten er brukarretta. Brukararbeid går ut på å kartlegge funksjon og omgjenvader i dialog med brukar. Det kan vera tilrettelegging, tilpassing, samt kompensering av tapte funksjonar.



## 5. VERKSEMDA SINE OPPGÅVER

Lov om helse- og omsorgstenester definerer oppgåvene til fysio- og ergoterapitenestene. I tillegg har Kvam politisk vedtekne service-erklæringer.

### Helse- og omsorgslova set fylgjande krav til kommunen:

*"Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift."*  
(Helsedirektoratet)

*"Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer"* (Helsedirektoratet)

Fysio- og ergoterapitenesta skal ut frå dette både utføra helsefremjande, førebyggjande og kurative tenester.

Serviceerklæringane i Kvam: Omtalar mest kurative tenester; pasientprioriteringar og ventetid.

Helsefremjande og førebyggjande oppgåver er meir prosjekt- og oppgåveretta, og er ikkje i same grad spesifiserte i service-erklæringane.

Kommuneergoterapeuten har ikkje serviceerklæringer.

Dei kurative oppgåvene er både individuelle og i grupper, og innehar mykje godt tertiær- og sekundærførebyggjande arbeid (sjå definisjon i margin).

Fysio- og ergoterapitenesta har store oppgåver innan det som gjeld:

- habilitering og rehabilitering
- behandling i og utanfor eigen heim
- tilrettelegging av bustad og aktivitetar
- rådgjeving og informasjon til samarbeidspartar og pårørande

Rehabilitering er spesifikt nemnt i lovverket. Kvam har ein eigen rehabiliteringsplan som definerer behov og oppgåver for fysio- og ergoterapeutar. Prosjektet "Lokalmedisinsk senter Toloheimen" definerer óg behov og oppgåver for fysio- og ergoterapeutar på behandlingsavdelinga.

Fysioterapi er ein del av helsestasjonen og skulehelsetenesta, inklusive svangerskapsomsorga, jfr. IS-1798, utviklingsstrategi for helsestasjon og skulehelsetenesta.

**Helsefremjande arbeid**  
bidra til at befolkningen får eit godt liv ved å forsterka eller «fylle på» faktorar som fremjar helse (Ottawa-charteret, WHO)

**Førebyggjande arbeid**  
«reduksjon i sjukdom, skade, sosiale vanskar, død og reduksjon av risikofaktorar»

**Primærførebyggjande**  
før problemet viser seg, oppretthalda og betra helsetilstand, store og uselekterte målgrupper.

**Sekundærførebyggjande;**  
identifisera sjukdom og auka risiko på eit tidleg stadium, og deretter setja inn tiltak for å hindra vidare utvikling av risiko eller vidare sjukdom. Innsatsen er retta mot risikogrupper

**Tertiærførebyggjande;**  
hindra negative verknader av sjukdom og skader som har oppstått. Målet er å oppretthalda funksjonsnivå og hindra forverring av eksisterande problem.





## 6. FAGOMRÅDA

### KVA ER FYSIOTERAPI?

Fysioterapi er ei klinisk og førebyggjande teneste som vert utøvd av fagpersonar med offentlig godkjenning/autorisasjon.

Fysioterapeutar har spesiell kompetanse om samanhengar mellom kropp, rørslar og funksjon i eit helseomgrep. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvinga er naturvitskapleg og samfunnsvitskapleg. Kunnskap om korleis kroppslege reaksjonar og sjukdomar kan hengja saman med livstilhøve og andre situasjonar, står sentralt. Teoretisk og praktisk/klinisk kunnskap gjev grunnlag for forståing av samanhengar når det gjeld smerter, plager og funksjonsproblem, og korleis dette igjen verkar inn på funksjonsevne og livskvalitet.

Psykiske og fysiske belastningar vert nedfelte i heile eller delar av kroppen.

Livssituasjon og erfaringar påverkar kroppen slik at det er ein gjensidig påverknad mellom person, kropp og samfunn. Denne kunnskapen gjev grunnlag for både førebyggjande tiltak og behandling på individ- og samfunnsnivå.

Fysioterapeutar har kunnskap og erfaring med mennesket si normale rørsleutvikling, og korleis dette vert påverka av skade/sjukdom og andre utanforliggjande tilhøve.

Fysioterapeuten gjer undersøking og funksjonsvurdering som blir grunnlag for val av behandling og tiltak. Dette gjeld både individuelt og i gruppe. Mål for tiltaka vil ofte vera å betra funksjonsevne både fysisk og psykisk gjennom kroppsleg læringsprosess, informasjon/retteleiing og definerte teknikkar. Nokre gonger er måla å lindra smerte og gje betre livskvalitet, t.d. ved palliativ behandling.

## **KVA ER ERGOTERAPI?**

Ergoterapi ser på samanhengen mellom aktivitet, deltaking og helse med fokus på mennesket sine ressursar. Målet er at menneske skal kunna fungera mest mogeleg sjølvstendig i kvardagen når dei har problem med daglege gjeremål på grunn av sjukdom, skade eller annan funksjonsnedsetjing.

Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi inkluderer både medisin- og naturvitskap, samfunns- og humanvitskap. Teoriar og modellar som vert nytta i den ergoterapifaglege utøvinga, gjev analysemoglegheiter og forståingsrammer for menneskeleg aktivitet, og omgjevnadens betydning

for aktivitet. Ergoterapeutar har og ein særleg kompetanse på universell utforming.

Tiltak og behandling byggjer på kartlegging og analyse. På individuelt plan inngår samtalar, testar og observasjonar av personens aktivitetsutføring i daglege omgjevnader. I ergoterapi skal brukars egne ønske og behov vera i fokus. Ergoterapeutar inngår ofte i habilitering og rehabilitering, der tiltak kan innebera trening av daglege gjeremål, andre ferdigheiter, eller tilpassing av aktivitetar, f.eks. arbeidsvanar. Det kan og vera kompensierende tiltak for tapt funksjon med tekniske hjelpemiddel, tilrettelegging for aktiv fungering i heim, barnehage, skule og arbeidsplass.



## 7. TENESTEPRODUKSJON

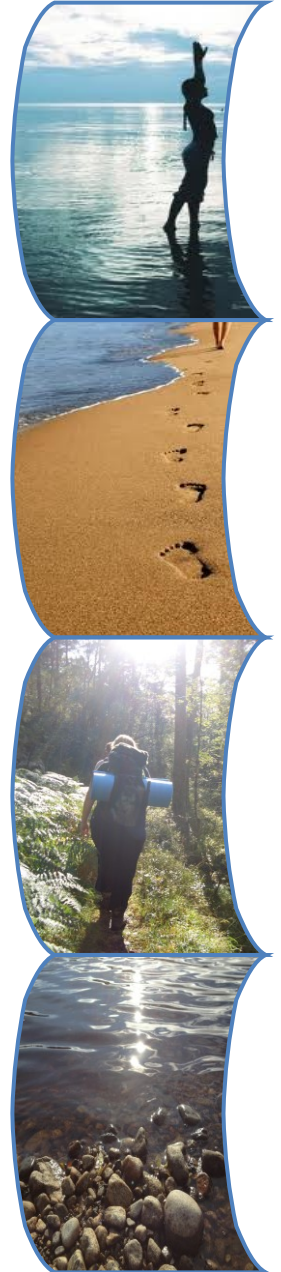
Fysio- og ergoterapitenesta gjev tenester til alle aldersgrupper.

I 2011 fekk 1709 personar fysioterapibehandling/tiltak. Det har auka jamt, utan auke i stillingar eller driftstilskot, jfr. årsmelding (2006: 1243 personar). Brukarar som har store og omfattande behandlingsbehov, har auka i tal, og medfører auka arbeidsmengd. I tillegg er det treningsgrupper for å førebyggja funksjonstap, grupper på helsestasjon, informasjon og opplæring av pårørande og samarbeidspartar, tilpassing av hjelpemidlar, kontaktperson i individuell plan og ulike førebyggjande oppgåver.

Fysioterapeutane på fastløn gjev tilbod til dei med store og samansette vanskar som ikkje kan nytta seg av institutta. Desse brukarane treng meir tid og tilrettelegging i heim/skule/barnehage/fritid. Det same gjeld førebyggjande og helsefremjande arbeid i høve ulike befolkningsgrupper.

Fysioterapifaglege vurderingar styrer oppgåvene på institutta, mens «takstplakaten» (refusjonen som NAV gjev) definerer betalinga for kvar pasientbehandling. Pasientane treng tilvising frå lege (unnateke er manuellterapeuten). Brukargruppene er ma nyopererte, dei med belastningslidingar og skadar, psykosomatiske lidingar, opptrening og rehabilitering. Ein del brukarar får tilbod både frå fastløna og dei med driftstilskot der dette er tenleg. Kartlegginga i 2011 synte at det er brukt mykje tid på rehabilitering både på institutta og hos dei fastløna. Dette kjem i tillegg til rehabiliteringsavdelinga.

Ergoterapeuten har spesifikke oppgåver knytt til rehabiliteringsavdelinga, er med i demensteamet og husbanknemda. Tilvisingane kjem frå heile kommunen. Ergoterapeuten jobbar utover stillinga, og det er ventetid på tenesta. Dette gjev uttrykk for eit aukande behov. Kommuneergoterapeuten er åleine i heile kommunen. Dette er eit sårbart system når samhandlingsreforma set krav til at pasienten raskare skal skrivast ut frå sjukehus.



