



TRONDHEIM KOMMUNE

Enhet for fysioterapitjeneste

Plan for fysioterapitjenesten



Privatpraktiserende og fastlønte
fysioterapeuter i Trondheim kommune

2006 - 2009
April 2006

- **Innledning**
- **Sammendrag**

DEL I – Om fysioterapitjenesten

- 1. Faget fysioterapi**
- 2. Historikk**
- 3. Ressurser**

DEL II – Status – med utgangspunkt i mål og strategier for 2002 – 2005

DEL III – Plan for perioden 2006 - 2009

- 1. Utgangspunkt for framtidig planperiode**
 - 1.1 Innspill fra brukerne**
 - 1.2 Sentrale føringer**
 - 1.3 Kommunale føringer**
 - 1.4 Utfordringer**
- 2. Mål og strategier for planperioden**
- 3. Anbefalt opprapping**
- 4. Gjennomføring og evaluering**

Innledning

I juni 1997 ble Ot prp nr 47 vedtatt med *Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell*. Endringene innebar at refusjon til fysioterapeuter uten driftsavtale med kommunen ble avvirket fra 1.7.1998. Trondheim kommune satte da ned en arbeidsgruppe som skulle arbeide fram en plan for utvikling av en fysioterapitjeneste hvor private og fastlønte fysioterapeuter samhandler og utfyller hverandre om prioriterte oppgaver.

Første del av arbeidet ble avsluttet i 1998 med inngåelse av 16,3 nye avtalehjemler med virkning fra 1.7.1998. Arbeidet med planen ble gjenopptatt i forbindelse med omorganisering av helse- og omsorgstjenestene våren 2001.

Plan for fysioterapitjenesten i Trondheim kommune 2002 – 2005 ble godkjent av Formannskapet 23.april 2002, arkivsak 02/09513. Denne omfattet både privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale og fastlønte fysioterapeuter. Planen er nå rullert og gjelder for perioden 2006 – 2009. Fysioterapeuter som er tilsatt i andre enheter som Trondheim rehabiliteringssenter og forvaltningskontorene omfattes ikke av gjeldende plan.

Planarbeidet bygger på følgende lover og avtaler:

- Lov om helsetjeneste i kommunene, 1982
- Lov om helsepersonell, 1999
- Lov om pasientrettigheter, 1999
- Avtale mellom Kommunenes sentralforbund og Norske Fysioterapeuters Forbund om privat praksis for fysioterapeuter etter Lov om helsetjeneste i kommunene, herunder drift av selskap
- Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell, endring i Lov om folketrygd gjeldende fra 1.7.1998.

Sammendrag

Fysioterapeutene yter hovedsakelig individrettet tjeneste og *samarbeider med tjenestemottakeren* og familien for å få et treffsikkert og individuelt tilpasset tilbud, og det skal også etableres system for brukermedvirkning når det gjelder tjenesteutvikling. I 2005 er det registrert 1130 barn/unge og 1315 voksne/eldre med aktiv oppfølging.

Ved tjenesteutvikling legges prinsippene i Nasjonal strategi for *kvalitetsforbedring* til grunn. Det betyr at tiltak skal være virkningsfulle og bygge på oppdatert kunnskap og på brukererfaringer, de skal være samordnet, preget av kontinuitet og utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede for brukeren. Ressursene skal utnyttes på en god måte, dvs. rett tjeneste, til rett tid og på rett måte. Tjenesten skal være tilgjengelig og rettferdig fordelt.

Det er 44,75 fastlønte fysioterapeuter (inklusive 5 turnuskandidater) i Enheten, og det har vært utstrakt bruk av *øremerkede ressurser* i foregående planperioden. Dette har vært nødvendig på det stadiet, men som det fremgår av rådmannens budsjettefte for 2006 foreslår vi nå en *oppmyking* av dette. Årsaken ligger i at det går ut over *fleksibiliteten* i tjenesten, dvs. muligheten for å styre ressursbruken mot skiftende pressområder. Det kan også medføre unødig bytte av fysioterapeut for brukere. *Styring av ressursbruk* og ivaretagelse av prioriterte målgrupper kan skje gjennom bruk av prioriteringsnøkkel, lederavtale, krav til rapportering, og økt bruk av individuelle avtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter til styring iht. prioriterte områder.

Utviklingstjenesten (november 2004) foretok en evaluering av ressursbruken og *ressursfordelingen* ved fysioterapitjenesten når det gjelder fordelingen *mellom barn/unge og voksne/eldre*. Det er ikke

funnet forhold som taler for endring av dagens fordeling, men det må da tilføyes at vi mangler kriterier å vurdere ressursfordelingen etter.

Det er prioriteringsnøkkelen som styrer prioriteringer ved nye henvendelser, men den egner seg ikke for å styre ressursbruk og omfang. Dagens ressursfordeling er basert på historikk, erfaringer, faglig skjønn og henvisninger. Dagens ressursfordeling mellom barn og voksne anbefales derfor videreført, men bør evalueres årlig i forbindelse med budsjettarbeidet. Man bør også se på mulighetene til å finne kriterier for ressursfordeling mellom barn og voksne.

Når det gjelder *ressursfordeling mellom folkehelsearbeid og individrettet oppfølging*, så anbefaler vi en forsiktig opptapping av ressursbruken til folkehelsearbeid til inntil 10 % (mot ca 6,5 % i dag) av dagens rammer for fastlønte fysioterapeuter, medregnet prosjekter. Med folkehelsearbeid menes her arbeid mot hele eller grupper av befolkningen. Fordelingen mellom barn/unge og voksne/eldre innen folkehelsearbeid bør følge den generelle ressursfordelingen mellom barn og voksne. Den foreslåtte økningen utgjør 1,6 årsverk totalt.

Privatpraktiserende fysioterapeuters rolle i samarbeid med fastlønte fysioterapeuter om enkeltbrukere bør tydeliggjøres bedre i kommende planperiode. Dette gjelder særlig funksjonshemmede barn og voksne med kroniske lidelser, herunder tilbud til personer med psykiske lidelser. Antall driftstilskudd er fordelt mellom 94 personer, og Enhet for fysioterapitjenester skal ivareta det kommunale ansvaret overfor denne gruppa. Et bedre samarbeid om kommunale satsingsområder betinger større involvering fra ledelsens side, og vi anbefaler derfor at enhetsleder får frihet til å styrke sin administrasjon for å ivareta dette, om mulig gjennom friske midler.

Organisatoriske forhold er nylig gjennomgått og endringer er gjennomført. Det foreslås ingen nye endringer i kommende periode. Det må imidlertid arbeides videre for å bedre samarbeidsavtaler og samarbeidsrutiner med det store mangfoldet av samarbeidende enheter.

Det bør utvikles felles rutiner og metodikk med Barn – og familietjenesten og med hjemmebaserte tjenester når det gjelder folkehelsearbeid og individuell oppfølging av funksjonshemmede barn og eldre.

Det må legges mer vekt på at særlig eldre må *få tilbud tidligere* enn i dag. Dette er begrunnet både ut fra effekten av tiltak og at begynnende funksjonsnedsettelse som ikke blir gjort noe med øker i ventetiden. Samtidig er det vanskelig å få til å styrke tidlig intervensjon gjennom omprioriteringer fordi behovet også er stort for eldre funksjonshemmede barn, og utfordringene når det gjelder hjelpetrequende eldre (eksempelvis knyttet til utskrivingsproblematikk) gir heller ikke rom for nedtrapping.

Samarbeidet med *frivillige lag og organisasjoner* videreutvikles for å fremme folkehelsen gjennom informasjon og etablering av tiltak. Enheten legger til rette for likemannsarbeid for sine brukergrupper. Enheten etablerer samarbeid med FYSAK-Trondheim som kan bistå i det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet i utvikling av tiltak for økt fysisk aktivitet.

Det er vanskelig å dokumentere eksakt behov for en tjeneste som fysioterapi. Kartlegging av behov avhenger i stor grad av informasjon til befolkningen og kunnskap i øvrig tjenesteapparat, og ikke minst av hvilket kartleggingsverktøy (IT) kommunen bruker. KOSTRA-tall er så dårlig kvalitetssikret på dette området at vi velger ikke å bruke den, og legger heller vekt på signaler fra brukere, samarbeidspartnere og interne erfaringer.

Følgende opptrapping anbefales:

Folkehelsearbeidet (rettet mot hele eller grupper av befolkningen)

- Styrking av rammene med opptrapping av folkehelsearbeidet inntil 15 % av rammene til de fastlønnede fysioterapeutene (ca 2,25 årsverk tilsvarer rammeøkning på ca 522.000).
- Tiltak for barn og eldre for å bedre helsen og forebygge funksjonssvikt, f eks helsefremmende tiltak rettet mot barn og unge (særlig i grunnskole og videregående skole), opptrapping av tiltak relatert til fallproblematikk, videreutvikling av gruppetilbud og samarbeid med frivillige lag og organisasjoner

Begynnende funksjonsnedsettelse - habilitering og rehabilitering

- Ett årsverk pr. bydel til en kostnad på ca 1 mill for å øke kapasiteten i oppfølging av enkeltbrukere i alle aldersgrupper.
- Fysioterapiressurser må legges inn ved utbygging av nye sykehjem eller økt antall heldøgns omsorgsboliger (eksempelvis ved Øya sykehjem). Ressursbehovet vil avhenge av hvorvidt sykehjemmet er tiltenkt en funksjon med aktiv rehabilitering eller lagtidsplasser. En aktiv korttidsavdeling på 20 plasser bør ha tilgang på fysioterapi tilsvarende 1-2 årsverk (ett årsverk = ca kr 232.000).

