



Plan for fysioterapitjenesten

Perioden 2018 - 2022

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	4
2	STRATEGIDEL.....	5
2.1	Bakgrunn og hensikt	5
2.2	Strategi.....	5
2.2.1	Finansiering av tjenestene	5
2.2.2	Dagens tjenesteorganisering og tjenesteutøvelse	5
2.2.3	Lokalisering, størrelse og utforming av lokaler.....	6
2.2.4	Prioriteringsnøkler og ventelisteordninger.....	7
2.2.5	Kompetansebehov	7
3	DOKUMENTASJONSDDEL	7
3.1	Styringsdokumenter	7
a)	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.....	8
b)	Lov om pasient og brukerrettigheter.....	8
c)	Lov om folkehelsearbeid.....	8
d)	Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator	8
e)	Forskrift om ledelse og kvalitet i helse og omsorgstjenestene	8
f)	Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale.....	8
g)	ASA 4313 Rammeavtale mellom KS og NFF, NMF og PFF om drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet.	8
h)	Temaplan for helse- og omsorgstjenestene	8
i)	Kommunestyrevedtak KST – 130/17	8
3.2	Befolkningsutvikling og demografi	8
3.3	Finansiering av tjenestene	8
3.3.1	Avtalefysioterapeuter, fastlønnstilskudd og kommunens anledning til å ta inn egenandel	8
3.3.2	Fysioterapi i utlandet	9
3.4	Dagens tjeneste- organisering og utøvelse	9
3.4.1	Årsverk	9
3.4.2	Dagens organisering av tjenesten for barn og unge under 18 år	10
3.4.3	Dagens organisering av tjenesten for voksne over 18 år	10
3.4.4	Folkehelseperspektivet.....	12
3.5	Lokalisering, størrelse og utforming av fysioterapi institutter og lokaler	13
3.5.1	Lokalisering av fysioterapiinstituttene i kommunen	13
3.5.2	Eneinstitutter og flerinstitutter	14
3.5.3	Utforming av institutter	14
3.5.4	Vurdering av lokaler for fysioterapeuter med fastlønnstilskudd	14
3.6	Prioriteringsnøkler og ventelisteordning.....	15
3.6.1	Prioriteringsnøkler	15
3.6.2	Ventelisteordning	15
3.7	Kompetansebehov	16

4	VEDLEGG OG STATISTIKKER	17
4.1	Love	17
	4.1.1 Lov om kommunale tjenester - formål	17
	4.1.2 Lov om pasient og brukerrettigheter	17
	4.1.3 Lov om folkehelsearbeid	17
	4.1.4 Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator	17
	4.1.5 Forskrift om ledelse og kvalitet i helse og omsorgstjenestene	18
	4.1.6 Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale.....	18
	4.1.7 ASA 4313 - Rammeavtale mellom KS og NFF, NMF og PFF om drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet	18
	4.1.8 Temaplan for helse og omsorgstjenestene	18
	4.1.9 Kommunestyrevedtak.....	19
4.2	Statistikker	20
	4.2.1 Oversikt over instituttene, plassering og antall fysioterapeuter	20
	4.2.2 Bruk av ulike takster i Larvik og Skien kommune i årene 2009, 2011, 2013 og 2017.....	21

1 Innledning

Plan for fysioterapi er en helhetlig plan for fysioterapitjenesten i Larvik kommune. Planen innebefatter fysioterapitjenester til alle pasientgrupper, uavhengig av alder, bosted og boform.

Hverdagsrehabiliteringsmodellen i Larvik kommune er politisk vedtatt, og er ikke oppe til revisjon nå. Fysioterapeuter ansatt på Presteløkka rehabiliteringssenter eller Friskliv og mestring er av den grunn ikke inkludert i planen. Det samarbeides om forløp og grupper, og fysioterapeutene som gir den fysioterapifaglige delen av hverdagsrehabilitering er en del av fysioterapitjenesten. Hverdagsrehabilitering er et tilbud som gis av ulike tjenester i et tverrfaglig samarbeid.

Fysioterapiplanen tar for seg tjenestens utfordringer og utvikling for de neste fire årene i perioden 2018 – 2022. Den tilstreber seg på å ha et blikk også utover dette tidsaspektet, med begrunnelse i at enkelte tiltak vil kunne ta lengre tid å effektivere en selve planperioden.

Planen er utarbeidet av ansatte i avd. Ergo, fysio og hjelpemidler, med bistand fra avtalefysioterapeuter. Underveis i arbeidet ble struktur og innhold i planen presentert i samarbeidsutvalget. Det ble der gitt muligheter til å komme med kommentarer og forslag til endringer av innhold. Tillitsvalgt for avtalefysioterapeutene har lest igjennom underveis i prosessen og kommet med tilbakemeldinger. Planen er sendt ut på høring til alle fysioterapeutene med mulighet for tilbakemeldinger og innspill. Avdelingsleder Birgit Pedersen har vært fagansvarlig, og ledet planprosessen.

I planen er det i flere statistikker og informasjon gjort sammenligninger med Skien kommune. Dette fordi Skien er en kommune som i mange aspekter ligner Larvik kommune. I tillegg er tjenestene relativt likt organisert.

Dersom leser er ukjent med fysioterapitjenesten, anbefales det å lese dokumentasjonsdelen som inneholder beskrivelse av dagens situasjon og utfordringer, og at man deretter leser selve strategidelen som inneholder konklusjoner og tiltak.

2 Strategidel

2.1 Bakgrunn og hensikt

Bakgrunnen for at det utarbeides en ny plan for fysioterapi er at planperioden for den foregående plan for fysioterapi er utgått. Det ble også i Kommunestyret KST- 130/17 vedtatt følgende: «Plan for fysioterapitjenester skal også omhandle avtalefysioterapeutene. Planen skal politisk behandles innen april 2018, før iverksettelse av planen.»

Hensikten med plan for fysioterapi er å gi strategiske føringer for fremtidige problemstillinger og utfordringer fysioterapitjenestene vil stå overfor. Alle tiltakene som er foreslått gjennomført, må i sin operasjonalisering sees i sammenheng med andre kommunale tjenester som også gir tjenester av samme art slik at det blir en helhet.

2.2 Strategi

2.2.1 Finansiering av tjenestene

De økonomiske forskjellene ved ansettelse av fysioterapeuter med fastlønnstilskudd eller avtalefysioterapeuter er minimale for kommunen (se pkt. 3.3.1). Det er driftskostnadene til fastlønnsfysioterapeutene som utgjør forskjellen.

Dersom Larvik kommune skal uløse inntekspotensialet ved innkreving av egenandel for mottatt fysioterapi i hjemmet, krever dette en omorganisering av tjenestene hvor fastlønnsfysioterapeutene overtar mer av hjemmebehandlingen av pasienter.

Tiltak: Ingen tiltak, dette må sees sammen med tiltakene under tjenesteorganisering og tjenesteutøvelse.