**Fysio- og ergoterapitenesta har ei felles overordna prioritering**

Prioritet	Problemstilling
<b>1. Akutte behov</b> – rask intervensjon er naudsynt og har stor betydning for effekt av tiltak	<b>Brått funksjonstap p.g.a nyoppstått skade, sjukdom.</b> T.d.behov for opptrening etter ortopediske operasjonar, palliativ behandling, lungefysioterapi
<b>2. Store behov</b> – tidlig intervensjon forventast å ha stor betydning for effekt av tiltak. Behov for intervensjon for å halda på eller motverka funksjonstap	<b>Begynnande eller tiltakande funksjonssvikt, progredierende lidningar. Forseinka funksjons- og aktivitetsutvikling relatert til alder.</b> T.d. tilrettelegging av bustad, behandling av psykosomatiske lidningar, rehabilitering, demenskartlegging, husbanknemda.
<b>3. Førebygging – helsefremjing</b>	<b>Førebygging av livsstilssjukdom og helsefremjande tiltak.</b> T.d. arbeid på helsestasjonen/skulehelsetenesta, opplæring i forflytningsteknikk

Serviceerklæringane set standard for ventetid for fysioterapibehandling/tiltak. Situasjonen i dag er at ein ikkje held serviceerklæringane når det gjeld born og unge. Dette er dokumentert i dei siste årsmeldingane og teke opp tenesteveg/budsjettprosessane. Det er sendt avviksmelding og meldt i årsmeldingane om brot på serviceerklæringane på nokre av fysioterapiinstitutta. Innanfor stillingane for eldre/vaksne, må dei tidlegare avslutta brukarar som er i prioritetsområde 2 og 3.

I ei kartlegging i 2011 og i heradstyresaka 125/10, er det dokumentert at det vart jobba 3 årsverk meir enn stillingane syner. Det meste av dette vert utført på institutta. Sjefsfysioterapistillinga og ergoterapeutstillinga er dei fastlønna stillingane kor det òg vert jobba utover stillingane.

Ventetida for dei med akutte behov har høg prioritet. Men denne gruppa er òg blitt større, spesielt auken i ortopediske operasjonar. Desse krev i høg grad tidleg intervensjon og har stor effekt av behandling/tiltaka. Kartlegginga i 2011 synte at ein nyttar over 1,5 stilling/driftstilskot til desse. På området rehabilitering brukar ein over 2,2 fysioterapistilling/driftstilskot pluss ein del av ergoterapistillinga. Mange i denne gruppa krev i høgste grad tidleg intervensjon, og ein opplever at dette har auka med samhandlingsreforma.



## 8. RESSURSAR

Pr. 01.01.13 har me desse stillingane og driftstilskota

Institutta	Driftstilskot	Merknadar
Strandebarm fysioterapi	1,0	7 timar pr. veke med fast avlønning øyremerka tilbod til eldre
Hardanger fysioterapi	2,0	
Norheimsund fysioterapi	0,5	
Helsebanken fysioterapi	1,7	
Ålvik fysioterapi	0,65	
		4 timar pr. veke med fast avlønning øyremerka tilbod til eldre
<b>Fastløna –fysioterapi</b>	<b>Stillingar</b>	
Eldre/vaksne	2,1	Pålagt av Fylkesmannen
Born/ungdom inklusiv leiaroppgåver	1,1	
Turnuskandidat	1,0	
<b>Ergoterapeut</b>		
Kommuneergoterapeut og ergoterapeut på rehabavdelinga	1,0	

Lov om kommunehelseteneste i 1984, overføring av sjukeheimar til kommunane, HVPU reforma, «eldremilliarden» og opptrappingsplan i psykiatri, medførte noko oppbygging av kommunehelsetenesta og fysio- og ergoterapitenesta. Etter 1999 har det ikkje vore auke av ressursane til fysio- og ergoterapi. Samstundes har Kvam satsa på at flest mogleg skal bu i eigen heim, og det skjedd store endringar i kravet til oppgåver generelt i kommunehelsetenesta. Intensjonen i samhandlingsreformen er at mest mogeleg skal løysast i kommunen, og pasientane skal tidleg ut av sjukehus. Dette krev m.a. meir bustadtilrettelegging, fleire søknader om tekniske hjelpemidlar og rehabilitering/opptrening. Både fysio- og ergoterapeutar har brukt auka ressursar på dette, pluss kortare responstid.

Mellom 2000 og 2011 har det midlertidig vore redusert på dei kommunale timane i høve innsparingar. Det har óg vore innsparingar på ferievikarbudsjetten. I 2011 vart stillinga som turnuskandidat teken bort og delvis erstatta, d.v.s. gjort om til 50% fast stilling. Resterande lønsmidlar gjekk til innsparing. Omgjeringa til fastløn vart gjort for å styrkja tenesta for eldre/vaksne, og sikra rekruttering av røynde fysioterapeutar som brenn for dette fagområdet. Denne tenesta må vera dekkja i alle feriar og er difor sårbar. Fylkesmannen gav i 2012 nytt pålegg om å ta imot turnuskandidat.

Nav har stor satsing på oppfølging av sjukmeldte. Dette gjev eit auka trykk på å starta tidleg med behandling for å få folk fortare tilbake i arbeid. Samstundes legg staten om finansieringsordninga, slik at refusjonstakstane frå NAV er reduserte og kronebeløpet i driftstilskota auka, jfr heradstyresaka 125/10. I avtaleverket ASA 4313 er kommunane forplikta til: *"i sin planlegging, utbygging og drift av helsetjenesten tilstrebes en tilfredsstillende fysioterapidekning som skal innarbeides i en godkjent helseplan."* Me oppfattar at det ikkje er ei tilfredsstillande fysioterapidekning i dag, når det vert ytt tenestar som utgjer 3 årsverk utover stillingane og det er brot på service-erklæringane. Ergoterapitenesta er for sårbar med dei krava som er i samhandlingsreforma.

