



Nord-Aurdal

Revidert april 2018

Fagplan for fysio- og ergoterapi-tjenesten

2016 – 2020



AKTIVITET – MESTRING – LIVSKVALITET

SAMMENDRAG	SIDE 3
1 INNLEDNING	SIDE 4
1.1 LOVVERK OG SENTRALE FØRINGER	SIDE 4
1.2 LOKALE FØRINGER	SIDE 7
1.2.1 Kommunedelplan – Helse og omsorgstjenester	SIDE 7
1.2.2 Regionale føringer – Intermediæravdeling	SIDE 8
1.2.3 Omsorgstrapp	SIDE 8
1.2.4 Lokale retningslinjer	SIDE 9
1.3 FAG	SIDE 9
1.3.1 Helsefremmende arbeid / folkehelsearbeid	SIDE 9
1.3.2 Forebygging	SIDE 9
1.3.3 Rehabilitering	SIDE 9
1.3.4 Universell utforming	SIDE 11
1.3.5 Hverdagsrehabilitering	SIDE 11
1.3.6 Brukermedvirkning	SIDE 11
1.3.7 Tverrfaglig arbeid	SIDE 12
1.3.8 Arenaer	SIDE 12
1.3.9 Samarbeidspartnere	SIDE 13
2 HVA ER FYSIOTERAPI OG ERGOTERAPI	SIDE 13
2.1 FYSIOTERAPI	SIDE 13
2.1.1 Faste stillinger	SIDE 14
2.1.1 Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter	SIDE 14
2.1.3 Andre fysioterapeuter	SIDE 15
2.1.4 Kompetanse	SIDE 15
2.1.5 Kartleggingsverktøy	SIDE 15
2.2. ERGOTERAPI	SIDE 17
2.2.1 Stillingsressurs	SIDE 18
2.2.2 Kompetanse	SIDE 19
2.2.3 Kartleggingsverktøy	SIDE 20
3 UTFORDRINGER	SIDE 21

3.1	FELLES UTFORDRINGER	SIDE 21
3.1.1	Økning i antall henvisninger	SIDE 21
3.1.2	Befolkningsutvikling	SIDE 22
3.1.3	Omsorgstrappa	SIDE 22
3.1.4	Rehabilitering	SIDE 22
3.1.5	Intermediæravdelinga	SIDE 22
3.1.6	Hjelpemiddelformidling	SIDE 23
3.1.7	Velferdsteknologi	SIDE 23
3.2	SPESIFIKKE UTFORDRINGER	SIDE 23
3.2.1	Tidlig intervensjon / forebyggende tiltak	SIDE 23
3.2.2	Ressurser	SIDE 24
4	SATSINGSOMRÅDER	SIDE 25
4.1	PRIORITERING AV FAGLIGE RESSURSER	SIDE 25
4.2	INTERMEDIÆRAVDELINGA	SIDE 26
4.3	HVERDAGSREHABILITERING	SIDE 26
4.4	REHABILITERING	SIDE 26
4.5	HJELPEMIDDELFRMIDLING	SIDE 26
4.6	MUSKELSKJELETTLIDELSER	SIDE 26
5	TILRÅDINGER	SIDE 27
5.1	KOMPETANSE, RESSURSER OG ORGANISERING	SIDE 27
5.2	HANDLINGSPLAN	SIDE 27
5.2.1	Ressurser	SIDE 27
5.2.2	Faglige tiltak	SIDE 28
5.2.3	Økt kunnskap	SIDE 29
	VEDLEGG	SIDE 30

Sammendrag

Fysio- og ergoterapitjenesten inngår som del av kommunens samlede helse og omsorgstjeneste, og er en virksomhetsovergrepene tjeneste. Tjenesten har mange samarbeidspartnere, og det er et økende krav til tverrfaglige samarbeid.

Samhandlingsreformen og primærhelsemeldinga har fokus på økt behov for forebygging, tidlig innsats, samhandling, rehabilitering, myndiggjøring av pasienter som bidrag til økt ansvar for egen helse. I tråd med sentrale og lokale føringer ønskes en dreining av tjenesten mot mer forebyggende arbeid. Demografiske utfordringer i forhold til økende andel eldre, og intensjonen om å bo i egen bolig lengst mulig, gir behov for andre tjenester som for eksempel velfredsteknologi som erstatning og eller tillegg til andre tjenester.

I tråd med sentrale og lokale føringer vil vi komme med disse tilrådingene:

- På bakgrunn i befolknings- og samfunnsutviklingen er det behov for omstilling av tjenester og for økt grad av flerfaglighet innen helse- og omsorgstjenesten.
- Fysio- og ergoterapeuter har kompetanse innen undersøkelse / karlegging og behandling, og innen forebygging og rehabilitering, som vil være prioriterte innsatsområder framover.
- Forskning dokumenterer samfunnsøkonomisk gevinst av økt bruk av disse tjenestene, og det samme illustrerer kommunens omsorgstarpp. Med økte ressurser kan fysio- og ergoterapitjenesten bidra til at flere innbyggere holder seg arbeidsføre og selvhjulpne lenger.
- Det er faglige begrunnelser for at kommunen bør satse på å beholde dagens omfang og kompetanse innen fagene fysio- og ergoterapi, spesielt spesialistkompetanse innen manuellterapi, psykosomatisk fysioterapi og allmennfysioterapi, og økte ressurser med grunnkompetanse innen ergoterapi.
- Satsingsområdene som er beskrevet i kapittel 4, er mål for fysio- og ergoterapitjenesten. Men med eksisterende stillingsressurser vil det ikke være mulig å prioritere nye tiltak eller å kunne utnytte lokalene i VLMS fullt ut. Det foresås å øke ressursene til ergo- og fysioterapi for å møte behovet for tjenester.
- Det er behov samarbeid med henvisere for å kunne sette inn tiltak i en tidlig fase.
- Den foreslåtte administrative og faglige organiseringen av rehabiliteringsressursene i Nord-Aurdal kommune vil kunne være et viktig bidrag til kvalitetsforbedring av rehabilitering som arbeidsområde.

Jeg forventer av deg:

*at du spør hvem jeg er
- istedenfor å bestemme det ut fra diagnosen min.*

*at jeg får fortalt deg hva jeg vil med livet mitt
- istedenfor at du antar hva jeg kan og vil.*

*at du vektlegger det jeg er god til
og hjelper meg å utvikle det
- istedenfor å fylle ut skjemaer med alt jeg ikke kan.*

*Jeg har drømmer og ønsker,
la meg snuble og feile
- og hjelp meg å korrigere kursen.*

Du skal fortsatt være stolt over yrket ditt,

*men du skal vite at det er mitt mål som bestemmer veien vi skal gå sammen
og hva du som medgår skal gjøre.*

*Kanskje det er på tide å børste støv av FNs menneskerettighetserklæring
og leve etter den.*

Alle mennesker er like mye verdt.

Toril Heggen Munk

1 Innledning

Ved omorganisering i Nord-Aurdal kommune ble fysio- og ergoterapitjenesten samla i virksomhet Omsorg og rehabilitering, avdeling Korttidsavdelinga, fra 1.1.2015. Både stillinga for fysioterapeut i intermediæravdelinga og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter er organisert i denne avdelinga.

Behov for å utarbeide en fagplan for disse fagområdene ble initiert av virksomhetsleder / avdelingsleder som fikk nye fagområder inn i virksomheten. Bakgrunn for å sette i gang planarbeidet var behov for å tydeliggjøre innholdet i fysio- og ergoterapifagene, å vise hvilke oppgaver som blir prioritert i dag samt at planen kan være grunnlag for rapportering fra tjenesteområdet. I tillegg vil det å lage en fagplan gi mulighet til å planlegge utvikling av tjenestene i tråd med sentrale og lokale føringer for helsetjenesten.

Fysio- og ergoterapi har noen sammenfallende innsatsområder og tiltak. I fagplan blir det i tillegg viktig å vise fagene sin spisskompetanse. På denne måten blir både samordning og avklaring av faggrensene synliggjort.

Planarbeidet starta i oktober -15. Det har vært møter der ergoterapeut, ansatte fysioterapeuter og representant fra selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter har deltatt. I tillegg har det vært arbeid med innhold i planen på våre ulike arbeidsplasser. Avdelingsleder har vært orientert kontinuerlig om framdrift i arbeidet og har deltatt på flere møter.

1.1 Lovverk og sentrale føringer

Lover og sentrale føringer som omtales her gjelder fysio- og ergoterapitjenesten. I dette avsnittet legges det vekt på å framheve føringer av særlig betydning for satsingsområder og prioriteringer innen fysio- og ergoterapitjenesten i Nord Aurdal framover.