2.2.2 Dagens tjenesteorganisering og tjenesteutøvelse

Fastlønnsfysioterapeutene for barn og unge under 18 år må dreie tjenestene sine slik at de settes i stand til å bli mer fleksible, få bedre oversikt over tjenesten og kunne jobbe mer forebyggende. Det skal være felles inntak av pasienter som gir oversikt over helheten og en bedre fordeling av pasientene. Det må utvikles styringsverktøy for tjenesten. Tjenestetilbudet skal gjennomgås, slik at barn får et likere tilbud.

Fysioterapitjenesten for innbyggere over 18 år har flere perspektiver som må gås opp.

Fastlønnsfysioterapeutene gir mange av de samme tjenestene som avtalefysioterapeutene. Det er i dag utydelige skiller på hvem som behandler hjemmeboende og innbyggere med sammensatte fysiske- og psykiske funksjonshemminger. Det må utarbeides en egen tiltaksplan for en fremtidig organisering av en helhetlig fysioterapitjeneste hvor fokuset er kvalitet i tjenesten til innbyggerne.

Folkehelsekoordinatoren trekker frem viktigheten av at flere innbyggere deltar i helsefremmende tiltak. Mange faller utenfor i ung alder, og utfordringene fortsetter inn i voksen alder. De forblir inaktive og fortsetter sin livsstil som tidligere. Kommunen må komme inn tidlige med tiltak hos barn og unge for å skape gode levevaner. Fysioterapitjenesten må i den foreslåtte tiltaksplanen som skal utarbeides, se på mulighetene til å dreie tjenesten til en mer forebyggende og helsefremmende tjeneste for hele befolkningen avhengig av alder.

I 2018 er strukturene rundt korttidsavdelingene blitt endret. Målet med endringen er bedre og raskere pasientflyt og fordeling av fysioterapiressurser sett fra et helhetsperspektiv. Ergo- og fysioterapitjenesten er nå fast tilstede på tverrfaglige møter i alle korttidsavdelingene, og kommer derfor raskere i gang med pasientforløpet. Dette arbeidet ser ut til å ha positiv effekt, og bør utvikles videre.

Tiltak: Den allerede igangsatte omorganiseringen av fastlønnsfysioterapeutene for barn og unge under 18 år skal gjennomføres. Implementeringen av de styringsverktøyene som etableres, skal gjennomføres.

Det skal utarbeides en tiltaksplan som skal fastlegge en struktur for fordeling av pasienter mellom fysioterapeutene med fastlønnsstilskudd og avtalefysioterapeutene. Tiltaksplanen skal også se på mulighetene for å dreie fysioterapitjenestene til en mer forebyggende og helsefremmende tjeneste. I tillegg skal det legges en plan for økning av antall flerinstitutt og konkret flytting av driftstilskudd til Stavern og Tjølling. Dette sees inn mot temaplanen for Helse og omsorg.

Arbeidet som er påbegynt på de kommunale korttidsavdelingene skal fortsettes, revideres og utvikles for å forbedre pasientforløpene på disse avdelingene.

2.2.3 Lokalisering, størrelse og utforming av lokaler

Fysioterapinstituttene er i dag lokalisert i de 6 geografiske nærsentrene. Denne lokaliseringen skal opprettholdes, og ikke endres.

Fordelene med å være i flerinstitutt fremfor eneinstitutt er åpenbare. Flere fysioterapeuter samlet på et institutt gir bredere økonomisk trygghet, økt fleksibilitet ved fravær og lettere utvikling av kompetanse og kvalitet i faget. Fysioterapeutene selv trekker frem disse aspektene som de viktigste fordelene med flerinstitutt. I tjenesteutøvende yrker er den enkelte tjenesteutøvers kompetanse tett knyttet opp mot kvalitet. Av de fysioterapeutene som har eneinstitutt i dag, uttrykker flere ønske om, og fordeler ved, flerinstitutt. Det må derfor stimuleres til å etablere flerinstitutt. Det er et krav i ASA 4313 at lokalene skal være utstyrt med tilstrekkelig utstyr, og at de er tilgjengelige for funksjonshemmede. Dersom kommunen ikke finner lokalene egnet, utløses ikke goodwill.

Det er ikke optimale gruppetreningslokaler eller treningslokaler for pasientene til fastlønnsfysioterapeutene. De er enten for små, eller ligger ikke i optimal nærhet til de ulike avdelingene på Byskogen sykehjem.

Tiltak: Det skal undersøkes muligheter for å etablere en egen fysioterapi-lab for fastlønnsfysioterapeutene for barn og voksne. Det skal sees på muligheten til å utbedre treningsforholdene på korttidsavdelingene, og finne bedre og mer egnede lokaler for gruppeaktiviteter.

Det skal i prosjekteringen av Larvik lokalmedisinske senter vurderes muligheten for å etablere lokaler for et fysioterapiinstitutt med ordinære behandlinglokaler og gode lokaler for gruppebehandling.

Det skal utarbeides en egen kravspesifikasjon for fysioterapinstitutter som skal danne grunnlag for kommunens krav for å kunne utløse goodwill ved utlysninger og overtagelser av driftstilskudd.

Larvik kommune skal ved ledighet i driftstilskudd vurdere muligheten for å kunne slå sammen institutt til flerinstitutt. Dette skal synliggjøres i tiltaksplanen som skal utarbeides.

2.2.4 Prioriteringsnøkler og ventelisteordninger

Fysioterapitjenesten må ha en ventelisteordning som gir innbyggerne våre et tydelig svar på når de kan forvente å motta et tjenestetilbud. Dette kravet må foreligge for både avtalefysioterapeuter og fastlønnsfysioterapeuter. En ventelisteordning gir kommunen verdifull informasjon om innbyggernes totale behov for tjenester, og ventetid. Unødig lang ventetid på tjenesten vil gi større samfunnsøkonomiske kostnader med forlengede sykemeldinger, senere oppstart av behandling og dermed forlengelse av behandlingsforløp.

Alle deler av fysioterapitjenesten skal ha prioriteringsnøkler, som i dag. Det skal være egne prioriteringsnøkler for fysioterapeuter med fastlønnsstilskudd for barn og unge under 18 år, for voksne over 18 år og for avtalefysioterapeuter. Alle prioriteringsnøkler skal ha lik inndeling. Det må vurderes om manuellterapeuter, psykomotorikere og eventuelt andre deler av fysioterapitjenesten bør ha egne prioriteringsnøkler eller tilpasninger med bakgrunn i ulike pasientgrupper og behandling.

Tiltak: Det skal implementeres ventelisteordning for hele fysioterapitjenesten i Larvik kommune. For fastlønnsfysioterapeutene for barn og unge under 18 år skal dette implementeres høsten 2018. For avtalefysioterapeutene skal det i første halvdel av 2019 utvikles en ventelisteordning med tydelige retningslinjer som ivaretar innbyggernes behov for å få en tilbakemelding på forventet ventetid.

Alle prioriteringsnøkler til fysioterapitjenesten skal jevnlig revideres. Det skal vurderes om det skal etableres egne prioriteringsnøkler for deler av tjenesten ved behov.