Det er skriven mykje om ønske om satsing på born og unge lokalt og nasjonalt. Barnefysioterapitenesta har i realiteten hatt ein nedgang frå 1999 sidan leiaroppgåvene har teke større del av tida innanfor den 1,1barnefysioterapistillinga. Det er fleire born som treng tverrfagleg utgreiing, inklusive fysioterapitenesta. Det er ofte 2 mndr ventetid på det som ikkje er akutt, mot 2 veker i service-erklæringane. I tillegg har ein måtta redusera på oppfylgginga. Det førebyggjande arbeidet i skulehelsetenesta har og blitt nedprioritert.

Både fysio- og ergoterapeutar er IP (Individuell Plan) koordinatorar. Dette er tidkrevjande oppgåver.



## 9. REKRUTTERING

Det har dei siste åra ikkje vore vanskeleg å rekruttera fysioterapeutar til faste stillingar/driftstilskot. Fram til for eit par år sida var det vanskeleg å få røynde fysioterapeutar til å satsa på å jobba med eldre/vaksne, og dette vart eit springbrett for andre oppgåver/stillingar. Me tok grep og gjorde om noko av turnusstillinga til 50% fastlønssstilling, og dette har hjelpt. Ledige driftsheimlar har vore dei lettaste å få dekkja opp.

Korte vikariat i små stillingar er vanskeleg å rekruttera folk til. I større vikariat har fleire turnuskandidatar søkt når dei har vore ferdige med turnustida. Turnuskandidaten er og ein ressurs ved ferieavvikling. Ferievikarbudsjetten er kraftig redusert, og det har vore vanskeleg å rekruttera lokalkjende fysioterapeutar som vikarar.

Det har ikkje vore vanskeleg å rekruttera ergoterapeut til den faste stillinga.

## 10. KOMPETANSE

Krav til autorisasjon, sikrar kvaliteten på ergo- og fysioterapitenestene (jfr. Helsepersonellova §48 som inneber krav om offentleg godkjenning). Alle har krav om å halde seg fagleg a jour, og dei respektive forbunda har etiske retningsliner for fagutøvinga.

Dei privatpraktiserande fysioterapeutane er sjølve ansvarlege for å halda seg fagleg a jour både økonomisk og praktisk. Der det er felles ansvar for særskilde brukarar eller prosjekt, samkøyrer ein det. Dette er viktig for å oppretthalda oppgåvene i tråd med at alle er ein del av ei felles kommunehelseteneste.

Å halda seg fagleg oppdatert, sikrast for dei kommunale fysio- og ergoterapeutane gjennom kartlegging og handlingsplanar i medarbeidersamtalane. Kvam herad har no ikkje lengre nokon overordna opplæringsplan som styringsdokument. I helse- og omsorg er det ein generell felles opplæringsplan. Denne dekkar ikkje dei meir fagspesifikke opplæringsbehova, men gjev ein retning på satsingsområda. Sjefsfysioterapeuten har ansvaret for å sikre dei fagspesifikk opplæringsbehova.

Fysio- og ergoterapitenesta har jobba for å sikra, samt verdsetja ulik terapeutisk fagleg kunnskap. I tillegg har me mange spesialistar. Det er ein høg fagleg standard som kvenningane nyt godt av, og som no er naudsynt med samhandlingsreforma. Me har fylgjande spesialitetar:

- Psykomotorisk fysioterapi (1stk)
- Manuellterapi (1stk)
- Helse/miljø – ergonomi (2stk)

Kvam har elles fysioterapeutar med vidareutdanning i

- lymfødem behandling (1 stk)
- rideterapi (1 stk)
- demens (1 stk)
- Basic Body Awareness Methodology (1 stk)
- Veiledningspedagogikk (1 stk)

Alle terapeutane fordjupar seg innafor dei fagfelte dei jobbar i, utan at dette gjev formell kompetanse. Mellom anna palliativ behandling, demens og rehabilitering har det vore ein planmessig etterutdanning på.



Det er og har vore ei bevisst satsing å bruka kompetansen til beste for brukarane og så løysa dei organisatoriske utfordringane når det er behov. Dette har vore mogleg med ei eigen fysioterapiavdeling

## 11. UTFORDRINGAR

### NASJONALE FØRINGAR

Det er teke utgangspunkt i dei mest sentrale føringane.

#### Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen gjeld frå 01.01.12 med grunnlag i Folkehelseleva og Ny kommunal helse- og omsorgslov.



I følgje regjeringa er:

*"Målet med samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.*

*Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.*

*Tjenestene skal ha god kvalitet, ha høy pasientsikkerhet, lav ventetid og være mest mulig tilpasset den enkelte bruker." (Helsedirektoratet sine heimesider, 08.08.12)*

Dette utfordrar fysio- og ergoterapitenesta både med omsyn til krav til kompetanse, mengd ressursar, fleksibilitet og tilgjenge.

#### Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering:

*"Kommunen skal tilby tjenester fra allmennlege, fysioterapeut, sykepleiere samt jordmødre. Kommunen skal videre alene, eller i samarbeid med andre kommuner også ha tilgang på andre yrkesgrupper som ergoterapeuter"*

Dette understrekar naudsynt tverrfagleg kapasitet.

#### Str.prp nr. 1 (2008-09):

*For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten i kommunene, ønsker Regjeringa å øke kommunens finansieringsansvar. De kommunale driftstilskuddene sin andel av fysioterapeutens samlede omsetning bør økes fra dagens om lag 25 % til minst 40 %. Kommunene bør kartlegge det faktiske volum i tjenesten. Det forutsettes at kommunen tilpasser driftsavtaler med kommunens behov for tjenesten. Kommunene oppfordres til å styrke den tverrsektorielle samhandlinga spesielt i forhold til omsorgstjenestens brukere.*

Denne endringa vart innført ved budsjettbehandlinga 2010.



## LOKALE FØRINGAR

### Følgjande kommunestyresaker er lagt til grunn:

- Endringar i organisering av pleie- og omsorgstenesta og legevakt i Kvam (-08)
- Ny legevakt, ambulansestasjon og hjelpemiddelsentral i Kvam - utbyggingsplanar, intensjonsavtale og finansiering (-09)
- Driftstilskot fysioterapeutar – endra finansiering. Søknad om auke i driftsheimlar (-10)

### Faglege styringsdokument

- Utvikling av Lokalmedisinsk senter på Toloheimen (-11)
- Rehabiliteringsplanen (1999)

### Endringar frå saka var oppe 2010.

Fysioterapeutane gjorde i 2011 ei kartlegging av arbeidsoppgåver og tidsbruk. Det kom fram at arbeidsinnsatsen tilsvarar 3 årsverk meir enn driftsheimlane tilseier.

Mesteparten av denne innsatsen vert ytt av dei fysioterapeutane som har under 100 % driftstilskotsheimel, resten som tidsbruk utover avtalt arbeidstid (finansiert med eigenbetaling og trygderefusjon). Økonomisk konsekvens ved omlegginga for dei fysioterapeutane som arbeider 100 %, men som har eit lågare driftstilskot, er at inntekta til desse har gått ned, då relativt mindre vert refundert frå trygda.

Endringa frå 2010 og auka tidlegutskrivning frå sjukehus p.g.a. Samhandlingsreforma, har medført fylgjande endringar i tidsbruk og ventetider:

- Det vert jobba tre årsverk utover dei normerte stillingane.
- Det er brot på serviceerklæringane, jfr. årsmeldingane og avviksmeldingar (gjeld born og institutta).
- Med nedlegging av Hagahaugen rehabiliteringssenter fekk me fleire pasientar med akutte behov, spesielt på institutta.
- Etter samhandlingsreforma kom, set det større krav til alle om kortare responstid på både behandling og tilrettelegging. Større krav til dekning i feriar (gjeld både fysio- og ergo, spesielt dei som jobbar på behandlingsavdelinga).
- Institutta tilviser fleire born til barnefysioterapeutane.
- Brukarane blir meir spreidd plasserte, slik at det vert meir tid brukt på køyring og tverrfagleg samarbeid.
- Permisjonssøknader grunna arbeidsmengd, meir private tenester.



«Motorik kan oppfattes som meget mere end blot at bevæge sig; det drejer sig om, at blive et handlende og forstående menneske gennem samspillet med omverdenen».  
(Peter Thybo, 2012)

## 12. BEHOVSVURDERINGAR

Eit hovudmål for planarbeidet er å dimensjonera fysio- og ergoterapitenesta for å sikra eit forsvarleg nivå og kvalitet på tenesta. Dette må sjåast i samanheng med nytt regelverk, samhandlingsreforma, statlege satsingar, noverande behov og utviklingstrekk i kommunen, folks rettar og forventningar. Ein viktig intensjon i samhandlingsreforma er å redusera sosiale skilnader i helse.



### TENESTER TIL BORN OG UNGE (0-18 ÅR)

Born med funksjonsvanskar med deira familiar får tenester hos barnefysioterapeutane. Mykje av arbeidet går med til undersøking, igangsetjing av tiltak, oppfølging og samarbeid med andre aktørar. Dette skjer mykje i borna sine naturlege miljø, som heime, i barnehage, skule og skulefritidsordning. Nokre born/ungdom får òg tilbod ved institutta der dette er mest eigna. Spesielt vert psykomotorisk fysioterapeut nytta til born som har vore utsette for traumer og/eller har psykiske plager, jfr satsing på psykiatrien. Ergoterapeuten er inne på dei borna som har store behov for tilrettelegging.



Utgreiing av born har vore aukande. Dette gjeld ikkje berre lokalt, men også nasjonalt. Utviklinga gjer at ein lettare kan avdekka spesifikke vanskar, og det vert stadig nye behandlingmetodar. Samarbeidspartnarane her er både 2.- og 3.linetenesta. Arbeidet er elles tufta på tverrfagleg samarbeid rundt heile familien.



