



STRAND KOMMUNE

Langtidsplan for fysioterapi- og ergoterapitjenesten

2016-2020



Frisk luft og mosjon fremmer helse.

Selemork april 2016

1.	Forord	s. 1
2.	Mål for planen: Å beskrive status, belyse utfordringer og anbefale satsingsområder.	s. 1
2.1.	Sammendrag	s. 1
2.2.	Arbeidsform	s. 4
3.	Et tilbakeblikk: Hjelpemidler v Paula Johannesen Fysio- og ergoterapitjenesten v Grete Haga	s. 4
4.	Lovverk som regulerer tjenesten	s. 7
4.1	Regelverk ASA 4313(Rammeavtalen), ASA 4303(Statsavtalen, SFS 2302	s. 8
5.	Fysioterapi: Hva er det?	s. 9
5.1	Venteliste på fysioterapi pr oktober 2015	s. 11
5.2	Status fysioterapistillinger i Strand	s. 12
6.	Ergoterapi: Hva er det?	s. 14
6.1	Status ergoterapi i Strand	s. 17
6.2	Venteliste ergoterapi	s. 17
7.	Rehabilitering	s. 17
8.	Habilitering	s. 18
9.	Status hjelpemidler i Strand(mengde logistikk, tidsbruk)	s. 19
10.	Fysio, ergo og hjelpemidler sett i lys av utfordringer framover.	s. 20
10.1	Samhandlingsreformen; har betydd og betyr	s. 20
10.2	Primærhelsemeldinga	s. 21
10.3	Brukermedvirkning	s. 21
10.4	Folkehelsemeldinga Mestring og muligheter, inkl folkehelseloven	s. 22
10.5	Framskrivning av befolkningen i Strand	s. 23
10.6	Samarbeid med NAV og andre rehabiliteringsinstanser	s. 23
10.7	Elektronisk samhandling og arkivering	s. 23
11.	Satsings- og utviklingsområder	s. 24
12.	Arbeidsgruppens anbefalinger	s. 26
13.	Vedlegg	

1. Forord

I forbindelse med saken om budsjett 2015 i kommunestyret den 3. desember 2014, sak 075/14 ble det fremmet et verbalt forslag om å utarbeide langtidsplan for fysio- ergoterapeuttenesten. Forslaget fra AP/SP/SV, pkt 2: «Rådmannen bes innen første halvår 2015 legge frem en sak som skisserer langtidsplan for legedekning herunder vurdering av fordeler og ulemper med privatpraktiserende sentre som alternativ til kommunal legepraksis. Videre bes rådmannen innen 1.hå 2015 fremlegge en sak om langtidsplan for fysio- ergoterapeuttenesten der samarbeidsutvalget inviteres aktivt med i arbeidet.»

Helseleder har etablert ei arbeidsgruppe som består av:

Anita Iversen og Max Hognestad valgt av de fysioterapeuter som har driftstilskudd.

Per Braaten, kommunal fysioterapeut

Tonje Moen Skjæveland, ergoterapeut/tillitsvalgt

Grete Strømsmo, helseleder

Deltakerne fra avtaleterapeutene er valgt av fysioterapeutene med driftsavtale. Samarbeidsutvalget har vært orientert om arbeidet underveis i møter. Det samme utvalget har fått planen til uttale for å få alle sider belyst.

Fysio- og ergoterapitjenesten er avhengig av at det er hensiktsmessige og nødvendige hjelpemidler tilgjengelig på kommunalt lager, samt at det fungerer optimalt med levering for langtidsutlån via NAV. Derfor er hjelpemiddelformidling tatt med i plandokumentet.

2. MÅL for planen:

Å beskrive fagområdene, gjennomgå status, belyse utfordringer og dernest anbefale satsingsområder.

2.1 Sammendrag

Ergoterapi og fysioterapi er fagtradisjoner som er nært forbundet med hverandre, og utfyller hverandre i mange sammenhenger. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen hos begge faggrupper er forankret i naturvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig kunnskap.

Arbeidsgruppa som har utarbeidet planen, har gjennom mange samarbeidsmøter og innhenting av data fått et overblikk som har dannet grunnlag for at vi kan belyse det som er satsings- og utviklingsområder. De data som ligger til grunn for dette er bla de ventelister som terapeutene kan dokumentere, de tall som vi kan hente ut i statistikk, og de føringer som ligger foran oss gjennom lovendringer og omlegginger i tjenestene. Det legges da spesielt vekt på samhandlingsreformen og satsing innen folkehelse.

Vår anbefaling er derfor vi må fokusere på utviklingsområder og at tilbudet innen fysioterapi og

ergoterapi må styrkes i planperioden.

2.2 Arbeidsform

Det er etablert ei arbeidsgruppe som alle har bidratt aktivt til utarbeidelse av planen, se pkt 1. Alle har hatt spesifikke oppdrag for innhenting av informasjon, samt bearbeiding av tekst som beskriver eget fagfelt.

3. Et tilbakeblikk.

Bidrag fra:

Paula Johannsen om hjelpemiddelformidling

Grete Haga, Solveig Bjørlo og Per Braaten om fysioterapi- og ergoterapitjenesten, samt hjelpemiddelformidling

Høsten 1978 besluttet Strand kommune å opprette en stilling for fysioterapeut. 1 januar 1979 ble fysioterapeut Grete Haga ansatt.

Fra 1980 var tjenesten utvidet med ytterlig er fysioterapeut som var privat praktiserende, og stillingen fra 1978 ble delvis kommunal. Denne fysioterapeuten hadde ansvar for tjenester til beboere på Strand sjukeheim i sin kommunale funksjon.

Fysioterapiavdelinga hadde da lokaler på Jørpeland legesenter og tjenesten fikk kontorpersonell fra 1983 med 9 timer i uken, besatt av Solveig Bjørlo.

Behovet for fysioterapi til multifunksjonshemma barn var tiltakende på 1980- tallet fordi Strand hadde mange funksjonshemma barn, derfor ble det opprettet en stilling for kommunefysioterapeut i 1986. Stillingen for kontorpersonell ble utvidet til 18 timer pr uke.

Helsebassenget på sjukeheimen ble brukt til gruppetrening og individuell trening, av eldre på sjukeheimen og funksjonshemmede barn - under veiledning av fysioterapeut.

I november 1986 startet Liv Skiftun og Tørres Skogland fysikalsk institutt i Jørpelandsgården med hvert sitt 100% driftstilskudd. De har nå sitt institutt Skogland Fysioterapi i Oldeidegården.

I 1987 startet Trond Hagen i 3delt funksjon; bedriftshelsetjeneste, privat praksis med driftstilskudd og fysioterapi til skoleelever.

I 1990 flyttet trygdekontoret ut av sine lokaler på helsesenteret og etter ombygging flyttet fysioterapitjenesten inn i disse lokalene. Det ble en stor forbedring av arbeidsforholdene for kommunens hjelpemiddel-lager og fysio- og ergoterapitjeneste.

Det viste seg å være tiltakende behov for fysioterapeut i stillingen rettet mot barn og ungdom. Videre ble det tilbudt behandling på fysikalsk avdeling til barn fra 6 ukers alder og oppover i nært samarbeid

med helsestasjonen. Fysioterapeuter var også med i fødsels-forberedende kurs sammen med helsestasjonene.

På denne tiden var det også gruppetrening for eldre på fysikalsk avdeling og på de fysikalske instituttene var det tilbud om egentrening med diverse treningsapparater under veiledning av fysioterapeut.

Etter at den kommunale tjenesten kom inn i større og bedre lokaler kunne Strand kommune imøtekomme behov for turnuskandidat-praksis.

Fysioterapitjenesten hadde over tid sett behovet for utleie av tekniske hjelpemidler som rullestoler, ganghjelpemidler, hjelpemidler på bad og toalett - noe Strand Vanførelag administrerte den gang. Fysioterapeutene og i stor grad kontorfullmektig brukte mye tid på dette. Hjelpemidler med varig behov må man søke om via trygdeetaten.

I jan. 1993 ble kommuner fra sentralt hold pålagt å opprette et kommunalt hjelpemiddellager for korttidsutlån. Hvor den gang trygdekontoret hadde ansvaret for vedtak om varig utlån og hjelpemiddelsentralen leverte hjelpemidlene.

Strand kommune så økt behov for en ergoterapeutstilling ettersom kartleggingskompetansen ble mere utfordrende. Det ble opprettet stilling og Holmfridur Jonsdottir begynte i januar 1993.

I 1998 ble det startet praksis på Fysioloftet i admisenteret i Rådhusgaten, en fysioterapeut fikk 100% driftstilskudd. Vedkommende delte driftstilskuddet med en annen, slik at de hadde 50% hver. I dag er det Max Hognestad og Katrine Nødland som er fysioterapeuter der med hvert sitt 50% tilskudd.

I 2001 åpnet Jonsokberget bo-og aktivitetssenter med egen avdeling for fysioterapi og ergoterapi. Denne tjenesten var en viktig del av rehabiliteringsavdelingen. Eline Øidvin ble ansatt som fysioterapeut og pr i dag er Tonje Moen Skjæveland ergoterapeut

Solveig Bjørlo gikk over i annen funksjon i kommunen og Paula Johannesen overtok som kontorfullmektig.

I 2001 etablerte Anita Iversen institutt uten driftstilskudd i bygningen til SR-bank på Tau, det ble lyst ut stilling, først som 20%. Hun er nå etablert i nye lokaler på Tau med 100 % driftstilskudd.

Etter at det i Strand var etablert flere fysikalske institutter fant en det best å dele ansvaret for pasientene i hovedsak slik: Barn og unge opptil 18 år og eldre over 67 år er de kommunalt-ansattes ansvar. De andre fysikalske instituttene har pr i dag i all hovedsak 18- 67 år, men har utvidet til å inkludere barn og eldre over 67 år. Det foregår nå gruppetrening og egentrening i egnede treningslokaler. Ergoterapitjenesten har alle arbeidsgrupper.

Grete Haga sluttet i 2008, og da ble Per Braaten ansatt som koordinator/avdelingsleder for tjenesten.

Avdelingen flyttet i 2010 fra helsesenteret til nyoppussede lokaler på Jonsokberget. Dette ga tjenesten et nytt og moderne hjelpemiddellager samt at all kommunale fysioterapeuter og ergoterapeuter ble samlet på en plass.

I 2013 ble kontorfullmektigstillingen utvidet til 100%. Syn/hørselskontakt oppgavene ble overført fra ergoterapeutene til denne funksjonen.

Fra høsten 2015 har denne avdelingen også ansvar for IP-systemkoordinator (individuell plan system koordinator).



Hjelpemiddelformidling:

Ved årsskiftet 1992/1993 overtok kommunene ansvaret for korttidsutlån av hjelpemidler. I Strand kommune hadde Strand Vanførelag, som det den gang het, drevet utlån av tekniske hjelpemidler til innbyggere.

Det kommunale Fysioterapiavdelingen på Helsesenteret på Jørpeland hadde en del krykker og stokker som ble lånt ut.

Det ble i 1993 bevilget midler til innkjøp av hjelpemidler, og lokalene i kjelleren på Helsesenteret som ble ledig da hjemmesykepleien flyttet ut, ble et lager og administrert av Fysioterapi ved kontorfullmektig som også hadde ansvar for å opprette og lage system for utlån.

Vanførelagt hadde lager i kjelleren til Inger Tau, men mestedelen var ute på lån. De hadde aldri tatt betalt for å låne ut. Mannen til Inger Tau reparerte hjelpemidlene ved behov.