2.2.5 Kompetansebehov

Det er behov for en kompetanseplan som tydeliggjør hvilken kompetanse tjenestene trenger i årene fremover. Dette med bakgrunn i ulike lovverk, samt hvor viktig kompetanse er for kvaliteten i den tjenesten som gis. Det bør i første halvdel av 2019 utarbeides en helhetlig oversikt over eksisterende kompetanse i tjenesten. I etterkant av at fysioterapiplanen er vedtatt, og man har tatt nødvendige strategiske veivalg, må det utarbeides en oversikt over kompetansebehov. Denne planen må også tydelig skissere hvordan man har tenkt å oppnå denne kompetansen, enten om dette er ved å stille ulike kompetansekrav ved utlysninger av ledige avtalehjemler og stillinger, eller om man skal jobbe med kompetanseheving hos de ansatte man allerede har.

Tiltak: Det skal utarbeides en kompetanseplan for fysioterapitjenesten.

3 Dokumentasjonsdel

3.1 Styringsdokumenter

Fysioterapitjenesten reguleres av ulike lovverk og rammer, og noen er særskilte for disse tjenestene. Her vises det til de mest sentrale lovene og rammene. En kort oppsummering av hva som er de viktigste punktene i hver lov, forskrift eller avtale ligger i vedleggene bakerst i planen.

- a) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- b) Lov om pasient og brukerrettigheter
- c) Lov om folkehelsearbeid
- d) Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator
- e) Forskrift om ledelse og kvalitet i helse og omsorgstjenestene
- f) Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale
- g) ASA 4313 Rammeavtale mellom KS og NFF, NMF og PFF om drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet.
- h) Temaplan for helse- og omsorgstjenestene
- i) Kommunestyrevedtak KST – 130/17

3.2 Befolkningsutvikling og demografi

Larvik kommune vil fra 2022 og årene fremover ha en kraftig vekst i antall eldre. Samtidig lever vi også lengre, med flere diagnoser og større funksjonstap som innebærer et større behov for bistand. Eldre vil bo lengre hjemme i egen bolig og ha bedre helse enn før. Dagens økonomiske situasjon tåler ikke opprettholdelse av dagens tjenestenivå i helse og omsorgstjenestene, ressursene må prioriteres bedre enn i dag. Innbyggerne må settes i stand til bedre å kunne ivareta egen helse. Innbyggerne må også ta et større ansvar i pårørende- og frivillighetsarbeidet. Det er viktig med forventningsavklaringer til kommunens innbyggere ifht hva som kan forventes av de kommunale tjenestene.

	2018	2023	2028	2033	Endring 2018-2033
0 - åringer	428	444	444	445	3,97 %
Barnehage (1-5 år)	2 314	2 394	2 444	2 453	6,01 %
Grunnskole (6-15 år)	5 547	5 479	5 263	5 418	-2,33 %
Videregående (16-19 år)	2 257	2 251	2 454	2 168	-3,94 %
Voksne (20-66 år)	28 282	28 350	28 546	28 940	2,33 %
Eldre (67-79 år)	5 782	6 860	7 254	7 505	29,80 %
Eldre (80-89 år)	1 924	2 078	2 768	3 430	78,27 %
Eldre (90 år og eldre)	503	534	556	655	30,22 %
Total	47 037	48 390	49 729	51 014	8,46 %

Fig. Fremskrivning demografi av aldersgrupper i perioden 2018 – 2033 (Kilde: Fremsikt)

3.3 Finansiering av tjenestene

3.3.1 Avtalefysioterapeuter, fastlønnstilskudd og kommunens anledning til å ta inn egenandel

Avtalefysioterapeutene har en driftstilskuddsavtale med Larvik kommune som er regulert i ASA 4313. Denne avtalen gir i dag en utbetaling på 444 600 kroner for avtaleåret 2018- 2019. Fastlønnsfysioterapeutene har en ordinær ansettelsesavtale med kommunen. Kommunen kan søke Helfo om fastlønnstilskudd dersom visse kriterier er oppfylt, dette utgjør 203 000 kroner for en 100 % stilling for 2018. For å få utbetalt fastlønnstilskuddet stiller Helfo krav til at avtalefysioterapeutene ikke kan gi tjenester i institusjoner med heldøgnsbemanning. Det medfører at fysioterapibehandling til pasienter som har disse vedtakene må gis av fysioterapeuter med fastlønnstilskudd.

Det ble i 2017 åpnet opp for at kommunene kan kreve betaling av egenandel av pasienter i egenandel tak 2. Innkreving av egenandel 2 i kommunen forutsetter at fysioterapi gis som et spesifikt tiltak. Egenandel kan tas for individuell undersøkelse og behandling i tillegg til gruppebehandling/gruppetrening. I regelverket for innkreving av egenandeler for fastlønnsfysioterapeuter er det begrensninger for når man kan kreve inn egenandelen. Det kan ikke tas egenandel for barn under 16 år, beboere i boformer med heldøgns helse- og omsorgstjenester, forebyggende tjenester og ved utprøving og tilpasning av hjelpemidler.

Fastlønnsfysioterapeutene kan ta egenandeler på hjemmebehandling av pasienter over 16 år. Siden avtalefysioterapeutene i dag bidrar i så stor grad ved hjemmebehandling, er andelen pasienter som det kan tas egenandel fra liten. (Se pkt. 3.4 organisering.) Det er viktig å se de inntektene som vi ved dagens organisering kan ta inn, opp mot den reelle kostnaden for å få inn disse inntektene. Erfaringsmessig er det veldig variabelt i kommune-Norge hvorvidt dette gjøres, og om det har generert reelle inntekter.

3.3.2 Fysioterapi i utlandet

Pasienter som oppfyller kravene til å få fysioterapi, har også rett til å få denne behandlingen hos godkjent fysioterapeut i utlandet. Kostnaden for denne behandlingen fakturerer Helfo kommunen. Dette er en kostnad kommunen har kontroll over/ innflytelse på. I 2017 var denne kostnaden på ca. 200 000 kroner.

3.4 Dagens tjeneste- organisering og utøvelse

Fysioterapitjenesten er organisert i avd. Ergo, fysio og hjelpemidler sammen med ergoterapitjenesten og hjelpemiddelteknikere. Avdelingen inngår i virksomhet Hjemmetjenester, under kommunalområdet Helse og omsorg.

3.4.1 Årsverk

Fysioterapitjenesten har en årsverksfordeling som vist i figuren under. Antall årsverk for fastlønnsfysioterapeutene for barn og unge under 18 år har de siste 5 årene vært stabil. For fastlønnsfysioterapeutene for voksne over 18 år har det vært endringer. I 2015 ble det opprettet 2 fysioterapistillinger til hverdagsrehabilitering, og året etter kom 1 årsverk til. I kommunesammenslåingen med Lardal ble 1 årsverk lagt inn under fysioterapitjenesten for voksne over 18 år.

For avtalefysioterapeutene ble det høsten 2017 besluttet å øke eksisterende driftstilskudd til ønsket avtalestørrelse. Til sammen utgjorde dette 4 årsverk.