- I **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester** er ett av formålene å bidra til at mennesker skal kunne leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Det å tilrettelegge for aktiviteter som bidrar til å opprettholde eller bedre funksjon og mestring, og som kan øke livskvaliteten for enkeltmennesker, er kjerneoppgaver i fysio- og ergoterapi.

Kommunen har i tillegg plikt til å ivareta forebygging for at tjenesten skal være forsvarlig. **Folkehelseloven** setter krav til at kommunen skal ha oversikt over helseutfordringene. Slik oversikt vil være grunnlag for forebyggende innsats. **Folkehelsemeldinga** har føringer for at forebyggende arbeid blant eldre skal styrkes.

- Pasient og bruker sin rett til medvirkning er lovfesta (**Pasientrettighetsloven**). Som helsepersonell har vi plikt til å informere pasienter om undersøkelser / kartlegging og behandlingsforslag, og å sørge for rutiner i vår praksis som sikrer god dokumentasjon (journalføring) og at personopplysninger ikke blir kjent for andre (**Helsepersonelloven**).
- **Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator** definerer rehabilitering som arbeidsområde (se pkt. 1.3.Fag), Forskriften har bestemmelser om at kommunen skal sørge for at rehabiliteringsvirksomheten blir planlagt, ha oversikt over behov og å sørge for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging av miljøet rundt pasient / bruker. I tillegg skal kommunen ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. **Veilederen til forskriften** skal hjelpe fagfolk til bedre samhandling ved at det fokuseres på å bidra til en felles forståelse av rehabilitering som arbeidsområde.
- Målet med **Samhandlingsreformen** er en bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte.

Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Kommunene får økt ansvar for rehabilitering.

- Stortingsmeldinga **Fremtidens primærhelsetjeneste** har fokus på «pasientens helsetjeneste»: En framtidsretta tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utforma.

Målet er koordinerte og helhetlige pasientforløp, økt fokus på forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Ved at helsepersonell bidrar til å «myndiggjøre» brukere / pasienter kan den enkelte i større grad få ansvar for egen helse.

Muskel- / skjelettlidelser er fortsatt en stor utfordring og årsak til sjukmeldinger.

- **Stortingsmelding 29, Morgendagens omsorg**, har stort fokus på velferdsteknologi. *Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.*

Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.»

- **ASA 4313 Avtale mellom Kommunenes sentralforbund og Norsk fysioterapeutforbund om drift av privat praksis for fysioterapeuter**

Rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) om drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet som del av den kommunale helsetjenesten jf. helse- og omsorgstjenesteloven har bestemmelser om både kommunen sitt ansvar og ansvaret til fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd fra Nord-Aurdal kommune. Det er av vesentlig betydning for tjenestene som fysioterapeuter med driftsavtale bidrar med, at bestemmelsen om at kommunen skal orientere virksomheten om planer av betydning for den kommunale fysioterapitjenesten, blir ivaretatt.

1.2 Lokale føringer

1.2.1 Kommunedelplan – Helse og omsorgstjenester

Av viktige temaer som fremheves i kommunedelplan for 2016 –2028 er følgende punkter særlig relevant for fysio – og ergoterapitjenesten:

- Det legges vekt på at fysio – og ergoterapitjenester ofte er avgjørende for at pasienter kan utskrives tidlig fra sykehus.
- Forebyggende og helsefremmende arbeid vil bli svært viktig for å opprettholde kvalitet og omfang på tjenestene. *For å nå målet om at flere skal kunne bo i egne hjem så lenge som mulig, er det behov for økt satsing på forebyggende tiltak innen fysisk aktivitet og fallforebygging for eldre.*
- I samhandling med blant annet frivillige og folkehelsekoordinator spiller ergo- og fysioterapitjenesten en sentral rolle i dette arbeidet.
- I arbeidet med habilitering og rehabilitering av barn, voksne og eldre har ergo – og fysioterapi en sentral plass. Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått et større ansvar også for rehabiliteringspasienter. Dette vil sannsynligvis økes ytterligere i årene fremover i takt med befolkningsframskrivingen.
- Det planlegges å starte med hverdagsrehabilitering i 2016. Her vil fysio – og ergoterapitjenesten ha en sentral rolle.

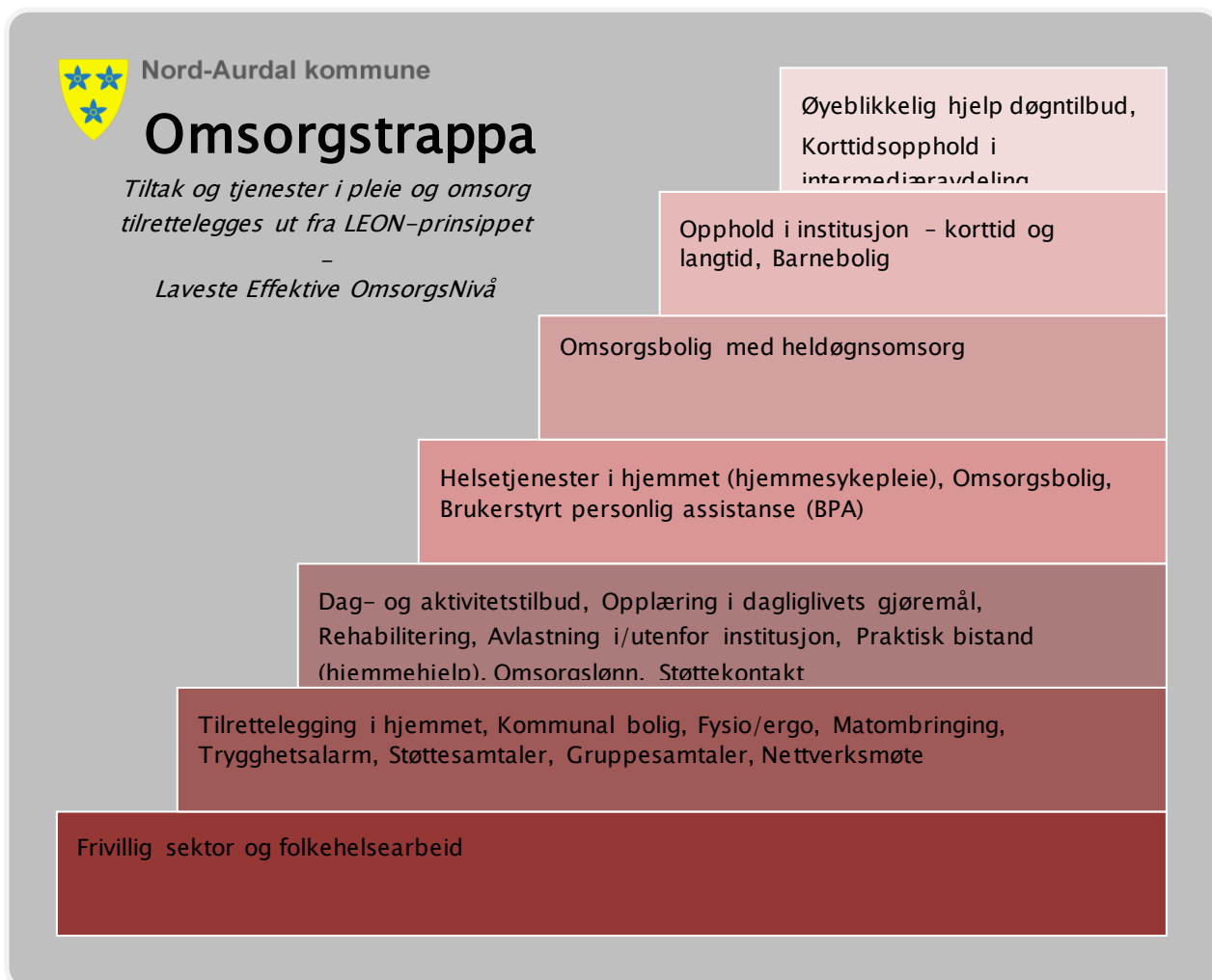
1.2.2 Regionale føringer – Intermediæravdeling

Det er i stortingsmelding 47/2008 – 2009 foreslått etablering av lokalmedisinske senter der tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold skal utgjøre kjernen. Dette omfatter observasjon, behandling, etterbehandling og rehabilitering, samt lindrende behandling. Der pasientene skal få et koordinert behandlingsforløp etter pasienten sine behov uavhengig av hvilket nivå som yter tjenesten. Det er samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og et interkommunalt samarbeid om kommunale tjenester innen helse og omsorg. Intermediæravdelingen tar i mot pasienter enten fra sykehus eller kommunene der pasienten har et større behandlingsbehov enn de kan gi i kommunene. Etter et intermediær opphold med behandling eller kartlegging blir pasientene skrevet ut til riktig omsorgsnivå, til eget hjem eller annen boform med tilsyn i sin kommune.