Strand kommune kjøpte hjelpemidlene for en beskjeden sum. En artikkel i Strandbuen appellerte til innlevering siden det meste var på utlån uten registrering.

Lokalene i kjelleren på Helsesenteret var greie for oppbevaring av hjelpemidler, men manglet tilrettelegging for renhold. En provisorisk og utilfredsstillende nødløsning ble valgt midlertidig. Litt ombygging måtte også utføres for å forbedre adgangen til lageret.

Da trygdekontoret flyttet ut fra Helsesenteret ble det frigjort lokaler til fysioterapiavdelingen.

Behovet i befolkningen for hjelpemidler ble stadig større, og ansvaret for å søke om hjelpemidler til de som trengte dette varig ble endret. Noe krevde ergoterapikompetanse.

Større hjelpemiddellager fulgte det økende behovet. Utfordringene med smitte og renhold ble etter hvert krevende, og det var nødvendig med nye prosedyrer eller lokaler. Det ble etablert en midlertidig løsning fram til dagens løsning på Jonsokberget.

Fra 2008 har Strand kommune hatt en god ordning med distribusjon og reparasjon ved Geir Terje Barka som er tilknyttet bygg & eiendom. Stillingen ble redusert med 20% i forbindelse med budsjett 2013.

Fysio-/ergoterapiavdelingen og hjelpemiddellager ble samlokalisert våren 2010 på Jonsokberget. Strand kommune har pr i dag et godt lager som har skitten og ren sone, vaskerom/tørkerom/verksted og gode prosedyrer for renhold og vedlikehold.



4. Lovverk som regulerer tjenesten.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (utdrag av lovparagrafer).

§ 3-1; «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester»

§ 3-2; «For å oppfylle ansvaret etter §3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:

a. helsetjenester i skoler og

b. helsestasjonstjeneste

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

a. legevakt

b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og

c. medisinsk nødmeldetjeneste

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

§ 3-3. «Helsefremmende og forebyggende arbeid»

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om folkehelsearbeid

§ 4: Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale

helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen».

Lov om helsepersonell

§ 1. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse-og omsorgstjenesten.

§ 3. Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49.

§ 4: Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

4.1 Regelverk ASA 4313(Rammeavtalen), ASA 4303(Statsavtalen), SFS 2302

Rammeavtalen ASA 4313:

Rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund om drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet i den kommunale helsetjenesten. Formålet med avtalen er å skape forutsigbare rammebetingelser. Avtalen forhandles hvert 2.år. ASA 4313 gikk ut i 2014, men er forlenget for 2015 og 2016 da det jobbes med en ny finansieringsmodell samt ny forskrift. Kommunen inngår driftsavtaler som enten er individuelle avtaler eller selskapsavtaler. De individuelle avtalene inngås med den aktuelle fysioterapeut. Fysioterapeuten kan velge driftsform som aksjeselskap eller enkeltmannsforetak, alternativt som gruppepraksis med avtale for den enkelte fysioterapeut.

Eller kommunen kan inngå selskapsavtaler som er knyttet til konkrete fysioterapeuter som er ansatt i selskapet(arbeidstaker) eller eier for aksjene/eierandelene i selskapet.

Driftstilskudd utbetales fra kommunen til fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunen.

Driftstilskuddet justeres en gang i året. Nytt driftstilskudd gjelder fra 1.juli hvert år. Et fullt driftstilskudd/100% innebærer et arbeidsomfang på 36 timer pr uke. Tilskuddet kan ikke tas fra den aktuelle fysioterapeut annet enn ved mislighold eller brudd på lov. Den individuelle avtalen om arbeidsoppgaver og stillingsbeskrivelse kan reforhandles mellom kommune og aktuell terapeut 1 gang i året.

ASA 4303 Statsavtalen:

Avtale om driftstilskudd og takster for fysioterapeuter med avtale om drift av privat praksis med kommunene. Avtaleparter er stat/KS og fysioterapeuters organisasjoner. Avtalen er ettåring, med forhandlinger i mai/juni.

For fysioterapeuter som får driftstilskudd er det en utlysning som er styrt av kommunen. Dvs at det er den søkeren som er best kvalifisert som skal tilbys stilling. Dette innebærer at det enkelte fysikalske senter ikke er delaktig i utlysningstekst og innstilling av aktuelle kandidater. Stillinger skal lyses ut etter godkjent utlysningstekst, søkes på og beste kvalifiserte innstilles. Det enkelte institutt skal høres og har rett til uttalelse vedrørende de innstilte kandidater. Vikarer eller etablerte helprivate fysioterapeuter er ikke automatisk best kvalifisert.

Kommunen kan tilplikte avtaleterapeut kommunal oppgaver etter avtaleverket. Dette kan sammenlignes med tilplikting hos legene.

Div økonomiske tilskudd og betingelser:

Driftstilskudd med kr 397 020 pr 100% hjemmel til terapeuter med driftsavtale. Inngått avtale innebærer at kommunen overfører driftstilskudd innenfor rammetilskuddet.
Honorartakster: refusjonstakster og egenandeler følger regelverk.

SFS 2302: Fysioterapitjenesten:

Toårig avtale mellom KS og NKK, Fagforbundet etter Hovedavtalen del A.
Gjelder ansatte fysioterapeuter i kommune og fylkeskommune.
Tariffavtale som regulerer arbeidstid med mere.

5. Fysioterapi; Hva er det?

Både i helsefremming, forebygging og behandling/rehabilitering/habilitering legges det vekt på at mennesket kan ta i bruk sine fysiske, psykiske og sosiale ressurser. Det er sentralt at omgivelsene tilrettelegges for menneskelig utfoldelse og at utvikling av helseplager forebygges. I det forebyggende arbeidet tas det utgangspunkt i både funksjonsundersøkelse og funksjonsevne i forhold til omgivelsenes krav, med søkelys på tilpasninger og tilrettelegging.

Det er også fysioterapi når fysioterapeuter bruker sin kompetanse til å påvirke samfunnets strukturer og beslutninger, slik at befolkningens mulighet til å leve et fysisk aktivt liv blir ivaretatt og forsterket.

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor Fysioterapi er forankret i den offentlige helsetjeneste. Kommunens helsetjeneste skal fremme folkehelsen og forebygge, diagnostisere og behandle sykdom og skader. Kommunen skal også fremme medisinsk habilitering og rehabilitering. For å løse disse oppgavene er kommunen pålagt å sørge for fysioterapi tjeneste.

Den kommunale fysioterapi tjenesten består av forebyggende virksomhet og av behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon.

Kommunen kan organisere fysioterapi tjenesten ved enten å ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler om driftstilskudd (driftsavtale) med fysioterapeuter som driver privat virksomhet.

Fysioterapeuter i kommunen har et nært samarbeid med andre faggrupper i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Fysioterapeuters kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon.

Fysioterapeuter har bred kunnskap om bevegelsessystemets oppbygning og funksjon hos frisk og syk og om hvordan fysiske, psykiske og sosiale faktorer bidrar til helse og sykdom.

Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen er forankret i naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humanistisk vitenskap.

Fysioterapeuter kan legge til rette for – og yte tjenester som bidrar til at individer og befolkningsgrupper utvikler, opprettholder og gjenvinner optimal bevegelses- og funksjonsevne gjennom livsløpet.

Hensikten med fysioterapi er å optimalisere livskvalitet og bevegelsespotensial innenfor helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende/habiliterende virksomhet.

Valg av fysioterapeutiske tiltak er basert på en grundig fysioterapeutisk funksjonsvurdering, en kritisk gjennomgang av forskningskunnskap og systematisert erfaringskunnskap om tiltakets virkninger, samt brukerens egne preferanser.

Fysioterapeuter anvender kroppslige innfallsvinkler og en rekke metoder og tilnærminger for å stimulere til lærings- og endringsprosesser som kan bidra til best mulig funksjon.

Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar i pasient-/klientsituasjoner. De er underlagt Helsepersonelloven, som bl.a innebærer at de skal utøve faglig forsvarlig fysioterapi og holde seg faglig oppdatert.

Kunnskapsgrunnlaget:

Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap og en erkjennelse av at det er mange ulike faktorer som er med på å opprettholde helse, og som bidrar til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom. Fysiske og psykiske belastninger kan gi kroppslige utslag og bidra til sykdomsutvikling. Kroppslige plager forstås derfor i lys av hendelser og opplevelser gjennom livsløpet, nåværende situasjon og sosiale og kulturelle forhold. Denne forståelsen danner grunnlag for vurdering av hvordan sykdom og plager i bevegelsesapparatet kan oppstå, behandles og forebygges.

Kunnskapsbasert fysioterapi er å foreta veloverveide beslutninger som gjelder all fagutøvelse og alle elementer i en terapeutisk prosess, og på en måte som bidrar til å styrke mottakernes egne ressurser. Valg av fysioterapeutiske virkemidler skal være basert på en kritisk vurdering av forskningskunnskap, systematisert erfaringskunnskap og brukerkunnskap.

Fagutøvelsen :

Fysioterapeutisk undersøkelse og behandling er kroppslige og verbale samhandlingssituasjoner. Undersøkelse og funksjonsvurdering utgjør fysioterapeutens fundament for valg av behandling og tiltak individuelt og i gruppe. Sentrale elementer i undersøkelses- og vurderingsprosessen er: Pasientens sykehistorie, kartlegging av hvordan dagliglivets aktiviteter og funksjoner mestres, detaljert bevegelsesanalyse, spesifikke undersøkelser og tester, vurdering av ressurser og begrensinger, vurdering av mulige sammenhenger mellom ulike funn, pasientens funksjonsproblemer og pasientens livssituasjon og konklusjon om hvordan pasientens problemer kan forstås og på hvilken måte fysioterapi kan bidra til å avhjelpe dem. Undersøkelsen munner ut i forslag til konkrete mål – på kort og lang sikt. Målsetningene er formulert i samarbeid med - og er relevante og meningsfulle for pasienten.

I behandlingen anvender fysioterapeuten forskjellige metoder, teknikker og øvelser, samt informasjon og veiledning. Pasientens aktive deltakelse i behandlingen er helt sentralt. Målet er å

fremme endringsprosesser som kan bidra til smertelindring og funksjonsforbedring, evt. opprettholdelse av funksjonsevnen på kort og lang sikt. Fysioterapeutene evaluerer kontinuerlig resultatene av behandlingen og tilpasser tiltakene ut fra vurdering av pasientens reaksjoner, kroppslige endringer og ønsker og behov. Fysioterapeuten har dokumentasjonsplikt og dette gjelder både undersøkelse, funksjonsvurdering og behandling i journaler og rapporter (Helsepersonelloven §39).

Fysioterapeuten samarbeider med flere andre aktører om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Fysioterapeuten anvender sin kompetanse inn i tverrfaglige team på en måte som stimulerer til godt samarbeid – til beste for brukeren.

Fysioterapeuten kan bidra til at det blir gjennomført helsefremmende og forebyggende tiltak på individ- og systemnivå, som ledd i å forebygge muskel- og skjelettplager og skape helsefremmende arbeidsplasser. I arbeidslivet har fysioterapeuten en rådgivende og veiledende funksjon når det gjelder kartlegging og risikovurdering og av fysiske, psykososiale og organisatoriske faktorer av betydning for arbeidsmiljøet og arbeidstakernes helse. Fysioterapeuten kan tilrettelegge arbeidsplassens fysiske utforming – og bevisstgjøre arbeidstakerne til funksjonell kroppsbruk.