Antall årsverk og fysioterapeuter								
	2013		2015		2018		Skien kommune	
	Årsverk	Ansatte	Årsverk	Ansatte	Årsverk	Ansatte	Årsverk	Ansatte
Fastlønnstilskudd under 18 år	4,2	5	4,2	5	4,2	5	6,4	7
Fastlønnstilskudd over 18 år	3,5	4	7*	7	8	8	5	6
Driftstilskudd	25,25	31	25,5**	31	30,7***	33	21,3	27

Fig. * Oppjustering er 3 årsverk i hverdagsrehabilitering ** Administrativ oppjustering av et driftstilskudd i henhold til lovverk *** Oppjustering av 4 årsverk etter et politisk vedtak

3.4.2 Dagens organisering av tjenesten for barn og unge under 18 år

I dag er det i hovedsak fysioterapeuter med fastlønnskudd som behandler barn og unge under 18 år. Det er 5 fysioterapeuter fordelt på 4,2 stillinger som har dette ansvarsområdet. Deres kontorer er på familiesentrene i kommunen, sammen med helsesøstrene. De har ansvar for hver sin sone med tilhørende helsestasjon, barnehager og skoler. Dette gir et oversiktlig, men lite fleksibelt system med tanke på kapasitet og behandlingstilbud. Fysioterapeutene har ansvar for inntaket i egen sone, og det eksisterer ikke en felles venteliste for barn og unge under 18 år. Det er en fordel at terskelen for henvisning er lav, og at fysioterapeutene kommer tidlig inn med kartlegging og tiltak. Samlokalisering bidrar til et godt tverrfaglig samarbeid med de ulike yrkesgruppene på familiesentrene. Avstanden til pasientene er kortere med mindre kjøring når man sitter i hver sin sone. Utfordringer ved denne organiseringen er blant annet at det vanskelig å få oversikt over helheten i tjenesten. Det er etablert en felles prioriteringsnøkkel, men tolkningen blir ulik når man sitter hver for seg. Soneinndelingen gir også liten grad av fleksibilitet ved fravær over tid. Fysioterapeutene har bistått hverandre på tvers av soner så godt det lar seg gjøre. Denne organiseringen gir ikke det samme tilbudet i alle sonene. Det er en utfordring for fysioterapeutene å få til et godt kollegialt samhold og faglig utveksling. Ledelse er utfordrende når den ansatte er lokalisert et annet sted enn sin leder.

Barn og unge med store medfødte eller ervervede funksjonshemminger, barn med syndrom og barn tilknyttet helsestasjon, behandles av fysioterapeuter med fastlønnskudd. Ivaretagelse av disse behovene er omfattende og gir lite rom for forebyggende arbeid.

Oversikt over antall behandlinger i de ulike aldersgruppene										
Årstall	Alder 0-10 år	Alder 11-20 år	Alder 21-30 år	Alder 31-40 år	Alder 41-50 år	Alder 51-60 år	Alder 61-70 år	Alder 71-80 år	Alder 81+	Total antall pasienter
2009	622	1801	2014	3438	5247	7545	8499	8601	5853	43620
2011	782	2422	3129	5825	10064	14020	14341	13107	7851	71541
2013	485	2139	3406	7120	10646	16407	17990	14482	9144	81819
2015	246	2251	2906	6016	11290	15530	18932	14415	8720	80306
2017	207	2991	2804	4826	10966	15288	18256	14462	7759	77559
2017%	0,3	3,9	3,7	6,2	14,1	19,7	23,5	18,6	10	100

Fig. Oversikt over antall regninger i ulike aldersgrupper for avtalefysioterapeuter, kun 4,2 % av pasientene er under 20 år.

Avtalefysioterapeuter behandler noen barn og unge under 18 år. I Larvik er det vanlig at avtalefysioterapeutene behandler hjemmeboende pasienter over 18 år. Barn og unge under 18 år har tett oppfølging fra fysioterapeutene med fastlønnskudd, som ofte er koordinator for barna. Eraringen er at overgangen barn-voksen er sårbar, og at mange opplever å miste den tette oppfølgingen de tidligere har hatt. Her er det behov for å få til et bedre pasientforløp enn idag.

3.4.3 Dagens organisering av tjenesten for voksne over 18 år

Alle fastlønnsfysioterapeutene er samorganisert og samlokalisert i Avd. ergo, fysio og hjelpemidler. Teamkoordinator har ansvar for felles pasientinntak, mottar alle henvendelser, vurderer, og prioriterer pasientene inn på en venteliste etter en prioriteringsnøkkel. Fordelene ved denne ordningen er at alle pasienter blir vurdert på likt faglig grunnlag. Samlokaliseringen gir muligheten for faglige diskusjoner og

felles utvikling av tjenesten. Det gir også stor fleksibilitet og effektiv bruk av ressurser.

Alle pasienter som oppholder seg i institusjoner med døgnopphold må behandles av fysioterapeuter med fastlønnskudd. Bortsett fra dette er det liten struktur på hvilke pasienter som behandles hvor. I hovedsak blir pasienter i yrkesfør alder behandlet av avtalefysioterapeuter. Det samme gjør pasienter med behov for psykomotorisk fysioterapi og manuell terapi. Pasienter i boliger for funksjonshemmede behandles av begge fysioterapigruppene, det samme gjelder øvrige hjemmeboende pasienter.

2017	Alder 0 - 18 år	Alder 18 – 29 år	Alder 30-49 år	Alder 50 – 66 år	Alder 67 – 79 år	Alder 80 år +	Totalt antall pasienter
% inndeling	0	0,5	5	8	31	55,5	100

Fig. Alderssammensetning av pasienter for fastlønnsfysioterapeutene for de over 18 år – det er mindre endringer for tallene fra tidligere år.

Institusjoner

Pasienter med heldøgns institusjonsplass er en pasientgruppe som må behandles av fysioterapeuter med fastlønnskudd. Utfordringen er hvordan man skal prioritere disse pasientene med tanke på at tjenesten har begrensede ressurser. De fleste pasienter på langtids plass har betydelige kognitive utfordringer i tillegg til fysiske funksjonsnedsettelse. Det er uten tvil positivt med fysisk aktivitet for denne pasientgruppen, men spørsmålet er om det må være fysioterapeuter som utfører aktivitetene og mobiliseringen, eller om terapeutene kan ha en mer veiledende rolle overfor annet helsepersonell. Det er et lovkrav om tverrfaglighet for pasienter i institusjon. Hvordan dette skal løses, og hvor ofte det skal være fysioterapeut tilstede, er uklart.

Pasientens oppholdssted ved oppstart 2017	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Institusjon	6	9	10	10	8	8	15	9	8	11	5	8	107
Hjemmet	9	7	17	5	10	12	1	10	10	11	10	9	111
Avklaring	8	10	23	12	14	15	10	15	13	8	11	9	148
Totalt	23	26	50	27	32	35	26	34	31	30	26	26	366

Fig. Oversikt over oppstartssted for fysioterapibehandling for fysioterapeuter med fastlønnskudd for de over 18 år.