1.2.3 Omsorgstrapp

Beskriver helse – og omsorgstjenestene i Nord – Aurdal kommune, og tjenestene er definert etter kostnadseffektivitet. Fysio – og ergoterapitjenesten er plassert på nest nederste trinn, og derfor definert som kostnadseffektiv (se figur 1)

Rehabilitering er plassert på trinn tre nedenfra. Fysio – og ergoterapitjenesten har spisskompetanse som er sentral i dette tverrfaglige arbeidet.



Figur 1 : Omsorgstrapp Nord – Aurdal kommune

1.2.4 Lokale retningslinjer og avtaler

Det er utarbeidet retningslinjer for prioritering av pasienter til fysio- og ergoterapi.

Det er en samarbeidsavtale mellom Hjelpemiddelsentralen og Nord-Aurdal kommune om fordeling av ansvar og plikter i arbeidet med hjelpemiddelformidling.

Se vedlegg.

1.3 Fag

Begrep og fagområder som er sentrale i fysio- og ergoterapitjenesten.

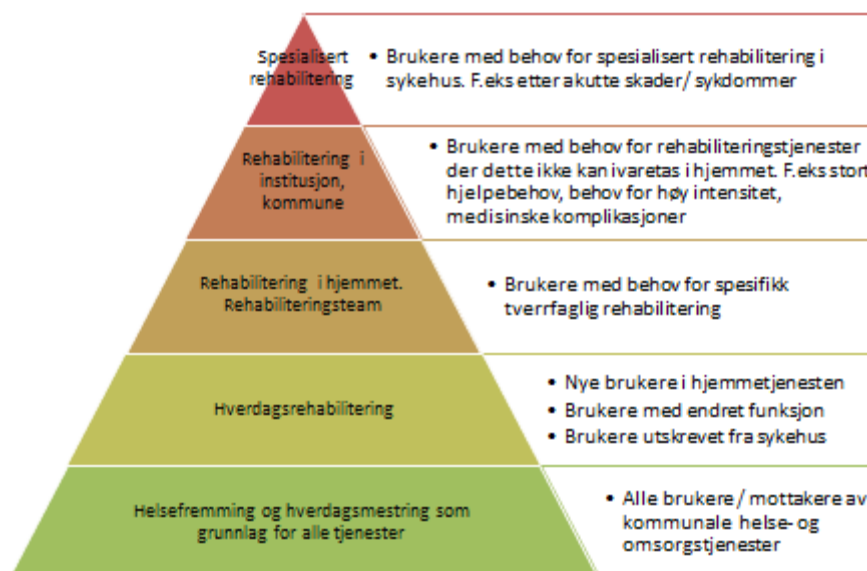
1.3.1 Helsefremmende arbeid / folkehelsearbeid:

Prosesser som setter folk i stand til å få økt kontroll over og muligheten til å forbedre egen helse.

1.3.2 Forebygging:

- *Primærforebyggende arbeid* handler om å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår.
- *Sekundærforebyggende arbeid* har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert. Sekundærforebyggende arbeid er ikke alltid lett å skille fra behandlingsvirksomhet.
- *Tertiærforebyggende arbeid* tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene opp mot rehabilitering og pleietiltak, samt lærings- og mestringstilbud er i praksis ofte uklare.

1.3.3 Rehabilitering:



Pyramiden skildrer forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

Helsefremmingsplanen 2013, Kristiansand kommune

Figur 2: Rehabiliteringspyramiden

Definisjonen av habilitering og rehabilitering i Forskrift om Habilitering og rehabilitering:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Det som er sentralt i habilitering og rehabiliteringsprosessen er at den skal planlegges og gjennomføres ut fra brukers individuelle behov. *Rehabilitering etter denne definisjonen vil være «omfattende» rehabilitering der det er behov for bistand fra flere faggrupper, og et systemisk samarbeid mellom flere instanser og aktører med klare mål.* (Se figur 2, tre øverste trinn.)

I følge St. m 26 Fremtidens primærhelsetjeneste bør det satses mer på rehabilitering.

Det er brukers og pasientens behov, ressurser og mål som skal være utgangspunkt for tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess og i arbeidet med individuell plan og koordinator. Pasient og bruker er hovedaktør, og tjenestene må tilpasse sine bidrag ut fra hva bruker og pasient definerer som sine mål og opplevelse av helhet og sammenheng.

Hva pasient og bruker opplever som verdifullt og meningsfullt bør ligge til grunn som en felles tilnærming på tvers av fag, nivåer og sektorer. Tilbud til mennesker med nedsatt funksjonsevne skal utformes basert på tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser. Dette er fastslått internasjonalt gjennom FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

I tillegg har vi rehabiliteringsretta tiltak der det i mindre grad er behov for tiltak fra flere faggrupper, og mindre behov for samordning av tiltak. Dette er en viktig del av tjenesten for pasienter ved tidlig utskrivning fra sjukehus, for eksempel etter ortopediske operasjoner. Ved progredierende, lidelser som MS, parkinson og demens, er det også ofte enkelttiltak fra enkelt-yrkesgrupper som er behovet – ofte i mange år, mens behovet går over til et tverrfaglig samarbeid tilsvarende det en ser ved rehabilitering etter hvert som sykdommen progredierer.

Eksempler på pasientgrupper med rehabiliteringbehov

- Personer som har gjennomgått hjerneslag
- Personer med nevrologiske lidelser eller hjerneskader
- Personer med syn- og eller hørselstap
- Personer med brudd og andre skader
- Personer med langvarige eller kroniske sykdommer, f.eks. kols, diabetes, hjertekar-sykdom, kreft, og reumatiske lidelser
- Personer med sosiale problemer, atferdsproblemer, psykiske lidelser og rusproblemer
- Eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap
- Personer med muskel-skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet
- Barn med medfødte eller ervervede funksjonstap
- Personer med utviklingshemming

1.3.4 Universell utforming:

Universell utforming av samfunnet, hjelpemidler som muliggjør utføring av aktiviteter på tross av skade/funksjonshemming, samt innøving av nye framgangsmåter vil redusere konsekvensene av tapt funksjon både ved midlertidig og varig funksjonstap.

Kilde: *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld.St.26)

1.3.5 Hverdagsrehabilitering (Se figur 2 Rehabiliteringspyramiden, trinn 2.)

Hverdagsrehabilitering er knyttet til mestring av *dagliglivets aktiviteter i brukers eget hjem eller nærmiljø*. Hverdagsrehabilitering vektlegger forebygging og tidlig intervensjon for å utsette eller forhindre funksjonstap og behov for omfattende pleie og omsorgstjenester. Det gjøres gjennom en målrettet, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering med fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv tillegger betydning. Har som mål å bidra til økt selvhjulpenhet i daglige gjøremål slik at personen kan fortsette å bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet. På sikt vil personens selvhjulpenhet og økte mestringsevne føre til bedre livskvalitet og redusere eller utsette behovet for kommunale tjenester. Se fig. 2 som viser at hverdagsrehabilitering skiller seg fra rehabilitering på nivå tre i pyramiden med hensyn til målgruppe, grad av problematikk og behov for spesifikk rehabilitering.

- «Fra passiv mottaker til aktiv deltaker» / Mestring og selvstendighet.
- Målgruppe: nye brukere av heimetjenester / tidlig intervensjon og stor innsats.
- Forskning fra Danmark dokumenterer samfunnsøkonomisk gevinst ved å satse på hverdagsrehabilitering der grunnbemanning når det gjelder fysio- og ergoterapi er høyere enn i Norge.
- Prosjekt for iverksetting av hverdagsrehabilitering startet i NAK høsten –15. Fysioterapi- og ergoterapiressurs vil bli prioritert til prosjektet.

1.3.6 Brukermedvirkning

«Våre daglige valg får avgjørende betydning for om en person skal kunne opprettholde eller tape funksjonsevne»

Brukermedvirkning og tilrettelegging for egen mestring er grunnleggende i rehabilitering og habilitering, samt i helsefremmende og forebyggende arbeid. *Kunnskapsbasert* faglig tilnærming likestiller verdien av erfaringskunnskap (det behandler eller annet fagpersonell har erfart), brukerkunnskap og forskningskunnskap.

Bruker definerer mål, og fagkompetansen bidrar med veiledning og tiltak for at målene nås. Brukerkunnskap likestilles med fagkunnskap, og kommunikasjon, med utgangspunkt i teknikker som for eksempel MI (Motiverende Intervju) er grunnleggende for myndiggjøring av bruker.

