



Rapport fra arbeidsgruppe 3: Fysio- og Ergoterapitjenesten

Avgitt 1. oktober 2014



Vestvågøy kommune
Omstillingsprosjektet



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
1. Innledning og sammendrag	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Kort om mandatet	4
1.3 Hovedkonklusjoner	5
2. Analyse av nåsituasjonen	6
2.1 Brukere og tjenester	6
2.1.1 Lovhjemler	6
2.1.2 Avklaring av begreper	6
2.1.3 Beskrivelse av brukere/brukergrupper	8
2.1.4 Ventelister og lovens minstekrav	9
2.1.5 Prioriteringer og kvalitet	10
2.2 Medarbeidere og organisasjon	10
2.2.1 Organisasjonskart	10
2.2.2 Årsverk og kompetanse	11
2.2.3 Arbeidsformer	12
2.2.4 Samarbeidsformer	12
2.3 Ressursbruk og økonomi	12
3. Målbilde og risiko	14
3.1 Mål og delmål for arbeidsgruppa	14
4. Tiltak med vurdering	14
4.1 Tiltak A: Reduksjon i antall årsverk og privatisering av fysioterapitjenesten	15
4.1.1 Konsekvenser for ressursbruk og økonomi	15
4.1.2 Konsekvenser for medarbeidere og organisasjon	16
4.1.3 Konsekvenser for brukere og tjenester	16
4.1.4 Kompleksitet og risiko	17
4.2 Tiltak B: Reduksjon i antall årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter	18
4.2.1 Konsekvenser for ressursbruk og økonomi	18
4.2.2 Konsekvenser for medarbeidere og organisasjon	19
4.2.3 Konsekvenser for brukere og tjenester	19
4.2.4 Kompleksitet og risiko	20
4.2.5 Erfaringer fra Lunner kommune og Ålesund kommune	20
4.3 Tiltak C: Midlertidig reduksjon i antall årsverk, utrede framtidig organisering	20

4.3.1 Konsekvenser for ressursbruk og økonomi	21
4.3.2 Konsekvenser for medarbeidere og organisasjon	21
4.3.3 Konsekvenser for brukere og tjenester	22
4.3.4 Kompleksitet og risiko	23
5. Konklusjon og anbefaling	23
5.1 Arbeidsgruppas anbefaling	23
5.2. Eventuelt mindretallsforslag	24
Vedlegg A	25
A: Arbeidsgruppa – sammensetning og prosess	25
Vedlegg B	26
B: Mandat	26
Vedlegg C	29
C: Mer om pasientforløp og behandlingsforløp	29
Vedlegg D	30
D: Drøfting av om fysioterapitjeneste omfattes av lovverk om enkeltvedtak	30
Vedlegg E	33
E: Mer om brukergrupper – Forebygging	33
Vedlegg F	38
F: Mer om brukergrupper – Behandling	38
Vedlegg G	46
G: Mer om brukergrupper – ReHabilitering	46
Vedlegg H	47
H: Folkehelseprofiler	47
Vedlegg I	50
I: Regnskap og budsjett Fysioterapitjenesten 2011–2013	50

1. Innledning og sammendrag

1.1 Bakgrunn

Med bakgrunn i negativt resultatregnskap for 2012 og inntreden i Robek, vedtok kommunestyret 07.05.13 at det skulle gjennomføres *"en helhetlig omstillingsprosess"* i Vestvågøy kommune. Som et ledd i prosessen ble det vedtatt å opprette arbeidsgrupper, som skulle jobbe fram utredninger til politisk behandling.

I analyserapporten som ble utarbeidet av PwC i mai 2014 kom det blant annet fram at: *"Dersom kommunen hadde hatt netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten [lege, fysio/ergo, helsesøster] på nivå med landsgjennomsnittet ville dette bety 7,7 millioner kroner i lavere kostnader."*

Med utgangspunkt i ovennevnte vedtok Styringsgruppa for omstillingsprosjektet 26.05.14 et mandat for arbeidsgruppa "Delprosjekt: Fysio- og ergoterapitjenesten".

1.2 Kort om mandatet

I mandatet er det oppgitt at hovedmålet er å: *"Utarbeide forslag til en hensiktsmessig organisering av fysio- og ergoterapitilbudet i kommunen, som tilfredstiller lovens minstekrav."* Mandatet inneholder et krav om at: *"Arbeidsgruppa skal legge fram tiltak med varig økonomisk effekt (herunder foreslå reduksjon i årsverk) på minimum 1,5 mill kroner."*

Videre går det fram av mandatet at: *"Arbeidsgruppas sluttrapport skal i oppbygging, omfang, innhold og detaljeringsgrad være slik at den kan legges fram for politisk behandling uten ytterligere bearbeiding. Den skal inneholde konkrete forslag til endringer og tiltak, i henhold til mandatet. [...] Det understrekes at det er styringsgruppa som legger rapporten fram for Kommunestyret, og at de kan komme til andre konklusjoner. Arbeidsgruppas innstilling vil imidlertid følge saken."*

Arbeidsgruppa har behov for å gjøre en presisering når det gjelder følgende opplysninger i mandatet: *"Kommunestyret vedtok i forbindelse med Styringsdokument for 2014 følgende tiltak: HO HE 01: Privatisere fysioterapitjenesten (besparelse 1,0 mill kroner fra 2015)."* Dette betyr ikke at kommunestyret har gjort vedtak om privatisering, men at privatisering skal utredes som en mulighet.

Fullstendig mandat ligger ved rapporten som vedlegg B.

1.3 Hovedkonklusjoner

Arbeidsgruppa har beskrevet tre mulige tiltak: A, B og C.

Etter arbeidsgruppa sin vurdering oppfyller ikke Vestvågøy kommune lovens minstekrav når det gjelder fysio- og ergoterapitjenester pr i dag. Ethvert tiltak som innebærer at kostnadene blir redusert med 1,5 millioner kroner, slik det forutsettes i mandatet, vil føre til ytterligere svekkelse av innbyggernes rett til disse tjenestene. (Jfr punkt 2.1.4.)

Når mandatet likevel er gitt, har arbeidsgruppa valgt å anbefale tiltak C. Arbeidsgruppas vurdering er at tiltak A og B vil ha større negative konsekvenser enn tiltak C, først og fremst for brukerne av tjenestene, men også for de ansatte.

Alle de tre tiltakene betyr en markert reduksjon i tjenestetilbudet til brukerne. Ingen av tiltakene oppfyller kravet i mandatet til en "*varig økonomisk effekt*" på 1,5 millioner kroner pr år, men dette kan oppnås for samtlige tiltak ved å redusere med ytterligere ca 1 årsverk.

Etter arbeidsgruppas beregninger er det marginale forskjeller i kostnader mellom å ha kommunalt ansatte fysioterapeuter og private avtalehjemler. Et kommunalt fysioterapi-årsverk koster ca 650.000 kroner, inkludert sin relative andel av driftsutgiftene. Av dette får kommunen refundert ca 200.000 kroner pr år i fastlønnstilskudd, forutsatt at stillingsinnehaveren driver minst 50% kurativ praksis. Nettoutgift pr år blir med andre ord ca 450.000. En privat avtalehjemmel koster kommunen ca 400.000 kroner pr år i driftstilskudd.

Ovennevnte innebærer at kostnadsnivået er relativt uavhengig av organisering. Hvis kostnadene skal reduseres nevneverdig, må totalt antall årsverk fysioterapi i kommunen reduseres. Nedenfor følger en oppsummering av hovedpunktene i tiltakene og anbefalingen fra arbeidsgruppa. Tiltakene er nærmere beskrevet i kapittel 4 og anbefalingen i kapittel 5. Vær oppmerksom på at alle tall må oppfattes som omtrentlige!

Tiltak A går ut på å redusere antall kommunalt ansatte fysio-/ergoterapeuter fra 8 årsverk til 2 årsverk. Til erstatning opprettes 3 nye avtalehjemler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i 100% stilling. Dette innebærer en samlet reduksjon på 3 årsverk i fysio- og ergoterapitjenesten og vil gi reduserte kostnader på anslagsvis 1,2 millioner kroner pr år.

Tiltak B går ut på å redusere antall kommunalt ansatte fysio-/ergoterapeuter fra 8 årsverk til 5 årsverk. Dette innebærer en samlet reduksjon på 3 årsverk i fysio- og ergoterapitjenesten og vil gi reduserte kostnader på anslagsvis 1,3 millioner kroner pr år.