Dei for tidleg fødde borna er ei gruppe som me ser meir av som fylgje av medisinske nyvinningar. Me har interne rutinar for når dei skal tilvisast frå helsestasjonen. Desse krev oppfølging over tid, og behovet er aukande. Trenden her er òg at kommunehelsetenesta får meir ansvar for desse borna. Det fins sentrale retningsliner for oppfølging av desse borna.

Fysioterapitenesta er ein del av helsestasjonen. Me driv fast 4mndr gruppe med fokus på motorisk utvikling. Dette er ein del av å skapa nettverk rundt familiar og vert drive i lag med helsesystrene. «IS-1798, Utviklingsstrategi for helsestasjon og skulehelsetjeneste» vektlegg at fysioterapeut er viktig innafor fleire område som over- og undervektsproblematikk, ergonomi og førebygging av psykosomatikk, spesielt retta mot ungdomsåra og svangerskapsomsorga. Det vert i dag lite gjort innafor skulehelsetenesta p.g.a. manglande ressursar. I fylgje vegleiaren for skulehelsetenesta, er det stipulert 7% fysioterapistilling pr. 100 skuleborn. I Kvam er det ca 1600 elevar. Dette tilseier 112% meir stilling enn i dag.

Sjefsfysioterapeuten har 50% stilling, og til stillinga er det knytta barnefysioterapioppgåver. Leiaroppgåvene har vore aukande når kommunen skal gje meir og samansette tenester (systemarbeid, samordning, prioritering). Dette gjer at det i realiteten er ein reduksjon i tilbodet til born, medan oppgåvene er aukande. Meir ressursar bør kanalisert inn mot born og unge sett ut i frå eit samfunnsperspektiv.



## **TENESTER TIL DEN VAKSNE, YRKESAKTIVE DELEN AV BEFOLKNINGA (18-67 ÅR)**

Fysioterapi til denne delen av innbyggjarane i Kvam, blir hovudsakleg utført ved fysioterapiinstitutta i Strandebarm, Norheimsund, Øystese og Ålvik.

Prioriteringane i spesialisthelsetenesta påverkar også kommunehelsetenesta. Når liggjetida i sjukehusa vert redusert, og stadig fleire får dagbehandling, inneber dette ofte behov for rask og meir spesialisert behandling heime i etterkant. Frå 1999 til 2007 auka for eksempel antalet ortopediske inngrep ved norske sjukehus med totalt 57%. Antalet inngrep knytta til kneartrose auka med 64% frå 1999 til 2007, mens antalet skulderoperasjonar auka med 177% i same perioden. Dette er noko ein ser i Kvam også, der ortopediske operasjonar er den pasientgruppa som har auka mest. Ortopedioperasjonane har fortsatt auka etter 2007. Dei mangfoldige og stadig forbetra operasjonstilboda gjer at fleire i dag treng postoperativ fysioterapi. Opptreningsperiodane er ofte lange, gjerne opp mot eit år.

Likeins fører kortare liggjetid på sjukehusa i høve til samhandlingsreformen, til større press på ergo- og fysioterapitenesta lokalt. Pasientane kjem tidlegare heim, er i tidlegare rehabiliteringsfase og kan ikkje stå på venteliste. Fleire pasientar i akuttfasen gjer at det vert lengre ventetid for kronikarar og forebyggjande arbeid (gul og grøn sone i prioriteringsnøkkelen). Utfordringane framover vert å møta desse utfordringane og eventuelt omprioritera om ikkje ressursane føl med det aukande behovet.

Forekomsten av kreftpasientar som har behov for tilrettelegging og behandling heime, har også auka dei siste åra. Både ergoterapeutar og fysioterapeutar bistår her med viktig kompetanse, og det må ofte reagerast raskt overfor denne målgruppa.

Gruppa med eldre brukarar (over 67 år) av institutta er høgare i utkantane enn i sentrale strok i kommunen. Tilbodet til denne gruppa er med å oppretthalda deira funksjonsevne og aukar deira høve til å bu lengre i eigen heim. Desse har også mindre evne til å flytta på seg for å få behandling i andre delar av kommunen.

Unge, utrente og i fysisk dårleg form ser ein også er og vert ein aukande utfordring. Stadig oftare ser ein ungdommar frå skulealder og oppover med debuterande muskel- skjelettplager. Desse møter me igjen når dei går inn i arbeidslivet med lågare toleevne og oftare sjukmeldingar.

Kvam har også siste åra fått mange nye innbyggjarar frå ulike land og kulturar. Ein del har busett seg i kommunen etter at det har vore flyktningmottak her. Mange har også komme pga arbeidsinnvandring. Desse har ulike erfaringsbakgrunnar og kulturelle ulikskapar som stiller nye krav til helsetilbodet i kommunen. For fysio- og ergoterapeutane gjev dette nye faglege utfordringar, krev tverrfagleg samarbeid og totalt meir tid frå terapeutane.

Auka behov for fysioterapitenester i kommunane som ikkje er dekkja opp ved fleire driftstilskotsheimlar, gjer at ein i byar og tettstrok byrjar å få eit tilbod av fysioterapeutar som driv utan tilskot. Desse tar høgare eigenandelar for å dekkja inn manglande driftstilskot. Dette medfører at dei som kan betala, kan komma til hos fysioterapeut tidleg. Dette skaper ulikskapar i samfunnet. Samstundes misser ein då heilskapstanken som pregar fysio- og ergoterapigruppa i Kvam.