Oppfølging og rullering av planen vil skje gjennom økonomiplan og budsjett, og lederavtalene med enhetsleder. Anbefalinger i Del III - pkt 3 legges til grunn dersom det ikke skjer endringer av statlige eller kommunale føringer som skulle tilsi noe annet.

Planen følges opp og evalueres årlig. Dette gjøres som del av egenrapportering i forbindelse med lederavtalen.

DEL I – Om fysioterapitjenesten

1. Faget fysioterapi

For å bli godkjent som fysioterapeut i Norge kreves 3 års høyskoleutdanning og 1 års turnustjeneste. Fysioterapeuter har spesiell kompetanse om kropp og bevegelse i et helseperspektiv, herunder kunnskap om hvordan kroppslige reaksjoner og sykdommer kan henge sammen med opplevelser og livssituasjon.

Denne kompetansen gjør fysioterapeuter til en viktig bidragsyter innen folkehelsearbeid, habilitering og rehabilitering. Med utgangspunkt i selvstendige vurderinger og evalueringer iverksettes behandling og andre tiltak rettet mot enkeltindivid og grupper. Målene for tiltakene vil ofte være å bedre fysisk og psykisk funksjonsevne gjennom en kroppslig læringsprosess. I tillegg kan fysioterapeuten bidra med tilpasning av kompenserende hjelpemidler, samt planlegging og tilrettelegging av fysiske omgivelser. Det store spekteret av arenaer som det forventes at tjenesten skal ytes på, utfordrer enheten til samarbeid med et bredt spekter av aktører i mange ulike og skiftende samarbeidsformer på tvers av enheter og forvaltningsnivå. Fysioterapi kan inngå som deltjeneste sammen med flere samarbeidspartnere, eller utøves som en enkeltstående tjeneste i behandlingsøyemed.

2. Historikk

Før *Kommunehelsetjenesteloven* trådte i kraft i 1984 var all fysioterapi utenfor institusjon organisert

som privat virksomhet. I denne loven ble fysioterapitjeneste lovpålagt. Samtidig fikk privatpraktiserende rett til avtale med kommunen. Det ble deretter to ulike tilknytningsformer til kommunen, privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunale avtaler (driftsavtale) og fastlønte fysioterapeuter.

- 1992: Kommunen ble inndelt i 6 distrikt, og alle fysioterapeutene ble organisert inn under helseenheter sammen med ergoterapeuter, leger og psykiatriske sykepleiere.
- 2001: Fastlønte fysioterapeuter ble samlet i en enhet, Enhet for fysioterapitjenester, mens fysioterapeuter med driftsavtale fortsatt ble organisert inn under Enhet for legetjeneste og fysioterapeuter med avtaler (ELF)
- 2002: Plan for fysioterapitjeneste 2002 – 2005 ble vedtatt. Det ble vedtatt at man skulle vurdere å samle private med driftsavtale og fastlønte i en enhet.
- I 2003 ble privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale og fastlønte fysioterapeuter samlet inn under Enhet for fysioterapitjenester.

3. Ressurser

De fastlønte fysioterapeutene er lokalisert i bydelene, og tiltakene utføres på brukernes ulike arenaer som helsestasjon, barnehager, skoler, fysikalske institutt, sykehjem, brukers hjem, arbeidsplasser og ulike fritidsarenaer. Hver bydel har tilrettelagte treningslokaler og behandlingsrom.

Vi har valgt å ikke bruke sammenligningstall fra KOSTRA da kvaliteten ikke er god nok på disse tallene, men tallene indikerer at vi ligger under både landsgjennomsnittet og ASSS –kommunene, også om vi inkluderer fysioterapeuter tilsatt i andre kommunale enheter. I regi av ASSS er det startet et samarbeid med andre storkommuner for å bedre kvaliteten på slike data innen helsetjenestene.

TABELL: Utvikling, fordeling av årsverk i Enhet for fysioterapitjenester i planperioden, pr 31/12.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Fastlønte	34	38,95	46,95	41,25	44,25	44,75 hvorav 5 årsverk er turnuskandidater (uendret i perioden)
Private	Annen enhet	Annen enhet	75	75	75	75 hele driftstilskudd fordelt på 94 personer
Administrasjon	2	2	2	2	2	2

Som vi ser har enheten fått en del nye årsverk siden 2001. Nedgangen i 2004 skyldes overføring av stillinger til forvaltningskontorene for å sikre tverrfaglig kompetanse ved hvert kontor (barn og voksne). Styrkingen i 2006 gjelder øremerkede psykiatrimidler.

Øremerking av ressursbruk

Tjenesten er styrket i perioden. Styrkingen handler ikke om en justering iht. befolkningsveksten, men om målrettet og øremerket tilførsel av ressurser inn mot prioriterte områder innen eldreomsorgen, eksempelvis korttidsavdelinger ved sykehjem og innsatsteam. I 2004 ble det i tillegg øremerket ressurser inn mot barne- og familietjenestens tiltaksenheter.

Fordelingen mellom barn og voksne

Ressursfordeling mellom barn/unge og voksne/eldre ligger i dag på 17 årsverk barn/unge og 22 årsverk voksne/eldre. I tillegg er det 5 årsverk øremerket turnuskandidater som dekker både barn/unge og voksne/eldre. Ressursene har vært fordelt på basis av henvendelser og historisk tall for dette over de siste årene.

Prioriteringsnøkkel har vært brukt for å sortere individuelle henvendelser for førstegangsbesøk. Prosentvis fordeling etter prioritet i perioden 01.01.05-31.12.05:

Status ved utgangen av 2005:

Prioritet:	1	2	3
Prosent fordeling barn	53 %	30 %	17 %
Prosent fordeling voksne	63 %	26 %	11%

Individuelle tiltak

Antallet *henvisninger* på voksne/eldre utgjør 64 %, og henvisninger på barn/unge utgjør 36 % (2005-tall). I tillegg kommer henvisninger til innsatsteam hvor målgruppen er eldre. Tar man høyde for denne justeringen, er antall henvisninger fordelt på barn/unge og voksne/eldre 31 % - 69 %. I 2005 er det registrert 1130 (41 %) barn/unge og 1315 (59 %) voksne/eldre med aktiv oppfølging. Vi ser en dreining i de individuelle oppgavene ved at andelen voksne og eldre har økt når det gjelder førsteprioritet i denne planperioden.

Etterspørselen har vært økende og i perioder er det ventelister på flere uker. Andelen som har 1 prioritet, øker mest. Prioritetsnøgkelen ble revidert i 2005 med blant annet spissing av det som kommer inn under førsteprioritet.

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeidet som fysioterapeutene utøver har vært en liten del av arbeidstiden sammenlignet med den individuelle innsatsen i mange år. Interessen og ønsket om å jobbe mer helsefremmende og forebyggende har hele tiden vært tilstede. I forbindelse med Plan for Fysioterapitjenesten i 2002 fikk dette mer fokus.

Ressursbruk til folkehelsearbeid (tiltak rettet mot befolkning, individuelt forebyggende arbeid ikke medregnet) pr 31.12.2005:

Totalt er det i 2005 benyttet ca 6,5% av ressursene til de fastlønte (ca 2,90 årsverk) til helsefremmende/ forebyggende arbeid:

- 1,25 årsverk til barn og unge
- 1,00 årsverk til voksne og eldre
- 0,65 årsverk til tidsangitt prosjektarbeid

Tallene er et anslag ut fra utførte tiltak, og ikke basert på tidsregistrering for hver fysioterapeut. Av 1,25 årsverk til barn og unge anvendes 1 årsverk til arbeid i den videregående skole, med utspring i prosjektet "Kroppsforståelse og læring". Resten (0,25) fordeles på de øvrige fysioterapeutene i bydelene. Dette handler primært om undervisning, råd og veiledning.

På voksenområdet er det ingen faste eller spesielle tiltak, så hele rammen på 1 årsverk er beregnet ressursbruk til gruppetilbud, undervisning, råd og veiledning (f eks når det gjelder fallforebygging). I 2003 – 2004 var 0,20 årsverk avsatt til prosjektmedarbeider i "Fallskjermprosjektet", mens det for 2005 og 2006 er avsatt 0,30 årsverk for prosjektmedarbeider i "Treningsgrupper for å forebygge fall" (delvis dekket av tilførte prosjektmidler). Fra april 2004 med virkning ut 2006 har enheten finansiert 0,35 årsverk til koordinatorfunksjon for "FYSAK-Trondheim". FYSAK-satsingen er initiert av sosial og helsedirektoratet og vedtatt i bystyret.

DEL II - Status - med utgangspunkt i mål og strategier for 2002 – 2005

Følgende er en gjennomgang av hva som er oppnådd i henhold til mål og strategier som ble vedtatt i forrige planperiode.

Overordnet mål for fysioterapitjenesten i Trondheim kommune

Trondheim kommune har en fysioterapitjeneste som gjennom fleksibel organisering, kvalitetsbevisste medarbeidere og kunnskapsbasert utøvelse, medvirker til bedre opplevd helse blant byens befolkning og hos prioriterte grupper i tråd med nasjonale og lokale føringer.

I tråd med overordna målsetting er fokus fleksibilitet og kvalitet i tjenestetilbudet med mål om at tiltak skal være basert på oppdatert kunnskap om effekt. Dette ligger som basis i alle delmålene og innhold i tiltakene.