Kommunal fysioterapi samarbeider med helseforetaket Helse Stavanger. Det er inngått avtale om samarbeid gjennom samarbeidsavtaler;

Habilitering, avtale 2b:

<http://www.helsestavanger.no/no/FagOgSamarbeid/Samhandling/Documents/Avtaler/Strand/D%20-%20Strand%20LSA%20-%20Delavtale%202b.pdf>

Rehabilitering, avtale 2c:

<http://www.helsestavanger.no/no/FagOgSamarbeid/Samhandling/Documents/Avtaler/Strand/E%20-%20Strand%20LSA%20-%20Delavtale%202c.pdf>

Avtalene er retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings-mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

For å sikre kvalitet på fysioterapi tjenesten er det i Norsk Fysioterapeut Forbund 13 virksomhetsområder med Spesialiteter. Disse er: Allmenn fysioterapi, Barne –og ungdomsfysioterapi, Geriatrisk fysioterapi, Helse- og miljøarbeid, Hjerter-og lungefysioterapi, Idrettsfysioterapi, Kvinnehelse, Manuellterapi, Nevrologisk fysioterapi, Onkologisk fysioterapi, Ortopedisk fysioterapi, Psykomotorisk fysioterapi, Reumatologisk fysioterapi.

5.1 Venteliste på fysioterapi pr oktober 2015.

Venteliste avtalefysioterapeutene i Strand kommune:

Listene er oppdaterte/ pasienter har blitt kontaktet om de fortsatt ønsker å stå på liste. Total sum pasienter på venteliste: 187 pr oktober 2015. Her er det viktig å bemerke at

avtaleterapeutene henviser pasienter til de private slik at de slipper å stå på venteliste. Her er det ulik praksis blant terapeutene slik at en liste pr terapeut ikke vil gi et «sannferdig bilde»

Fysioterapeutene i Strand kommune har i lengre tid kjent på dette økende presset på Pri 1 pasienter. Disse forsøkes tas inn fortløpende. Dette fører til at det i for mange tilfeller blir avvik på Pri 2 og Pri 3 tidsfrister i henhold til Prioriterings nøkkelen. Pasienter opplever å stå over 1 år på venteliste. Ventelisten er en parameter for å belyse behov. Fysioterapeutene i Strand kommune er opptatt av å få belyst at vi daglig avviser pasienter som ikke settes på venteliste da vi ber dem ta kontakt med andre fysioterapeuter. Noen pasienter tar da kontakt med helprivate fysioterapeuter, velger alternativ behandling eller rett og slett ikke gjør noe og bare venter. Enkelte pasienter tar også kontakt med omkring liggende kommuner som Forsand og Stavanger.

Statistikk kommunal fysioterapi:

Den kommunale fysioterapi hadde i samme måned, oktober 2015, 10 pasienter på venteliste.

5.2 STATUS Fysioterapistillinger i Strand.

Status pr. mars 2016

Klinikk, navn	stillingsstørrelse	Driftstilskudd %
Kommunale fysioterapeuter Jonsokberget		
Per Baaten	100%	*
Eline Øidvin	50%	
Torhild Hauge Dahl	100%	
Synnøve Tokerud	50%	
Turnusfysioterapeut	100%	
Skogland Fysioterapi Oldeidegården , Jørpeland		
Liv Skogland	100%	100%
Tørres Skogland	100%	100%
Fysioloftet Rådhusgaten 7, Jørpeland		
Kathrine Nødland	50%	50%
Max Hognestad	50%	50%
Vågen Fysioterapi Skallstøperiet, Jørpeland		
Trond Hagen	56%	56%
Psykomotorisk fysioterapeut		
Tau Fysioterapi & trening Bergtunvegen 2, Tau		
Anita Iversen	100%	100%
Psykomotorisk fysioterapeut. Spesialist		

Privatpraktiserende fysioterapeuter <u>uten</u> driftstilskudd Aktiv Klinikk Sr-Gården, Rådhusgaten , Jørpeland Glenn Gundersen		
Klinikk + Direktør Sæthers gate 27, Jørpeland Gina Jones Kari Johanne Thingbø Monica Valen		

*For kommunalt tilsette ytes det fastlønnstilskudd fra Helfo pålydende 187 800 kr pr hel stilling pr år.

Strand kommune har foruten den kommunale fysioterapi avdelingen på Jonsokberget, tilknytning til 4 fysikalske institutter av god kvalitet med universell utforming og gode opptreningsmuligheter. Fysioloftet og Tau Fysioterapi og Trening har mulighet for egentreningskontrakter og dermed mulighet for egentrening etter endt behandling, eller mulighet for trening mellom behandlinger. Trond Hagen er tilknyttet Akilles trenings senter på Jørpeland. Dette er til dels gode alternativer da Strand kommune ikke har Frisklivssentral. Skogland Fysioterapi har også muligheter for gruppe treninger og bruk av A10 takster (egentrening under veiledning). De nåværende instituttene med driftsavtaler har gjort investeringer i moderne klinikker av god kvalitet og har alle mulighet for tilknytning til flere terapeuter med driftsavtaler. Der er et samstemt ønske om at Strand kommune fremover styrer etableringen av fysioterapi og ergoterapi tjenesten til de allerede etablerte institutter/avdeling og styrker den tjenesten som nå er der. Solopraksiser bør i fremtiden unngås. Flere terapeuter tilknyttet etablerte offentlige institutter/fysioterapi/ergoterapi avdeling vil styrke pasientsikkerheten, motivere for bedre samhandling og pasientflyt og gi mulighet for at rett kompetanse kan nyttes mer effektivt og riktig. Flere terapeuter vil også gi bedre mulighet for mer spisset kompetanse innenfor flere felter av spesialitetene. Her kan trekkes frem hjerte/lunge, barn og eldre, kreft og alvorlig sykdom. Det finnes som nevnt 13 videreutdanninger i Fysioterapi, for å bli spesialist kreves ytterligere kompetanse.

KOSTRA-tall sammenligning mellom kommuner 2014 (kommunale og driftstilskudd)

Kommune	Fysioterapeutårsverk pr 10 000 innbyggere
Strand	6,7
Gjesdal	5,8
Klepp	6,7
Forsand	8,6
Hjelmeland	10,8
Rogaland	7,2
Landet	8,9

Her ligger turnusfysioterapeuten også inne.

6. Ergoterapi; Hva er det?

«Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig!»

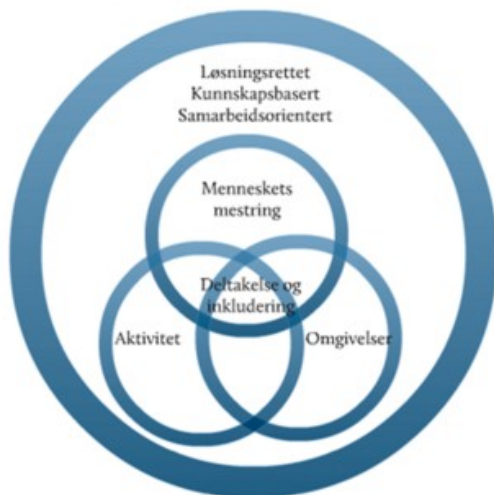
Fokuset i ergoterapi er sammenhengen mellom aktivitet, deltakelse og helse. Det er fokus på menneskets ressurser, og målet er at mennesker skal kunne fungere mest mulig selvstendig i hverdagen når de har problemer med å utføre daglige gjøremål på grunn av sykdom, skade eller annen funksjonsnedsettelse.

Ergoterapi er en terapiform som fremmer helse og bedrer funksjon gjennom trening på aktiviteter og tilrettelegging av miljø og omgivelser for å oppnå størst mulig grad av deltakelse. Ergoterapeutens hovedmål er å sette mennesker med funksjonsnedsettelse i stand til i størst mulig grad å kunne delta i dagliglivets aktiviteter, gjøre de tingene som er viktige for dem og oppnå størst mulig grad av uavhengighet. Målet kan nåes gjennom opptrening av manglende eller tapt funksjon og / eller tilrettelegging av miljøet brukeren ferdes i. Formidling av tekniske hjelpemidler og endring av miljø er viktige kompenserende tiltak for å oppnå større grad av deltakelse på ulike arenaer. Tiltak og behandling bygger på kartlegging og analyse. På individuelt plan inngår samtaler, tester og observasjoner av personens aktivitetsutførelse i daglige omgivelser. I ergoterapi skal brukerens egne ønsker og behov være i fokus. Ergoterapi kan inngå som en del av et sammensatt tjenestetilbud eller utøves som et individuelt tiltak.

Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi inkluderer både medisin- og naturvitenskap, og samfunns- og humanvitenskap. Teorier og modeller som benyttes i den ergoterapifaglige utøvelsen gir analysemuligheter og forståelsesrammer for menneskelig aktivitet, og omgivelsenes betydning for aktivitet. Noen sentrale områder de siste årene har også vært universell utforming, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi, hvor ergoterapeuter har en særlig kompetanse.

Målsetning for tiltak utarbeides i tett samarbeid med pasienten og skal være relevante og meningsfylte. Tiltakene skal være basert på en kritisk vurdering av forskningskunnskap, systematisk erfaringskunnskap og brukermedvirkning. Ergoterapeutene og fysioterapeutene er sentrale i kommunens habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Der pasienten har behov for individuell plan kan ergoterapeut eller fysioterapeut være koordinator.

Ergoterapeuters kompetanse



Beskrivelse av brukergruppene: (gjelder i hovedsak både fysio og ergo , men hos fysio skal privat ha ansvar for voksegruppe 18-65 år. Ved sammensatte problemstillinger henvises de ofte videre til kommunal tjeneste)

Ergo og fysioterapeuter ansatt i kommunen yter i stor grad tjenester til brukere med sammensatte behov, der fagpersoner samarbeider med bruker om mål og tiltak. Tjenesten imøtekommer brukernes behov der behovet oppstår.

Barn og unge, 0-6 år, med alvorlige lidelser og multifunksjonshemminger.

Eksempel er barn med muskelsykdommer, ulike syndromer eller cerebral parese. Fra helsestasjonene henvises barn med kroppsasymmetri, nakkeskjevhet og barn med diffuse problemer med behov for motorisk utredning. Forskning har vist at intensiv og tidlig stimulering forebygger motoriske avvik senere i livet. Ergo - og fysioterapeuter gir tjenester til barn i hjemmet, på helsestasjon og i barnehage. Arbeidsoppgavene består av vurderinger, undersøkelser, behandling og veiledning til foreldre og personale på helsestasjon og i barnehage.

Barn og unge i skolen, 6-18 år.

Helseproblemer hos barn og unge kan være sammensatte. Psykososiale vansker, stress og belastningslidelser er i de senere år et økende problem i denne aldersgruppen. Videre er det tegn som tyder på at det samme gjelder for inaktivitet. I det forebyggende arbeidet bidrar ergo - og fysioterapeuter i skolehelsetjenesten med både individuelle tiltak, og tiltak for grupper eller hele skoleklasser. De fleste barn med spesielle behov integreres i dag i den vanlige skolen. Barna har ofte behov for særskilt tilrettelegging som krever utstrakt grad av tverrfaglig og tverretattlig samhandling. Ergo - og fysioterapeutene deltar i planleggingen for å sikre skoleelevers fysiske og psykososiale arbeidsmiljø, tilgjengelighet for barn med funksjonshemninger, forebygging av ulykker, forebygging av belastningslidelser og psykosomatiske lidelser. Dette innbefatter også utprøving og tilpassing av tekniske og ortopediske hjelpemidler.