Tiltak C går ut på å midlertidig redusere antall kommunalt ansatte fysio-/ergoterapeuter med 2 årsverk vakante stillinger og 0,5 årsverk vakant avtalehjemmel med selvstendig næringsdrivende fysioterapeut. Dette innebærer en samlet, midlertidig reduksjon på 2,5 årsverk i fysio- og ergoterapitjenesten. Samlet vil dette utgjøre reduserte kostnader på anslagsvis 1,1 millioner kroner pr år. Arbeidsgruppa ser for seg at perioden med midlertidig

reduksjon kan benyttes til å utrede et mulig interkommunalt samarbeid og eventuell flytting til mer hensiktsmessige lokaler (som også kan gi mer hensiktsmessig drift).

Arbeidsgruppas anbefaling er tiltak C. Først og fremst fordi det totalt sett gir færre negative konsekvenser enn tiltak A og B. Dessuten fordi tiltaket innebærer at kommunen kan utnytte en periode med vakante stillinger/avtalehjemler til å arbeide planmessig og langsiktig med organiseringen av fysio- og ergoterapitjenesten, noe som ikke har vært mulig innenfor de tidsmessige rammene som arbeidsgruppa har hatt. Tiltak C er dessuten det eneste som gir effekt allerede fra og med 01.01.15.

2. Analyse av nåsituasjonen

2.1 Brukere og tjenester

2.1.1 Lovhjemler

Oppgavene til fysioterapitjenesten og frisklivssentralen er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (kapittel 3, §3–2), Lov om folkehelsearbeid (kapittel 2, §7) og Lov om pasient- og brukerrettigheter (§2–7, andre ledd).

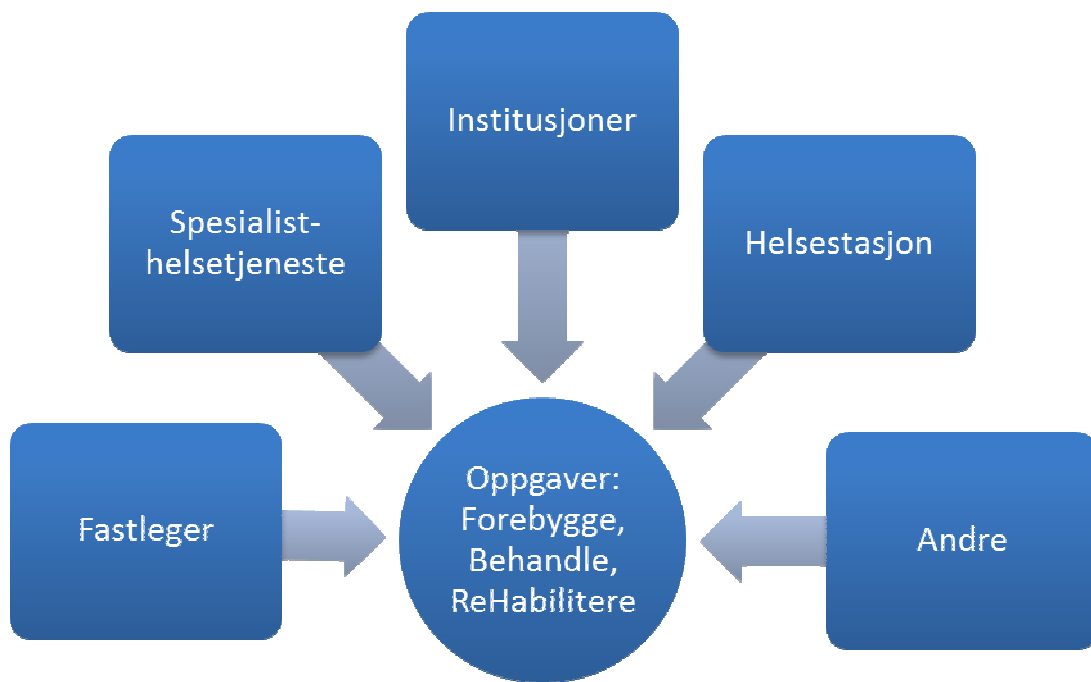
Fysioterapeuten vurderer etter henvisning fra lege om det er hensiktsmessig og nødvendig med fysioterapibehandling. Fysioterapeuten kan vurdere pasienter etter henvisning fra annet helsepersonell. Dersom fysioterapeuten finner at det er indikasjon for behandling, kontaktes fastlege for henvisning. (I vedlegg D finnes en drøfting av spørsmålet om hvorvidt fysioterapitjeneste er en tjeneste som omfattes av enkeltvedtak.)

2.1.2 Avklaring av begreper

Kort om begrepene "oppgave" og "tjeneste": **Oppgaven** er den problemstillingen organisasjonen (enheten/avdelingen) er satt til å løse, og lovverket sier noe om dette.

Tjenesten er løsningen av oppgaven. For eksempel: En av oppgavene som er gitt til kommunen ifølge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, er ReHabilitering, og en av tjenestene som kommunen ofte yter for å løse denne oppgaven er fysioterapi eller frisklivsresept.

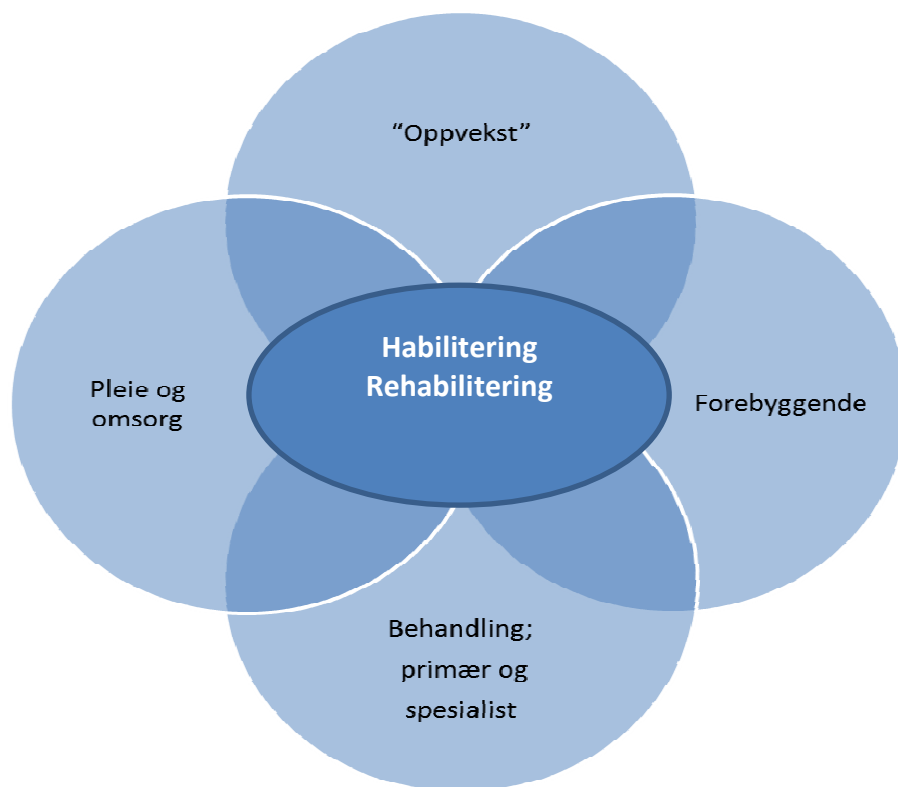
Oppgavene som fysioterapitjenesten og frisklivssentralen skal løse kan deles i tre kategorier: **1) Forebyggende, 2) Behandling og 3) ReHabilitering.** (I vedlegg E, F, G blir disse beskrevet og drøftet nærmere ut i fra brukergrupper og lovens minstekrav.) Oppgavene genereres av følgende instanser:



Figur 1: Fysioterapitjenesten og Frisklivssentralens oppgaver

Vi mener at det er hensiktsmessig å skille mellom "pasientforløp" og "behandlingsforløp": **Pasientforløp** er det overordnede systemet for ivaretagelse av en pasient som har rett til tjenester fra kommunen, for eksempel for å løse utfordringer i forhold til behandling, bolig/universell utforming, sosiale forhold, aktivitet, deltakelse, etc. **Behandlingsforløp** er pasientens behandling i forhold til sin diagnose, og det er behandlingsansvarlig lege som har et overordnet ansvar for koordinering av behandlingsforløpet. (Jfr vedlegg C.)