## TENESTER TIL ELDRE (+ 67 år) OG VAKSNE/ELDRE MED SAMANSETTE BEHOV



Fram mot 2050 vil Noreg få ein monaleg auke i antal eldre, personar over 67 år vil bli meir enn dobla. Samstundes vil antal personar i yrkesaktiv alder (16-66 år) per person 67 år og eldre bli redusert. Kvam herad har ein høgare andel eldre (65+) enn landsgjennomsnittet, og dette gjeld spesielt i aldersgruppa over 80 år. I 2011 hadde Kvam 55% fleire personar over 80 år samanlikna med gjennomsnittet, og det er forventa ei stor auke i denne gruppa i Kvam frå ca år 2020 og framover i tid. Dei siste åra er det først og fremst talet på tenestemottakarar under 67 år som har auka i den kommunale omsorgstenesta. Det er grunn til å tru at dette og vil auka i åra framover. I tillegg ser ein stor auke i sjukdomar som kan vera knytt til levevanar og helseåtfærd som folk vil leva med livet ut. Kronisk obstruktiv lungesjukdom, diabetes, demens, kreft og psykiske lidingar, er sjukdomar som er i vekst. Desse utgjer samstundes grupper med store og dermed aukande samhandlingsbehov.



Kvam herad har dei siste åra hatt stor satsing på at eldre skal bu lengst mogeleg i sine egne heimar, inklusivt omsorgsbustadar. Antal institusjonsplassar er redusert, medan talet på omsorgsbustadar har auka monaleg. Å leggja til rette for at eldre kan bu lengst mogeleg heime, krev tverrfagleg arbeid i form av tilrettelegging av bustad, søking av hjelpemiddel, funksjonstrening og rettleiing til pasient, pårørende og PLO. Ein del av pasientane har god nytte av faste opphald ved rehabiliteringsavdelinga for å få eit løft i funksjonen, og dermed klara seg lengre i eigen heim.

For å møte helseutfordringane, har ein i deler av Danmark, Sverige og no i Noreg starta med ulike former for «kvardagsrehabilitering». Dette er noko ein ser behov for også i Kvam. Kvardagsrehabilitering skil seg frå ordinære pleie- og omsorgstenester ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikkje vert gitt før brukarane har fått ei vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Treninga vil foregå på stad og tidspunkt då aktiviteten naturleg skjer, og innsatsen er tverrfagleg. Ergoterapeutar og fysioterapeutar, samt sjukepleiarar med rehabiliteringskompetanse, er faglege pådrivarar og står for opplæring av pleiarar og heimhjelparar. Kvardagsrehabilitering er basert på ein intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av opptrening etter som aktivitetsfunksjonen vert betra.



Behandlings- og rehabiliteringsavdelinga på Toloheimen er ei aktiv avdeling som krev mykje av fysio- og ergoterapitenesta. Auka trykk frå sjukehus i samband med utskrivingsklare pasientar, medfører at pasientane kjem tidlegare frå sjukehus og at fleire er innom denne avdelinga enn tidlegare. Dette gjev auka krav til utgreiing, behandling og oppfølging frå fysio- og ergoterapeutane. Terapeutane må i større grad enn tidlegare vera tilgjengeleg kvar dag, også i feriar, og det er forventet kort responsetid på desse pasientane. Det er samarbeid mellom fysioterapeutar i kommune, rehabiliteringsavdeling og private, før, under og etter opphald i avdelingane så langt det er mogeleg. Ein freistar også å henta inn naudsynt kompetanse til rett brukar og til rett tid.



Det er blitt satsa på å halda gruppetilbod i alle sonene i kommunen, og dette er no etablert. Fokus er å gje eit tilbod til dei som ikkje kan eller ynskjer å nytta seg av allereie eksisterande gruppetilbod i regi av ulike lag. Treninga er tilrettelagd etter samansetjinga i gruppa. Trening i gruppe er motiverande, gjev auka effekt, og er ikkje minst sosialt for deltakarane. Gruppetrening er eit viktig førebyggjande tiltak i tråd med det nye lovverket.



Fall førekjem hyppig hos eldre og forekomsten aukar sterkt med alderen. Årsakene til fall er ofte fleire og samansette, og det er derfor naudsynt med ei samansett tilnærming for å førebyggja fall. Eit hoftebrot kostar mellom 250 000 og 1 million kroner første året (snitt 340 000 kr), i tillegg til den personlege kostnaden i form av smerte, tap av funksjon o.l. Spesifikk trening har vist seg å vera den viktigaste enkeltfaktoren som førebyggjer fall. Fysio- og ergoterapeutane i Kvam har utgreidd høve til å starta med fallførebyggjande grupper i kommunen. Dette arbeidet synte at det ikkje ressursar til dette no. Det er eit tilrådd tiltak i framtida.