Voksne og eldre.

En stor gruppe brukere av ergo - og fysioterapitjenester er voksne og eldre som på grunn av sykdom eller skade har nedsatt funksjonsevne, har akutt eller kronisk smerte eller er psykisk syke. Eldre

brukere har ofte flere diagnoser og sammensatte problemstillinger. Det arbeides i brukers hjem, på dagsenter og i alders- og sykehjem. Sentrale tiltak er veiledning om fysisk aktivitet, behandling for skade eller smerte, og trening for å opprettholde funksjonsevnen. I tillegg gjøres et utstrakt arbeid med tilrettelegging av bolig slik at bruker blir mest mulig selvhjulpent, og i stand til å bo lengst mulig hjemme.

Hjelpemidler:

Ergoterapeuten kartlegger både bruker, oppgaver og omgivelser og kan bistå bruker med å vurdere, søke på å følge opp hjelpemidler på ulike arenaer.

Hjelpemidler for forflytning/ aktivitet – det kan være rullestol, manuell eller elektrisk, med eller uten ståfunksjon, stol med oppreisningsfunksjon og andre ganghj.midler. Til unge under 26 år kan det også søkes trening og stimuleringshj.midler (sykler/ treningsutstyr, noe leker osv)

Hjelpemidler for å tilrettelegge bolig – det kan være ramper, trappeheiser, arbeidsstoler, senger, badekarheiser osv.

Hjelpemidler for å utføre daglige aktiviteter i hjemmet – det kan være tilrettelagt utstyr til å lage mat, hj.midler som forenkler grep/ anstrengelser når en skal skjære, røre, vaske osv. Det kan være toalettstol på soverommet, kjøkkenredskaper med ergonomisk grep, trillebord til å forflytte mat fra kjøkken til stue, strømpepåtrekker osv.

Hjelpemidler for hukommelse og strukturering. – uavhengig av om funksjonssvikt skyldes ervervet skade eller medfødt sykdom kan en få hjelpemidler som kan hjelpe en å organisere dagen sin. Det finnes hj.midler for personer med nedsatt korttidsminne i form av huskeklokker/ dagsplaner (elektroniske eller manuelle) det finnes hj.midler ifht tidsoppfattelse (tidsnedteller osv.)

Ergoterapeuten har kjennskap til hj.midler på alle områder og har også mulighet til å henvise brukere videre til hj.middelsentralen i Rogaland om det er behov for ytterligere vurdering/ kartlegging.

SYNSHJELPEMIDLER: kan kartlegges og søkes via synskontakt i kommunen som pr i dag er sekretær v/ fysio&ergo.avdelingen. Bruker må være definert svaksynt via øyelege før synskontakt kan bidra med hj.midler/ oppfølging. (kan da søke om luper/ lesetv/ filterbriller osv i samarbeid med NAV – hjelpemiddelsentralen og optiker).

HØRSELHJELPEMIDLER: kan kartlegges og søkes via hørselskontakt i kommunen som pr i dag er sekretær v/ fysio&ergoavdelingen.

Eldre på institusjon (korttids/rehabavdeling, sykeavdeling, dementinstitusjon)

Her arbeider ergoterapeuter og fysioterapeuter med veiledning og behandling for at bruker skal opprettholde best mulig funksjon og livskvalitet. Brukerne har ofte flere diagnoser og sammensatte problemstillinger. Ergo – og fysioterapitjenesten bistår institusjonen med veiledning og trening samt vurdering og søknad om hjelpemidler. Tjenesten er sentral i arbeidet med rehabilitering ved kommunens rehabiliteringsavdeling.

6.1 Status ergoterapi

NAVN	STILLINGSSTØRRELSE	Kommentar/ekstraoppgaver
Tonje Moen Skjæveland	50%	50% SKIP (SystemKoordinatorIndividuellPlan)
Sissel Idsø	100%	
Linn Fjermestad	50%	

6.2 Venteliste på ergoterapi

Den kommunale ergoterapitjenesten hadde 32 stk på venteliste pr oktober 2015.

Det meldes hver måned avvik fra prioriteringsnøkkelen på ventelisten. Det vil si at vi ikke klarer å betjene brukerne innenfor vedtatt prioritering. Dette fører i stor grad til at brukerne får større hjelpebehov fra andre tjenester og blir mindre selvstendige. (må inn på korttidsplass i påvente av tilrettelegging hjemme, behov for økt hjemmehjelp er eksempler på dette).

Ressursene må i stor grad benyttes til brannslukking og hjelpemiddelformidling og det er ikke kapasitet til forebygging.

7. Rehabilitering

St. meld. nr. 21, "Ansvar og meistring" definerer rehabilitering som

"Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet."

Rehabilitering handler om å etablere et likeverdig forhold mellom bruker og den profesjonelle, prøve å få tak i hva det er viktig for bruker å mestre, og hvor -/ hvordan de ønsker å delta, og så legge opp en prosess der det jobbes tverrfaglig for å oppnå målsettingene.

Tverrfaglig rehabilitering i Strand kommune foregår i all hovedsak på rehabiliteringsavdelingen på Jonsokberget. Rehabilitering ellers foregår på mange arenaer og med hjelp av mange faggrupper. For uten fysio.- og ergoterapitjeneste kan det være snakk om fastlege, hjemmesykepleien, logoped, psykolog, NAV, voksenopplæring m.fl. Dersom det er behov for samarbeid og informasjonsutveksling mellom de ulike aktørene sikres dette gjennom ansvarsgruppemøter. Brukeren kan også søke kommunen om en IP (individuell plan) dersom det er 2 eller flere faggrupper inne i bildet og det er behov for koordinering samt en felles målsetning for rehabiliteringen. Fysioterapeuter med driftsavtale kan delta i IP-planarbeidet og lede plangruppen.

I Strand jobber både kommunale fysio.-/ ergoterapeuter og private avtalefysioterapeuter mye med rehabilitering og tjenesten er svært sentral i rehabiliteringsarbeidet. Ergo - og fysioterapitjenesten er avhengig av å samarbeide med annet personell og nærpersoner rundt brukerne i rehabiliterings - prosessen. En viktig oppgave blir dermed å drive opplæring og veiledning, både av brukerne selv, men også av annet personell og brukerens pårørende.

Både det konkrete rehabiliteringsarbeidet og arbeidet med å utvikle (re)habiliteringstjenester krever en mangesidig og høy kompetanse som flere medarbeidere av tjenesten har.

Mange kommuner driver i dag med hjemme rehabilitering hvor fysio.- /ergoterapeuter jobber systematisk og tett med hjemmesykepleiere i en tidsavgrenset intensiv periode for å få brukere raskt på beina etter et fall i funksjonsnivå. Typisk diagnoser for denne tilnærmingen kan være lårhalsbrudd og hjerneslag. Denne rehabiliteringsmetoden har Strand kommune foreløpig ikke valgt å bruke.

8. Habilitering

Habilitering defineres ofte likt som rehabilitering: *“Tidsavgrensa, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.”*

Men som har tilleggsmomenter som at brukeren skal føle seg bekvem og tilpass.

Ergoterapi og fysioterapi er fagtradisjoner som er nært forbundet med hverandre, og utfyller hverandre i mange sammenhenger. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen hos begge faggrupper er forankret i naturvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig kunnskap.

I tråd med nasjonale føringer, har tjenesten de seinere år hatt større fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Fysio-og ergoterapitjenesten startet opp med «God skolestart» i 2008 i samarbeid med helsesøstrene og lærerne på 1. klassetrinn. Dette blei gjennomført på alle skolene i Strand. Opplegget hadde fokus på fysisk aktivitet og deltakelse, fysisk form, ergonomi i klasserommet, grov- og finmotorikk, kosthold og sosiale ferdigheter. I midlertidig har stadig flere kommuner funnet ut at det er mer hensiktsmessig å møte barna tidligere enn i 1 klasse.

I Strand har vi også valgt å rette fokus mer mot barnehagene og har prøvd ut opplegget «små i aktivitet» i to barnehager i Strand. Opplegget er ikke evaluert enda men dersom barnehagene og vi ser nytten opplegget så vil vi tilby dette til alle barnehagene i Strand. Målet er at de barna som trenger oppfølging av oss skal plukkes opp så tidlig som mulig og at de da vil være bedre rustet før de begynner på skolen. Oppfølging i barneskole og ungdomsskole har nå blitt gjennomført etter henvisning på enkelt elever men vi tenker oss at vi på sikt også kan bidra i generelle helsefremmende/forebyggende tiltak. Barnefysioterapeuter deltar også med veiledning/undervisning i barselgruppene på Tau og Jørpeland.

Barn og barnerehab (0-18 år):

I Strand har de kommunale fysioterapeutene ansvar for barn fra 0-18 år. Avdelingen har 1,5 årsverk fysioterapi tilknyttet barn. I tillegg tar avd. leder og fysioterapeutturnus også en del barn. Det gis tilbud om undersøkelse og kartlegging knyttet til bevegelse, aktivitet og deltakelse. Mål og tiltak utarbeides i tett dialog med personen selv, samt foreldre eller andre pårørende. Tiltakene blir utført i hjemmet, barnehage, skole eller i vår fysio/ergo avd på Jonsokberget. Tiltakene gis i form av enkeltstående behandling, tilrettelegging og veiledning eller som en del av et tverrfaglig habiliteringsforløp, individuelt eller i grupper. Ved behov for langvarige og sammensatte tjenester opprettes individuell plan som kan være koordinert av fysioterapeut. Barna blir henvist fra foreldre, helsesøster, lege, ergoterapeut, personalet i barnehage/skole eller fra spesialisthelsetjenesten.

De barna som ofte trenger bistand fra ergoterapeutene og fysioterapeutene, er barn og unge med følgetilstander i muskel- og skjelettapparatet på grunn av nevrologiske, ortopediske og reumatiske lidelser, syndromer og sykdommer. Disse kan være medfødt, tidlig ervervet eller oppstått akutt. Typiske problemstillinger/diagnoser kan være; forsinket motorikk, skeivhet i nakke, CP, bruddskader og div. kirurgiske inngrep mm

9. STATUS hjelpemidler i Strand(mengde logistikk, tidsbruk).

Kommunens ansvar for hjelpemidler er nedfelt i blant annet «forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator».

«Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som et av flere alternative tiltak på grunnlag av pasientens og brukerens samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra Arbeids-og velferdsetaten, NAV, eller andre relevante instanser.»

Kommunens sørge-for-ansvar gjelder uavhengig av varigheten og behovet. Det omfatter alle ledd i formidlingsprosessen herunder:

- Å avdekke og utrede behovet for alle typer hjelpemidler
- Utprøving av hjelpemidler
- Tilpasning og enkel montering
- Opplæring i bruken av hjelpemidlet
- Service og reparasjon

Kommunen har også ansvar for å evaluere og følge opp behov for endringer. Kommunens ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging gjelder uavhengig av livsarena. Det vil si om hjelpemiddelbehovet er i hjem, nærmiljø, skole eller fritid. Formidling av hjelpemidler for å legge til rette arbeidsplassen er arbeidsgivers ansvar ifølge Arbeidsmiljøloven § 4.4.