Det er gjerne naturlig å tenke at både pasientforløp og behandlingsforløp er lineære prosesser, som har en start og en slutt og er avgrenset i tid. Ofte er det imidlertid slik at en mindre gruppe brukere står for en stor del av ressursbruken; for eksempel slik at 20% av pasientene står for 80% av ressursbruken. Denne gruppen, ofte kalt storbrukere, kan for eksempel være personer med kroniske lidelser, som har et pasientforløp (liv) som innebærer at de veksler mellom gode og dårlige dager/perioder. Det vil si at forløpene vanligvis blir mer sirkulære enn lineære. Disse brukerne følges vanligvis opp av mange aktører.



Figur 2: Sammenhengen pasientforløp - behandlingsforløp

2.1.3 Beskrivelse av brukere/brukergrupper

Vedlegg F inneholder en liste over sykdommer som gir rett til hel eller delvis dekning av utgifter til fysioterapi av folketrygden. Listen er omfattende og spenner over nesten hele spekteret av diagnoseområder, inkludert psykiatri og psykisk utviklingshemming. I samme vedlegg er det gjengitt en oversikt over henvisningsdiagnoser for Vestvågøy kommune, der det er vurdert at fysioterapivurdering og/eller -behandling er nødvendig. Mer enn 100 ulike diagnoser er listet opp i oversikten, noe som synliggjør den enorme bredden i hvem som er brukere av fysioterapitjenesten i kommunen.

Generelt kan vi si at kommunalt ansatte fysioterapeuter i overveiende grad har sine oppgaver knyttet til mer sirkulære pasientforløp, der behovene til brukeren oftest er omfattende og komplekse. Private fysioterapeuter inngår vanligvis i mer lineære behandlingsforløp, der det er snakk om en tidsavgrenset behandlingsbistand.

Noen eksempler på brukergrupper med sammensatte behov:

- Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, der fysioterapeutisk kompetanse er nødvendig for å sikre et fullgodt tilbud. Et eksempel på dette er pasienter som blir innlagt med behov for lungefysioterapi.

- Pasienter som har behov for lindrende behandling, der symptombildet ofte er komplisert. Dette krever koordinert innsats for å ivareta pasienter og pårørende.
- Pasienter som mottar oppfølging fra helsestasjon, barnevern, institusjoner for barn og spesialpedagoger. Dette kan eksempelvis være nyfødte med komplikasjoner, barn med Cerebral Parese, Downs syndrom eller andre utfordringer som krever langvarige og koordinerte tjenester fra kommunehelsetjenesten.
- Pasienter med alvorlige somatiske sykdommer som mottar mange tjenester fra kommunehelsetjenesten, og der koordinering av tjenestene er vesentlig for å oppnå et godt resultat. Dette kan blant annet gjelde personer med nevrologiske sykdommer.
- Pårørende med særlig behov for veiledning og informasjon. Dette gjelder spesielt pårørende til barn og unge og til personer med demens.

2.1.4 Ventelister og lovens minstekrav

Det er ventelister til fysioterapibehandling i Vestvågøy kommune. Antallet varierer, men anslagsvis står 200 personer til enhver tid på venteliste for å få fysioterapi, enten hos en kommunal eller privat terapeut. Fordi akutte tilstander prioriteres til behandling, ser man en tendens til at personer med kroniske plager – av ulike alvorlighetsgrad – blir stående på venteliste. Typiske ventelistepasienter kan for eksempel være: slagpasienter (ikke akutte), MS-pasienter og muskel-/skjelettpasienter (sykmeldte).

Forskjellige "satsinger" i helsevesenet kan medvirke til lengre ventelister. For eksempel: Dersom spesialisthelsetjenesten øker kapasiteten for operasjoner av hofte/kne/skulder/virvelsøyle, vil dette utløse behov for økt kapasitet for fysioterapibehandling i primærhelsetjenesten. Det er ofte slik at operasjonen utgjør ca 10 % av behandlingsforløpet, mens de resterende 90 % består av opptrening.

Vi kan gå ut i fra at brukerne nok har en forventning om å få tjenesten når det er henvist. Det at vi har ventelister, innebærer at vi ikke innfrir de forventningene som brukerne har. Vi kan også gå ut i fra at tilsvarende forventninger – og oppfatningen av at forventningene ikke blir innfridd – eksisterer hos samarbeidspartnere som leger, spesialisthelsetjenesten og NAV.

Advokat Jan Rino Austdal i Norsk Fysioterapeutforbund uttalte seg i e-post til Bodil Sørensen, datert 19.06.14, om kommunens plikt til å yte fysioterapitjenester:

"Fysioterapi er eksplisitt ikke nevnt i loven som en tjeneste kommunene plikter å tilby, jf. helse og omsorgstjenesteloven § 3-2. Det er likevel klart at fysioterapi er en av de aktuelle behandlingsformene for de behovene som kommunen plikter å dekke, for eksempel som ledd i "helsefremmende og forebyggende tjenester" (nr. 1), "Utredning, diagnostisering og behandling" (nr. 4) "medisinsk habilitering og rehabilitering" (nr. 5) og "helsetjenester i hjemmet" (nr. 6 a). Et kutt i fysioterapitjenesten medfører dermed

fare for at kommunen ikke i tilstrekkelig grad oppfyller sine lovpålagte plikter. Det er innbyggernes behov som er avgjørende kommunens plikter her. Dersom det er lange ventelister for fysioterapitjenester indikerer det at befolkningens behov ikke blir dekket og at det dermed ikke er rom for kutt i tjenesten."

Med anslagsvis 200 personer på venteliste til enhver tid, er det arbeidsgruppa sin vurdering at Vestvågøy kommune ikke oppfyller lovens minstekrav når det gjelder fysio- og ergoterapitjenester.

2.1.5 Prioriteringer og kvalitet

Fysioterapitjenesten og tjenester i Frisklivssentralen tar utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. Nasjonale retningslinjer benyttes der slike finnes. Fysioterapitjenesten har eget kvalitetssikringssystem. Kvaliteten i tjenesten – og henvisninger til tjenesten – bedømmes ut fra de seks dimensjonene ved kvalitet som er beskrevet i Veileder IS-1162: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten og i Stortingsmelding nr. 10 (2012–2013): "God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten."

Tjenestene skal:

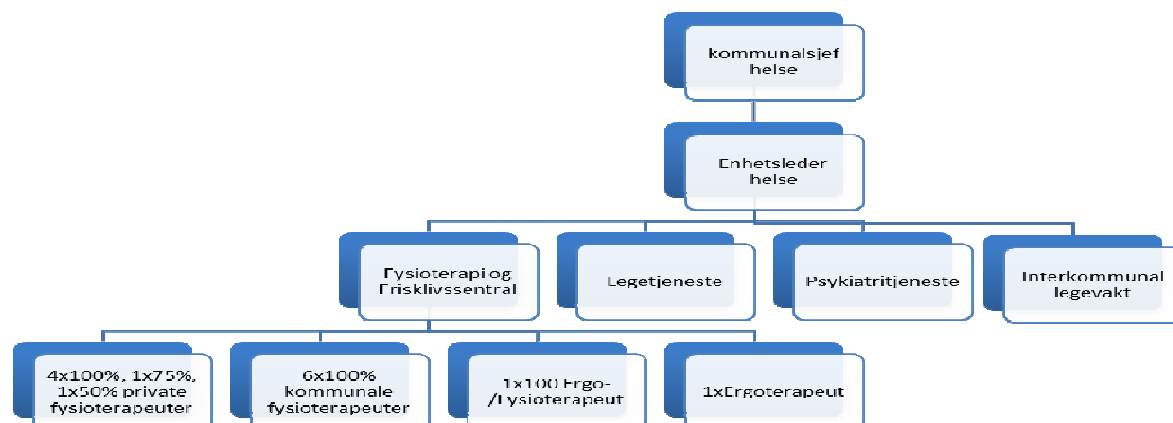
- Være virkningsfulle
- Være trygge og sikre
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Prioriteringer i tildeling av tjenester, fysioterapi og frisklivsresept gjøres i henhold til den enhver tid gjeldende prioriteringsnøkkel.