I planperioden har vi sett effekt av å være en byomfattende tjeneste ved at vi nå har større fleksibilitet i forhold til ressurser og bruk av spisskompetanse uavhengig av bydelsgrenser. Det samme gjelder gruppebehandling som nå samkjøres på tvers av bydelene. I 2003 ble privatpraktiserende innlemmet i samme enhet. Dette har gitt bedre mulighet til å utnytte ressursene og vil ha sterkere fokus i neste planperiode. Flexibilitet forringes imidlertid med mye øremerking av ressurser.

Hovedfokus i denne perioden har vært eldre i tråd med føringer og øremerket ressursøkning. Eksterne midler og krefter har muliggjort fokus på kunnskapsbasert utøvelse rettet mot fall og fallforebyggende arbeid. Vi er derfor godt i gang i forhold til nye kvalitetsforskrifter som nå foreligger.

Brukerundersøkelse gir tilbakemelding på å bli møtt med respekt og ivaretagelse. I tillegg sier 7 av 10 bruker at de har tro på at igangsatte tiltak har virkning på funksjon på lang sikt.

Hvert målområde hadde retningsgivende strategier for arbeidet i perioden. Disse er fulgt godt opp gjennom virksomhetsplan med konkrete tiltak og utviklingsprosjekter. Noen tiltak er fullført, mens andre er igangsatt og videreføres inn i ny planperiode.

Målområde 1- Mestring:

Fysioterapitjenesten skal legge sitt arbeid til rette for at befolkningen tar ansvar for egen helse og kan utnytte egne ressurser.

Hva er gjort:

- I utvikling og tilrettelegging av tiltak til den enkelte bruker legges det vekt på ressurser og mestring.
- Det er fokus på bruk av individuell plan (IP) for hele tjenesten
- Gjennom FYSAK-satsingen, hvor koordinatorfunksjon er lagt til en av enhetens medarbeidere, er det større fokus på fysisk aktivitet og fysioterapeutenes rolle i å formidle informasjon om tilbud, synliggjøring av udekte behov, barrierer og behov for tilrettelegging og gjelder for alle målområdene. Det samarbeides tett med frivillige lag og organisasjoner, kommunale -/ fylkeskommunale enheter og forskningsinstitusjoner.
- Prosjektet "Ska strø sjø" handler om tilrettelegging og forebygging av fall og er under planlegging av fysioterapeut i samarbeid med lokalt idrettslag og Enhet for arbeid og kompetanse.

Målområde 2 - Eldre:

Fysioterapitjenesten bidrar til at institusjonsopphold og behov for omsorgstjeneste unngås eller utsettes ved å opprettholde/øke fysiske, mentale og sosiale funksjoner og evnen til å klare seg selv lengst mulig i eget hjem.

Hva er gjort:

- *Fallprosjekt*, oppfølgingstiltak i samarbeid med ergoterapitjenesten og St.Olav HF i 2003 er implementert som en fast del av tjenestetilbudet. Egen rapport vil foreligge i 2006.
- *Fallskjermprosjekt*, kompetanseutvikling i samarbeid med HIST, NTNU og St.Olav HF 2003 og 2004. Prosjektet var delvis finansiert av Fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter. Kompetanseheving i hele tjenesten om fallforebyggende arbeid for eldre. Egen rapport vil foreligge i 2006. I tillegg ble det arrangert en tverrfaglige temadag med fokus på samhandling, tiltakskjede og henvisningsrutiner for å fange opp "fallerne" så tidlig som mulig
- *Behandlingsgrupper* for eldre er utviklet og kvalitetssikret til å bli mer målrettet ut fra funksjonsnivå og i tråd med kunnskap om effekt.
- *"Treningsgrupper for å forebygge fall hos hjemmeboende eldre"* - et utviklingsprosjekt i samarbeid med NTNU, St.Olav HF, HIST og frivillige lag og organisasjoner finansiert med midler fra Helse og Rehabilitering 2005 – 2006.
- Samarbeid med HIST og bruk av 1.årsstudenter i gjennomføring av forebyggende treningsgrupper for eldre.
- *"Øvelsesbank for trening av hjemmeboende eldre"* - prosjekt initiert av fysioterapeut startet 2005 med midler fra Fond til etter- og videre utdanning av fysioterapeuter. Nettbasert programvare og planlegges ferdig 2006.
- Informasjon/undervisning/råd/veiledning for personalet i sykehjem, pensjonistforeninger, menigheter og lignende
- Øremerkede ressurser til innsatsteam, soneteam, intermedieravdeling og enkelte korttidsavdelinger ved Havstein sykehjem, Trondhjems hospital, transittavdelingen og Nardo rehabilitering.
- Prosjekt for *"Aktivitet i sykehjem"* - et nordisk samarbeidsprosjekt startet i 2005 og fullføres i 2006.
- Samarbeid med Smerteklinikken St. Olav HF og Undervisningssykehjem Søbstad.
- Samarbeid med korttidsavdeling på Havstein og SLB St.Olav HF (smertelindrende behandling for kreftpasienter)
- Samarbeidsprosjektet *BALAG* (Intensiv oppgavespesifikk opptrening av balanse og gangfunksjon etter akutt hjerneslag) med Slagenheten St.Olav HF.

Målområde 3 - Rehabilitering/habilitering:

Fysioterapitjenesten bidrar i rehabilitering/habiliteringsprosessen for å gjenvinne, bevare og utvikle funksjonsevne hos brukere (barn, voksne og eldre) med ervervet eller medfødt skade/sykdom (somatisk og/eller psykisk) i samarbeid med andre tjenester.

Hva er gjort:

- Etablering og evaluering/utvikling av fire innsatsteam (rehabiliteringsteam)
- Forsøksordning med to nye innsatsteam (soneteam) i 2004-2005. Forsøket handlet om en alternativ organisering til de andre teamene, med fast tilknyttet fysioterapeut (og ergoterapeut) ved Øya og Rosenborg sone. Forsøket ble avvirket ved utgangen av 2005. Modellen har ikke overføringsverdi uten en kraftig økning i antall årsverk.
- Tjenesten er involvert i samarbeid rundt mange brukere med IP. Opplæringsbehov er kartlagt. Kurs og tema i tjenesten på IP er gjennomført..

- Påbegynt arbeid med utvikling av faglig ”standard” i forhold til sterkt funksjonshemmede.
- Behov for utviklingsområder er kartlagt innenfor området barn og unge.

Målområde 4- Forebygging og behandling:

Fysioterapitjenesten bidrar til å redusere antall og omfang av ulykker og skader, belastningslidelser og sykefravær, psykiske lidelser og andre livsstilssykdommer.

Hva er gjort:

- Informasjon / undervisning / råd / veiledning om bevegelsesutvikling i grupper knyttet til helsestasjon.
- Informasjon / undervisning / råd / veiledning om kroppsforståelse og læring på ulike trinn grunn- og videregående skole.
- Øremerket ressurs i videregående skole i oppfølging av prosjekt ”kroppsforståelse og læring”. Egen rapport foreligger.
- Fokusgruppearbeid er gjennomført innen psykisk helsearbeid – et arbeid bare for fastlønte og et annet for privatpraktiserende og fastlønte fysioterapeuter. Egne rapporter foreligger.
- Videreutviklet gruppetilbud for psykisk syke.
- Øremerkede ressurser til Barne- og familietjenestens tiltaksenheter, med større fokus på teamarbeid og tidlig intervensjon.
- Samarbeidsprosjekt 1. linjen i flere kommuner og 2.linjetjenesten i diagnostisering av barn med ADHD er gjennomført. Tjenestens oppfølging av disse barna er kvalitetssikret gjennom fokusgruppearbeid. Prosedyreperm foreligger.
- Pilot ”Aktiv skoleveg” ved Åsveien og Stavset skole pågår i samarbeid med Trygg trafikk, Statens vegvesen og SINTEF.
- Pilot ”Trillegruppe” ut fra Rosten helsestasjon pågår i samarbeid med Trondhjems Turistforening.
- Behandlingsgrupper (sal/basseng) er utviklet og kvalitetssikret i tråd med relevant oppdatert kunnskap om effekt av tiltak.
- Prosjekter for oppfølging av overvektige, henholdsvis barn og voksne er etablert i samarbeid med St. Olav HF.

Målområde 5- Tjenestekvalitet og organisering:

Befolkningen har en tilgjengelig og fleksibel fysioterapitjeneste som er effektiv og yter god kvalitet på tjenestene.