Økonomisk har kommunen pr i dag ansvar for hjelpemidler ved kortvarig behov, dvs inntil 2 år. Og fastmonterte hjelpemidler og hjelpemidler som kan disponeres av flere som i institusjon. Staten har ansvaret for langvarig eller livsvarig behov for hjemmeboende, samt det som regnes som mere kroppsnære og individuelle hjelpemidler i institusjon.

I 2013 var statens utgifter til hjelpemidler i dagliglivet om lag 5 milliarder kroner, mens utgifter hjelpemidler i arbeidslivet var om lag 132 millioner kroner. I 2012 var det om lag 400 000 registrerte

hjelpeiddelbrukere noe som utgjør om lag 8% av befolkningen.

Kommunalt hjelpeiddelager:

Dersom en har en midlertidig funksjonsnedsettelse skal kommunens hjelpeiddelager imøtekomme behov for hjelpeidler. Korttidslån defineres som inntil 2 år. Dersom behovet anses langvarig eller livsvarig er det Hjelpeidelsentralen i Rogaland som skal disponere hjelpeidler som er søkt og innvilget i samråd med kommunale terapeuter. Strand Kommune har et veldrevet og innholdsrikt hjelpeiddelager. Her kan en låne alt fra toalett-forhøyer og dusjstoler til seilheis, sykehusseng og ergometersyssel. Kommunen er selv ansvarlig for logistikk og omfang. Innbyggervekst og behov presser stadig frem en større beholdning og mer administrasjon. Sentralen legger også stadig føringer for ansvar som overføres til kommunen. Det signaliseres nå tydelig fra staten at kommunen i langt større grad vil få ansvar for hele administrasjonen av «enklere» hjelpeidler. Blant annet forespeiles det at kommunen selv skal ha ansvar for sykehussenger og personløftere samt alle hjelpeidler som nå innbefattes i bestillingsordningen. Dette vil gi kommunene nye utfordringer både økonomisk og logistisk. Hjelpeiddelageret i Strand er nært tilknyttet Fysio- og ergoterapiavdelingen.

10. Fysioterapi, ergoterapi og hjelpeidler sett i lys av utfordringer fremover:

10.1 Samhandlingsreformen har betydd og betyr:

Samhandlingsreformen som ble innført 1.januar 2012 har hatt fokus på å gi helsetjenesten en ny retning. Det ligger klare føringer på forebygging fremfor å reparere, forebygging i tidlig innsats. Det innebærer at helsetjenesten skal samarbeide bedre, at kommuner og helseforetak er likeverdige parter. At tjenestetilbudet blir flyttet nærmere der folk bor. Det var økonomiske incentiver i 2012 - 2014 ved at kommunene fikk tilført økonomiske midler som var med på å dekke kostnader for pasienter som var innlagt på sykehus, såkalt medfinansiering. Dette ble avvirket og nå er det i avtale slik at hvis pasient ikke blir utskrevet når vedkommende er meldt utskrivningsklar så betaler kommunen pr døgn opphold i sykehuset.

Samarbeidet mellom kommuner og helseforetak er skriftliggjort i et omfattende avtaleverk.

Raskere utskrivning fra sykehus frigir kapasitet til innleggelser av nye pasienter.

Oppbygging av helsetilbud i kommunene har skjedd i ulik grad i kommunene da dette er avhengig av kommuneøkonomi.

Tidligere hjem fra sykehus vil også øke etterspørselen på rehabilitering og tilrettelegging av hjelpeidler. Rask rehabilitering er viktig også som et tiltak i forhold til folkehelse.

Samhandlingsreformen fører med seg at flere skal behandles lokalt i sin egen kommune. Operasjoner som for eksempel kne- og hofteproteser blir sendt rett hjem for opptrening i egen kommune. Dette gjelder også andre tilstander. Der er et økende press om rask oppfølging etter rehabiliterings opphold. Samtidig er det nå et økende fokus på at konservativ behandling (dvs ikke operasjon) skal utprøves før operasjon av for eksempel skuldre, kne menisk/korsbånd, kne/hofteproteser o.l. Når en

pasient da har vært til ortopedisk vurdering på SUS får de gjerne beskjed om å ta kontakt med lokal fysioterapeut for minimum 3 mnd opptrening før operasjon vurderes. Forsking viser at fysisk trening i svært mange tilfeller gir bedre resultat enn kirurgisk behandling.

Fra 01.01.2016 er det lovpålegg om å ha egne eller interkommunale ØHD-plasser. (Øyeblikkelig Hjelp Døgnplasser). I Strand er det etablert 2 senger fra 01.09.2015 som et interkommunalt samarbeid mellom Strand, Forsand og Hjelmeland. Intensjonen i Samhandlingsreformen er god, i og med at den tjeneste/behandling en kan gi lokalt faktisk blir gitt lokalt, og at det fokuseres på forebygging.

10.2 Primærhelsemeldinga innebærer:

«Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» omhandler hvordan den kommunale helse – og omsorgstjenesten skal utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. I det ligger også en intensjon om å skape «pasientens helsetjeneste», hvor pasientens behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse – og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg» innebærer brukermedvirkning i en større grad. Det fremheves at kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp.

10.3 Brukermedvirkning

Brukere har rett til å medvirke, og de som beslutter tjenestetildeling har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Det er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermedvirkning bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud. Bruker og hjelper: Det viktigste i møtet mellom bruker og hjelper er god kommunikasjon. Dette fordrer at begge er åpne og lydhøre for hverandre. Om en av oss er usikker på noe, er det bedre å spørre enn å anta at den andre har oppfattet eller forstått det vi snakker om. Der er bedre å stille et spørsmål for mye enn et for lite. Man må sette av nok tid til å ta opp det som er viktig for at hjelpen skal bli best mulig. Hjelper har fagkunnskap - bruker kjenner problemene på kroppen, og vet mest om sine egne vansker.

Kanskje må vi begge tenke nytt for å få til et likeverdig samarbeid? Brukererfaring og fagkunnskap må være likeverdige grunnpilarer både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene.

Når brukere trenger hjelp til å mestre hverdagen er det noen få, men viktige momenter å huske på for at hjelper og bruker sammen skal kunne finne fram til den beste hjelp og støtte brukeren trenger.

Disse momentene er å:

- bli tatt på alvor
- bli behandlet med respekt

- føle tillit og trygghet
- få hjelp når behovet er der

Metoder som ivaretar brukermedvirkning: Det fins flere metoder og rammeverk som ivaretar brukermedvirkning.

Individuell plan er brukers egen plan og skal utarbeides sammen med bruker. Planen gjenspeiler brukers behov, ønsker og mål. Koordinator og fast kontaktperson er ofte en fasilitator eller los for å gjøre tjenester tilgjengelige.

Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator, men også andre kan ha behov for fast kontaktperson i tjenesteapparatet.

Nettverksmøter og åpne samtaler har fokus på brukers ressurser, styrke og muligheter. Metoden krever god kompetanse hos utøver. Brukers nettverk involveres og motiveres til å delta i brukers bedringsprosess.

Brukeren/pasienten har ansvar for egen helse og eget liv, gjennom egenmedvirkning er de en ressurs.

10.4 Folkehelsemeldingen «Mestring og muligheter», inkl folkehelseloven

Folkehelsemeldingen presenterer strategier for å styrke folkehelsearbeidet og legge til rette for sunne helsevalg. Det tas sikte på at den enkelte skal ta ansvar for egen helse. Psykisk helse skal integreres og arbeidet med livsstilsendring skal vinkles positivt.

Folkehelse skal være gjennomgående i all planlegging og aktivitet i kommunen slik at samfunnet fremmer helse og trivsel

Folkehelseloven pålegger kommunen å ha en oversikt over helsetilstanden. Det fortløpende oversiktsarbeidet skal være et kunnskapsgrunnlag til kommunal planlegging, hvor det vektlegges de positive og negative faktorer som virker inn på folkehelsen.

Strand har etablert et tverrfaglig folkehelsesteam som har startet opp et systematisk arbeide.

Kommunen har behov for å intensivere arbeidet for å kunne ivareta oppgavene etter intensjonen i loven.

10.5 Framskrivning av befolkningen i Strand, pr 01.01.2015 er det 12 395 innbyggere

År	Middels vekst	Høy vekst
2018	12963	13137
2020	13318	13619

10.6 Samarbeid med NAV og andre aktører i 1. og 2.linjetjenesten.

Det er et krav om at sykemeldte skal raskere tilbake til jobb. Fysio- og ergoterapeuter blir nå oftere innkalt i møter for å beskrive funksjonsvurdering. Det er også en forventning om at leger og fysio- og ergoterapeuter skal ha oppfølgingsansvar etter rehabiliteringsopphold. Det er ulike avtaler som regulerer samarbeidsforholdet. Det kan være oppfølgingsmøter på SUS, Lassa eller Østerlide før tjenestemottakeren kommer hjem til Strand.

Tid er også viktig i henhold til epikrise skriving og tilbakemelding til henvisende instans/samarbeidende organ. Her er der et forbedringspotensialet. Dette henger også sammen med elektronisk samhandling. Per i dag er det for store kostnader tilknyttet oppkobling og bruk, samt at programvarene ikke er ferdig utviklet nok. Sentralt i forbundene jobbes det med dette.

Fysioterapeuter og ergoterapeuters rolle i samarbeid med Nav blir også viktigere fremover da i henhold til funksjons utredelser for arbeidsavklaring/uføre søknader/oppfølging av pasienter. Det går mer tid til møter. Fysioterapeuter og ergoterapeuter forventes også som deltakere i Individuell plan prosesser.

10.7 Elektronisk pasientjournal og arkivering

Fysioterapeutene, ergoterapeutene og sekretær i kommunen bruker Pro Med kommunal som elektronisk pasient journalsystem (EPJ). Dette er en EPJ som er laget for terapeuter og som har en logistikk del som holder rede på kommunale og statlige hjelpemidler. I tillegg har Pro Med kommunal internt meldingssystem som også inkluderer vaktmester.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommunen som jobber med pasienter på rehab. og sykeavdelingen har i dag tilgang til pleiernes system Cos doc hvor en kan skrive og kommunisere. I tillegg får vi E meldinger fra SUS inn gjennom Cos doc og der kan vi også skrive meldinger til de fleste legene i Strand. Dagens Promed som fysio- og ergoterapeuter benytter som journalsystem har vært et godt system som nå har mange tekniske problemer. Det er derfor behov for og også ønskelig å kunne bruke ett journalsystem som dekker alle våre behov for dokumentasjon, kommunikasjon, arkivering og logistikk. Det planlegges nå overgang til CosDoc fra 01.01.17.

Dagens arkivrutiner innebærer at alle notat, brev og epikriser blir sendt med posten. De blir kopiert i 2 eksemplar og lagt i kopiperm samt i journalarkiv. Dette gir en hel del arbeid som kunne vært

unngått og det har vært et ønske lenge at vårt EPJ system blir full elektronisk og at vi kan unngå papirarkivering. Andre kommuner i Rogaland er blitt full elektroniske og det bør vi jobbe for å få på plass også i Strand.

Det er strengere krav til arkivering innen offentlig helsevirksomhet enn det er i privat helsevirksomhet. Avtaleterapeutene må ikke forholde seg til arkivloven men er pliktige til føre journal på lik linje med den kommunale virksomheten.

Pr i dag er det uklarerheter i krav og innføring, og det foregår forhandlinger mellom NFF og leverandører.

Arkivering

Pasientjournaler skal oppbevares slik at de ikke kommer til skade eller blir ødelagt, og at uvedkomme ikke får adgang til dem.