2.2 Medarbeidere og organisasjon

2.2.1 Organisasjonskart

Figur 3 viser innplasseringen av fysioterapitjenesten og frisklivssentralen i organisasjonen Vestvågøy kommune. Framstillingen synliggjør organisasjonsstruktur og tjenestevei.



Figur 3: Organisasjonskart

2.2.2 Årsverk og kompetanse

I dag består Fysioterapitjenesten og Frisklivssentralen av til sammen 8,00 årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter/ergoterapeuter og 5,25 årsverk privatpraktiserende fysioterapeuter. De kommunale ansatte fordeler seg slik:

- 0,50 årsverk administrasjon/ledelse
- 0,50 årsverk knyttet til korttidsavdelingen ved Vestvågøy sykehjem (helse- og omsorgstjenester i institusjon)
- 2,00 årsverk knyttet til Frisklivssentralen, inkludert Frisklivskoordinator (forebygging)
- 4,00 årsverk fleksibel bruk av ressurser (behandling og rehabilitering)
- 1,00 årsverk fysioterapeutkandidat i turnustjeneste (behandling og rehabilitering)

Blant de kommunalt ansatte er 1 spesialfysioterapeut psykomotorisk fysioterapi, 1 spesialfysioterapeut lymfeødembehandling, lindring og palliasjon og 1 spesialfysioterapeut barn.

De privatpraktiserende fysioterapeutene har avtalehjemmel med kommunen og kompetanse i allmenn fysioterapi. De til sammen 5,25 avtalehjemlene er geografisk fordelt slik:

- 3,00 årsverk Leknes
- 1,00 årsverk Stamsund
- 0,75 årsverk Bøstad
- 0,50 årsverk Gravdal

Fysioterapeutene som innehar avtalehjemlene i Stamsund og på Bøstad, har begge søkt å om å få flyttet sin praksis til Leknes. (Disse søknadene blir behandlet i Administrasjonsutvalget 08.10.14.)

2.2.3 Arbeidsformer

Følgende arbeidsformer benyttes:

- Individuell behandling. Den dominerende arbeidsformen. Benyttes både av privatpraktiserende fysioterapeuter og kommunalt ansatte fysioterapeuter.
- Gruppebehandling. Benyttes av private fysioterapeuter, i mindre grad av kommunale fysioterapeuter. (Det hadde vært hensiktsmessig å benytte mer gruppebehandling også for de kommunale fysioterapeutene, men uegnde lokaler gjør dette umulig.)
- Frisklivssentralen. (Se nærmere beskrivelse i vedlegg E.)

2.2.4 Samarbeidsformer

Følgende samarbeidsformer benyttes:

- Ansvarsgrupper. Mye brukt arbeidsform i saker der det er langvarig behov for koordinerte og samordnede tjenester fra flere aktører. Ofte i forbindelse med barn og habiliterings-/rehabiliteringsprosesser.
- Individuell plan. Samme som for ansvarsgrupper, men med formalkrav som for eksempel definert planperiode, målstruktur, plandokument og krav om evaluering.
- Avdelingsmøter. Ukentlig, benyttes for å koordinere arbeidet internt i avdelingen.
- Personalmøter. Månedlig.
- Internundervisning. For å sikre faglig utvikling og at verdifull kompetanse og erfaring deles. Bidrar også til å styrke arbeidsmiljø generelt.
- Veiledning av annet personell.
- Hospitering. For å sikre fagutvikling og kvalitet.
- Møter i samarbeidsutvalget for private fysioterapeuter. Kvartalsvis.
- Møter med tilsvarende faggrupper i nabokommuner. Halvårlig.

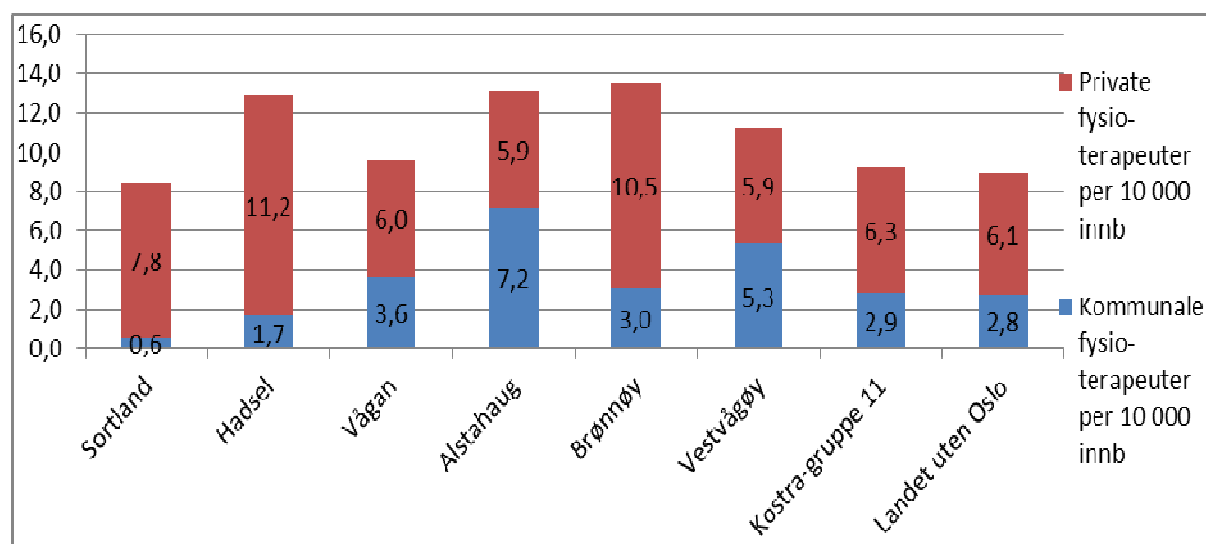
2.3 Ressursbruk og økonomi

Av regnskapsoversikten for 2011–2013 (vedlegg I) går det fram at kostnadene knyttet til fysioterapitjenesten i Vestvågøy økte med ca 650.000 kr fra 2011 til 2012 og med ca 670.000 kr fra 2012 til 2013. Størstedelen av denne økningen, drøyt 580.000 kr hvert av årene, dreier seg om økninger lønn og sosiale utgifter. Dette er dels ordinær lønnsøkning og dels at ressursinnsatsen på hjelpemiddelformidling er økt noe (dette er fra 2013 overført til hjemmetjenesten).

I analyserapporten til PwC er det på side 40 gjengitt en oversikt over "årsverksinnsatsen knyttet til legetjeneste og fysioterapi og helsesøster" for Vestvågøy og de fem sammenlignbare kommunene i KOSTRA-gruppe 11. I rapporten (s. 41) er det gitt følgende kommentarer til de opplysningene som gjelder fysioterapitjenesten:

"Sammenligner vi med gjennomsnittet av de andre sammenligningskommunene, så ligger Vestvågøy kommune om lag på gjennomsnittet både for legeårsverk og fysioterapiårsverk. [...] For fysioterapiårsverk ligger [Vestvågøy] betydelig over Vågan og Hadsel, men under Brønnøy, Alstahaug og Sortland."

Som det går fram av figur 4 ligger Vestvågøy over landsgjennomsnitt og gjennomsnitt for alle kommuner i KOSTRA-gruppe 11 når det gjelder antall fysioterapiårsverk pr 10.000 innbyggere. Kommunen har også en høyere andel fastlønte fysioterapeuter.



Figur 4: Private og kommunale fysioterapiårsverk pr 10.000 innbyggere

Følgende faktorer kan bidra til å forklare hvorfor Vestvågøy kommune ligger høyere enn landsgjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 11 og fortsatt ser ut til å ha et udekket behov for fysioterapitjenester:

- Folkehelseprofilen for Vestvågøy kommune indikerer at folk i Vestvågøy kommune har dårligere helse enn gjennomsnittsbefolkningen, både i eget fylke og på landsbasis, og at behovet for helsetjenester derfor er større i Vestvågøy kommune.
- Den kommunale delen av Fysioterapitjenesten i Vestvågøy kommune er relativt høyt spesialisert (i henhold til sentrale retningslinjer, for eksempel Samhandlingsreformen). Dette medfører at kapasiteten målt i antall pasienter som får behandling, blir noe lavere enn den ville ha vært for allmenn fysioterapi.
- Lokalsykehuset har ikke tilbud om fysikalsk poliklinikk. Pasienter med behov for behandling hos fysioterapeut med spesialkompetanse, henvises til hjemkommunen.