Empowerment er en tilnærming med fokus på myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Vektlegging av pasientens og brukers ressurser og muligheter framfor mangler og problemer er sentralt. Kontakt eller avtale i forkant av behandling kan øke brukers medvirkning og myndiggjøring i en behandlingsprosess.

1.3.7 Tverrfaglig arbeid

Tverrfaglig samarbeid innebærer at ulike yrkesgrupper jobber tett sammen for å sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetansen blir utnytta maksimalt. Det er viktig at alle yrkesgrupper bidrar samtidig til at bruker skal sine viktigste mål. I tillegg er formålet å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag samt å stimulere til faglig utvikling. Det betyr at de som samarbeider skal utvikle tverrfaglig kompetanse, ikke bare fagspesifikk kunnskap.

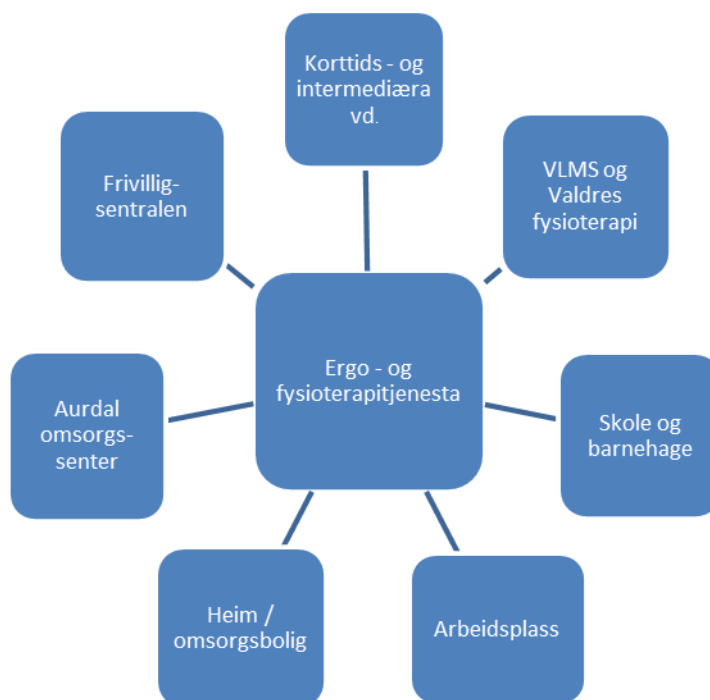
I Nord - Aurdal kommune har vi disse tverrfaglige møtestrukturane på individnivå:

- Samarbeidsmøter
- Ansvarsgruppemøter
- Individuell plan-møter
- Oppfølging av sjukmeldte / NAV: Dialogmøter

I tillegg er det flere møtearenaer som samarbeidsmøte / midtrapport daglig på Korttidsavdelinga, og ukentlig med heimetjenesten.

1.3.8 Arenaer

Figur 3: Fysioterapi og ergoterapi er virksomhetsovergrepene tjenester. Figuren illustrerer hvilke arenaer tjenestene utføres på.



1.3.9 Samarbeidspartnere

Figur 4: Viser fysio- og ergoterapitjenestens samarbeidspartnere



2 Hva er fysioterapi og ergoterapi

2.1 Fysioterapi

- Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar i pasient-/klientsituasjoner.
- 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 (kunnskapsbasert praksis).

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

2.1.1 Faste stillinger (NAK og regional)

Nord-Aurdal kommune: 2 årsverk

Hovedarbeidsoppgaver:

- Forebyggende tiltak for barn og eldre, inkludert helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Undersøkelse og behandling av barn, hjemmeboende mennesker med nedsatt funksjonsevne og eldre
- Pasienter i institusjon / korttidsavdelinga
- Habilitering og rehabilitering inkludert koordinatortoppgaver og arbeid med individuelle planer
- Hjelpemiddelformidling: bevegelseshjelpemidler

Intermediæravdelinga: 0,5 årsverk

Hovedarbeidsoppgaver:

- Kartlegging, behandling og tverrfagligsamarbeid med ulike profesjoner og kommuner.
- Geriatri, rehabilitering, palliasjon innenfor ulike pasientgrupper som:
- Ortopedi, hjerte-/karsykdommer, cancer, apoplexi, funksjonsfall hos eldre og KOLS-pasienter

2.1.2 Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter

Valdres Fysioterapi AS: 4,67 årsverk fordelt på 6 medarbeidere.

Pasienter med problemer i bevegelsesapparatet av fysiske og/eller psykosomatiske årsaker.

Hovedtyngden av pasienter er:

- Mennesker med muskel- og skjelettlidelser
- Kroniske lidelser
- Behandling etter ortopediske operasjoner
- Tjenesten er viktig for å redusere sykefraværet. Det er førsteprioritet til behandling for sjukmeldte.

- Arbeidsplassvurdering

2.1.3 Andre fysioterapeuter

I tillegg til ansatte fysioterapeuter og næringsdrivende fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd fra Nord-Aurdal kommune arbeider det en fysioterapeut på Nord-Aurdal barneskole (assistentstilling). Dette avlaster kommunens fysioterapeut med hovedansvar for barn og unge. To fysioterapeuter uten avtale om driftstilskudd fra kommunen jobber i deltidsstillinger. Disse fysioterapeutene behandler blant annet pasienter som bor og oppholder seg i Nord-Aurdal kommune. I tillegg innhar en fysioterapeut kompetanse innen terapiridning, og driver privat med grupper med blant annet pasienter fra Nord-Aurdal kommune.

2.1.4 Kompetanse

Målsetting: Kunnskapsbasert praksis

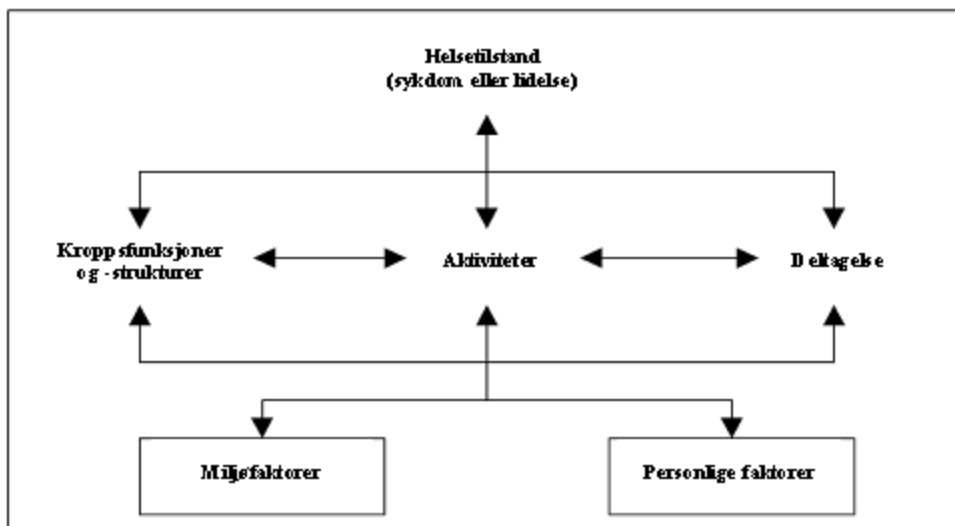
Næringsdrivende fysioterapeuter	Ansatte fysioterapeuter
Spesialist i manuell terapi / primærkontakt MNFF Spesialist i allmennfysioterapi Psykomotorisk fysioterapi Veiledningspedagogikk Kompetanse i lymfødembehandling, arbeidsplassvurdering, treningsterapi, idrettsfysioterapi, mensendieckfysioterapi og 3-årig akupunkturutdanning (som tiltak innen fysioterapi), helsepedagogikk. Les mer på våre nettsider: www.valdresfysioterapi.no	MNFF Spesialist i allmennfysioterapi Tverrfaglig folkehelsearbeid Fysisk aktivitet og helse Veiledningspedagogikk Kompetanse innen fysioterapi til barn og unge, fysioterapi til eldre, hverdagsrehabilitering, habilitering / rehabilitering, motiverende intervju, helsepedagogikk, fallforebygging. Hjelpemiddelformidling (bevegelses-hjelpemidler). Kurs i terapiridning trinn 1 og 2 (NFF)

2.1.5 Kartleggingsverktøy

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF):

ICF er et helsefaglig klassifikasjonssystem utgitt av WHO.