Hva er gjort:

- Samling av tjenesten under felles leder.
- Opprettelse av Samarbeidsutvalg mellom fastlønte og privatpraktiserende fysioterapeuter
- Felles informasjonshefte for privatpraktiserende og fastlønte fysioterapeuter om tilbud er utarbeidet.
- Utviklet rapporteringssystem for fastlønte fysioterapeuter er innført og for privatpraktiserende fysioterapeuter pågår
- Enhetsleder har besøkt alle 31 fysikalske institutt
- Geografisk fordeling av samhandlingsområder mellom fastlønte og privatpraktiserende fysioterapeuter er påbegynt
- Utvikling av felles retningslinjer og prosedyrer (kvalitetssikring) for fastlønte fysioterapeuter. Egen nettside opprettet.
- Medvirkning i utarbeidelse av Gericca - kvalitetsforbedring av journalmal
- Prioriteringsnøkkelen revidert
- Kontinuerlig samarbeid med andre enheter for å få til best mulig kontinuitet, samordning og

- helhet i tiltakskjeden.
- Tema om brukerrespekt og samhandling er satt på dagsorden i tjenesten og brukerundersøkelse gjennomført
 - *Nettverksmodell for fagutvikling* ble innført i 2002 med utgangspunkt i lederavtale med fokus på medvirkning i utviklingsarbeid. Evaluert og justert i 2004 og i 2005 øremerking av ressurser ift fagutviklerrolle for områdene barn/unge, voksne/eldre, institutt og organisering/ tjenestekvalitet med virkning fra 2006.
 - Oversikt over samlet kompetanse laget som grunnlag for kompetanseplan
 - I regi av ”*Fallskjemprosjektet*” er det gjennomført søkekurs for hele tjenesten (litteratur i databaser) og seminar om praksis bruk av sorteringsverktøyet ICF i samarbeid med HIST
 - *Arbeidsmiljøgruppe* er etablert og ½ årlige sosiale samlinger gjennomføres. Egen modell for utvikling av godt arbeidsmiljø er innført.
 - Ressursfordeling mellom bydelene og fordeling barn/unge og voksne/eldre er gjennomført
 - Evaluering av ressursbruk gjennomført. Egen rapport foreligger
 - Egenandel på behandling innført for fastlønte fysioterapeuter

DEL III – Plan for perioden 2006 - 2009

1. Utgangspunkt for kommende planperiode

1.1 Innspill fra brukerne

På dialogmøte med brukerne januar 2006 fikk vi følgende innspill:

Barn/unge:

Bakgrunns materialet viser en overvekt av positive kommentarer. Det trekkes fram at det er mange bra tilbud og at man er fornøyd med fysioterapeuten og spesielt at de kommer hjem.

Gruppetilbudene peker seg ut, med mange positive kommentarer, og at hvert barn blir sett selv om det er gruppeoppfølging. Fysioterapeutene tar tak i de daglige forhold på en god måte og oppleves å være godt tilstede i barnets daglige aktiviteter.

I tillegg kommer det fram at fysioterapirapportene er veldig bra. De er presise på mål, grad av måloppnåelse og tiltak for videre oppfølging.

Ressurser: Negative kommentarer handler om lite ressurser, og at eldre barn blir nedprioritert. Flere tilbud til eldre barn er ønskelig, og det er ønske om flere oppfølgingstilbud etter skoletid.

Brukermedvirkning: Foreldre må bruke mye tid på det andre skulle ha tilrettelagt.

Tjenestekvalitet: Gruppetilbud generelt, fysioterapioppfølging ift daglige forhold og god tilstedeværelse i barnets daglige aktiviteter oppleves god. Skifte av fysioterapeut oppleves som negativt.

Tiltakskjede/samarbeid: Det vises til forbedringspotensial når det gjelder kompetanseoverføring og samarbeid mellom 1. og 2. linjen. Det er mange instanser og personer å forholde seg til, manglende koordinering og oppfølging gjennom oppveksten (hele barn - og ungdomstiden).

Organisering: De fleste negative kommentarer omhandler *systemnivå*, lang ventetid på søknadsbehandling, manglende koordinering, mange instanser å forholde seg til og at foreldre i alt for stor grad må tilrettelegge og tilpasse seg. Det foreslås at fysioterapeuten bør følge barnet også ved flytting til andre bydeler.

Voksne/eldre:

Tilbakemeldingene viser også her en overvekt av positive kommentarer. Mye handler om at brukerne opplever å bli ivaretatt og møtt på en god måte. Gruppetilbudene fremhever seg som et

område mange har positive erfaringer med. Negative kommentarer handler i hovedsak om lite ressurser, nedprioritering/manglende tilbud og forbedringspotensialer mht samarbeidsrutiner, ikke om kvalitet på tjenesten.

Ressurser: Det beskrives forventninger som ikke blir innfridd ift omfang av fysioterapioppfølgingen og ift hva som blir forespeilet fra 2.linjen. Det kommer også fram forslag til alternativ tenkning mht vedlikeholdstrening, f eks samarbeid med treningssentre.

Brukermedvirkning: Det blir satt spørsmålsteget ved hvorvidt mål og tiltak er tydelig nok formulert og på hvilken måte tjenesten avsluttes/hvordan avslutning begrunnes.

Tjenestekvalitet: Gruppetilbudene peker seg ut med mange positive kommentarer også her.

Tiltakskjede/samarbeid: Det som utpeker seg når det gjelder forbedringspotensialet er kompetanseoverføring, samarbeid og kommunikasjon mellom 1. og 2. linjen, hjemmetjenester, personalet på sykehjem/boliger og pårørende fremheves som områder med forbedringspotensialer.

Organisering: Lang ventetid, mye møte- og kursvirksomhet bemerkes som negativt.

1.2. Sentrale føringer

Følgende nasjonale føringsdokumenter er lagt til grunn:

- *Rundskriv IS - I - 2006: Nasjonale mål og hovedprioriteringer*
- *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsesektoren 2005*
- *Utkast til Nasjonal plan for habilitering og rehabilitering (basert på muntlige presentasjoner, ikke ferdig)*
- *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009*
- *NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.*

De satsingsområdene som har relevans for fysioterapitjenesten er folkehelse, psykiatri og tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne (habilitering og rehabilitering). Innen folkehelse pekes det særlig på satsing på fysisk aktivitet og FYSAK- ordningen. Det pekes også særlig på tilrettelegging og oppfølging av barn med funksjonsnedsettelser og deres familier.

Handlingsplan for individuelle rehabiliteringsprosesser ligger til behandling i departementet.

Wisløff-utvalget anbefaler at privatpraktiserende helsepersonell med driftsavtale (fastleger og fysioterapeuter) i større grad trekkes inn i arbeid med samhandlingskrevende pasienter, herunder arbeid med individuell plan. Utvalget anbefaler videre at det gjøres regulering av helsepersonelloven for å sikre dette og at det i avtalene med privatpraktiserende helsepersonell inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav, blant annet for å sikre bedre tjenester til personer med store og sammensatte behov.

Nasjonal strategi for *kvalitetsforbedring* gir kvalitetsindikatorer for tjenestene. Verdigrunnlag og prinsipper skal implementeres på alle nivå i organisasjonen. Tjenestene

- a. skal være *virkningsfulle*, dvs. at tiltakene som iverksettes bygger på oppdatert kunnskap og på brukererfaringer
- b. skal være *trygge og sikre*, dvs. at uheldige eller uønskede hendelser i tjenesteytingen er redusert til et minimum
- c. skal *involverer brukerne* av tjenestene, dvs. at brukeren gis innflytelse både i planlegging og gjennomføring av tjenester på individ- og systemnivå
- d. skal være *samordnet og preget av kontinuitet*, dvs. at tiltakene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede for brukeren
- e. skal *utnytte ressursene* på en god måte, dvs. rett tjeneste, til rett tid og på rett måte
- f. skal være *tilgjengelige og rettferdig fordelt*, dvs. at tjenestene finnes og er innrettet etter

brukernes behov

Samhandling mellom NAV (Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning) og helsetjenesten skal styrkes ved utprøving av modeller for en felles førstelinjetjeneste.

Faglig forsvarlighet innebærer at:

- a. virksomhetens oppgaver er organisert og beskrevet
- b. det rekrutteres personell med nødvendig kompetanse
- c. det gis tilstrekkelig opplæring og etterutdanning av ansatte for å kunne utføre habiliterings- og rehabiliteringsoppgaver
- d. det gjøres bruk av erfaringer fra brukerne til forbedring av tjenesteytingen
- e. det foreligger oversikt over svikt i tjenesteytingen som kan få alvorlige eller uheldige følger for brukeren av tjenester
- f. de ansvarlige for virksomhetene skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer og rutiner for å forebygge svikt i tjenesteytingen og for dokumentere virksomhetenes resultater

1.3 Kommunale føringer

- *Kommuneplan for Trondheim 2001 – 2012*

Noen sentrale målsettinger:

- Tjenestene tilrettelegges slik at de ivaretar den enkeltes evne til å mestre egen hverdag (s.19)
 - Tilrettelegge et mangfold av tjenester som gjennom dialog og forebygging øker eller opprettholder brukerens muligheter til å mestre egen situasjon (s.38)
 - Utvikle tjenester som gir tidlig bistand når evnen til å ivareta daglige gjøremål svikter, samt sette inn tidlig behandling/tiltak ved akutt sykdom og livskrise for å redusere unødig funksjonssvikt og pleiebehov (s.38)
- *Plan for helhetlige habilitering - og rehabiliteringstjenester 2005 – 2008*
 - Privatpraktiserende fysioterapeuter får en tydelig rolle i den helhetlige rehabiliteringsprosessen hos den enkelte bruker.
 - Samarbeid med fastlegen i brukerrettet rehabiliteringsarbeid.
 - Individuell plan benyttes planmessig for å sikre brukermedvirkning og som et verktøy i samhandling.
 - *Plan for folkehelsearbeidet for barn og unge 2006-2009 samt Folkehelsearbeidet for voksne og eldre 2006 – 2009.*

Planen er ennå ikke ferdig rullert pr dato, men følgende områder peker seg ut.

 - Fysisk aktivitet trekkes fram som et viktig område for alle aldersgrupper som synliggjøres gjennom Handlingsplan for FYSAK - Trondheim 2005 – 2006. Et av punktene i mandatet er at arbeidet skal forankres i helsetjenesten. Ny plan for 2007 – 2009 vil foreligge innen utgangen av 2006.
 - Medlemskap i Trygge lokalsamfunn (Safe Community og Healthy City) fra sept. 2005 forplikter kommunen til blant annet å forebygge ulykker gjennom tverrsektorielt samarbeid
 - *Psykatriplan 2002 – 2006*
 - Innen psykisk helsearbeid vil fysioterapi være en del av kommunens virksomhet både når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid, diagnose og behandling, habilitering og rehabilitering. Fysioterapi er en kroppslig innfallsvinkel

i psykisk helsearbeid.