- På landsbasis beskrives lange ventelister til fysioterapibehandling, altså en relativ underdekning på fysioterapitjenester. Det er vanskelig å gjøre en direkte sammenligning av antall fysioterapeuter i kommunene og ut i fra dét trekke en meningsfull konklusjon om hvilket antall fysioterapeuter, med hvilken kompetanse, som gir optimal dekning av fysioterapitjenester til befolkningen.

En gjennomgang av folkehelseprofiler for 2014 for Vestvågøy og de fem sammenlignbare kommunene i KOSTRA-gruppe 11, viser at Vestvågøy kommer dårligst ut (vedlegg H).

3. Målbilde og risiko

3.1 Mål og delmål for arbeidsgruppa

Av mandatet går det som tidligere nevnt fram at hovedmålet for arbeidsgruppa er å:
"Utarbeide forslag til en hensiktsmessig organisering av fysio- og ergoterapitilbudet i kommunen, som tilfredstiller lovens minstekrav." Det er oppgitt følgende fire delmål:

1. *Beskrive brukergruppene og deres behov for fysio- og ergoterapitjenester.*
2. *Beskrive et forsvarlig tjenestetilbud til brukerne, ut fra lovens minstekrav.*
3. *Utarbeide tiltak som gir lavere utgift, og et forsvarlig tilbud, herunder vridning fra fast ansatte til driftstilskudd. Herunder vurdere mulighet for økt faglig styring overfor fysioterapeuter med driftstilskudd, samt vurdere interkommunalt samarbeid.*
4. *Vurdere organisering av Frisklivssentralen, og muligheter for å drive dette arbeidet tettere opp mot frivilligheten.*

Det er satt et krav om at: *"Arbeidsgruppa skal legge fram tiltak med varig økonomisk effekt (herunder foreslå reduksjon i årsverk) på minimum 1,5 mill kroner."* Det vises også til at: *"For øvrig skal arbeidsgruppa arbeide innenfor de mål og strategier som ligger i prosjektplanen for omstillingsprosjektet."*

4. Tiltak med vurdering

Som det går fram av punkt 1.3 i rapporten (side 5), er det marginale forskjeller i kostnader mellom å ha kommunalt ansatte fysioterapeuter og private avtalehjemler:

"Et kommunalt fysioterapiårsverk koster ca 650.000 kroner, inkludert sin relative andel av driftsutgiftene. Av dette får kommunen refundert ca 200.000 kroner pr år i fastlønnstilskudd, forutsatt at stillingsinnehaveren driver minst 50% kurativ praksis. Nettoutgift pr år blir med andre ord ca 450.000. En privat avtalehjemmel koster kommunen ca 400.000 kroner pr år i driftstilskudd."

Dette betyr altså at dersom kostnadene skal reduseres, må antall årsverk fysioterapi i kommunen reduseres betydelig. Alle de tre tiltakene som er beskrevet av arbeidsgruppa innebærer derfor kutt i antall årsverk. Dette vil med nødvendighet føre til redusert tjenestetilbud og økte ventelister, i en nåsituasjon der det etter arbeidsgruppas vurdering er slik at kommunen ikke oppfyller lovens minstekrav. Ventetid på mer enn 6 måneder til fysioterapi-behandling som er henvist av lege, innebærer brudd på lov. (Se også punkt 2.1.4.)

I den følgende beskrivelsen av tiltak A, B og C har arbeidsgruppa gitt en nærmere beskrivelse av hvilke konsekvenser den ser for seg at de ulike tiltakene vil gi.

4.1 Tiltak A: Reduksjon i antall årsverk og privatisering av fysioterapitjenesten

Pr i dag er 1 årsverk kommunalt ansatt fysioterapeut og 1 årsverk kommunalt ansatt ergoterapeut knyttet til Frisklivssentralen. Frisklivssentralen løser utelukkende kommunale oppgaver, og disse årsverkene kan derfor ikke privatiseres. Av dagens 8 årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter/ergoterapeuter, vil det altså være mulig å gjøre om inntil 6 årsverk til avtalehjemler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Dette inkluderer 1 årsverk turnuskandidat fysioterapeut.

Tiltak A går ut på å redusere antall kommunalt ansatte fysio-/ergoterapeuter med 6 årsverk. Til delvis erstatning for dette privatiseres tjenesten ved at det opprettes 3 nye 100% avtalehjemler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter.

4.1.1 Konsekvenser for ressursbruk og økonomi

Antatt årlig innsparing vil ligge på ca 1,2 millioner kroner med dette tiltaket, slik tabellen nedenfor viser. (Viktig: Tallene må oppfattes som omtrentlige!)

	Andel	Beløp
Lønnsutgifter (netto)	-600 %	-2 952
Driftsutgifter	-600 %	-366
Fastlønnstilskudd	-500 %	915
Sum besparelse		-2 403
Driftstilskudd til private	300 %	1 191
Kommunal delstilling	0 %	-
Sum utgifter		1 191
Netto besparelse (-) / økning (+)		-1 212

Besparelsen gjelder lønnsutgifter, inkludert sosiale kostnader, til 6 årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter/turnuskandidat, i tillegg til disse 6 årsverkene sin andel av driftsutgiftene: klesgodtgjørelse, kjøregodtgjørelse (leasing av 3 biler), utgifter til kurs og konferanser samt telefon og strøm, etc (det vil si alle driftsposter unntatt lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift).

Tiltaket medfører som vi ser også økte kostnader. Dette gjelder tapte inntekter i forbindelse med fastlønnstilskudd fra staten for 5 kommunalt ansatte fysioterapeuter og utgifter til kommunalt driftstilskudd til de 3 nye private avtalehjemlene som etableres.

Fastlønnstilskuddet er på 197.020 kr pr år pr ansatt. Vilkår for fastlønnstilskudd er at stillingen utgjør mer enn 1/3 full stilling og er tillagt kurative oppgaver utenfor institusjon. Fastlønnstilskuddet utbetales når terapeuten minimum utfører 50 % av sin tjeneste i behandling/klinisk tjeneste. Det gis ikke fastlønnstilskudd hvis administrative, kommunale gjøremål utgjør mer enn halvparten av stillingens omfang, eller til deltidsstilling dersom innehaveren av stillingen har avtale med kommunen om driftstilskudd. Driftstilskuddet er på 397 020 kr pr år pr avtalehjemmel.

Beregningene forutsetter at alle de fem kommunalt ansatte fysioterapeutene sier opp sine stillinger i kommunen og blir tildelt hver sin private avtalehjemmel. Skulle én eller flere av dem ikke nå opp i konkurransen om slik hjemmel, vil kommunen fortsatt ha arbeidsgiveransvaret for den/dem. Dette vil nødvendigvis redusere den anslåtte innsparingen, i hvert fall fram til eventuell oppsigelse er gjennomført. (Se også punkt 4.1.2.)

4.1.2 Konsekvenser for medarbeidere og organisasjon

Rammeavtalen ASA 4313 mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund regulerer forholdet mellom privatpraktiserende fysioterapeuter og kommunene. Den inneholder retningslinjer for opprettelse og drift av avtalehjemler med driftstilskudd for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Det går blant annet fram at avtalehjemler skal lyses ut i en åpen kunngjøring. Det betyr at dagens kommunalt ansatte fysioterapeuter eventuelt må søke og konkurrere på utlyste avtalehjemler, og at kommunen fortsatt har arbeidsgiveransvaret for den/dem som ikke skulle bli tildelt hjemmel. For å oppnå den anslåtte besparelsen for tiltak A må kommunen gå til oppsigelse av denne/disse kommunalt ansatte fysioterapeutene. De juridiske problemstillingene omkring eventuell overgang til private avtalehjemler og oppsigelse av kommunalt ansatte fysioterapeuter er også nevnt i punkt 4.1.4.

4.1.3 Konsekvenser for brukere og tjenester

En reduksjon i antall årsverk, uavhengig av driftsform, vil føre til redusert tjenestetilbud og økte ventelister. Ved en overgang til private avtalehjemler vil det kunne bli konsekvenser som gir større belastninger for enkelte pasientgrupper.