Det er et mål å forvalte ressursene på en mest mulig hensiktsmessig måte. Samhandlingsreformen har medført raskere pasientforløp, dette stiller større krav til rask intervensjon. I Larvik kommune sendes utskrivningsklare pasienter fra sykehuset både til hjemmet og til korttidsplasser i institusjon. Det må være et mål at man i institusjon skal komme så raskt som mulig i gang med behandling, såfremt pasientens tilstand tillater dette. Det er samtidig viktig å se dette opp mot behandlingen av utskrivningsklare pasienter som kommer rett hjem. Dette er også pasienter som skal ivaretas av fysioterapitjenesten, og mange av disse pasientene har få eller ingen andre tjenester. Det blir kontinuerlig vurdert hvor innsatsen skal prioriteres. Pasientene på korttidsavdelingene har annet helsepersonell som kan bistå for å fremme mestring og aktivitet, pasientene i hjemmet har ikke alltid dette. Dette er en vanskelig vurdering. Dersom pasientene på korttidsavdelingene ikke rehabiliteres så raskt som mulig, kan dette hemme pasientflyten og generere overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter i sykehus. Pasienter som bor hjemme og i utgangspunktet har et lite behov for tjenester, kan få et mye større behov dersom de ikke rehabiliteres. Dette er en samfunnsøkonomisk dårlig løsning. For å få en mest mulig optimal løsning i et helhetsperspektiv er det avgjørende med et godt tverrfaglig samarbeid og riktig kompetanse på riktig sted.

Hjemmeboende pasienter og pasienter i arbeidsfør alder

I dag er skillet på hvilke pasienter over 18 år som skal behandles av avtalefysioterapeuter og hvilke pasienter som skal behandles av fastlønnsfysioterapeuter utydelig. Pasienter i arbeidsfør alder behandles hovedsakelig i institutt. Unntaket er pasienter med større funksjonsnedsettelse. De behandles i hjemmet, både av avtalefysioterapeuter og fastlønnsfysioterapeuter. Skillet på hvem som behandler hvilke pasienter er uklart. De mer komplekse utskrivningsklare pasientene over 18 år som blir meldt fra sykehuset behandles i større grad av fastlønnsfysioterapeutene. Avtalefysioterapeutene behandler pasienter som enten henviser seg selv eller har rekvisisjon fra fastlege, sykehus m.m.

Oversikt over antall behandlede pasienter, innsendte regninger til Helfo						
	Skien	Larvik	Skien	Larvik	Skien	Larvik
Årstall	Antall personer	Antall personer	Antall regninger	Antall regninger	Snitt regning pr pers	Snitt regning pr pers
2009	3 293	2 889	59 115	43 621	17,95	15,1
2011	4 726	4 863	82 365	76 527	17,43	15,74
2013	4 645	5 239	106 279	91 611	22,88	17,49
2015	4 886	5 310	118 118	96 774	24,17	18,22
2017	5 259	5 221	100 303	94 602	19,07	18,12
Sum Total	22 809	23 522	466 180	403 135	20,3	17,14

Fig. Antall pasienter som er behandlet, antall behandlinger og snittbehandlinger pr. pasient

Ved gjennomgang av statistikk for de ulike type behandlingene som er gitt i Skien og Larvik kommune vises det at Skien har ca. 16 ganger så stort gruppetilbud enn Larvik. Skien kommune utførte i 2017 ca. 100 300 behandlinger, mens det i Larvik ble utført ca. 94 600 behandlinger. Dette til tross for at Skien har 4,2 årsverk mindre enn Larvik. Dette skyldes at Skien har et høyere antall gruppetilbud enn Larvik.

Innbyggere over 18 år med sammensatte fysiske og psykiske funksjonshemminger

I dag behandles pasienter med sammensatte fysiske og psykiske funksjonshemminger hovedsakelig av fysioterapeuter med driftstilskudd og i mindre grad av fysioterapeuter med fastlønnsstilskudd. Dagens løsning har flere utfordringer. Denne pasientgruppen stiller på grunn av sin kompleksitet større krav til tverrfaglig samarbeid enn andre pasientgrupper. Avtalefysioterapeutene har i dag ikke tilgang til det elektroniske pasientjournalssystemet som kommunen bruker. Dette er en utfordring i forhold til tverrfaglig samhandling, og reduserer kvaliteten i tjenesten til brukerne. I tillegg deltar avtalefysioterapeutene i varierende grad i tverrfaglige samarbeidsmøter, noe som er med å forringe kvaliteten på tjenestene til brukerne. Denne pasientgruppen krever en annen type tilnærming enn avtalefysioterapeutene er vant til fra instituttet. Det er viktig å presisere at det er to ulike former for tilnærming til faget. Dette er en pasientgruppe som er forbundet med langvarige forløp og stor belastning. Kommunen mottar jevnlig avvik og klager på tjenester til denne pasientgruppen. Klagen belyser den manglende tilgangen på fysioterapi til denne pasientgruppen. Enkelte pasienter har stått på venteliste i opptil ett år før man har lyktes i å iverksette behandling.

3.4.4 Folkehelseperspektivet

Larvik kommune har i dag en folkehelseprofil som gir grunn til bekymring. Kommunen scorer lavt på levekår og livsstilssykdommer og har mange unge uføre. Larvik ligger også noe over landsgjennomsnittet når det gjelder andel elever i ungdomsskolen med psykiske (17%) og fysiske plager (15%). Landsgjennomsnittet ligger på 14%. (Kilde: Ungdata). Folkehelseprofilen til Larvik kommune i perioden 2014 til 2018 viser de samme tendensene. Kommunens innbyggere scorer dårligere enn gjennomsnittet innenfor psykiske lidelser, muskel- og skjelett plager og hjerte- og karsykdommer når de behandles i primærhelsetjenesten. Tallene for innbyggere som behandles i sykehus er noe annerledes.

Diagnosegrupper						
	2009		2013		2017	
	Personer	Regninger	Personer	Regninger	Personer	Regninger
Allment og u spesifikt	67	1196	188	4259	204	4394
Hjerte-/ kar sykdommer	139	3916	181	5906	159	4976
Muskel og skjelett	2170	26356	3985	58634	4054	62754
Nervesystemet	225	6105	385	11069	372	11142
Psykiske lidelser	43	869	67	1792	66	2250
Luftveier	112	3758	215	6704	149	5534
Annet	132	1420	209	3248	217	3550

Fig. Viser diagnosefordelig for avtalefysioterapeutene

NAV sier at enklere muskel- og skjelettlidelser sammen med lettere psykiske lidelser er de to største årsakene til sykefravær. Disse oppstår ofte i kombinasjon. Fysioterapeuter kan med sin kompetanse på bevegelsesapparatet bidra til å redusere tallene. Det er grupper for ulike diagnoser og fallforebyggende grupper, men det er i dag for liten systematikk over den forebyggende og helsefremmende aktiviteten.