- *Evalueringsrapport for fysioterapitjenesten*
 - Utviklingstjenesten (november 2004) foretok en evaluering av ressursbruken og ressursfordelingen ved fysioterapitjenesten når det gjelder fordelingen mellom barn/unge og voksne/eldre. Det er ikke funnet forhold som taler mot dagens fordeling, men det kommer samtidig fram at vi mangler kriterier for ressursfordeling mellom barn og voksne. Det anbefales å utvikle slike kriterier.

1.4 utfordringer

Samlet oversikt over sykdomsbildet i kommunen finnes ikke, men utfordringene er i tråd med tendensen ellers i landet.

Generelle utviklingstendenser

Mange av utfordringene ved inngangen til forrige planperioden er de samme i dag:

- Befolkningsprognoser
- Økende krav til oppdatert og spesiell kompetanse
- Systematisering og videreutvikling av folkehelsearbeidet
- Helhetlig tiltakskjede og mangfoldet av samarbeidspartnere
- Utvikling av medisinsk forskning/behandling gir økt og mer spesifiserte oppgave
- Mindre kapasitet/ for lite ressurser til å drive med helsefremmende og forebyggende oppgaver
- Satsingen på *Inkluderende arbeidsliv* med tiltak som ofte inkluderer fysikalsk behandling.

Problematikken er spisset og forsterket ved

- økning i livsstilssykdommer spesielt overfor overvekt og for lite aktivitet i alle aldersgrupper
- forventninger til at kommunene skal ta større ansvar for re/habilitering i framtiden,
- problematikken rundt utskrivningsklare pasienter ved St. Olav.

Kvalitet og kompetanseutvikling

Arbeidet med kvalitetsutvikling/sikring er godt i gang, men det er fortsatt viktig å ha høy fokus på dette området, herunder oppfølging av Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling.

Fallskjemprosjektet var et kompetanseutviklingsprosjekt relatert til fallproblematikk. Dette prosjektet har vist nødvendigheten av målrettet prosessarbeid når en ønsker å endre praksis slik at den er i tråd med ny kunnskap. Modellen bør prøves ut på andre fagområder. Fysioterapeutene har mye kompetanse på området barne/unge, men det er behov for utvikling av ens strategier / tilnærminger innen flere fagområder.

En samlet fysioterapitjeneste gir gode muligheter for å arbeide med denne type utfordringer, og det ble i forrige planperiode lagt et strukturelt grunnlag for fagutvikling. Tjenesten preges nå av stor interesse og engasjement, og det ønskes tydeliggjøring og fordypning på mange fagområder. Utfordringen ligger i sterk prioritering av fordypningsområder da dette må gå parallelt med tjenesteutøvelse.

Det er en utfordring å få til *ens registrering og dokumentasjon*, da tjenesten er oppdelt i mange øremerkede stillinger tilknyttet ulike enheter. Godt tallgrunnlag er viktig redskap i planlegging og må forbedres og videreutvikles. I tillegg antas det at vi i dag har en underrapportering av behov for fysioterapi basert på at enkelte aktuelle henvisende instanser vet for lite om hva tjenesten kan bidra til. Eksempelvis ser vi at hjemmetjenesten i mindre grad enn tidligere melder om behov.

Man opplever å ha lite rom for folkehelsearbeid innenfor dagens rammer, og langt mindre enn det

som forventes fra brukere og samarbeidspartnere. Særlig gjelder det forventninger fra Barne- og familietjenestene. Dette utfordrer tjenesten med å tenke nytt og alternativt. På voksenområdet er ikke tradisjonene for folkehelsearbeid like sterk, uten at det betyr at behovet er mindre. Folkehelsearbeid for eldre er viktigere enn noen gang som følge av de store utfordringene vi vil stå overfor i årene som kommer.

1.5 Samhandling

Prosessen med å skape samhandling mellom fastlønte og privatpraktiserende fysioterapeuter ble påbegynt forrige planperioden. Det er fortsatt en lang vei å gå i å skape samhörighet og grunnlag for felles kompetanseutvikling, bedre ansvarsavklaring og målrettet samhandling eksempelvis når det gjelder psykisk helse.

Avtaleverket som regulerer kommunens og den privatpraktiserende fysioterapeutens rettigheter og plikter rundt drift og administrering av virksomheten, gir tolkningsmuligheter. Dette må kvalitetssikres.

Som byomfattende tjeneste blir det ekstra utfordringer når det gjelder utvikling av gode samarbeidsrutiner - og relasjoner med det store spekteret av samarbeidspartnere. Det er mange ulike – og til tider motstridende - forventninger å forholde seg til. Det er en stor oppgave å utvikle en felles forståelse av betydningen av funksjon og fysisk aktivitet. Effekten av fysioterapi er i mange tilfeller avhengig av andre enheters muligheter til å ivareta dette. Det viser seg ofte vanskelig å avslutte tjenester, da egnet oppfølgingstilbud i form av vedlikeholdstiltak og generell aktivisering ofte mangler. Utfordringen ligger i å bedre samarbeid med fastlegene, barne- og familietjenesten, spesialisthelsetjenesten, forvaltningskontor, soner, sykehjem og frivillige lag og organisasjoner. Dette er krevende på ledernivå i en byomfattende tjeneste; mange utvalg å delta i, arbeid med avtaler, samarbeidsrutiner og felles forståelse.

1.6 Ressurser

I 2005 foretok man en vurdering og planlegging av ressursfordelingen ift barn/unge og voksne/eldre i de 4 bydelene. Iverksettelsen har skjedd gradvis, da dette for en del brukere medfører bytte av fysioterapeut og behov for smidige overganger. Pr april 2006 gjenstår det fortsatt litt før omstruktureringen er fullført. Dagens fordeling av ressurser må imidlertid vurderes fortløpende.

Økningen av antall fysioterapeuter i tjenesten i forrige periode med 10 og innlemming av de 75 privatpraktiserende fysioterapeutene i enheten har i perioden ikke utløst økning i merkantile ressurser.

2. Mål og strategier for planperioden

Det skjer raskt endringer i kommunehelsetjenesten, og det er derfor viktig at enhetsleder og rådmann har handlingsrom for å justere tiltak og virkemidler i forhold til endringer og uforutsette utfordringer iht. pressområder. Denne planen legger derfor vekt på langsiktige mål og strategier uten å gå i detalj på tiltak og virkemidler. For beskrivelse av mer detaljerte tiltak vises det til helsekapitlet i rådmannens budsjettforslag samt bystyrets budsjettvedtak, lederavtalen og enhetens virksomhetsplan. Følgende er forslag til strategier for å nå målene for virksomheten.

Mange av tiltakene som er nevnt under Del II må videreføres. Enheten skal fortløpende evaluere sine tiltak og utvikle nye i tråd med ny kunnskap.

Overordnet mål:

Trondheim kommune har en fysioterapitjeneste som gjennom fleksibel organisering, kvalitetsbevisste medarbeidere og kunnskapsbasert utøvelse, medvirker til bedre opplevd helse blant byens befolkning og hos prioriterte grupper i tråd med nasjonale og lokale føringer.

Målområder for kommende periode:

- Barn og unge
- Voksne og eldre
- Fysioterapeuter med driftstilskudd (private institutt)
- Organisering og tjenestekvalitet
- Ressursfordeling

Målsettinger – barn og unge

1. Fysioterapitjenesten skal bidra med kompetanse og inspirasjon slik at barn og unge oppnår helsegevinst gjennom fysisk aktivitet. Oppgaver innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid skal konkretiseres, utvikles og dokumenteres. Tjenesten skal bidra til å utvikle og gjennomføre modeller og piloter som f.eks. ”Ressursukemodell for skolestartere”
2. Fysioterapitjenesten skal særlig prioritere følgende grupper med individuelle tiltak:
 - a. Nyfødte / spedbarn med forsinket og/eller avvikende utvikling.
 - b. Før- og småskolebarn med usikker og/eller umoden motorikk, og hvor dette gir barnet funksjonsproblemer på et eller flere områder.
 - c. Barn med varige funksjonsnedsettelse (oftest med diagnoser) vil ha et mer og mindre kontinuerlig behov for oppfølging så lenge de er i vekst og utvikling, men skal særlig prioriteres de 2 -3 første leveårene og ved overganger som hjem - barnehage, barnehage- skole osv.
3. Fysioterapitjenesten skal samarbeide med Barne- og familietjenesten om å utvikle gode rutiner for å fange opp og gi tidlig hjelp til barn med sammensatte vansker (eks.: barn med adferdsproblemer, psykiske vansker, uro). Dette er barn som trenger tverrfaglig tilnærming, - og hvor fysioterapitjenesten trenger å konkretisere og utvikle sitt bidrag.
4. Kompetanseutvikling gjennomføres med fokus på kunnskapsutvikling og endringskompetanse innen prioriterte innsatsområder (pkt 1 og 2).
5. Samhandling og kompetanseoverføring 1. –2. linjetjenesten er videreutviklet i tråd med samarbeidsavtalens retningslinjer.
6. Nasjonal og lokal plan for habilitering og rehabilitering er fulgt opp.