Som beskrevet i punkt 2.1.3 er det slik at kommunalt ansatte fysioterapeuter *"i overveiende grad har sine oppgaver knyttet til mer sirkulære pasientforløp, der behovene til brukeren oftest er omfattende og komplekse. Private fysioterapeuter inngår vanligvis i mer lineære behandlingsforløp, der det er snakk om en tidsavgrenset behandlingsbistand."*

Privatiserte fysioterapitjenester vil ytes innenfor rammene av takstforskriften. Arbeidsgruppa mener at det er rimelig å anta at privatisering av fysioterapeutårsverk vil føre til at antall pasienter som får behandling øker, fordi en selvstendig næringsdrivende fysioterapeut vil kunne håndtere flere av de mer effektive lineære behandlingsforløpene. Dette ville i så fall gitt kortere ventelister. På den andre siden øker antakelig faren for at pasienter med komplekse og sammensatte lidelser, som inngår i sirkulære pasientforløp, vil oppleve manglende kontinuitet og mindre sammenheng i tjenestene. Dette gjelder for eksempel kronikere og andre "ikke lønnsomme" grupper, fordi takstforskriften ikke gir rom for den oppfølgingen som synes nødvendig og hensiktsmessig.

En privatisering, med overgang til avtalehjemler med driftstilskudd, vil medføre kutt i alle lovpålagte kommunale oppgaver der fysioterapeut bidrar: Helsestasjonkontroller, fysioterapi til beboere på institusjon og samhandling generelt. Det vil også bety et brudd med intensjonene i Styringsdokument 2014, der det går fram at helsefremmende og forebyggende arbeid, barn og unge, skal prioriteres i kommunen. Barn og unge er blant gruppene som sannsynligvis vil bli nedprioritert ved en privatisering.

Videre vil alle dimensjonene i av kvalitet som omtales i Stortingsmelding 10 (2012–2013), God kvalitet – trygge tjenester, bli berørt ved en eventuell privatisering. Blant annet er det nevnt i innledningen til meldingen (punkt 1.1) at: *"Tjenestene skal ha god kvalitet, være tilgjengelige innenfor forsvarlig ventetid, og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bosted."* Se også punkt 2.1.5.

4.1.4 Komplexitet og risiko

Tiltak A er det mest komplekse av tiltakene, siden det ikke bare innebærer en reduksjon i antall årsverk, men også en endring av driftsform ved overgang til private avtalehjemler. Økt kompleksitet gir generelt økt risiko.

Risiko i forbindelse med hvor mange av dagens kommunalt ansatte fysioterapeuter som eventuelt blir overtallige og må sies opp, fordi de ikke når opp i konkurransen om de nye avtalehjemlene, er nevnt i punkt 4.1.1 og 4.1.2. Risiko forbundet med økte ventelister og hvilke brukere som kan bli hardest rammet av kuttene, er nevnt blant annet i punkt 4.1.3.

I tillegg til dette ligger det etter arbeidsgruppas vurdering en risiko for at fagmiljøet blir "fragmentert". Et velfungerende samarbeidsutvalg er antakelig en forutsetning for å ivareta et mest mulig enhetlig fagmiljø etter en eventuell privatisering.

Videre kan det være en fare for at kommunen til en viss grad mister styringen over kompetanseutviklingen ved en privatisering, selv om det vil være mulig å benytte insentiver til å påvirke fagutvikling, som for eksempel stipender, godkjenning av fravær i forbindelse med utdanning/kurs og deltakelse i faglige samarbeidsprosjekter/forskning.

Det ligger også en viss risiko forbundet med mulige juridiske konsekvenser av en overgang til private avtalehjemler. Sonderinger som arbeidsgruppa har gjort hos jurister underveis i arbeidet, har gitt noe sprikende tilbakemeldinger når det gjelder hvor fritt kommunen står i å opprette nye private avtalehjemler – på bekostning av kommunalt ansatte fysioterapeuter. Til syvende og sist kan konsekvensen bli oppsigelse av en eller flere kommunalt ansatte, og da skal oppsigelsen blant annet vurderes opp mot saklighetskriteriene i Arbeidsmiljøloven.

4.1.5 Erfaringer fra Lunner kommune og Ålesund kommune

Lunner kommune har 9.000 innbyggere. I 2012 valgte Lunner kommune å helprivatisere fysioterapitjenesten. Kommunen har 8 driftstilskudd. Enhetsleder for Helse i Lunner kommune, Jannike Brekken, forteller imidlertid at kommunen nå har beregnet kostnadene ved å kjøpe fysioterapitjenester fra private fysioterapeuter, til å være større enn kostnadene ved å ha kommunalt tilsatte fysioterapeuter til å løse kommunale oppgaver. Lunner kommune velger derfor nå å tilsette fysioterapeuter i kommunale stillinger igjen.

Ålesund kommune kan hadde fram til 2003 7,75 årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter, i tillegg til en turnuskandidatstilling. På grunn av store budsjettunderskudd i 2003 valgte kommunen å kutte den kommunale fysioterapitjenesten. Det resulterte i at 5,15 faste stillinger ble omgjort til 4,63 driftstilskudd. To faste årsverk samt turnusstillingen ble videreført i kommunal regi. I tillegg inngikk kommunen særavtaler med de privatpraktiserende fysioterapeutene om kjøp av timer til bruk på kommunale oppgaver. I 2008 utløp særavtalene, og erfaringene fra disse fem årene gjorde at kommunen valgte å omfordele midlene. I stedet for å kjøpe timer av private, opprettet kommunen igjen faste stillinger. Utgiftene til kjøp av timer til bruk på kommunale oppgaver, samt inntektsgrunnlaget fra fastlønnsstilskuddet, ga kommunen handlingsrom til å øke de kommunale stillingene med 1,50 årsverk utover 2003 nivået.

4.2 Tiltak B: Reduksjon i antall årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter

Tiltak B går ut på å redusere antall kommunalt ansatte fysio-/ergoterapeuter med 3 årsverk. Med andre ord et rent kutt i den nåværende bemanningen.

4.2.1 Konsekvenser for ressursbruk og økonomi

Antatt årlig innsparing vil ligge på ca 1,3 millioner kroner med dette tiltaket, slik tabellen nedenfor viser. (Viktig: Tallene må oppfattes som omtrentlige!)

	Andel	Beløp
Lønnsutgifter (netto)	-300 %	-1 476
Driftsutgifter	-300 %	-183
Fastlønnskutt	-200 %	366
Sum besparelse		-1 293
Driftskutt til private	0 %	-
Kommunal delstilling	0 %	-
Sum utgifter		-
Netto besparelse (-) / økning (+)		-1 293

I likhet med det som er nevnt i forbindelse med tiltak A, gjelder besparelsen lønnsutgifter, inkludert sosiale kostnader, for til 3 årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter/turnus-kandidat, i tillegg til disse 3 årsverkene sin andel av driftsutgiftene: klesgodtgjørelse, kjøregodtgjørelse (leasing av 3 biler), utgifter til kurs og konferanser samt telefon og strøm, etc (det vil si alle driftsposter unntatt lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift).

Tiltaket medfører tapte inntekter i forbindelse med fastlønnskutt fra staten for 3 kommunalt ansatte fysioterapeuter. Fastlønnskuttet er på 197.020 kr pr år pr ansatt. (Vilkår for fastlønnskutt er beskrevet i punkt 4.1.1.)

Dersom én eller flere kommunalt ansatte fysioterapeuter blir overtallige i forbindelse med denne reduksjonen i antall stillinger, vil kommunen ha arbeidsgiveransvaret for den/dem fram til eventuell oppsigelse er gjennomført. Dette vil i første omgang redusere den anslåtte innsparingen. (Se også punkt 4.1.2.)

4.2.2 Konsekvenser for medarbeidere og organisasjon

For å oppnå den anslåtte besparelsen for tiltak B må kommunen gå til oppsigelse av eventuelt overtallige kommunalt ansatte fysioterapeuter. De juridiske problemstillingene omkring en slik oppsigelse er nevnt i punkt 4.1.4.

4.2.3 Konsekvenser for brukere og tjenester

Som tidligere nevnt vil en reduksjon i antall årsverk, uavhengig av driftsform, føre til redusert tjenestetilbud og økte ventelister. En reduksjon av 3 årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter vil åpenbart forverre dagens situasjon, der det allerede er ventelister.

Ved å unnlate å privatisere tjenestene, vil det imidlertid være mulig å ha en større innflytelse på hvilke pasienter som blir prioritert. For eksempel slik at ressurser kan settes av til brukere med sirkulære pasientforløp, det vil si med komplekse og sammensatte behov. Kanskje kan vi si at tiltak A medfører økt fare for at noen pasienter får ingen ting, mens tiltak B vil fungere etter "ostehøvelprinsippet", det vil si mindre til alle.