ICF er særlig egnet til å beskrive funksjoner etter hovedaksene kroppsstruktur, kroppsfunksjon, aktiviteter, deltakelse og miljøfaktorer. *Hovedvekten legges ikke på sykdom og diagnose, men på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene som bestemmer deltakelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter og mestring av daglige gjøremål.* ICF er et felles fagspråk som er egnet i tverrfaglig individrettet arbeid, tverretatlig og internasjonal virksomhet.



ICF er en systemisk modell som skal vise hvordan ulike forhold relatert til en persons helsestilstand i kroppen, utførelse av aktivitet, sosial deltakelse, personlige forutsetninger og miljøet påvirker hverandre gjensidig.

Fysioterapeutisk undersøkelse:

- Generell undersøkelse (anamnese, kroppsuttrykk, funksjonsundersøkelse)
- Utdypende undersøkelser, herunder spesifikke tester (muskelstyrke, bevegelse, palpasjon etc.)
- Spesifikke tester

Testene vil bidra til å avdekke funksjonsnedsettelse som vil være grunnlag for tiltak

Testene kan gi indikasjon om prognose

Testene vil være et verktøy for å evaluere tiltak, og se om det er skjedd en endring i tilstand over tid.

Spesifikke tester	Målgruppe	Hensikt
Aberta Infant Motor Scale (AIMS)	Barn 0-18 måneder	Kartlegging motorikk
Movement ABC-test	Barn 3-16 år	Kartlegging grov-/finmotorikk
Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI foreldre-intervju)	Barn 6 mnd - 7,5 år	Avdekke mestring og hjelpebehov på områdene egenomsorg, forflytning og sosial fungering
Back Performans Scale (BPS)	Pasienter med ryggplager	Kartlegging av funksjonsevne i dagliglivet hos pasienter i

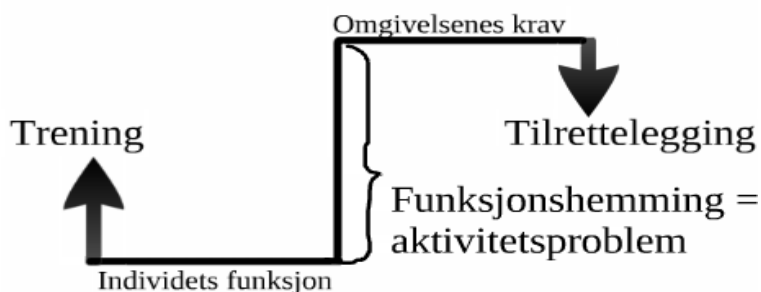
		primærhelsetjenesten
The Timed «Up and Go» test (TUG)	Screening for bevegelseshemmede mht. balanse, ganghastighet og generell funksjonsevne	Kartlegging av behov og personhjelp ved forflytning
Bergs balanseskala	(Svake) eldre personer	Måler funksjonell balanse
Short Physical Performance Battery (SPPB)	Eldre personer	Screening av fysisk funksjon hos eldre. God predikasjonsevne mht. framtidig funksjonsfall, økt hjelpebehov og innleggelse / reinnleggelse i sykehus

Lokale skjema (se vedlegg)
ADL kartlegging (lokalt skjema (NAK))
Opplysninger ved vurderingsbesøk (NAK)
Sjekkliste fallrisiko (NAK)

2.2 Ergoterapi

Ergoterapeutene bidrar til å finne løsninger når det oppstår et gap mellom helse og hverdagens krav.

GAP-modellen / ICF



Forstå samspillet mellom personens funksjon og omgivelsene

Over flere tiår har vi i Norge benyttet en relasjonell forståelse av funksjonshemming, som et misforhold mellom en persons funksjon og omgivelsens krav, ofte kalt "gap-modellen" (Lie 1989, St.meld 34 1996-97). Også WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) støtter opp om en relasjonell forståelse. Slik

forståelse av funksjonshemming flytter fokuset fra en persons funksjonsnedsettelse til samspillet mellom personen og nærmiljøet. Dette innebærer at en må kjenne til hvor og med hvem den enkelte skal fungere og hvilke krav aktiviteter på de ulike arenaene stiller.

Nøkkelen til løsning ligger i kombinasjon av tiltak i forhold til personens funksjon og mestring, og tilrettelegging av aktiviteter og omgivelser.

(Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, NEF, NFF, NSF)

- Ergoterapeutene gir mennesker mulighet til å leve et aktivt liv og delta i samfunnet.
- Ergoterapeuter har en annen tilnærming enn andre helsearbeidere til aktivitet og funksjoner, og er mer opptatt av løsninger enn av problemer. Derfor starter ergoterapeuten samarbeidet med å spørre hva som er viktig i livet til pasienten.
- Ergoterapeuten hjelper dem deretter med å trene og tilrettelegge aktivitetene i hverdagen. Hvis hjemmet eller jobben må endres, kan ergoterapeuten bidra. Ergoterapeuten gjør det også mulig for deg å begi deg fra den ene hverdagsaktiviteten til den andre

Ergoterapeuter er kvalifisert for å kunne:

- Utføre helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende, habiliterende og vedlikeholdende arbeid
- Arbeide innen sektorer i helse- og sosialtjenester, kultur og utdanning
- Arbeide med et internasjonalt perspektiv i tråd med internasjonale standarder for ergoterapeututdanning
- Arbeide etisk fundert og klientsentrert
- Arbeide faglig oppdatert, fremtidsrettet og forskningsbasert
- Arbeide i dialog med praksisfeltet og i tråd med gjeldende lovverk

2.2.1 Stillingsressurs

Det er 0,5 stilling for ergoterapeut. (Stillingen er blitt redusert med 50 %)

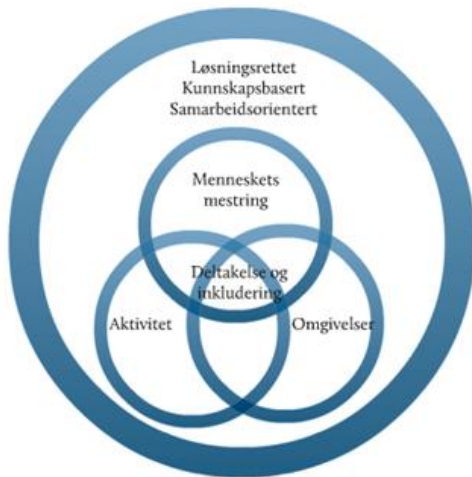
Arbeidsoppgaver:

- Ergoterapi til alle voksne, men det har vært lang ventetid til tjenesten. Barn har ikke blitt prioritert
- Rehabilitering inkludert koordinatorfunksjon og arbeid med individuelle planer
- Om ikke gjenopptrening og innøving kompensierende teknikker lykkes bistår ergoterapeut med utprøving og tilpasning av tekniske hjelpemidler
- Ergoterapi er ofte første tiltak især ved progredierende lidelser
- Hjelpemiddelformidling, spesielt innen områdene sansedefekter (syn, hørsel) og kognisjon
- Hovedansvar for lokalt hjelpemiddellager

- Nord-Aurdal sin kontaktperson til Hjelpemiddelsentralen, inkl. syns- og hørselskontakt og hovedansvar for bilsøknader og ved behov for boligombygging

2.2.2 Kompetanse

Ergoterapeuters kompetanse



Kjernekompetanser i ergoterapi er delt inn i sju hovedområder som overlapper hverandre og er illustrert i sirklene ovenfor.

Sentralt står kompetanseområdet *deltakelse og inkludering i hverdagslivet* som oppsummerer målene med ergoterapi.

Ergoterapeuter har særlig kompetanse i å gjenoppbygge tapt aktivitet etter sykdom eller skade og arbeider for å fremme tilpasning til ny livssituasjon.

For den *kommunale omsorgstjenesten* vil velferdsteknologi brukes som alternativ til andre omsorgstjenester eller som ledd i tjenesteytingen.

Det er svært viktig at ergoterapeuten kommer tidlig inn, da det ellers viser seg at vedkommende slutter å utføre aktiviteten selv og pårørende overtar eller hjemmetjeneste settes inn.

Spesiell kompetanse innen ergoterapi i Nord-Aurdal
Nettverksmøteledelse – Valdresprosjekt 2
Kunnskapsbasert ergoterapi 1 – søk etter kunnskap
Kunnskapsbasert ergoterapi 2 – anvendt kunnskap

2.2.3 Kartleggingsverktøy

- Generell funksjonsundersøkelse
- Spesifikke undersøkelser (aktivitetsanalyse, syn, hørsel, kognisjon bruk av sjekklister og maler for bruk av GPS, tilrettelegging av bolig / bygg, sikkerhet etc.)
- Spesifikk funksjonskartlegging og observasjonsverktøy

Testene vil bidra til å avdekke funksjonssvikt som vil være grunnlag for tiltak

Testene kan gi indikasjon om prognose

Testene vil være et verktøy for å evaluere tiltak.