Journalene skal oppbevares til det av hensyn til helsehjelpens karakter ikke lenger antas å bli bruk for dem. Hvis ikke journalopplysningene deretter skal bevares i henhold til arkivloven eller annen lovgivning, skal de slettes, jf. Personopplysningsloven § 28. Avlevering eller deponering som nevnt i tredje og fjerde ledd bør ikke skje før det er gått minst 10 år etter siste innføring i journalen.

Journaler i offentlig virksomhet kommer inn under bestemmelsene om offentlige arkiver i og i medhold av arkivloven, herunder bestemmelsene om bevaring, kassasjon og avlevering til statlig, fylkeskommunal eller kommunalt arkivdepot.

Journaler i privat virksomhet kan avleveres til et offentlig arkivdepot eller deponeres i annen oppbevaringsinstitusjon.

11. Satsings og utviklingsområder framover:

Forebygging versus behandling:

Sett i et folkehelseperspektiv vil det alltid være mest formålstjenlig å forebygge skader. Det gjøres bla gjennom tiltak som «sterk og stødig» som er fallforebyggende tiltak. Treningen gir styrke til å forhindre fall, men også styrke til raskere restituering etter fall.

Eller at et barn får fysioterapi tidlig for å forhindre senskader.

Forebygging på individnivå og på systemnivå:

Forebyggende tiltak kan/vil være å få hjelpemidler i rett tid slik at den enkelte kan opprettholde funksjon med å være hjemme i egen bolig. Forebyggende tiltak er at den enkelte tar ansvar for eget liv og gjør de grep som er nødvendig for å leve et optimalt liv. Når det er behov for hjelpetiltak er det ofte hjemmehjelp og hjemmesykepleie som kommer inn med tjenester først. Det vil da være viktig

med tidlig besøk av ergo- og/eller fysioterapeut for å kartlegge tilrettelegging.

Her er det glidende overgang mellom forebygging og behandling, men det viktigste vil være å komme tidlig inn med tilrettelegging.

Forebygging systematisk vil være med på å gi bedre livskvalitet og demme opp for etterspørsel for behandling.

I dagens samfunn ser man flere utfordringer:

- Større andel inaktive barn og voksne.
- Flere med livsstilssykdommer som overvekt, diabetes, høyt blodtrykk og kreft
- Flere (også unge) med fatigue (tretthet etter kreft) eller andre utmattelsestilstander
- Muskel- skjelett lidelser og psykiske lidelser utgjør en stor andel av sykemeldte og uføre.

Disse utfordringene gjenspeiler seg i vår kommune. Videre viser Folkehelse profilen i Strand kommune at vi har mer hjerte/karlidelser enn landet for øvrig, flere medisinererte for psykiske lidelser enn landet for øvrig og flere uføre trygdede enn landet for øvrig.

Det er samtidig flere som overlever alvorlig sykdom som blant annet hjerte, lunge lidelser, slag og kreft. Flere av disse kommer ut i arbeid igjen og kan være yrkes aktive i lang tid fremover. Flere med kroniske lidelser som MS, parkinson, leddgikt og andre reumatiske eller nevrologiske lidelser har også en bedre livskvalitet enn før og kan være yrkes aktive lengre. Det er videre et ønske om at befolkningen skal klare seg lengst mulig på egen hånd i eget hjem. Opplæring i egen mestring og ansvar for egen helse er derfor svært viktig.

Folkehelseinstituttet gir ut folkehelseprofiler. Profilen for Strand 2016 ligger som vedlegg 2.

Status for tjenesten fysioterapi og ergoterapi slik det fremkommer i dette dokumentet viser at vi ikke i særlig utstrekning klarer å komme i posisjon til forebygging, og at vi heller ikke er godt nok rustet til behandling for de som trenger det. Det vises til oversikt over antall årsverk.

For at vi skal komme i bedre posisjon og sikre innbyggerne et bedre tilbud i planperioden 2016 – 2020 anbefaler arbeidsgruppa:

- Fortsette prosjektet «små i aktivitet» i barnehagene
- Fokuserer mere på forebygging gjennom bla: Barn & fedme. Inaktivitet. Fallforebygging.
- Alle fysioterapeuter og ergoterapeuter jobber etter prinsipper i prioriteringsnøkkel for å få et bedre sammenligningsgrunnlag.
- Avtalene og samarbeidet med avtaleterapeutene videreutvikles og forbedres.
- Det signaliseres at kommunene skal overta og utvide ansvaret for det meste av hjelpemidler. Det vil kreve lokaler og logistikk som harmonerer med oppgavene.

- Elektronisk pasientjournal og elektronisk kommunikasjon.
- Stillingsressurs som skal ivareta fysioterapi i skolehelsetjenesten.
Det bør utredes videre fysioterapeuters rolle i Skolehelsetjenesten. Fysioterapeuter skal være en del av det faglige teamet skolehelsetjenesten skal bestå av. Dette skal være av ikke kurativ karakter, men forebyggende. Det bør utredes om dette dekkes godt nok i kommunen i dag. Og det bør evalueres om vi må tenke nytt med for eksempel «åpen dør» hos fysioterapeuten (kanskje psykomotorisk fysioterapeut/barnefysioterapeut) på skolen/helsestasjon.
- Hjemmebesøk til personer over 80 år, eldre inaktive, for å informere og kartlegge evt behov for hjelpemidler eller andre tiltak for å optimalisere funksjonen. Dette krever en egen politisk sak.
- Utrede hverdagsrehabilitering. Dette krever egen politisk sak. Se KS-rapport: <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/ks---hverdagsrehabilitering---sluttrapport-endelig.pdf?id=4198>
- Handlingskjeden som innbefatter kartlegging av behov for hjelpemidler til bestilling, transport og levering må være effektiv.
- Utvide stillingsressurs/driftstilskudd til fysioterapeuter for å imøtekomme raskere utredning og behandling/hjelp.
- Utvide ergoterapistillinger for raskere hjelp til utredning av hjelpemidler og tidlig hjelp.
- Fokuserere mere på egentrening og ansvar for egen helse og opptrening. Tjenesten må bli dyktigere på å avklare forventninger etter aktiv behandling, og «retten til fri behandling.»

12. Arbeidsgruppens anbefalinger

- I planperioden bør det utvides med 3 x 100% fysioterapeuter
- I samme tidsrom bør ergoterapitjenesten utvides med 150% stilling.

Den kommunale fysio- og ergoterapitjenesten må dreie fokus og ressurser over fra tradisjonell behandling til hverdagsrehabilitering i hjemmene. Dette må gjøres i tett samarbeid med hjemmetjenesten.

Etablering av stillinger med driftstilskudd gjøres etter vedtak i kommunestyret og driftstilskudd dekkes i kommunens rammeoverføring.

Det må tas hensyn til geografisk fordeling.

Vedlegg: 1

Prioriteringsnøkkel for fysio- ergoterapibehandling i Strand kommune.

Mål og hensikt:

Prioriteringsnøkkel er utarbeidet med tanke på å få ett faglig begrunnet verktøy som vil gjøre det lettere for terapeutene å prioritere og samtidig gjøre lengden på ventetiden mer forutsigbar for pasienten. Prioriteringsnøkkel setter også standarden for når det skal meldes avvik i forhold til pasienter som må vente lenger enn det som er satt som maksimal ventetid.

Målgruppe:

Målgruppen for kommunale fysioterapeuter er barn og unge fra 0 – 18 år og eldre over 67 år som har behov for vurdering eller behandling. Kommunale ergoterapeuter har pasienter i alle aldre.

Vi jobber spesielt med sammensatte problemstillinger hvor det er behov tverrfaglig samarbeid.

Voksne mellom 18 og 67 år vanligvis til behandling hos private fysioterapeuter.

Fordelingen i aldersgrupper mellom kommunale og private fysioterapeuter er ikke absolutt og avgjøres først og fremst av den aktuelle problemstillingen.

Pasientene har rett til å velge hvor de vil ha behandling men dersom voksne mellom 18 og 67 år velger å få behandling hos kommunal fysioterapeut må de belage seg på å komme sist i køen innenfor sitt prioriteringsnivå.

Avvik:

Dersom pasientene må vente lenger enn det som er definert som maksimal ventetid for deres problemstilling skal leder sørge for at pasient/pårørende blir skriftlig informert om ventetid og samtidig melde dette inn som avvik i kommunens interne kontroll system en gang i måneden.

Prioritet	Problemstilling	Eksempler på målgrupper	Ventetid
<p>1</p> <p>Rask intervensjon er nødvendig og har stor betydning for effekt av tiltak.</p>	<p>Barn: Akutt problemstilling som er nyoppstått, eller brått funksjonstap pga skade, sykdom eller lidelse, og/eller store forandringer i omgivelsene.</p> <p>Problemstillinger knyttet til overgangsfaser. Trening og tiltak må påbegynnes straks.</p> <p>Problemstillinger knyttet til operasjoner/ botoxbehandling.</p> <p>Problemstillinger knyttet til terminal fase, når tiltak i betydelig grad kan lindre, eller at tiltak er rettet mot egenaktivitet og sosial deltakelse.</p> <p>Voksne og eldre: Pasienter som kommer rett fra sykehus og trenger oppfølging etter operasjon eller spesiell behandling.</p> <p>Nyoppstått, brå forandring i funksjon eller problemstilling knyttet til overgangsfase hvor det er viktig at pasienten får en rask vurdering eller kartlegging i forhold hjelpemiddelbehov og/eller behandling.</p> <p>Tilrettelegging og hjelpemidler er nødvendig for at pasienten skal kunne bo hjemme.</p>	<p>Barn: Fødselsskade: Plexus skade/torticollis Barn med medfødte skader, fotdeformitet Barn 0-1 år med asymmetri, diagnose/funksjonshemming Barn med lungeproblemer, progredierende sykdom, revmatiske lidelser i akutt fase. Barn med nevrologiske lidelser med behov for intensiv behandling, for eksempel oppfølging etter botox eller operasjoner</p> <p>Voksne og eldre: Pasienter med lungeproblematikk i akutt fase</p> <p>Protesekirurgi, operasjoner eller fjerning av gips etter brudd.</p> <p>Rehabiliteringspasienter som er innlagt i kommunal institusjon</p> <p>Pasienter med slag, cancer, ALS, MS.</p> <p>Pasienter med, eller som står i fare for å få, trykksår</p> <p>Pasienter som er terminal fase.</p>	<p>inntil 1 uke</p>