4.2.4 Kompleksitet og risiko

I likhet med tiltak A innebærer tiltak B risiko i forbindelse med mulig overtallighet, som nevnt i punkt 4.2.1 og 4.2.2. Til syvende og sist kan konsekvensen bli oppsigelse av en eller flere kommunalt ansatte, og da skal oppsigelsen blant annet vurderes opp mot saklighets-kriteriene i Arbeidsmiljøloven. Risiko forbundet med økte ventelister og hvilke brukere som kan bli hardest rammet av kuttene, er nevnt i punkt 4.2.3.

Når det kommunale fagmiljøet blir mindre, blir det vanskeligere å allokere ressurser ved behov. I dag er det for eksempel slik at når fysioterapeuten ved korttidsavdelingen har ferie, kan en av de andre terapeutene dekke opp en uke ved å rotere på egne pasientavtaler. Dette sparer utgifter til innleie av vikar og sikrer erfaringsoverføring.

Det kan også bli vanskeligere å opprettholde spesialkompetanse i fysioterapi i det kommunale tilbudet dersom antallet kommunalt ansatte terapeuter blir kraftig redusert. Dette står i kontrast til krav i Samhandlingsreformen om økt spesialkompetanse i primær-helsetjenesten.

4.2.5 Erfaringer fra Lunner kommune og Ålesund kommune

Se beskrivelsen under punkt 4.1.5.

4.3 Tiltak C: Midlertidig reduksjon i antall årsverk, utrede framtidig organisering

Dette tiltaket går ut på å midlertidig redusere antall kommunalt ansatte fysio-/ergoterapeuter med 2 årsverk vakante stillinger og 0,5 årsverk vakant avtalehjemmel med selvstendig næringsdrivende fysioterapeut. Dette innebærer en samlet, midlertidig reduksjon på 2,5 årsverk i fysio- og ergoterapitjenesten. I tillegg sier kommunen opp leievtalen for 2 av 3 leasingbiler. Perioden med midlertidig reduksjon benyttes til å utrede den framtidige organiseringen av tjenesten, inkludert mulighetene som ligger i interkommunalt samarbeid og flytting til mer hensiktsmessige lokaler i Origo-bygget.

Kommunalt ansatt ledende fysioterapeut vil høsten 2014 overta avtalehjemmel som 75% fysioterapeut med driftstilskudd på Bøstad. Ytterligere 2 kommunalt ansatte fysioterapeuter er pr i dag ute i permisjon, og det er planlagt å ansette vikar for 1 av disse fram til juni 2015. I tillegg vil det i løpet av høsten bli 0,5 årsverk privat avtalehjemmel ledig på Gravdal.

Arbeidsgruppa anbefaler at den ledende fysioterapeutstillingen stilles vakant i 2 år. Ytterligere 1 årsverk kommunal fysioterapeutstilling holdes midlertidig vakant. Kommunalsjef Helse overtar lederoppgavene som ledende fysioterapeut har (personal- og budsjettansvar), og fysioterapeutene i tjenesten har fagansvaret. Merkantilressurs i Helseenheten tildeles oppgaver også for fysioterapitjenesten.

Arbeidstilsynet har pålagt kommunen å gjøre noe med dagens lokaler for tjenesten, siden de framstår som lite egnet. Arbeidsgruppa anbefaler at når helsesøstertjenesten i første etasje i Origo-bygget flytter til tredje etasje sammen med spesialpedagogtjenesten og PPT, flytter fysio- og ergoterapitjenesten inn i de ledige lokalene i første etasje.

4.3.1 Konsekvenser for ressursbruk og økonomi

Antatt årlig innsparing vil ligge på ca 1,1 millioner kroner med dette tiltaket, slik tabellen nedenfor viser. (Viktig: Tallene må oppfattes som omtrentlige!)

	Andel	Beløp
Lønnsutgifter (netto)	-200 %	-984
Driftsutgifter	-400 %	-244
Fastlønnskutt	-200 %	366
Sum besparelse		-862
Driftskutt til private	-50 %	-199
Kommunal delstilling	0 %	-
Sum utgifter		-199
Netto besparelse (-) / økning (+)		-1 061

I likhet med det som er nevnt i forbindelse med tiltak A og B, gjelder besparelsen lønnsutgifter, inkludert sosiale kostnader, til 2 årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter, i tillegg til disse 2 årsverkene sin andel av driftsutgiftene: klesgodtgjørelse, kjøregodtgjørelse (leasing av 3 biler), utgifter til kurs og konferanser samt telefon og strøm, etc (det vil si alle driftsposter unntatt lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift). Dessuten blir det reduksjon av et 50% driftskutt til privat avtalehjemmel.

Tiltaket medfører tapte inntekter i forbindelse med fastlønnskutt fra staten for 2 kommunalt ansatte fysioterapeuter. Fastlønnskuttet er på 197.020 kr pr år pr ansatt. (Vilkår for fastlønnskutt er beskrevet i punkt 4.1.1.)

Dersom det besluttet å redusere mer enn det som ligger i arbeidsgruppas forslag, for eksempel ved å inndra ytterligere 1 årsverk permanent, kan det oppstå overtallighet. Da vil kommunen ha arbeidsgiveransvaret for den ansatte fram til eventuell oppsigelse er gjennomført. Den økonomiske effekten vil ikke vise seg før etter eventuell oppsigelse. (Se også punkt 4.3.2.)

4.3.2 Konsekvenser for medarbeidere og organisasjon

Hvis stillingen som ledende fysioterapeut holdes vakant, og lederansvaret overføres til Kommunalsjef Helse, vil det ikke være personalleder til stede i det daglige. Dette er etter arbeidsgruppas vurdering uheldig, men bør kunne fungere i en overgangsperiode.

Arbeidsgruppa vurderer det som en fordel ved tiltak C at det i første omgang reduserer mulighetene for overtallighet. Selv ved et eventuelt vedtak om ytterligere reduksjon i antall årsverk, vil overtalligheten bli mer begrenset. Antakelig vil tiltak C generelt medføre noe mindre "støy" i arbeidsmiljøet enn tiltak A og B.

Hvis forslaget om å flytte fysio- og ergoterapitjenesten til Origo-bygget blir vedtatt, vil det lette samhandlingen med blant annet leger, helsesøstre og NAV, som tjenesten samarbeider med i stor grad. Nye og mer hensiktsmessige lokaler vil også ha betydning for HMS ved fysio- og ergoterapitjenesten.

Tiltak C gir rom for en mer omfattende prosess i forhold til utvikling av tjenesten, der dagens fysioterapeuter, både kommunalt ansatte og private, kan involveres på et nivå det ikke har vært mulig å få til på den begrensede tida som arbeidsgruppa har hatt til rådighet. I forbindelse med en slik prosess kan en blant annet gjøre en grundigere vurdering av:

- Fysio- og ergoterapitjenesten som interkommunalt samarbeid – IKS. Fysioterapeutene i Vestvågøy har pr i dag spesialkompetanse som etterspørres av andre kommuner i Lofoten. En rekke spørsmål knyttet til avveininger mellom spesialkompetanse og volum må belyses i forbindelse med en vurdering av fysioterapi som IKS.
- Den totale organiseringen av fysio- og ergoterapitjenesten, for eksempel knyttet til problemstillinger som antall og type avtalehjemler (driftstilskudd), antall kommunale stillinger og om det skal kreves fastlønnstilskudd for alle disse. Dette må sees i sammenheng med eventuelt IKS.
- Lokalisering. Dette må sees i sammenheng med organisering/driftsform. Fysio- og ergoterapitjenesten og Frisklivssentralen har siden 2011 jobbet med å finne egnede lokaler til tjenesten. Arbeidstilsynet har konkludert med at nåværende lokaler ikke er dimensjonert for dagens drift.

4.3.3 Konsekvenser for brukere og tjenester

Som tidligere nevnt vil en reduksjon i antall årsverk, uavhengig av driftsform, føre til redusert tjenestetilbud og økte ventelister. En reduksjon av 2 årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter, i tillegg til 0,5 årsverk privat avtalehjemmel, vil åpenbart forverre dagens situasjon, der det allerede er ventelister.