Spesifikk funksjonskartlegging	Målgrupper	Hensikt
Canadian Occupational aperformance Measure (COPM)	Alle aldersgrupper og diagnosegrupper over 7 år For mindre barn eller personer med kognitiv svikt kan COPM anvendes sammen med omsorgspersoner	Avdekke aktuelle aktivitetsproblemer Innhente informasjon om hvor viktig informanten opplever aktiviteten Få informantens vurdering av utførelse og av tilfredshet med aktivitetsutførelsen Grunnlag for utarbeidelse av mål og plan for behandling eller rehabilitering Evaluere nytte og effekt underveis og etter avslutta rehabilitering

Verktøy for observasjon og karlegging	Målgruppe	Hensikt
Kaffekokeobservasjon Suppeposeobservasjon Vaffelsteikeobservasjon	Mennesker med akutt eller gradvis fall i aktivitetsutførelse	Avdekke hvilke i delfunksjoner
ADL – observasjon morgenstell	Mennesker med akutt eller gradvis fall i aktivitetsutførelse	Avdekke hvilken funksjon som svikter Bakgrunn for valg av tiltak
Spørsmål om før og nå (Braintreesenteret)	Pasienter med traumatisk, eller annen akutt hjerneskade	Avdekke skadeomfanget
Frosting, korskopiering, trailmaking test	Hjerneslag, hodeskader	Avdekke kognitiv svikt
Sensibilitetsundersøkele	Slag, traumatiske hodeskader, perifere nerveskader	Avdekke sensibilitetsutfall
Kopierings, understrekings og gjenkjenningsoppgaver	Ved mistanke om synsfeltsutfall eller kognitiv svikt	Avdekke syns-vansker og / eller kognitiv svikt
Sikkerhet i hjemmet/fallrisiko	Mennesker med sviktende funksjon i hverdagen	Forebygge skader
Aktivitetsanalyse	Mennesker som ikke lenger kan utføre aktiviteten slik de gjorde før	Tilrettelegge aktiviteten eller omgivelsene slik at aktiviteten mestres

3 utfordringer

3.1 Felles utfordringer

3.1.1 Økning i antall henvisninger

- Raskere utskriving fra sykehus.
- Kommunen har økt ansvar for rehabilitering / økt behov for rehabilitering.
- Korttidsavdelinga har fått flere plasser (30), mange pasienter med førsteprioritet til behandling og tidlig utskriving fra spesialisttjenesten fører økt behov for fysioterapi i forhold til ressursen på avdelinga.
- Antall hjemmeboende med demens øker. Befolkningen er mer bevisst på hva ergo- og fysioterapi kan bidra med og etterspør/forventer disse tjenestene.

3.1.2 Befolkningsutvikling

- Økende antall yngre eldre medfører behov for økt forebyggende innsats, f.eks. primærforebyggende tiltak for å hindre funksjonstap.
- Dokumentert effekt av tidlig intervensjon. Igangsetting av tiltak avhenger av primærkontakter og samarbeidspartnere som kan avdekke behov og henvise til tjenester.
- Økt behov for fysioterapi til heimeboende. Kfr. halv fysioterapiressurs i deler av 2015 blir borte fra nyttår, det vil gi økt ventetid til behandling.

3.1.3 Omsorgstrappa

- De siste åra har det vært opptrapping av heimetjenester. Det er behov for økt innsats på lavere effektive omsorgsnivå for å møte utfordringene framover. Fysio- og ergoterapi er kostnadseffektive tjenester som kan bidra til å utsette og redusere press på heimetjenester og på innleggelse i institusjon.
- Fysio- og ergoterapeuter bidrar til behovsavlaring, tilrettelegging med hjelpemidler i bolig og bidrar til raskere utskrivning.
- Det har ikke vært satsa på styrking av terapifaglige ressurser på dette omsorgsnivået og ergoterapiressursene er blitt redusert.

3.1.4 Rehabilitering

- Virksomhet Omsorg og rehabilitering har rehabilitering som oppgave og har flerfaglig kompetanse, men ansvar for utvikling av rehabilitering på system – og også på individnivå – er tillagt en annen virksomhet. Slik fysio- og ergoterapeuter opplever dette i praksis med mange samarbeidspartnere, kan det være utfordringer i å etablere strukturert tverrfaglig arbeid.
- Mange pasienter med behov for rehabilitering har behov for «skreddersøm» / individuelt tilpassa tiltak, og at alle tjenesteytere har felles forståelse, tilnærming og prioritering av tiltak. Det kan medføre at brukermedvirkning og felles målsettinger for tiltak ikke blir godt nok ivaretatt, og kan føre til dobbeltarbeid eller at oppgaver ikke blir utført. Det er viktig å skille rehabilitering fra andre tiltak.
- Fra fysio- og ergoterapitjenesten sin side oppleves det som om utvikling av rehabilitering som arbeidsområde ikke er blitt tilstrekkelig prioritert til i Nord-Aurdal kommune. Dette gjelder registrering / dokumentasjon av rehabiliteringsbehov og -tiltak, implementering av felles forståelse for dette arbeidsområde inkludert rutiner, arbeidsmåter / tverrfaglig samarbeid og opplæring i hele organisasjonen.

3.1.5 Intermediæravdelinga

- Det er varierende behov for fysioterapi på intermediæravdelinga. For pasienter med behov for fysioterapi, er tverrfaglig samarbeid med andre ansatte i avdelinga viktig for felles prioritering av tiltak som er viktig for pasienten. På grunn av mange ansatte og vikarer er det et spesielt behov for klare rutiner for tverrfaglig arbeid. Dette for å sikre pasienten kontinuitet i tiltak gjennom døgnet.
- Tilbakeføring til kommunene: Det er ulike kulturer og rutiner i de forskjellige kommunene, og avdelinga har ingen fastlagt prosedyre med hensyn til kunnskapsoverføring og forslag til oppfølging etter utskrivning.

3.1.6 Hjelpemiddelformidling

- Hjelpemidler lånes ut fra NAV hjelpemiddelsentral etter søknad begrunnet av kvalifisert personale. Det foreligger en samarbeidsavtale mellom NAV Hjelpemiddelsentralen og kommunen.
- Flere typer hjelpemidler – blant annet innen kognisjon, varsling osv. krever grundig utredning.

Statistikk fra NAV Hjelpemiddelsentralen viser økning i antall aktive brukere og nye brukere av tekniske hjelpemidler fra 2013 – 2015.

Årstall	Antall nye brukere i perioda	Antall aktive brukere	Antall brukere med utleverte hjelpe-midler i perioden	Antall hjelpemidler utlevert	Antall hjelpe-midler innlevert	Samlet verdi for utleveringer
2015	Tall ikke klare					
2014	66	689	191	2078	614	4 463 471,24
2013	57	635	185	2 678	868	4 061 355,66
2012	39	637	199	1 366	651	3 648 994,47
2011	50	656	243	1 745	633	4 639 793,76

3.1.7 Velferdsteknologi

- Utviklingen på dette området går rivende fort. Det blir stadig flere mulighet for understøttelse ved tapt kognitiv funksjon, kommunikasjon, apper for mobil og nettbrett som kan være til stor hjelp for at mennesker kan mestre hverdagslivets aktiviteter.
- Det kreves grundig kartlegging av brukernes behov og utprøving av hva brukere kan administrere og nyttiggjøre seg. Velferdsteknologi er det eneste område hvor det er mulig å få bistand fra Hjelpemiddelsentralen også når hjelpemidler skal kjøpes inn av kommunen. Hjelpemidler som går til varsling av ansatte dekkes ikke av NAV.

3.2 Spesifikke utfordringer

3.2.1 Tidlig intervensjon / forebyggende tiltak

- Forskning (Trondheim) viser at fysioterapi henvises fem år etter det første meldte behovet for bistand (f. eks. praktisk bistand, hjelp til dusjing, enkle bevegelseshjelpe-midler), og at ergoterapi henvises ofte etter innleggelse i spesialisttjenesten. En oppnår størst effekt av tiltak ved tidlig innsats. I tråd med sentrale føringer er det behov for å dreie tjenesten i større grad over til primærforebyggende tiltak. Tidlig intervensjon vil være avhengig av gode oppdagere/henvisere fra for eksempel fastlege, heimtjeneste, tildelingskontor.