Strategier:

- Satsing på helsestasjonene som en sentral arena for vår fagutøvelse (jf Rundskriv 1-47/99 Helsestasjonen for barn og unge 0-20 år - eit kraftsenter for helse og oppvekst.)
- Fysioterapiinnsats i videregående skole struktureres ift plan for skolehelsetjenesten og erfaringene overføres til innsatsen i grunnskolen.
- Igangsatte tiltak i samarbeid med FYSAK videreføres og videreutvikles.
- Prosjekter for oppfølging av overvektige barn / unge i samarbeid med St.Olav HF videreføres.
- Samspill mellom offentlig, privat og frivillig virksomhet utvikles og synliggjøres gjennom egenrapportering (lederavtalen).

Det er forventet at tjenesten skal forebygge mer og reparere mindre, samtidig som det er et økende

antall barn som fødes med ulike syndromer, hjerneskader osv. Dette er barn med store begrensninger ift læring av motoriske ferdigheter, og det er en diskusjon om det tilbudet som gis i dag er tilfredsstillende. For å få et bedre grunnlag for prioriteringer mellom disse to områdene bør ressursbruk synliggjøres og rapporteres.

Målsettinger – voksne og eldre

1. Fysioterapitjenesten bidrar til at en større andelen av voksne og eldre er fysisk aktive. Oppgaver innen folkehelsearbeidet systematiseres og følgende områder prioriteres:
 - a) Forebyggende treningsgrupper er igangsatt og utdanning av instruktører er iverksatt. Prosjektene ”Treningsgrupper for å forebygge fall”, og ”Øvelsesbank for hjemmetrening” fullføres.
 - b) Fysioterapitjenesten bidrar til økt forståelse og motivasjon for at eldre tar vare på egen helse. Informasjon/foredrag til pensjonistforeninger og lignende standardiseres.
 - c) Prosjekt for oppfølging av overvektige i samarbeid med St.Olav HF videreføres.
2. Voksen og eldre får tidlig hjelp ved begynnende funksjonssvikt
 - a) Påbegynt fallforebyggende arbeid, både individuelt og gruppebasert, er videreutviklet og kvalitetssikret.
 - b) Brukere av hjemmehjelpstjenester og trygghetsalarm vurderes spesielt med tanke på igangsetting av tiltak.
 - c) Fysioterapeutenes rolle er avklart ift oppfølging av kronikere. Dette inkluderer behov for gruppetilbud, faglig innhold og vedlikeholdstiltak.
 - d) Prosjekt BALAG i samarbeid med St.Olav HF videreføres
3. Erfaringene fra prosjektet ”Aktivitet i sykehjem” i Trondheim legges til grunn for utvikling av tjenesten ved sykehjem.
2. Kompetanseutvikling gjennomføres med fokus på kunnskapsutvikling og endringskompetanse innen prioriterte innsatsområder (pkt 1 og 2).
3. Samhandling og kompetanseoverføring 1. –2. linjetjenesten er videreutviklet i tråd med samarbeidsavtalens retningslinjer.
4. Nasjonal og lokal plan for habilitering og rehabilitering er fulgt opp.

Strategier:

- Metoder for avdekking av behov for oppfølging av personer med risiko for fall videreutvikles og innarbeides sammen med samarbeidende enheter.
- Utvikle bruk av individuell plan spesielt ift yngre personer med funksjonsnedsettelse og brukere med omfattende psykiske problemer.
- Oppfølging av brukere med nye hjerneslag standardiseres mht innhold/omfang, og samarbeid i tiltakskjeden kvalitetssikres.
- Erfaring fra sykehjemsprosjekt/soneteam danner grunnlagt for å tydeliggjøre prioriteringer/rolle overfor brukere med marginalt funksjonsnivå.

Innsatsen må styrkes inn mot tidlig intervensjon for å forebygge unødig funksjonstap og medisinske komplikasjoner, og for å få ned innleggelsesraten på sykehus. Dette betinger samarbeid med andre enheter om metodeutvikling og kunnskapsutvikling. Ett område som peker seg ut når det gjelder årsak til innleggelser, er skader etter fall hos eldre. Fysioterapitjenesten må videreføre og videreutvikle tiltakene sine på dette området sammen med fastleger, soner, forvaltningskontor, spesialisthelsetjenesten og institusjoner.

Det rettes et særlig fokus på tilbudet til personer med kroniske lidelser, herunder mulighetene for tettere samarbeid mellom private og fastlønte fysioterapeuter. Oppfølgingen skal gjøres mest mulig forutsigbar for brukeren gjennom avtalt oppfølging i tidsavgrensede, men gjentatte perioder. Det samarbeides med andre enheter for å finne gode løsninger for tiltak som bidrar til vedlikehold av funksjonsbedring.

Målsettinger - privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunale avtaler.

1. Det er tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom privatpraktiserende og fastlønte fysioterapeuter for prioriterte områder. Begge gruppene har ansvar i den helhetlige re/habiliteringsprosessen rundt enkeltbrukere.
2. Trondheim kommunes innbyggere er prioritert og instituttene har egne prioriteringsnøkler som også ivaretar Trondheim kommunes satsingsområder.
3. Rapporteringssystem for privatpraktiserende fysioterapeuter er innført.
4. Enhetsleder har oversikt over ventelister/pressområder i privat praksis.
5. Arena for kompetanseutvikling/overføring er etablert.
6. Enheten bistår som rådgiver ved utvikling av kvalitetssystem.

Strategier:

- Samspill mellom offentlig, privat og frivillig virksomhet utvikles
- *Samarbeidsutvalget for privatpraktiserende og fastlønte fysioterapeuter* har en sentral og aktiv rolle som rådgivende organ for de privatpraktiserende fysioterapeutene, enhetsleder og rådmann. Hvem som deltar rulleres.
- Fysioterapitjenesten vurderer muligheten for interkommunalt samarbeid vedr tjenester som de yter for befolkningen i andre kommuner.
- Sentralt inngåtte avtaler og retningslinjer følges opp, i tillegg til at den kommunale styringsretten forsterkes ved reforhandling av de individuelle avtalene i løpet av planperioden.
- Prosedyrer for oppfølging av privatpraktiserende fysioterapeuter utarbeides og implementeres.
- Det utarbeides egen prioriteringsnøkkel for privatpraktiserende fysioterapeuter med avtalehjemmel med Trondheim Kommune.
- Rapporten fra Fokusgruppe psykisk helse, mars 2006 brukes som utgangspunkt for tjenesteutvikling og samarbeid innen tjenesteområdet psykisk helsearbeid.

De private fysikalske instituttene utgjør en vesentlig del av fysioterapitjenesten i kommunen, og ivaretar viktige behov for store deler av befolkningen. Særlig gjelder det personer som er langtidssykmeldt eller uføretrygdede, eller er i risiko for å bli det, f eks personer med belastningslidelser og lettere psykiske problemer med behov for oppfølging for tilbakeføring til arbeid. Dette er et satsingsområde i samfunnet, og kommunehelsetjenesten har et klart ansvar i denne sammenhengen.

Som det fremgår av tabellen foran, har det ikke vært noen økning i avtalehjemler i forrige planperiode. Noe av årsaken til dette er relatert til kommunens svake styringsmuligheter i bruken av ressursene som kommunen skyter inn. Muligheter for styring gjennom individuelle avtaler, øremerking av driftsavtale og bedre rapporteringssystem bør utnyttes. Ved tilførsel av friske ressurser er kommunen derfor fortsatt best tjent med å styrke den fastlønte delen av tjenesten.

Målsettinger - Organisering og tjenestekvalitet

1. Fysioterapitjenesten legger nasjonale kvalitetskriterier til grunn for utvikling av

- tjenestetilbudet.
2. Opplæringsplan/kompetanseplan er utarbeidet i samarbeid med enhetens fagutviklere. Planen ivaretar behov for nødvendig faglig oppdatering, og gir rom for refleksjon og erfaringsutveksling med mål om større likhet i praksisutøvelsen. Planen er i tråd med statlige og kommunale satsingsområder.
 3. Tjenestens dokumentasjon og rapportering har god kvalitet og er i tråd med gjeldende dokumentasjonskrav.
 4. Fysioterapeutene medvirker til å avdekke behov for å utvikle nye tiltak som stimulerer til fysisk aktivitet og vedlikehold av funksjonsnivå.
 5. Kriterier for ressursfordeling ift barn / voksne er utarbeidet.
 6. Tjenesten har rutiner for oppdatering av nettside som brukes aktivt ift informasjon og profilering av tjenesten internt og eksternt.

Strategier:

- Enhetsleder og medarbeiderne har et aktivt forhold til verdivalg og hvordan verdiene kommer til uttrykke i virksomheten (eks verdiene *kompetent, åpen og modig*).
- Tjenestemottakere medvirker i utforming av hjelp og tiltak – på individnivå og enhetsnivå.
- Individuell plan tas i bruk for et økende antall brukere som trenger langvarig og koordinert bistand.
- Det legges til rette for at fysioterapeuter skal holde seg faglig oppdatert gjennom tilgang på ny forskning, kursplanlegging, kollegaveiledning, hospitering og kompetanseutveksling.
- Det samarbeides med fastlege/tilsynslege/ELS for å kvalitetssikre henvisninger og prioriteringer.
- Samarbeid med fastlegene og ELS (Enhet for legetjenester og smittevern) i brukerrettet rehabiliteringsarbeid er beskrevet og følges opp
- KOSTRA-tall kvalitetssikres i samarbeid med andre ASSS-kommuner. Metoder for rapportering og dokumentasjon videreutvikles.
- Enheten videreutvikler etablert samarbeid med utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljø for kunnskapsutvikling på prioriterte områder, og legger til rette for kompetanseutveksling med samarbeidende enheter.
- Enheten samarbeider med utviklingstjenesten for å videreutvikle metoder for brukermedvirkning på enhetsnivå. Brukerkunnskap og brukerevalueringer skal brukes aktivt i utvikling av metoder, tiltak og rutiner.