Prioritet	Problemstilling	Eksempler på målgrupper	Ventetid
<p>2</p> <p>Tidlig intervensjon forventes å ha stor betydning for effekt av tiltak</p>	<p>Barn: Begynnende/tiltakende funksjonssvikt som har store konsekvenser for mest mulig selvstendig funksjon i hverdagen. Eksempler på funksjonsområder: Utførelse av primære daglige aktiviteter, å kunne bo i egen bolig, delta i lek, mestre deltakelse i barnehage/skole best mulig.</p> <p>Hurtig progredierende sykdomsutvikling som fører til nedsatt funksjon og økt hjelpemiddelbehov.</p> <p>Forsinket funksjons- og aktivitetsutvikling sett i relasjon til alder.</p> <p>Videre kommunal saksgang og henvisning til andre instanser er avhengig av vurdering og uttalelse fra terapeut.</p> <p>Planlagte overgangsfaser for eksempel barnehage – skole. Oppfølging er nødvendig og kan planlegges.</p> <p>Voksne og eldre: Begynnende/tiltagende funksjonssvikt som har store konsekvenser for graden av selvstendig funksjon. Eksempelvis; evnen til utførelse av primære daglige aktiviteter, å kunne bo i egen bolig, delta i arbeidsliv og/eller mestre omsorgsansvar.</p> <p>Videre kommunal saksgang og henvisninger til andre instanser som er avhengig av vurdering av terapeut.</p> <p>Planlagte overgangsfaser – oppfølging er nødvendig og kan planlegges</p>	<p>Barn: Premature barn Barn med Down syndrom/andre syndrom Barn 1-6 år med sen motorisk utvikling Førskolebarn med sammensatte vansker Barn med lungeproblemer – kronisk fase Barn med funksjonshemming/hjelpemiddelbehov, progredierende sykdom, revmatiske lidelser og nevrologiske lidelser. Barn som henvises til spesialisthelsetjenesten Individuell Plan – ved akutt behov og uavklarte saker. Anskaffelse av 1.gangshjelpemidler Revurdering av hjelpemidler der bruker har en betydelig funksjonsendring</p> <p>Voksne og eldre: Personer med langvarige/kroniske lidelser i dårlig fase Personer med særlig behov for tilrettelegging</p> <p>Personer med behov for utredning, for eksempel bolig, bil eller kognisjon.</p> <p>Personer med behov for vurdering i forbindelse med henvisning til spesialisthelsetjenesten. Overgangsfaser, f.eks overgang fra skole til arbeidslivet, bytte av arbeidsplass, flytting innad eller til/fra kommunen. Personer som er, eller står i fare for å bli sykemeldt.</p>	<p>inntil 1mnd</p>

<p>3</p> <p>Intervensjon fra terapeut anses som hensiktsmessig men kan vente.</p>	<p>Barn: Bevegelses- eller aktivitetsproblemer som følge av kroniske, og/eller langsomt progredierende sykdom i rolige faser.</p> <p>Forsinket funksjons- og aktivitetsutvikling sett i relasjon til alder.</p> <p>Planlagte overgangsfaser. Oppfølging er nødvendig og kan planlegges i god tid.</p> <p>Pasienter med lidelser hvor det er naturlig og gi behandling i bolker og hvor det er naturlig å ha lengre pauser uten behandling.</p> <p>Voksne og eldre: Bevegelse- eller aktivitetsproblemer som følge av langvarige/kroniske, og/eller langsomt progredierende sykdom i rolige faser.</p>	<p>Barn: Arbeid med individuell plan, koordineringsfunksjon Vurdering av fot problematikk Barn 6-16 år med sen motorisk utvikling Barn 6-16 år med sammensatte vansker Barn med psykosomatisk problematikk, Down syndrom/andre syndrom – veiledning og vedlikehold Barn med progredierende sykdom eller kroniske sykdommer i rolige fase Skolebarn med nakke/rygg/skulder problematikk, hvor tverrfaglig bistand er hensiktsmessig Bistand i overgangsfaser (for eksempel barneskole – ungdomsskole) Revurdering av hjelpemidler hos kronikere i stabil fase.</p> <p>Voksne og eldre: Lungepasienter i stabil fase Personer med nevrologiske lidelser i stabile faser Eldre mennesker med opptreningspotensial Personer med psykiske lidelser Veiledning i forhold til personer med psykisk utviklingshemming. Arbeid med individuell plan, koordinatorkfunksjon.</p>	<p>inntil 3 mnd</p>
---	---	--	--------------------------------

Strand



Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jamfør lov om folkehelsearbeid. Statistikken er fra siste tilgjengelige periode per oktober 2015.

Nye indikatorer i 2016:

- Valgdeltakelse ved valget i 2015
- Indikatorer fra Ungdata-undersøkelsen
- Overvekt inkl. fedme fra nettbasert sesjon
- Frafall etter foreldrenes utdanningsnivå (figur på midtsidene)

Utgitt av
Folkehelseinstituttet
Avdeling for helsestatistikk
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
E-post: kommnehelsa@fhi.no

Redaksjon:
Camilla Stoltenberg (ansv. redaktør)
Else-Karin Grøholt (fagredaktør)
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Idékilde: National Health Observatories, Storbritannia
Foto: Scanpix og Colourbox
Midtsidene: I samarbeid med Helsedirektoratet
Bokmål
Batch 0602161525.0602161705.0602161555.06/02/2016
17:20

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/folkehelseprofiler

Noen trekk ved kommunens folkehelse

Temaområdene er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid, men er også begrenset av hvilke opplysninger som er tilgjengelig på kommunenivå. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønnssammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- Valgdeltakelsen i kommunen var lavere enn i landet som helhet ved kommunestyre- og fylkestingsvalget i 2015. Valgdeltakelse kan si noe om samfunnsengasjementet i kommunen.

Levekår

- Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er lavere enn i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.

Miljø

- Andelen personer som får vann fra vannverk som både har tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsløseveranse ser ut til å være lavere enn landsnivået. Når man vurderer kommunens drikkevannsforsyning, må det tas hensyn til at statistikken omfatter den delen av befolkningen som får vann fra rapportpliktige vannverk, se indikatornummer 11, forsyningsgrad.
- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er veldig eller ganske mye plaget av ensomhet, er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Tallene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.
- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er litt eller svært fornøyd med lokalmiljøet, er lavere enn landsnivået. Tallene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.

Skole

- Andelen 10.-klassinger som trives på skolen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet. Kommuneverdien kan imidlertid skjule stor variasjon mellom skoler. Tallene er hentet fra Elevundersøkelsen.
- Frafallet i videregående skole er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. På midtsidene kan du se hvordan frafallet i kommunen varierer med foreldrenes utdanningsnivå. Frafall er en viktig folkehelseutfordring i hele landet.

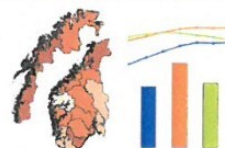
Levevaner

- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er fysisk inaktive (andpusten eller svett sjeldnere enn én gang i uka), er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Tallene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.
- Andelen med overvekt inkludert fedme er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet, vurdert etter resultater fra nettbasert sesjon I for gutter og jenter (17 år).

Helse og sykdom

- Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole som høyeste utdanning og de som har videregående eller høyere utdanning, er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Forskjellen i forventet levealder er en indikator på sosiale helseforskjeller i kommunen. Les mer om sosial ulikhet på midtsidene.

For flere indikatorer og mer detaljert statistikk se
Kommnehelsa statistikkbank,
khs.fhi.no



Utjevning av sosiale helseforskjeller: ikke bare hva vi gjør, men også hvordan

Alle faktorer som påvirker helsa, og som er sosialt ulikt fordelt i befolkningen, bidrar til å opprettholde sosiale ulikheter i helse. Ulikhetene varierer i tid og mellom ulike geografiske områder, og det forteller oss at det er mulig å redusere dem.

Sosiale ulikheter i helse vil si at vi ser systematiske helseforskjeller som følger inntekt og utdanningslengde. Forskjellene er uavhengige av kjønn og alder og gjelder blant annet forventet levealder, ulike sykdommer og levevaner som kosthold og røyking. De finnes i de fleste fylker og kommuner, men siden størrelsen på ulikhetene varierer, vet vi at det er mulig å redusere dem.

Helseforskjellene danner som regel en jevn gradient gjennom befolkningen. En gradient kan ses på som en stige og vil si at litt bedre sosioøkonomisk status gir (statistisk sett) litt bedre helse. Ikke bare har de nest fattigste bedre helse enn de aller fattigste. Vi ser også at de aller rikeste i gjennomsnitt har litt bedre helse enn de nest rikeste. Det samme gjelder når vi ser på sammenhengen mellom helse og utdanning; jo lengre utdanning, jo bedre helse.

Dersom vi skal utjevne helseforskjellene, må vi ha hele befolkningen i tankene. Et godt gjennomført tiltak kan samlet sett gi en betydelig folkehelsegevinst fordi det når frem til mange.

Tiltak kan være ment å treffe alle og gi mest nytte til de som har størst behov, men dersom en ikke undersøker og sikrer dette i den praktiske gjennomføringen kan resultatet bli at man forsterker i stedet for å utjevne helseforskjeller.

Vi kan se på helsen som endepunktet i en årsakskjede hvor grunnleggende sosiale forhold som utdanning og økonomi sammen med miljøforhold, levevaner og, til slutt, helsetjenester påvirker helsen.

Tiltak for å bedre helse og utjevne helseforskjeller kan settes inn på alle leddene i denne årsakskjeden. Nøkkelen til å redusere helseforskjellene ligger ikke i noen få enkelttiltak, men i sammensatt innsats.

Innsatsområder for utjevning

Figur 1 illustrerer eksempler på aktuelle innsatsområder for å redusere sosiale helseforskjeller. Første del av figuren omfatter innsatsområder for å redusere ulikhet i grunnleggende sosiale forhold. Videre kan man rette innsatsen mot ulikheter i levevaner, sosial støtte og andre fysiske og sosiale miljøfaktorer som mer direkte virker inn på helsen. Siste del av figuren peker på at helsetjenester kan demme opp for ulikheter skapt tidligere i årsakskjeden og at innsats på dette området også er aktuelt for å oppnå likeverdig helse.

Tiltak på det første leddet gir potensielt stor gevinst fordi det kan virke positivt på hele årsakskjeden - de retter seg mot «årsakene til årsakene».

Figur 2 viser forventet levealder i tre utdanningsgrupper. Tallene blir vist både for kommune, fylke og landet som helhet. Utdanningsforskjellene i dødelighet, og dermed forventet levealder, kan betraktes som sluttsummen av mange små og store faktorer gjennom hele livsløpet.

Virker dagens tiltak?

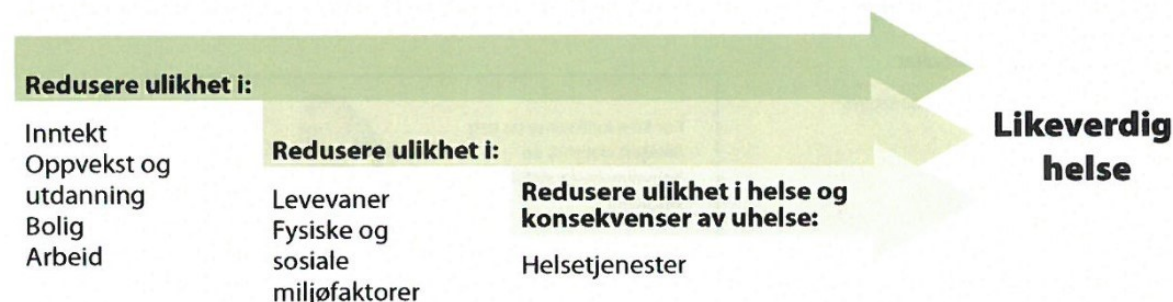
For å utjevne sosiale helseforskjeller trenger vi ikke nødvendigvis nye tiltak, men vi trenger å se på fordelingseffektene av det som allerede gjøres. Noen spørsmål som det kan være nyttig å reflektere over, er:

- Kan innsatsen eller tiltaket slå ulikt ut for ulike grupper?
- Er det økonomiske, sosiale eller fysiske barrierer som gjør at ikke alle kan nyttiggjøre seg tiltaket eller tjenesten?
- Krever bruk av tiltaket eller tjenesten spesielle kunnskaper eller ressurser som er ulikt fordelt i befolkningen?