- Forskning dokumenterer at å hindre et hoftebrudd vil gi stor samfunnsøkonomisk gevinst. Et enkelt hoftebrudd er beregna til å koste samfunnet ca. kr 237 000 (Helbostad 2012). En del av disse utgiftene vil belaste kommunebudsjettet.
- Lokal erfaring viser at et økende antall yngre personer med uspesifikke diagnoser og et sammensatt sjukdomsbilde henvises til fysioterapi.
- Ifølge Primærhelsemeldinga kan tidlig innsats med få intervensjoner gi uttelling. For Nord-Aurdal kommune vil det være sannsynlig at effekten av fysio- og ergoterapi vil være god ved økt satsing på forebygging og tidlig igangsetting av tiltak. Dette vil være i tråd med prinsippet om tiltak på lavest effektive nivå, kfr. Omsorgstrappa, fig. 1.

3.2.2 Ressurser

Ergoterapi:

- Ergoterapiressursen er svært knapp i forhold til behov / antall henvisninger. Økende ventelister er uhåndterbart og fører til dilemma i valg mellom kvalitet eller kvantitet i tiltakene. Det er ikke rom for nye tiltak innen eksisterende rammer.
- Mange ressurskrevende tiltak / henvisninger som gjelder hjelpemiddelsaker på områdene som ergoterapeut har hovedansvar for. Dette gjelder syns-, hørsels- og kognitive hjelpemidler, boligtilpasning og bilsøknader. Statistikk fra NAV Hjelpemiddelsentralen viser økning i antall aktive brukere og nye brukere av tekniske hjelpemidler fra 2011 – 2014.
- Rehabilitering er en utfordring å gi tjenester med god kvalitet og intensitet i halv stilling (2d/uke og 3d/uke), og det mangler inventar og utstyr for å kunne utnytte lokalene optimalt. Tverrfaglig arbeid blir ikke ivaretatt godt nok ivaretatt.
- Ergoterapi til heimeboene pasienter med progredierende lidelser tidlig i forløpet er ikke «synlige» tiltak i NAK. Dette er oftest omfattende saker til personer som ikke har andre tjenester fra kommunen.

Fysioterapi:

- Det er allerede stort press på fysioterapitjenesten. Med flere plasser på korttidsavdelinga og økt satsing på tverrfaglig utredning er det økt behov for fysioterapi der. Antall henvisninger i aldergruppa 0–18 år er nesten fordobla siste året. Selv om antall henvisninger som gjelder heimeboende og pasienter innlagt i korttidsavdelinga er nokså stabilt, ser vi et økende behov for tverrfaglig arbeid, hjelpemiddelformidling og vurderinger i forbindelse med utskriving. Dette har vært økende med flere korttidsplasser og flytting til nye omsorgsboliger.
- I lokale og sentrale føringer legges det opp til å dreie tjenesten mer over mot forebyggende arbeid. Om fysioterapitjenesten skal få til dette i større grad enn nå, må ressurser omdisponeres og dagens oppgaver må nedprioriteres.
- I Økonomiplanen 2016 –2019 er det et mål at lokalene for fysio- og ergoterapi (i VLMS) skal utnyttes fullt ut. For å kunne oppnå dette, opprettholde tjenesten

slik den er i dag til flere brukere og tillegg å jobbe mer forebyggende, må det tilføres friske og nye ressurser inn i fysio – og ergoterapitjenesten.

Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Faktorer som øker ventelistene:

- Samhandlingsreformen innebærer at flere pasienter skal få behandling nært der de bor og at pasientene skal raskere ut fra sykehus. Økt behandlingsskapasitet på sykehusene øker henvisninger til fysioterapi. Færre pasienter får rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten.
- Flere eldre og kronikere med behov for tidlig hjelp ved funksjonssvikt.
- Flere fastleger i kommunen som henviser til fysioterapi.
- Økt antall flyktninger og asylsøkere kan føre til økt behov for fysioterapi.
- Muskel- skjelettlidelser er den største årsaken til sjukmeldinger. Sammensatte plager hos ungdommer og sjukmeldte prioriteres til behandling.
- I Nord-Aurdal med regionsenter rekrutteres et økt antall pasienter da flere har rett til behandling her («bor og oppholder seg»). Dette gjelder arbeidstakere fra andre kommuner, elever i videregående skole og personer som er innlagt f.eks. på Valdresklinikken. I tillegg har kommunen spesialistkompetanse som også utløser rett til behandling for pasienter som ikke har samme tilbudet i hjemkommunen.
- For å klare å overholde retningslinjene vedrørende prioritering av pasienter, har medarbeiderne ved Valdres fysioterapi over tid jobbet ut over eksisterende avtalehemler (4,67) tilsvarende i underkant av et halvt årsverk. I deler av 2016 har fysioterapeut med redusert avtale om driftstilskudd, hatt vikariat i en annen kommune for å ha full jobb. I denne perioda har medarbeideren ikke kunnet jobbe ut over avtalen med Nord-Aurdal kommune. Dette har medført avvik i forhold til å oppfylle prioriteringene som er satt for ventetid til behandling for ulike pasientgrupper, f.eks. sjukmeldte pasienter.
- Statistikk: Det har vært en jevn økning per år av antall pasienter i behandling (+117), behandlingsserier (+357), sum konsultasjoner (+76) fra 2010 til 2015. Dette på tross av at manuellterapeut har jobbet 40 % mindre på grunn av vikariat i annen kommune i store deler av 2015.

4 Satsingsområder

Det bør være et forebyggende fokus i all pasientbehandling. Fysio- og ergoterapitjenesten har i dag størst innsats i det sekundær- og tertiærforebyggende arbeidet. Det er behov for en dreining av tjenesten til økt grad av primærforebyggende arbeid (se 1.3, s.9).

4.1 Prioritering av faglige ressurser

Faglige vurderinger tilsier at det er behov for å fortsette eksisterende prioritering av tiltak innen fysioterapi (ansatte i Nord-Aurdal kommune / intermedisæravdelinga og selvstendig næringsdrivende). Det er et mål å prioritere forebyggende tiltak og tidlig intervensjon. Tidlig intervensjon vi i stor grad være avhengig av gode oppdagere / henvisere. Innen eksisterende rammer vil det ikke være rom for nye tiltak og optimal bruk av fysioterapilokalene (VLMS).

Innen ergoterapi er det nødvendig å prioritere den knappe ressursen (50 % stilling) til tiltak for noen prioriterte grupper. Det gjelder tidlig intervensjon og oppfølging for heimeboende pasienter med kroniske og progredierende lidelser, demente, pasienter med behov for syns- og hørselshjelpemidler, bistand til bilsøknader og til krevende hjelpemiddelsaker som tilpasning av bolig i forbindelse med funksjonstap. Ergoterapi til barn og pasienter innlagt i korttidsavdelinga kan ikke prioriteres innen eksisterende rammer. Nye lokaler gir gode muligheter til kartlegging og opptrening, men kapasiteten strekker ikke til.

4.2 Intermediæravdelinga

Som det er beskrevet i kap. 2.3.1. så er det behov for rutiner for tverrfaglig arbeid både i avdelinga og i forbindelse med utskrivning fra avdelinga.

4.3 Hverdagsrehabilitering

Kommunen har gått inn i et prosjekt i regi av KS for oppstarting av Hverdagsrehabilitering. Ergo- og fysioterapi er nødvendige ressurser i tillegg til sykepleier. Når det gjelder denne kompetansen er det omdisponert 50 % stillinger i heimetjenesten til ergoterapi. Prosjektmidler fra fylkesmannen vil bli brukt til å dekke 50 % stilling for fysioterapeut.

4.4 Rehabilitering

Kommunen har fått økt ansvar for rehabilitering. Som beskrevet foran, opplever fysio- og ergoterapitjenesten utfordringer med å kunne bidra til optimale rehabiliteringsprosesser. Rehabilitering som arbeidsområde er per definisjon tverrfaglig arbeid. Vi mener at det er faglige begrunnelser for at Nord-Aurdal kommune bør gjennomgå rutiner for dette arbeidsområde på nytt. Etter vår vurdering ville det være hensiktsmessig samle koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering inkludert ansvar for individuelle planer og personlige koordinatører, ergoterapi, fysioterapi, hjelpemiddellager inkludert vaktmester i en avdeling i virksomhet Omsorg og rehabilitering. Å samle sentrale aktører innen rehabilitering til en avdeling, vil kunne gi gode muligheter for å utvikle rehabilitering som arbeidsområde i kommunen. En slik organisering vil ikke være til hinder for at tildelingskontoret har ansvar for å gi vedtak om rehabilitering.