Målsetting - ressursfordeling mellom tjenesteområdene

1. Fordelingen av ressurser mellom barneområdet og voksenområdet videreføres, men vurderes fortløpende.
2. Fastlønte fysioterapeuter trapper opp folkehelsearbeidet til 10 % av kapasiteten innen barneområdet og voksenområdet.

Strategier:

- Den foreslåtte opptrappingen innen folkehelsearbeidet er beskjeden, men realistisk innenfor dagens rammer. Fordelingen mellom barn/unge og voksne/eldre innen folkehelsearbeid bør følge den generelle ressursfordelingen mellom barn og voksne.
- Ressursbruken innen folkehelsearbeid bør synliggjøres bedre enn i dag slik at vi har bedre grunnlag for å treffe beslutning om videre satsing. Dette ivaretas gjennom enhetens virksomhetsplan, samt egenrapportering til rådmannen i forbindelse med lederavtalen og statistikk for enheten.

3. Anbefalt opptrapping

Folkehelsearbeidet

I første omgang anbefaler vi en opptrapping av folkehelsearbeidet til 10 % av kapasiteten innen barneområdet og voksenområdet.

Det utgjør 1,7 årsverk innen barn og unge, og 2,2 årsverk for voksne og eldre. For sammenligning ligger det totale ressursbruket på dette i dag på ca. 3 årsverk. Det bør være opp til enhetsleder å bestemme om opptrappingen skal gjøres ved å øremerke stillinger eller fordele oppgave på en annen måte. Prioriteringer skal skje i samarbeid med samarbeidende enheter med utgangspunkt i Plan for folkehelsearbeidet som i disse dager er under rullering.

Ved eventuell styrking av rammene, anbefaler vi at folkehelsearbeidet trappes opp inntil 15 % av rammene til de fastlønnede fysioterapeutene. Det tilsier opptrapping med 2,25 årsverk som tilsvarer en rammeøkning på ca 522.000 kr. beregnet ut fra et middels lønnsnivå. Ett årsverk koster kommunen ca kr. 232.000. Resten finansieres gjennom fastlønnstilskudd.

Også her må opptrappingen være i tråd med Folkehelseplanen som pr dato ikke er ferdigbehandlet. Følgende områder peker seg ut:

- Tiltak for barn og eldre for å bedre helsen og forebygge funksjonssvikt, f eks helsefremmende tiltak rettet mot barn og unge (særlig i grunnskole og videregående skole), opptrapping av tiltak relatert til fallproblematikk, videreutvikling av gruppetilbud og samarbeid med frivillige lag og organisasjoner

Habilitering og rehabilitering

Eldre med begynnende funksjonssvikt må *få tilbud tidligere* enn i dag.

Dette er begrunnet både ut fra effekten av tiltak og at problemene tiltar dersom man ikke setter inn tiltak. Tendensen siste årene er dessverre at det har kommet svært langt før man henvises til fysioterapi eller annen aktiv oppfølging. Ressursbruket til de mest hjelpetrengende er økende på bekostning av hjemmeboende med begynnende funksjonssvikt.

Erfaring tilsier at barn henvises til fysioterapi tidlig fordi de fleste utviklingsforstyrrelser hos små barn manifesteres i motorikken. Ofte henvises de til oss direkte fra sykehuset. Derimot er det et problem å etablere et tverrfaglig opplegg rundt de aktuelle barna ute, kanskje mest begrunnet i manglende kompetanse og kapasitet på forvaltningskontorene. En utfordring for fysioterapitjenesten er å være intensive nok i de mest potente periodene for påvirkning (de yngste), fordi det er en utfordring og nedprioritere de litt større barna slik det står i utkastet.

Det er vanskelig å styrke forebygging og tidlig intervensjon gjennom omprioriteringer når behovet er så stort for større barn/unge med funksjonsnedsettelse, og når utfordringene er så store når det gjelder hjelpetrengende eldre (eksempelvis knyttet til utskrivingsproblematikk). Det anbefales derfor en opptrapping:

- Ett årsverk pr. bydel til en kostnad på ca 1 mill for å øke kapasiteten i oppfølging av enkeltbrukere i alle aldersgrupper.
- Fysioterapiressurser må legges inn ved utbygging av nye sykehjem eller økt antall heldøgns omsorgsboliger (eksempelvis ved Øya sykehjem). Ressursbehovet vil avhenge av hvorvidt sykehjemmet er tiltenkt en funksjon med aktiv rehabilitering eller lagtidsplasser. En aktiv korttidsavdeling på 20 plasser bør ha tilgang på fysioterapi tilsvarende 1-2 årsverk (ett årsverk = ca kr 232.000).

Øremerking av ressurser

Det har vært utstrakt bruk av øremerkede ressurser i foregående planperioden. Dette har vært

nødvendig på det stadiet, men som det fremgår av rådmannens budsjetthefte for 2006 foreslår vi nå en *oppmyking* av dette. Årsaken ligger i at det går ut over *fleksibiliteten* i tjenesten, dvs. muligheten for å styre ressursbruken mot skiftende pressområder. Det kan også medføre unødig bytte av fysioterapeut for brukere.

I alle tilfeller bør man tilstrebe gode samarbeidsrelasjoner mellom fysioterapitjenesten. Mange enheter ønsker faste tilknyttede fysioterapeuter. Dette er forståelig, men ville kreve et mye høyere antall årsverk enn vi har i dag. Bare for voksne og eldre ville det tilsi 51 årsverk, mot 22 i dag. Øremerking – eller fast tilknyttet fysioterapeut - bør derfor forbeholdes enheter eller team hvor tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å kunne yte gode tjenester. Eksempelvis inngår det faste fysioterapeuter i innsatsteam (rehabiliteringsteam), intermedisæravdeling og ved Nardo rehabilitering. Trondheim rehabiliteringssenter har egne tilsatte fysioterapeuter. Denne praksisen anbefales videreført.

Når det gjelder andre korttidsavdelinger som transittavdelinger, korttidsplasser for yngre funksjonshemmede, SLB (smertelindrende behandling) eller lignende, er behovet så svingende at øremerking ikke anbefales, men det er viktig at man tar høyde for ressursbehovet ved etablering av nye tjenester eller enheter.

Hver bydel har en base på ca 4 årsverk voksne/eldre og ca 4 årsverk barn/unge som betjener alle i bydelen, med samarbeid opp mot barne- og familietjenesten, soner og sykehjem. Ressursene brukes fleksibelt for å unngå ventelister. Hjemmeboende og beboere på sykehjem tildeles tjenester etter individuelle behov og samme prioriteringsnøkkel i dag. Dette bør videreføres, men samtidig må det legges verk på å utvikle bedre samarbeidsformer og rutiner.

Styring av ressursbruk og ivaretagelse av prioriterte målgrupper kan skje gjennom bruk av prioriteringsnøkkel, lederavtale, krav til rapportering, og økt bruk av individuelle avtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter til styring iht. prioriterte områder.

4. Gjennomføring og evaluering

Oppfølging og rullering av planen vil skje gjennom økonomiplan og budsjett, og lederavtalene med enhetsleder. Anbefalinger i pkt 3 nedenfor legges til grunn dersom det ikke skjer endringer av statlige eller kommunale føringer som skulle tilsi noe annet.

Planen følges opp og evalueres årlig. Dette gjøres som del av egenrapportering i forbindelse med lederavtalen.

Saksprotokoll

Utvalg: Formannskapet
Møtedato: 16.05.2006
Sak: 167/06

Resultat: Behandlet

Arkivsak: 06/14822

Tittel: **PLAN FOR FYSIOTERAPITJENESTEN 2006 - 2009**
Privatpraktiserende og fastlønt fysioterapeuter i Trondheim kommune

Behandling:

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK:

Formannskapet godkjenner Plan for fysioterapitjenesten 2006 - 2009. Forslagene om styrkning av tjenesten er faglige anbefalinger som må ses i sammenheng med rådmannens samlede prioriteringer ved utarbeidelse av det årlige budsjettforslaget.

Rita Ottervik
ordfører

Kari Aarnes

Saksframlegg

PLAN FOR FYSIOTERAPITJENESTEN 2006 - 2009 Privatpraktiserende og fastlønte
fysioterapeuter i Trondheim kommune

Arkivsaksnr.: 06/14822

::: Sett inn innstillingen under denne linja

Forslag til vedtak: Formannskapet godkjenner Plan for fysioterapitjenesten 2006 - 2009.
Forslagene om styrkning av tjenesten er faglige anbefalinger som må ses i sammenheng med
rådmannens samlede prioriteringer ved utarbeidelse av det årlige budsjettforslaget.

::: Sett inn innstillingen over denne linja

Trondheim kommune

[... Sett inn saksutredningen under denne linja](#)

Saksutredning:

Bakgrunn

Saken gjelder rullering av *Plan for fysioterapitjenesten i Trondheim kommune 2002 - 2005* som ble godkjent av Formannskapet 23.april 2002, arkivsak 02/09513. Denne omfattet både privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale og fastlønte fysioterapeuter. Fysioterapeuter som er tilsatt i andre kommunale enheter som Trondheim rehabiliteringssenter og forvaltningskontorene omfattes ikke av gjeldende plan.