Når man skal svare på disse spørsmålene er kunnskap om målgruppen og forhold i lokalmiljøet avgjørende. Eksemplene på neste side illustrerer hvordan et tiltak kan bli sosialt ulikt fordelt dersom det er opp til den enkelte å skaffe seg et gode.

Noen av eksemplene er basert på forskningsfunn og evalueringer, mens andre er lokale tiltak som ikke har vært evaluert.

Figur 1. Innsatsområder for å redusere sosial ulikhet i helse.



Eksempler: faktureringsrutiner, skolefrukt og leksehjelp

Lavinntekstshusholdninger har større problemer med uforutsette regninger enn andre. En del kommunale avgifter og gebyrer faktureres ofte på årlig eller halvårlig basis og kan dermed komme som en stor og kanskje uforutsett utgift for en del husholdninger. Noen kommuner har endret faktureringsrutinene slik at man kan fakturere månedlig.

Tilskudd til kontingenter, utlån av utstyr og liknende tiltak kan gjøre det lettere for alle barn å delta på fotballtrening, kulturskole eller andre aktiviteter uavhengig av familiens ressurser. Figur 3 viser hvor mange dette kan ha betydning for i din kommune. Figuren viser andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt. Tallene vises også for fylket og landet som helhet.

En skolefruktordning som er gratis for alle, har vist seg å redusere sosial ulikhet både når det gjelder inntak av frukt og usunt snacks. Skolefrukt som må betales av foresatte, fører derimot til større sosiale forskjeller i fruktinntak.

Gratis leksehjelp er en ordning som ble innført for å redusere sosial ulikhet i læring, men en evaluering fra 2013 viste at den ikke bidro til dette. Hvorfor? Måten ordningen var innført på varierte mellom kommuner og skoler. Evalueringen antyder at de flinkeste elevene var de som best greide å benytte tilbudet.

Til sammenlikning viser forsøk med gratis kjernetid i barnehager at et systematisk og målrettet rekrutteringsarbeid var avgjørende for at også de barna som i utgangspunktet ikke gikk i barnehage skulle nyte godt av dette tilbudet.

Ulikheter i frafall

Figur 4 viser frafall i videregående skole fordelt etter foreldrenes utdanningsnivå.

På landsnivå ser vi i figuren at det er sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og frafall i videregående skole. Tallene er også vist for fylke og kommune. I vurderingen av disse tallene, er det viktig å være oppmerksom på at det også er forskjell i frafall mellom elever på yrkesfag og elever på studieforberedende fag, med høyere frafall blant yrkesfagelevne.

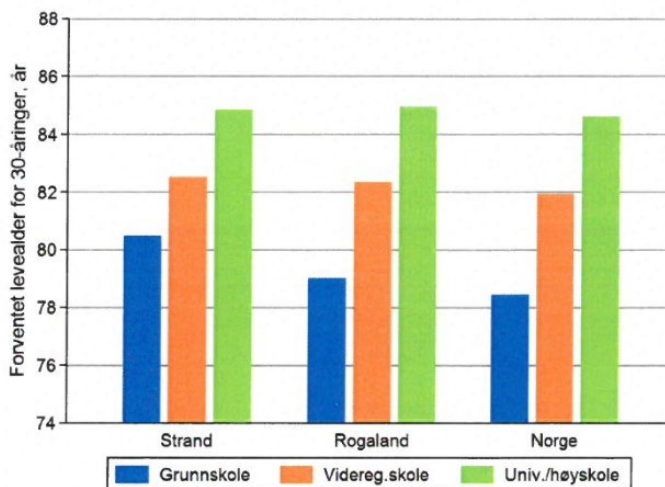
Gode faglige ferdigheter i grunnskolen øker sjansen for at eleven klarer å gjennomføre videregående skole. Arbeidet med å redusere frafall i videregående skole bør derfor starte i grunnskolen.

Kommunen kan også bidra ved å tilby flere lokale lærlingeplasser, enten direkte som arbeidsgiver, eller indirekte, ved for eksempel å stille betingelser til bedrifter i anbudskonkurranser.

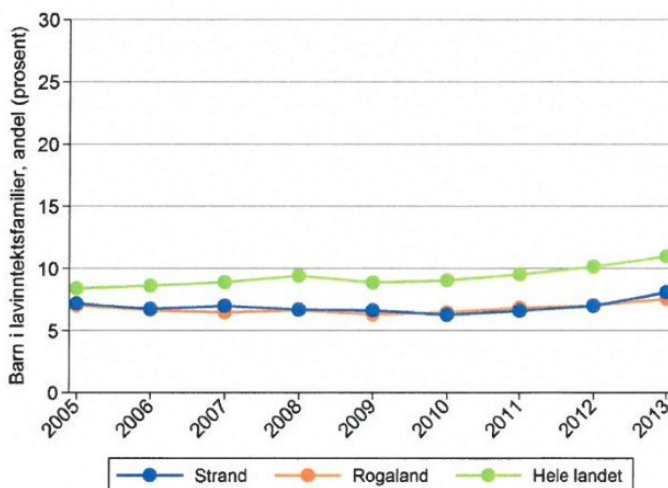
Finn en utvidet artikkel med referanser på www.fhi.no/folkehelseprofiler

Finn flere eksempler i Helsedirektoratets veivisere for lokalt folkehelsearbeid

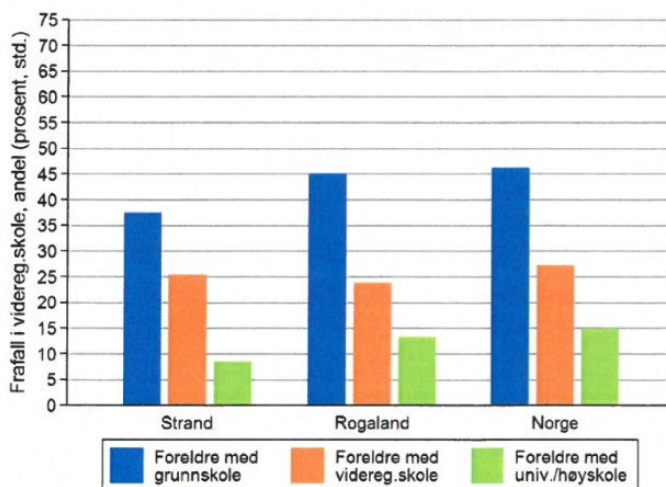
Figur 2. Forventet levealder ved 30 år etter utdanningsnivå (1999 - 2013).



Figur 3. Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt.



Figur 4. Andel som har sluttet på/ ikke bestått videregående skole, status fem år etter påbegynt opplæring, etter foreldrenes utdanning (2012-2014).



Folkehelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. I figuren og i tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenlignet med landet. For å se på utvikling over tid, se KommuneHelse statistikkbank, khs.fhi.no. Her finnes også statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landnivået
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ▬ Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket
- De ti beste kommunene i landet

En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i KommuneHelse statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler og se KommuneHelse statistikkbank, khs.fhi.no.

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Strand
Befolkning	1 Befolkningsvekst	2,1	1,5	1,1	prosent	
	2 Personer som bor alene, 45 år +	19,0	22,6	25,6	prosent	
	3 Valgdeltakelse 2015	59	59	60	prosent	
Levekår	4 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	80	85	83	prosent	
	5 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	8,1	7,6	11	prosent	
	6 Inntektsulikhet, P90/P10	2,6	2,8	2,7	-	
	7 Barn av enslige forsørgere	13	12	15	prosent	
	8 Arbeidsledige, 15-29 år (ny def.)	2,4	1,9	2,7	prosent	
	9 Uføretrygdde, 18-44 år	2,8	2,4	2,6	prosent (a,k*)	
Miljø	10 God drikkevannsforsyning	0	93	92	prosent	
	11 Forsyningsgrad, drikkevann	66	90	89	prosent	
	12 Skader, behandlet i sykehus	11,7	11,3	12,8	per 1000 (a,k*)	
	13 Ensomhet, Ungdata	16	17	18	prosent (a,k*)	
	14 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungdata	62	72	70	prosent (a,k*)	
	15 Medlem i fritidsorganisasjon, Ungdata	63	65	63	prosent (a,k*)	
Skole	16 Trives på skolen, 10. klasse	83	83	85	prosent (k*)	
	17 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	35	26	25	prosent (k*)	
	18 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	32	24	26	prosent (k*)	
	19 Fravall i videregående skole	21	22	24	prosent (k*)	
Levevaner	20 Fysisk inaktive, Ungdata	12	12	13	prosent (a,k*)	
	21 Overvekt inkl. fedme, 17 år	24	20	21	prosent (k*)	
	22 Alkohol, har vært beruset, Ungdata	11	11	14	prosent (a,k*)	
	23 Røyking, kvinner	13	9,2	10	prosent (a*)	
Helse og sykdom	24 Forventet levealder, menn	78,2	78,7	78,2	år	
	25 Forventet levealder, kvinner	83,8	83,2	82,8	år	
	26 Utdanningsforskjell i forventet levealder	3,2	4,7	4,8	år	
	27 Psykiske sympt.frid, primærh.tj., 15-29 år	138	133	142	per 1000 (a,k*)	
	28 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	136	129	130	per 1000 (a,k*)	
	29 Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	252	241	262	per 1000 (a,k*)	
	30 Hjerter- og karsykdom, beh. i sykehus	18,5	17,1	17,3	per 1000 (a,k*)	
	31 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	31	31	35	per 1000 (a,k*)	
	32 Lungekreft, nye tilfeller	54	56	55	per 100 000 (a,k*)	
	33 Antibiotika, legemiddelbrukere	255	230	229	per 1000 (a,k*)	
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	96,2	95,2	94,7	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert

1. 2014. 2. 2014, i prosent av befolkningen. 3. Avgitte stemmer i prosent av stemmeberettigede. 4. 2014, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utd.). 5. 2013, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. 6. 2013, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 7. 2012-2014, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 8. 2014, ledige per januar mnd. (ny def.) i prosent av befolkningen. Def. avviker fra SSBs. 9. 2012-2014, mottakere av varig uførepensjon. 10. 2014, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannslieferanse. Omfatter rapportpliktige vannverk. 11. 2014, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 12. 2012-2014, u.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 14. 2012-2014, u.skole, svært eller litt fornøyd. 15. 2012-2014, u.skole, medlem ved undersøkelsestidspunkt. 16. Skoleåret 2009/10-2014/15. 17/18. Skoleåret 2012/13-2014/15. 19. 2012-2014, omfatter elever bosatt i kommunen. 20. 2012-2014, u.skole, fysisk aktiv (svett og andpusten) mindre enn én gang i uken. 21. 2011-2014, KMI som tilsvarende over 25 kg/m², basert på selvrapporert høyde og vekt ved nettbasert sesjon 1. 22. 2012-2014, u.skole, drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset én gang eller mer 12 mnd. 23. 2010-2014, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 24/25. 2000-2014, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 26. 1999-2013, vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning, 27. 2012-2014, brukere av fastlege og legevakt. 28. 2012-2014, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler. 29. 2012-2014, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 30. 2012-2014. 31. 2012-2014, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insuliner. 32. 2004-2013. 33. 2012-2014, 0-74 år. 34. 2010-2014. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister, Primærhelsetjenestens fastlege og legevakt (KUHR-databasen som eies av Helsedirektoratet), Kreftregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Reseptregisteret og Ungdata-undersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved HIOA. For mer informasjon, se khs.fhi.no