4.5 Hjelpemiddelformidling

Det er behov for tydeligere rutiner for både korttidsutlån av hjelpemidler og med hensyn til bestilling og søknad på hjelpemidler fra NAV. Det er kommet nye bestemmelser om hvem som kan søke på elektriske rullestoler, senger og personløftere med elektrisk drift. I tillegg skal opplæring i bruk av disse hjelpemidlene dokumenteres. Ergoterapeut og ansatte fysioterapeuter har godkjenning fra NAV og har ansvar for søknad og opplæring på dette området fra 1.1.16. På grunn av denne ordningen vil det bli økt tidsbruk til hjelpemiddelformidling. Det vil bli behov for at andre yrkesgrupper, for eksempel sjukepleiere, tar ansvar for hjelpemidler som disse faggruppene kjenner best til behovet for.

Formidling av velferdsteknologi vil være tillagt ergoterapi.

4.6 Muskelskjelettlidelser

Muskelskjelettlidelser rammer fortsatt flest og koster mest (*Muskelskjelettrengskapet 2013*) Det er en økning i selvrapporterte kroniske nakke, skulder og ryggplager blant unge 13–18 år, 50 % blant jenter, 30 % blant gutter. Ellers holder muskelskjelettlidelsene seg konstante siden forrige rapport 2004. Fysisk inaktivitet, feil- og overbelastning er risikofaktorer for lidelsene. Det er et stort potensiale for forebygging, rehabilitering og terapi, i følge rapporten. En vil også forvente en økning i

osteoporose og artrose i årene mot 2025 på grunn av eldrebølgen. Dette understreker at fysioterapi bør være et satsingsområdet framover.

5 Tilrådinger

Som det er beskrevet i planen så er satsing på utvikling av fysio- og ergoterapitjenesten forankra i sentrale og lokale føringer.

5.1 Kompetanse, ressurser og organisering

Det overføres økt ansvar for helse- og rehabiliteringstjenester til kommunen, og befolkningsutviklingen viser et økt antall elder innbyggere i Nord-Aurdal framover. Redusert fysisk aktivitet, fysisk form og overvekt har økt blant barn og unge. I den yrkesaktive befolkningen er fortsatt muskel-/skjelettlidelser årsak til den største delen av sjukefravær, og slike plager er økende hos barn og ungdom. Dette medfører både behov for omstilling av tjenester og for økt grad av flerfaglighet innen helse- og omsorgstjenesten.

Fysio- og ergoterapeuter har kompetanse innen undersøkelse / karlegging og behandling, og innen forebygging og rehabilitering, som vil være prioriterte innsatsområder framover. Forskning dokumenterer samfunnsøkonomisk gevinst av økt bruk av disse tjenestene, og det samme illustrerer kommunens omsorgstrapp. Med økte ressurser kan fysio- og ergoterapitjenesten bidra til at flere innbyggere holder seg arbeidsføre og selvhjulpne lenger.

Det er faglige begrunnelser for at kommunen bør satse på å beholde dagens omfang og kompetanse innen fagene fysio- og ergoterapi, spesielt spesialistkompetanse innen manuellterapi, psykosomatisk fysioterapi og allmennfysioterapi, og økte ressurser med grunnkompetanse innen ergoterapi.

Satsingsområdene som er beskrevet i kapittel 2.4, er mål for fysio- og ergoterapitjenesten, men med eksisterende stillingsressurser vil det ikke være mulig å prioritere nye tiltak eller å kunne utnytte lokalene i VLMS fullt ut. Det er behov for å samarbeide med henvisere for å kunne sette inn tiltak i en tidlig fase.

Den foreslåtte administrative og faglige organiseringen av rehabiliteringsressursene i Nord-Aurdal kommune vil kunne være et viktig bidrag til kvalitetsforbedring av rehabilitering som arbeidsområde.

5.2 Handlingsplan

5.2.1 Ressurser

Alle stillinger og avtalehjemler for næringsdrivende fysioterapeuter må organiseres i samme avdeling / virksomhet også i framtida. Dette er avgjørende for å opprettholde et godt fagmiljø.

Tiltak	Ansvar	2018	2019	2020	2021
Ergoterapi					
Det er for lite ressurser til ergoterapi. Det er udekka behov for denne	Virksomhetsleder		150 %	150 %	150 %

fagkompetansen spesielt innen tiltak for barn og unge, innen hverdagsrehabilitering, rehabilitering og i institusjon.					
Fysioterapi (ansatte) Hverdagsrehabilitering Forebyggende tjenester, omsorgsboliger og institusjon	Virksomhetsleder	100 % stilling oppretta, videreføres	100 %	100 %	100 %
Fysioterapi (næringsdrivende) Opprettholde eksisterende Fagkompetanse ved ledighet Det dokumenteres arbeid ut overeksisterende avtale om driftstilskudd. Det er nødvendig å vurdere framtidig behov for fysioterapi og hvilken tilknytningsform som dekker dette behovet best.	Virksomhetsleder Virksomhetsleder/ Prosjekt opptrappingsplan for H/R	4,67 % 0,33%	4,67% 0,33%	4,67% 0,33%	4,67% 0,33%

5.2.2 Faglige tiltak

Se kap. 4 Satsingsområder. Alle nye tiltak vil være avhengig av økte ressurser.

Tiltak	Ansvar	2018	2019	2020	2021
Prioriterte tiltak ergoterapeut: se kap 4.1	Ergoterapeut		X	X	X
Rutiner for tverrfaglig samarbeid og ved utskriving av pasienter IMA	Fysioterapeut i samarbeid med overlege og avd. sjukepleier. Koordineringsansvar: avd. sjukepleier	X	X	X	X
Vurdere administrativ organisering av rehabiliteringsressurser (til en avdeling i O/R, se pkt. 3.1.4., evt. i tillegg sammen med Frisklivssentralen.	Virksomhetsleder / Prosjekt opptrappingsplan for H/R	X	X	X	X

Ergoterapi til barn og pasienter i institusjon	Ergoterapeut		X	X	X
Intensiv treningsgruppe fallforebygging Startet november -16, prioriteres	Fysioterapitjenesten	X	X	X	X
Treningsgruppe / læring og mestringskurs ved kroniske og progredierende lidelser Kols-pasienter tverrfaglig vår -17. Evalueres/drøfting av behov, f. eks. lærings- og mestringskurs for pasienter / brukere med flere diagnoser.	Fysio- / ergoterapi i samarbeid med tverrfaglig gruppe Prosjekt opptrappingsplan for H/R	X	X	X	X
Fokus på forebyggende tiltak og tidlig intervensjon unge eldre	Fysio- / ergoterapi	X	X	X	X

5.2.3 Økt kunnskap

Fysio- og ergoterapitjenesten ønsker å bidra til kunnskapsbaserte tjenester. Det er viktig at eksisterende kompetanse opprettholdes ved ledighet i stillinger eller avtalehjemler.

Tiltak	Ansvar	2018	2019	2020	2021
Opprettholde eksisterende kompetanse innen fysioterapi	Virksomhetsleder	X	X	X	X
Videreutdanning i fysioterapi for eldre personer	Virksomhetsleder		X	X	X
Økt antall ansatte med grunnkompetanse innen ergoterapi	Virksomhetsleder		X	X	X
Etterutdanning og videreutdanning innen fysioterapi til barn og unge	Virksomhetsleder		X	X	X
Tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering	Virksomhetsleder		X	X	X
Velferdsteknologi / kognitive hjelpemidler til pasienter (ergoterapi) Se pkt. 3.1.7	Virksomhetsleder		X	X	X

Videreutdanning i ergoterapi: allmennhelse	Virksomhetsleder		X	X	X
Universell utforming og innovasjon i helsefag (ergoterapi)	virksomhetsleder		X	X	X

Vedlegg /Dokumenter:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Lov om pasientrettigheter

Lov om helsepersonell

Lov om folkehelse (Folkehelseloven)

Lov om folketrygd

Forskrift om pasientjournal

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (oktober –15)

Meld. St.47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Meld. St.19 (2014 – 2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter

Meld.St.26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

IS–2114 Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger

ASA 4313 Avtale mellom KS og NFF om drift av privat praksis for fysioterapeuter kapsbaserte retningslinjer for hjelpemiddelformidling (NEF)

Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering (NEF, NSF, NFF)

Samarbeidsavtale Nord–Aurdal kommune og Hjelpemiddelsentralen Oppland

Fallforebygging i Nord-Aurdal kommune

NAK Folkehelseoversikt 2015

Retningslinjer for prioritering til fysioterapi

Retningslinjer for prioritering til ergoterapi

ProMed Praksis. Rutine for bruk av elektronisk journal og administrasjonsprogram for fysioterapitjenesten og frisklivssentralen i Nord-Aurdal kommune

Rutine for bruk av Profil

Lokale skjema:

- ADL kartlegging

- Opplysninger ved vurderingsbesøk
- Sjekkliste fallrisiko