3.5

Lokalisering, størrelse og utforming av fysioterapi institutter og lokaler

3.5.1 Lokalisering av fysioterapiinstituttene i kommunen

Larvik kommune har stor geografisk utstrekning, og innbyggerne er knyttet til sine nærmiljø. Det er politisk bestemt at det skal være en geografisk fordeling av instituttene. Det er i dag en lokalisering av institutter knyttet til kommunens ulike nærmiljø/ lokalsenter. I utgangspunktet oppfylles kravet som ble vedtatt i kommunestyret KST- 130/17 «Det bør søkes å opprettholde eller eventuelt opprette, en geografisk nærhet til fysioterapitjenesten i de ulike lokalsentrene i kommunen, både gjennom naturlig avgang og gjennom tildelingen av driftstilskudd». Det er i figuren under sett fordelingen av fysioterapeuter i de ulike geografiske områdene.

Helgeroa	2
Kvelde	1
Sentrum	26
Stavern	1
Svarstad	2
Tjølling	1

Fig. Antall fysioterapeuter i de ulike sentrumene av kommunen

I figuren over vises den geografiske fordelingen av instituttene og antall fysioterapeuter i de ulike områdene pr. i dag. Mange institutt og fysioterapeuter er plassert i sentrum. Plasseringen av instituttene er viktige utfra et logistisk perspektiv for innbyggere med behov for offentlig transport, og evne til å komme seg til et institutt på egenhånd. Et perspektiv er også plassering av institutt for innbyggere i arbeidsfør alder. Lange kjøreavstander skaper merkostnader og vil ta en ansatt ut av produksjon. Den største utfordringen ved lokalisasjonsspørsmålet er at flere av instituttene som ligger utenfor Larvik sentrum er eneinstitutter. Dette må sees opp mot fordeler og ulemper som omtales i pkt. 3.5.2 om ene- og flerinstitutter.

3.5.2 Eneinstitutter og flerinstitutter

Larvik har ulik fordeling av antall fysioterapeuter på instituttene. I figuren under synliggjøres fordelingen.

Fordeling av antall fysioterapeuter pr. institutt	
Antall fysioterapeuter på instituttet: 1	10
Antall fysioterapeuter på instituttet: 2	5
Antall fysioterapeuter på instituttet: 3	1
Antall fysioterapeuter på instituttet: 4	0
Antall fysioterapeuter på instituttet: 5	2

Fig. Fordeling av antall fysioterapeuter pr. institutt i Larvik kommune.

Det ble nylig sendt ut en forespørsel til avtalefysioterapeutene, og alle er i prinsippet enige i at flerinstitutt er å foretrekke. Det var i svarene kun enkeltstående situasjoner hvor det kunne være fordeler å være alene. En fysioterapeut svarer: «Eneste fordel med å være alene er jo at jeg ikke har behov for å ta så mye hensyn til hvordan jeg benytter alle rommene - noe som jeg må ta mer hensyn til som ved flerinstitutt.» Flere indikerer at dette å bare måtte ta hensyn til seg selv er det som ansees som den eneste fordel med eneinstitutt. En fysioterapeut har også gitt tilbakemelding på at vedkommende ikke har behov for de samme investeringene som andre fysioterapeuter, og nødvendig vil investere i andres behov for utstyr. Utfordringer med dagens struktur og inndeling er hvordan en dreining mot flere flerinstitutter eventuelt skal skje. Flere av fysioterapeutene har eksisterende leieavtaler som må sies opp. Nye institutt skal etableres og finne sin form. Den største utfordringen er økonomi. Det må også diskuteres hvordan man skal oppnå denne endringen, om det skal skje ved ledighet i et driftstilskudd eller ved tilføring av nye friske midler.

3.5.3 Utforming av institutter

I ASA 4313 stilles det krav til at fysioterapeutene har tilfredsstillende utforming av lokaler. «Praksisen skal drives i egnede lokaler og med tilstrekkelig utstyr. Praksisen skal være tilgjengelig for funksjonshemmede. Dersom kommunen finner lokalene uegnet skal kommunen begrunne hva som gjør lokalene uegnet.» I Larvik skal alle fysioterapiinstitutt oppfylle krav til lokaler som skal favne universell utforming, smittevern og taushetsplikt.

3.5.4 Vurdering av lokaler for fysioterapeuter med fastlønnstilskudd

Fysioterapeutene gir behandling hjemme hos pasienten, og må bruke de muligheter og begrensninger dette gir i hvert enkelt tilfelle. Trening i hjemmet kan gi begrensninger på valg av øvelser, bruk av utstyr

osv. Det gir samtidig en bedre mulighet til å trene på utfordringer pasienten har knyttet til aktiviteter i eget hjem.

På korttidsavdelingene, med unntak av Presteløkka, er det ikke optimalt tilrettelagt for fysioterapibehandling. Pasientgruppene som er her skal i stor grad ha trening og lokalene er ikke godt tilrettelagt for dette. I en av avdelingene er fysioterapilokale i kjelleren, men dette er lite ideelt da det er plassert så langt unna avdelingene at det oppleves utrygt å bruke p.g.a fallfare og medisinsk ustabilitet. Det er heller ikke tilrettelagt med en treningslab, hverken for pasienter over eller under 18 år. Det er få gode lokaler egnet til gruppeaktivitet.

3.6 Prioriteringsnøkler og ventelisteordning

3.6.1 Prioriteringsnøkler

Det er i Norge i dag etablert praksis å organisere henvendelser til fysioterapitjenestene med prioriteringsnøkler. Prioriteringsnøkkelen skiller de ulike henvendelsene med henhold til hastighet og helsemessige konsekvenser ved å utsette oppstart av tjeneste. Prioriteringsnøkkelen har en inndeling fra 1 til 4, hvor 1 er høyeste prioritet. Prioritering gjøres på bakgrunn av faglig vurdering av konsekvensen ved å avvente behandling. Prioriteringsnøkkelen revideres årlig av fysioterapeutene og godkjennes av avdelingsleder og virksomhetsleder. I Larvik er denne ordningen etablert i fysioterapitjenesten som helhet.

Høsten 2017 var det en politisk sak vedrørende oppgradering av reduserte driftstilskudd. I den politiske saken ble det stilt krav fra politikerne om at fysioterapeutene skulle prioritere nyopererte pasienter. Det ble i etterkant av vedtaket diskutert i administrasjonen hvordan man kunne etterleve vedtaket. Den gangen så administrasjonen det som mest hensiktsmessig å bruke prioriteringsnøkkel som et verktøy for å imøtekomme kravet. Prioriteringsnøkkelene revideres årlig, og vil også gi mulighet til å dreie tjenesten etter det til enhver tid eksisterende behovet i befolkningen. Det vil styrke helheten i tjenestene ved å ha prioriteringsnøkler som revideres samtidig. Utfordringene vedrørende prioriteringsnøkler er at de brukes i ulik grad av avtalefysioterapeutene. Prioriteringsnøkkelen for avtalefysioterapeutene er heller ikke revidert siden før 2013.

3.6.2 Ventelisteordning

Ventelisteordningen har den funksjonen at tjenesten kan prioritere de pasientene som til enhver tid har størst behov. En slik ordning satt i system kan gi kommunen viktig oversikt over innbyggernes behov for tjenesten. Fysioterapitjenesten gir i dag tjenester i hele livsløpet og som tidligere nevnt vil kommunens demografi endre seg vesentlig de neste årene. Denne type datafangst er viktig for utviklingen og prioriteringen av ressursene. I dag er det kun fastlønnsfysioterapeutene for voksne over 18 år som har krav om, og har etablert bruk av ventelister. Fastlønnsfysioterapeutene for barn og unge under 18 år har ikke dette implementert i dag. Når det gjelder fastlønnsfysioterapeuter for barn og unge tas pasientene inn fortløpende. Fastlønnsfysioterapeutene for voksne har over tid hatt veldig varierende ventelister og responstid.