Fakta

Plandokumentet består av 3 deler:

DEL I – Informasjon om fysioterapitjenesten (om faget, historikk og ressurser)

DEL II – Statusgjennomgang med utgangspunkt i mål og strategier for 2002 – 2005

DEL III – Plan for perioden 2006 - 2009 (s 10 – 21)

1. Utgangspunkt for framtidig planperiode
2. Mål og strategier for planperioden
3. Anbefalt opprapping
4. Gjennomføring og evaluering

Oversikt over tjenestens ressurser:

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Fastlønte	34	38,95	46,95	41,25	44,25	44,75 hvorav 5 årsverk er for turnuskandidater (uendret i perioden)
Private	Annen enhet	Annen enhet	75	75	75	75 hele driftstilskudd fordelt på 94 personer
Administrasjon	2	2	2	2	2	2

Som vi ser har enheten fått en del nye årsverk siden 2001. Nedgangen i 2004 skyldes overføring av stillinger til forvaltningskontorene for å sikre tverrfaglig kompetanse ved hvert kontor (barn og voksne). Stykingen i 2006 gjelder øremerkede psykiatrimidler.

Det er vanskelig å dokumentere eksakt behov for en tjeneste som fysioterapi. Kartlegging av behov avhenger i stor grad av informasjon til befolkningen og kunnskap i øvrig tjenesteapparat, og ikke minst av hvilket kartleggingsverktøy (IT) kommunen bruker. KOSTRA-tall er så dårlig kvalitetssikret på dette området at vi velger ikke å bruke den, og legger heller vekt på signaler fra brukere, samarbeidspartnere og interne erfaringer.

Sammendrag av planen

Fysioterapeutene yter hovedsakelig individrettet tjeneste og *samarbeider med tjenestemottakeren* og familien for å få et treffsikkert og individuelt tilpasset tilbud, og det skal også etableres system for brukermedvirkning når det gjelder tjenesteutvikling. I 2005 er det registrert 1130 barn/unge og 1315 voksne/eldre med aktiv oppfølging.

Ved tjenesteutvikling legges prinsippene i Nasjonal strategi for *kvalitetsforbedring* til grunn. Det betyr at tiltak skal være virkningsfulle og bygge på oppdatert kunnskap og på brukererfaringer, de

Trondheim kommune

skal være samordnet, preget av kontinuitet og utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede for brukeren. Ressursene skal utnyttes på en god måte, dvs. rett tjeneste, til rett tid og på rett måte. Tjenesten skal være tilgjengelig og rettferdig fordelt.

Det har vært utstrakt bruk av *øremerkede ressurser* i foregående planperioden. Dette har vært nødvendig på det stadiet, men vi foreslår nå en *oppmyking* av dette. Årsaken ligger i at det går ut over *fleksibiliteten* i tjenesten, dvs. muligheten for å styre ressursbruken mot skiftende pressområder. Det kan også medføre unødige bytte av fysioterapeut for brukere. *Styring av ressursbruk* og ivaretagelse av prioriterte målgrupper kan skje gjennom bruk av prioriteringsnøkkel, lederavtale, krav til rapportering, og økt bruk av individuelle avtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter til styring iht. prioriterte områder.

Utviklingstjenesten (november 2004) foretok en evaluering av ressursbruken og *ressursfordelingen* ved fysioterapitjenesten når det gjelder fordelingen *mellom barn/unge og voksne/eldre*. Det er ikke funnet forhold som taler for endring av dagens fordeling.

Det er prioriteringsnøgkelen som styrer prioriteringer ved nye henvendelser, men den egner seg ikke for å styre ressursbruk og omfang. Dagens ressursfordeling er basert på historikk, erfaringer, faglig skjønn og henvisninger. Dagens ressursfordeling mellom barn og voksne anbefales videreført, men bør evalueres årlig i forbindelse med budsjettarbeidet. Man bør også se på mulighetene til å finne kriterier for ressursfordeling mellom barn og voksne.

Når det gjelder *ressursfordeling mellom folkehelsearbeid og individrettet oppfølging/behandling*, så anbefaler vi en forsiktig opptapping av ressursbruken til folkehelsearbeid til inntil 10 % (mot ca 6,5 % i dag) av dagens rammer for fastlønte fysioterapeuter, medregnet prosjekter. Med folkehelsearbeid menes her arbeid mot hele eller grupper av befolkningen. Fordelingen mellom barn/unge og voksne/eldre innen folkehelsearbeid bør følge den generelle ressursfordelingen mellom barn og voksne. Den foreslåtte økningen utgjør 1,6 årsverk totalt.

Privatpraktiserende fysioterapeuters rolle i samarbeid med fastlønte fysioterapeuter om enkeltbrukere bør tydeliggjøres bedre i kommende planperiode. Dette gjelder særlig funksjonshemmede barn og voksne med kroniske lidelser, herunder tilbud til personer med psykiske lidelser. Antall driftstilskudd er fordelt mellom 94 personer, og Enhet for fysioterapitjenester skal ivareta det kommunale ansvaret overfor denne gruppa. Et bedre samarbeid om kommunale satsingsområder betinger større involvering fra ledelsens side, og vi anbefaler derfor at enhetsleder får frihet til å styrke sin administrasjon for å ivareta dette, om mulig gjennom friske midler.

Organisatoriske forhold er nylig gjennomgått og endringer er gjennomført. Det foreslås ingen nye endringer i kommende periode. Det må imidlertid arbeides videre for å bedre samarbeidsavtaler og samarbeidsrutiner med det store mangfoldet av samarbeidende enheter.

Det utvikles felles rutiner og metodikk med Barne – og familietjenesten og med hjemmebaserte tjenester når det gjelder folkehelsearbeid og individuell oppfølging av funksjonshemmede barn og eldre.

Samarbeidet med *frivillige lag og organisasjoner* videreutvikles for å fremme folkehelsen gjennom informasjon og etablering av tiltak. Enheten legger til rette for likemannsarbeid for sine brukergrupper.

Anbefalinger - Folkehelsearbeidet

I første omgang anbefaler vi en opptrapping av folkehelsearbeidet til 10 % av kapasiteten innen barneområdet og voksenområdet.

Det utgjør 1,7 årsverk innen barn og unge, og 2,2 årsverk for voksne og eldre. For sammenligning ligger det totale ressursbruken på dette i dag på ca. 3 årsverk. Det bør være opp til enhetsleder å

Trondheim kommune

bestemme om opptrappingen skal gjøres ved å øremerke stillinger eller fordele oppgave på en annen måte. Prioriteringer skal skje i samarbeid med samarbeidende enheter med utgangspunkt i Plan for folkehelsearbeidet som i disse dager er under rullering.

Ved eventuell styrking av rammene, anbefaler vi at folkehelsearbeidet trappes opp inntil 15 % av rammene til de fastlønnede fysioterapeutene. Det tilsier opptrapping med 2,25 årsverk som tilsvarer en rammeøkning på ca 522.000 kr. beregnet ut fra et middels lønnsnivå. Ett årsverk koster kommunen ca kr. 232.000. Resten finansieres gjennom fastlønnstilskudd.

Også her må opptrappingen være i tråd med Folkehelseplanen som pr dato ikke er ferdigbehandlet. Følgende områder peker seg ut:

- Tiltak for barn og eldre for å bedre helsen og forebygge funksjonssvikt, f eks helsefremmende tiltak rettet mot barn og unge (særlig i grunnskole og videregående skole), opptrapping av tiltak relatert til fallproblematikk, videreutvikling av gruppetilbud og samarbeid med frivillige lag og organisasjoner

Anbefalinger - Habilitering og rehabilitering

Eldre med begynnende funksjonssvikt må *få tilbud tidligere* enn i dag.

Dette er begrunnet både ut fra effekten av tiltak og at problemene tiltar dersom man ikke setter inn tiltak. Tendensen siste årene er dessverre at det har kommet svært langt før man henvises til fysioterapi eller annen aktiv oppfølging. Ressursbruken til de mest hjelpetrengende er økende på bekostning av hjemmeboende med begynnende funksjonssvikt.

Det er vanskelig å styrke forebygging og tidlig intervensjon gjennom omprioriteringer når behovet er så stort for større barn/unge med funksjonsnedsettelse, og når utfordringene er så store når det gjelder hjelpetrengende eldre (eksempelvis knyttet til utskrivingsproblematikk). Det anbefales derfor en opptrapping:

- Ett årsverk pr. bydel til en kostnad på ca 1 mill for å øke kapasiteten i oppfølging av enkeltbrukere i alle aldersgrupper.
- Fysioterapiressurser må legges inn ved utbygging av nye sykehjem eller økt antall heldøgns omsorgsboliger (eksempelvis ved Øya sykehjem). Ressursbehovet vil avhenge av hvorvidt sykehjemmet er tiltenkt en funksjon med aktiv rehabilitering eller lagtidsplasser. En aktiv korttidsavdeling på 20 plasser bør ha tilgang på fysioterapi tilsvarende 1-2 årsverk (ett årsverk = ca kr 232.000).

... Sett inn saksutredningen over denne linja

Rådmannen i Trondheim, 28.04.2006

Tor Åm
kommunaldirektør

Oddrun Linge
rådgiver/saksbehandler

Vedlegg: Plan for fysioterapitjenesten 2006-2009

Trondheim kommune v/
Enhet for fysioterapitjeneste
7004 Trondheim

Layout og print: Trondheim kommune, Grafisk senter