Kvam herad har gode tradisjonar for fokus på forflytningsteknikk i pleie og omsorg, og kommunefysioterapeutane er drivkrafta i dette arbeidet. Det er laga egne rutinar på dette, det er etablert «forflytningskontaktar» i alle sonene, og det vert gjennomført opplæring i forflytningsteknikk for alle nyttilsette og sommarvikarar i pleie og omsorg i kommunen. Dette er eit viktig førebyggjande arbeid for på best mogeleg måte nytta pasientane sine egne ressursar og gjera forflytningane lettare for pleiarane.



Stadig fleire teknologiske nyvinningar og kognitive hjelpemiddel vil i framtida verta tilgjengeleg for heimebuande brukarar. Spesielt i demensomsorga vil dette vera nyttig. Dette vil krevja tidleg intervensjon og kartlegging, samt tilrettelegging. Ergoterapeuten har ei sentral rolle i dette arbeidet.

## 13. KONKLUSJON OG HANDLINGSPLAN FOR PLANPERIODEN

**Det er ikkje samsvar mellom tenester som vert ytt og stillingar/heimlar. Det vert utført 3 årsverk utover dei stillingar/heimlar ein har i dag. I tillegg er det lengre ventelister enn vedteken i serviceerklæringane på fleire fagområder.**

Samhandlingsreforma krev meir førebyggjande arbeid innafor alle aldersgrupper. Spesielt er det behov for å styrkja tilbodet til born og unge. Kvam har ei demografisk utfordring med 55% fleire over 80 år i høve gjennomsnittet. Her vert det ekstra viktig å drive både førebyggjande arbeid og tilrettelegga for å bu i eigen heim. Risikoen er elles auka trykk på pleie- og omsorgstenestene.

Samhandlingsreforma har auka krav til responstid og oppdekking i ferier. Dette set krav til større grunnbemanning når me ikkje har kvalifiserte vikarar som kan brukast på kort varsel.

Frå statleg hald er det fortsatt satsing på tett oppfølging av sjukmeldte. Dette gjer at presset på å komma raskt til behandling, vil fortsetja. Det er tendensar til meir privatisering av tenestene. Dette fremjar sosiale skilnader, og er stikk i strid med samhandlingsreforma. Auka driftsheimlar er naudsynt for å motverka dette.

Det er allereie teke ut ein effektiviseringsgevinst i samarbeidet mellom fastløna og dei med driftsheimlar.

Det er i dag for lite tid til å utvikla tenestene både når det gjeld kvalitetssikring og faglege utfordringar i framtida. Ei av morgondagens satsingar i tråd med samhandlingsreforma, er kvardagsrehabilitering, jfr. Prosjektrapport som er levert nyleg: «*Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*».

Ut i frå dette er det føreslege ein ressursauke:

1. Utviding av eksisterande heimlar i tråd med framlegg til heradstyresak, 125/10
2. Auka ressursar til barnefysioterapi.
3. Auka ergoterapiressursane, jfr. prosjektrapport "Utvikling av lokalmedisinsk senter på Toloheimen".
4. Auka grunnbemanning for eldre/vaksne for å dekkja opp behovet ved tidleg sjukehusutskrivning og førebygging, jfr samhandlingsreforma og prosjektrapport "Utvikling av lokalmedisinsk senter på Toloheimen".

### Driftsheimlar:

2014	2015	2016	2017
1,9			

### Fastløna fysioterapistillingar:

2014	2015	2016	2017
1,0 born/unge			
		0,5 eldre/vaksne	

### Ergoterapistilling:

2014	2015	2016	2017
	1,0		

## 14. BUDSJETTMESSIGE KONSEKVENSA

Forslag om auke i personalressursar gjev og økonomiske konsekvensar.

Lønsamt på sikt: Faggrupper som ergoterapeutar, fysioterapeutar, spesialsjukepleiarar, kan i større grad vurderer brukarane sine behov, og stilla relevante krav til meistring. Telemarksforskning (Hjelmebrekke m.fl) konkluderte med at det var økonomisk lønsamt å tilsetja faggrupper med høgare utdanning. Tidlig intervensjon, førebygging og rehabilitering, gjev gevinstar for kommunane.

### Driftsheimlar:

2014	2015	2016	2017
1,9			
713640 kr	713640 kr	713640 kr	713640 kr

Kvart driftstilskot utgjer 375600 kr pr. år. Summane er ikkje justert for evt. auke gjennom dei årlege forhandlingane mellom KS/Helse- og omsorgsdepartementet og NFF. Forhandlingane skal vera slutførte pr. 1. juli kvart år.

### Fastlønna fysioterapistillingar:

2014	2015	2016	2017
1,0 born/unge		0,5 eldre/vaksne	
425 000 kr	425 000 kr	637 500 kr	637 500 kr

Det er her teke med sosiale utgifter og trekt i frå fastlønstilskotet på 173280. Det er ikkje teke høgd for lønsauke eller endringar i fastlønstilskotet.

### Ergoterapistilling:

2014	2015	2016	2017
	1,0		
	598 000 kr	598 000 kr	598 000 kr

Det er her teke med sosiale utgifter. Det er ikkje fastlønstilskot på ergoterapistillingane.