Det er i dag ikke stilt krav om ventelister til fysioterapeuter med driftstilskudd. Det er sendt ut en spørring blant fysioterapeutene om hvor mange som har ventelister i sitt institutt. Av 33 avtalefysioterapeuter har 28 svart. Av disse er det 18 som har oppgitt å ha ventelister på sitt institutt. Avtalefysioterapeutene har i varierende grad ventetid. Enkelte oppgir at de ikke har ventetid og kan ta inn fortløpende, mens andre

oppgir å ha 6 – 8 ukers ventetid. I dag er det slik at innbyggerne gjerne setter seg opp på flere ventelister hos ulike avtalefysioterapeuter for å sikre at de får behandling. Denne ordningen vil kunne medføre at bildet på totalbehovet er uklart. Det antas også at det kan medføre at noen pasienter blir stående lenger på venteliste så lenge ikke alle benytter ventelisteordningen.

Instituttene er tydelige på at kronikere ikke blir prioritert. De får behandling, men må vente fra flere uker opptil flere måneder. Dette stemmer overens med de avvik og klager som kommunen mottar. Det er lite klager på tjenesten, men ventetid på kronikere er det avviket som gjentar seg oftest. Manuellterapeutene rapporterer at de har få eller ingen kronikere. Det må vurderes om de skal ha lite kronikere med bakgrunn i deres primærfunksjonsrolle. Psykomotorikerne har ulike måter å håndtere venteliste på, fra bare å registrere pasienten til å registrere inn på en venteliste. Psykomotorikerne sier at de både har pasienter som venter kun kort tid og pasienter som venter i flere år.

Behandling av kronikere er en diskusjon som er tas opp i mange kommuner som en utfordring. Det er en pasientgruppe som beskyldes for å ta opp en stor del av behandlingsskapiteten. Mange kronikere er helt avhengig av behandling for å kunne stå i jobb. Helselovgivningen skiller ikke på rettighetene til innbyggere med nyoppståtte problemer og innbyggere med kroniske problemstillinger.

3.7 Kompetansebehov

I enhver tjenesteutøvende virksomhet er kompetansen til de ansatte avgjørende for kvaliteten på tjenesten som blir gitt. I dag har vi liten oversikt over det fremtidige kompetansebehovet i tjenesten. Det foreligger ingen kompetanseoversikt eller kompetanseplan.

Fysioterapeuter har delt inn kompetansenivået i faget med følgende grupper; fysioterapeuter, spesialfysioterapeuter og spesialister. Fysioterapeuter har en tre årig bachelor grad og et års turnus tjeneste. I Larvik kommune er kravet for spesialfysioterapeut grunnutdanning samt et årsstudium som er relevant for fagutøvelsen. Spesialist er en tittel som gis av Norsk Fysioterapeutforbund hvor det kreves en mastergrad i tillegg til grunnutdanning. Det er også krav til to år veiledet praksis etter endt mastergrad. For å beholde spesialisttittelen må man hvert 7 år dokumentere at man holder seg faglig oppdatert etter egne kriterier.

I Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale stilles det krav til kvalitet og funksjonskrav. Med dette kravet må både avtalefysioterapeutene og kommunen følge nasjonale retningslinjer og oppdatert kunnskap. Dette stiller krav til hvordan kompetansehevingen organiseres. Kompetanseheving kan foregå på mange ulike måter - fra læringsløyper på en arbeidsplass i hverdagen, til mer organiserte former som kurs, hospiteringer og etter- og videreutdanning. Det samme kravet til kvalitet og kompetanse er pålagt fysioterapeutene med fastlønnstilskudd igjennom forskrift om ledelse og kvalitet i helse og omsorgstjenestene. I tillegg er det et tydelig krav til alt helsepersonell i lov om helsepersonell § 4 om faglig forsvarlighet. I dette ligger et krav om til enhver tid å holde seg faglig oppdatert. Kompetanse kan erverves på to måter, enten ved å ansette nye fysioterapeuter med ønsket kompetanse eller å tilføre kompetanse til eksisterende ansatte. I dag foreligger det ingen kompetanseplan for fysioterapitjenesten, hverken oversikt over behov eller en handlingsplan for å dekke behovene for kompetanse.

4 Vedlegg og statistikker

4.1 Lover

4.1.1 Lov om kommunale tjenester - formål

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne
- fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer
- sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre
- sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov
- sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

4.1.2 Lov om pasient og brukerrettigheter

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

4.1.3 Lov om folkehelsearbeid

Lovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

4.1.4 Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

Forskriftenes formål er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes:

- Ut fra pasient og brukerperspektiv
- I eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø
- Samordnet, tverrfaglig og planmessig
- I en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng

4.1.5 Forskrift om ledelse og kvalitet i helse og omsorgstjenestene

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

4.1.6 Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale

Formålet med forskriften er å sikre personer som oppholder seg i kommunen nødvendige fysioterapitjenester av god kvalitet.

Det har kommet nytt lovverk som regulerer kompetanse og kvalitet i fysioterapitjenesten . Dette stiller nye krav til kommunaloppfølging av avtalefysioterapeutene. Det må vurderes og beskrives i strategien hvordan man tenker dette løst.

4.1.7 ASA 4313 - Rammeavtale mellom KS og NFF, NMF og PFF om drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet

Rammeavtalen regulerer forholdet mellom kommunen og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale.

Kommunen har et overordnet ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder kommunale fysioterapitjenester, i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2. Fysioterapitjenesten organiseres i samsvar med vedtatte kommunale og interkommunale planer for helsetjenesten.

Kommunen skal i sin planlegging, utbygging og drift av helsetjenesten tilstrebe en tilfredsstillende fysioterapidekning som skal innarbeides i godkjent helseplan. Kommunen bestemmer omfanget av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet, herunder vurderer omfanget av deltidshjemler utfra kommunens behov for fysioterapitjenester.

4.1.8 Temaplan for helse og omsorgstjenestene

I den nye temaplanen for helse- og omsorgstjenestene som er under arbeid, er det foreslått 6 veivalg som fysioterapiplanen må innordne seg etter.

1. Tilrettelegge for mestring
2. Nærmest mulig, lengst mulig
3. Sentraliserte tjenester til spesielle behov
4. Trygge overganger
5. Fra storbruker til superbruker
6. Seniorekraft og eldrebølge

4.1.9 Kommunestyrevedtak

KST- 130/17 Vedtak:

1. Det gis økning i reduserte avtalehjemler til de fysioterapeuter som ønsker det. Årlige kostnader på ca 1,7 mill legges inn i Strategidokumentet for 2018 og videre i økonomiperioden jfr. Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale § 3.
2. Kommunestyret ønsker at de økte tilskuddene skal øremerkes til prekære helsetjenester som eks. utskrevne pasienter fra sykehuset.
3. Plan for fysioterapitjenester skal også omhandle avtalefysioterapeutene. Planen skal politisk behandles innen april 2018, før iverksettelse av planen.
4. Det bør søkes å opprettholde eller eventuelt opprette, en geografisk nærhet til fysioterapitjenesten i de ulike lokalsentrene i kommunen, både gjennom naturlig avgang og gjennom tildelingen av driftstilskudd.

4.2 Statistikk

4.2.1 Oversikt over instituttene, plassering og antall fysioterapeuter

Institutt	Plassering	Antall fysioterapeuter
Helgeroa fysikalske institutt	Helgeroa	2
Kvelde Fysioterapi	Kvelde	1
Eva Fysioterapi	Sentrum	1
Fysio Helsecenter	Sentrum	3
Fysioterapeutene Levy- Næss - Solberg	Sentrum	2
Gymnos Fysikalske institutt	Sentrum	2
Heyns Fysikalske institutt	Sentrum	5
Hovland Fysioterapi	Sentrum	1
Langestrand Fysioterapi	Sentrum	2
Larvik Fysioterapi	Sentrum	5
Nordbyen Fysioterapi	Sentrum	1
Pyramiden Fysioterapi - Kristensen	Sentrum	1
Pyramiden Fysioterapi - Wøien	Sentrum	1
Senter 18	Sentrum	1
Øivind Andersen fysioterapi	Sentrum	1
Stavern Fysikalske institutt	Stavern	1
Svarstad Fysioterapi	Svarstad	2
Tjølling Fysikalske institutt	Tjølling	1

Instituttene på Langestrand og Pyramiden regnes å tilhøre sentrum, det er 3,1 km til instituttet på Pyramiden fra Feyersgate 7.

4.2.2 Bruk av ulike takster i Larvik og Skien kommune i årene 2009, 2011, 2013 og 2017

Bruk av ulike takster i Larvik og Skien kommune i årene 2009, 2011, 2013 og 2017											
		Larvik					Skien				
		2009	2011	2013	2015	2017	2009	2011	2013	2015	2017
A10	Veiledet trening, minst 30 min.	0	13796	5787	7027	8222	0	26360	21363	23910	14911
A1a	Undersøkelse, inntil 30 min.	191	1497	1346	1437	1507	190	2231	1654	1610	1963
A1c	Undersøkelse, ut over 30 min.	64	624	1005	1084	1070	122	739	520	535	1234
A1d	Undersøkelse hos fysioterapeut med rett til A8, A9 eller A2k, inntil 30 min.	819	1521	1753	1735	1761	67	234	768	862	1216
A1f	Undersøkelse hos fysioterapeut med rett til A8, A9 eller A2k, ut over 30 min.	441	983	852	885	1059	68	214	598	643	982
A1g	Tillegg ved undersøkelse individuell plan/tverrfaglig utredning	0	1	0	2	8	0	0	1	1	0
A1h	Tillegg for undersøkelse hos manuellterapeut	0	1074	1480	1545	1611	0	174	469	485	812
A2a	Behandling hos fysioterapeut i 20 min.	9	462	586	547	520	61	948	866	730	1765
A2b	Behandling hos fysioterapeut i 30 min.	5479	21081	17321	20679	19242	1199	39577	36871	36773	26659
A2c	Behandling hos fysioterapeut i 40 min.	1366	21264	21477	19731	20938	640	3454	3110	3600	7390
A2e	Behandling hos fysioterapeut i 60 min.	1740	9809	12367	11839	9283	602	4244	4563	3833	3529
A2f	Behandling hos fysioterapeut i 90 min.	0	81	334	262	104	418	1045	1175	1318	1379
A2g	Tillegg for bruk av spesialkonstruert utstyr for medisinsk treningsseiler	5088	36467	34304	37241	37046	386	25973	26866	27130	31659
A2k	Kompetansetillegg, spesialist	0	783	1478	1980	1824	0	927	2525	1745	1974
A8a	Behandling hos manuellterapeut	4450	10993	12066	10604	9414	0	1953	5205	5167	6739
A8b	Tillegg for behandling ut over 20 min. per påbegynte 10. min.	3641	9374	10958	9523	8167	0	1942	5152	5048	6549
A9a	Behandling hos fysioterapeut med tilleggskompetanse i psykomotorisk	0	0	0	1852	1500	0	0	0	2583	2684
A9b	Tillegg for behandling ut over 20 min. per påbegynte 10. min.	0	0	0	1852	1500	0	0	0	2581	2682
B22	Aktiv oppvarming	0	16484	15052	18335	23204	235	19470	20709	22713	21087
C33a	Behandling i grupper med inntil 3 barn under 16 år, i 60 min.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	462
C33b	For de neste tre barna i 60 min.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	315
C34a	Gruppebehandling i 30 min (1-5 personer)	0	0	0	1	640	0	0	0	1555	442
C34b	Gruppebehandling i 30 min (6-10 personer)	0	0	0	0	0	0	0	0	1146	324
C34c	Gruppebehandling i 60 min (1-5 personer)	0	0	0	2056	512	0	0	0	14007	16163
C34d	Gruppebehandling i 60 min (6-10 personer)	0	0	0	1397	1699	0	0	0	8460	8005
C34g	Gruppebehandling i 90 min (1-5 personer)	0	0	0	1010	790	0	0	0	2437	1342
C34h	Gruppebehandling i 90 min (6-10 personer)	0	0	0	0	207	0	0	0	0	3339
D40	Tillegg undersøkelse/behandling for pasient over 80 år/rullestolbruker	3428	24681	25866	12673	11423	1233	21470	23909	9158	8285
E50a	Møtegodtgjørelse med reisetid inntil 30 min.	9	126	129	78	71	19	177	252	160	124
E50b	Møtegodtgjørelse med reisetid ut over 30 min.	9	108	107	73	50	19	156	137	96	96
E51a	Telefonsamtale/skriftlig kommunikasjon	0	0	0	261	460	0	0	0	245	422
E51b	Skriving av epikrise/tilbakemelding til henvisende behandler uten samtidig	0	0	0	200	305	0	0	0	364	651
E51c	Skriving av henvisning/rekvisisjoner uten samtidig undersøkelse/behandling.	0	0	0	258	179	0	0	0	64	285
E52	Nødvendig samtale med pårørende/foresatte	0	0	208	195	5306	0	0	10	41	74
F1	Tillegg ved behandling i pasientens hjem	1177	8274	7718	7134	3573	239	2539	2559	2305	1912
F21	Hjemmebehandling: reise per km med bil, motorsykkel eller tog	609	5500	5375	4970	1627	239	1733	1941	1704	1162
F22	Reise med annet transportmiddel, hver påbegynte halvtime	476	1798	1785	1702	0	0	716	435	449	436
F23	Hjemmebehandling: fast skystillegg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H2a	Elektronisk samhandling	0	0	0	0	286	0	0	0	0	287
H2b	Elektronisk samhandling	0	0	0	0	132	0	0	0	0	91