I likhet med tiltak B vil det være mulig å beholde en større innflytelse på hvilke pasienter som blir prioritert, enn det som vil være tilfelle ved en privatisering. For eksempel slik at ressurser kan settes av til brukere med sirkulære pasientforløp, det vil si med komplekse og sammensatte behov.

4.3.4 Kompleksitet og risiko

Tiltak C gir en redusert risiko for overtallighet, sammenlignet med tiltak A og B. Skulle det likevel oppstå overtallighet, vil det medføre risiko som nevnt i punkt 4.3.1 og 4.3.2. Ved oppsigelse av en eller flere kommunalt ansatte skal oppsigelsen blant annet vurderes opp mot saklighetskriteriene i Arbeidsmiljøloven. Risiko forbundet med økte ventelister og hvilke brukere som kan bli hardest rammet av kuttene, er nevnt i punkt 4.3.3.

Når det kommunale fagmiljøet blir mindre, blir det vanskeligere å allokere ressurser ved behov. I dag er det for eksempel slik at når fysioterapeuten ved korttidsavdelingen har ferie, kan en av de andre terapeutene dekke opp en uke ved å rotere på egne pasientavtaler. Dette sparer utgifter til innleie av vikar og sikrer erfaringsoverføring.

Det kan også bli noe vanskeligere å opprettholde spesialkompetanse i fysioterapi i det kommunale tilbudet dersom antallet kommunalt ansatte terapeuter blir redusert. Dette står i kontrast til krav i Samhandlingsreformen om økt spesialkompetanse i primærhelsetjenesten.

Tiltak C innebærer imidlertid at den fagligheten som kommunen har bygget opp gjennom år, beholdes inntil videre. Dette vurderer arbeidsgruppa som gunstig i forhold til kvalitetssikring av tjenestene.

5. Konklusjon og anbefaling

5.1 Arbeidsgruppas anbefaling

Som nevnt i punkt 1.3, er det etter arbeidsgruppa sin vurdering slik at Vestvågøy kommune ikke oppfyller lovens minstekrav når det gjelder fysio- og ergoterapitjenester pr i dag, og at ethvert tiltak som innebærer at kostnadene blir redusert med 1,5 millioner kroner, vil føre til ytterligere svekkelse av innbyggernes rett til tjenestene.

Når mandatet likevel er gitt, har arbeidsgruppa valgt å anbefale tiltak C. Arbeidsgruppas vurdering er at tiltak A og B vil ha større negative konsekvenser enn tiltak C, først og fremst for brukerne av tjenestene, men også for de ansatte.

Nr.	Beskrivelse	Konsekvens Brukere	Konsekvens Medarbeidere	Konsekvens Økonomi
C	Midlertidig reduksjon årsverk fysio, holde vakant driftstilskudd. Vurdere framtidig org-anisering/ lokalisering.	Redusert tjeneste-tilbud, økte ventelister. Prioritere de med mest behov.	Endret ledelse (overtas av enh. leder). Stillinger holdes vakant. Nye lokaler?	-1.100 (Reduksjon 2 år kommunal, 0,5 år privat)
	Sum endring økonomi			Totalt: -1.100

Tiltaket innebærer at kommunen kan utnytte en periode med vakante stillinger/avtalehjemler til å arbeide planmessig og langsiktig med organiseringen av fysio- og ergoterapitjenesten, på en måte som ikke har vært mulig innenfor de tidsmessige rammene som arbeidsgruppa har hatt. Tiltak C vil ikke gi en varig økonomisk effekt på 1,5 millioner kroner pr år i første omgang, men det er det eneste som gir effekt allerede fra og med 01.01.15.

I likhet med de andre tiltakene vil forslaget fra arbeidsgruppa medføre redusert tjenestetilbud og økte ventelister. Samlet framstår imidlertid tiltak C som det "minst dramatiske" når det gjelder konsekvenser for brukere og tjenester, medarbeidere og organisasjon og kompleksitet/risiko.

I kontrast til tiltak C framstår særlig tiltak A som langt mer gjennomgripende og drastisk, uten at den økonomiske gevinsten står i noe rimelig forhold til kompleksitet/risiko.

Arbeidsgruppa vil også gjøre oppmerksom på følgende: Dersom kommunen velger å kutte i en enkelt tjeneste som fysio- og ergoterapitjenesten, er det viktig å huske på at fysioterapi inngår enten i lineære behandlingsforløp eller i sirkulære pasientforløp. Kutt i tjenester som inngår i et forløp, vil nødvendigvis medføre fare for brudd eller dårligere sammenheng i pasientforløpet. Hvis det skal gjøres slike kutt, er det viktig at disse "harmoniseres" mellom alle de tjenestene som inngår i forløpet. Dette handler i stor grad om de forventninger som den enkelte kan ha til de ulike tjenestene. For eksempel:

Dersom det kuttes i behandlingstilbudet til pasienter som er i rehabilitering etter hjerneslag, må hele behandlingsskjeden til denne gruppen pasienter vurderes "tatt ned" til samme nivå. Vil det for eksempel være riktig å ha en fagutviklingssykepleier for slag/rehabilitering hvis behandlingstilbudet i fysioterapi blir redusert eller fjernet for denne pasientgruppen?

Det kan også stilles spørsmål ved om helsesøstertjenesten må legge om sin henvisningspraksis dersom det kuttes i fysioterapitjenesten til barn, slik at henvisningene speiler tilbudet i stedet for behovet? Eller om legetjenesten, av samme årsak, må endre sin praksis for henvisninger, siden det i hovedsak er fastlegene som henviser til fysioterapibehandling?

5.2. Eventuelt mindretallsforslag

Arbeidsgruppa er samstemt i de vurderinger og anbefalinger som kommer fram i rapporten.

Vedlegg A

A: Arbeidsgruppa – sammensetning og prosess

Arbeidsgruppa har bestått av følgende medlemmer:

Kommunalsjef Nils Olav Hagen (leder)

Avdelingsleder, terapitjenesten, Kjersti Holand

Tillitsvalgt, Fysioterapiforbundet, Bodil Sørensen/Marte Eliassen

Brukerrepresentant, Råd for funksjonshemmede, Dirk Ole Andersen

Personalrådgiver Eivind Bjørndal (sekretær)

Den endelige sammensetningen av arbeidsgruppa er ulik det som er oppgitt i mandatet.

Arbeidsgruppa har hatt seks møter i perioden 04.06.14–18.09.14. Gruppa valgte en arbeidsform der vi la vekt på å ha effektive møter, med gjennomgang av status og fordeling av oppgaver. Gruppemedlemmene arbeidet hovedsakelig med de avtalte oppgavene mellom møtene. Tilbakemeldingene fra medlemmene er at dette har fungert godt.

Sommerferieavvikling og periodevis stort arbeidspress for gruppemedlemmene i stillingene de er ansatt i, har gitt utfordringer i forhold til å finne felles møtedatoer. Dette gjelder særlig i sluttfasen av arbeidet med rapporten.

Gruppas medlemmer har vært i kontakt med både interne og eksterne kilder for å skaffe opplysninger til bruk i rapporten. Blant de eksterne kan nevnes KS-Advokatene, en advokat fra Norsk Fysioterapeutforbund, Bodø kommune, Hadsel kommune og Lunner kommune.

Vedlegg B

B: Mandat

Mandat delprosjekt – Fysio- og ergoterapitjenesten

Mandat og oppgaver

Hovedmål for arbeidsgruppa:

- Utarbeide forslag til en hensiktsmessig organisering av fysio- og ergoterapitilbudet i kommunen, som tilfredstiller lovens minstekrav.

Herunder følgende delmål:

1. Beskrive brukergruppene og deres behov for fysio- og ergoterapitjenester.
2. Beskrive et forsvarlig tjenestetilbud til brukerne, ut fra lovens minstekrav.
3. Utarbeide tiltak som gir lavere utgift, og en forsvarlig tilbud, herunder vridning fra fast ansatte til driftstilskudd. Herunder vurdere mulighet for økt faglig styring overfor fysioterapeuter med driftstilskudd, samt vurdere interkommunalt samarbeid.
4. Vurdere organisering av Frisklivssentralen, og muligheter for å drive dette arbeidet tettere opp mot frivilligheten.

Arbeidsgruppa skal legge fram tiltak med varig økonomisk effekt (herunder foreslå reduksjon i årsverk) på minimum 1,5 mill kroner.

For øvrig skal arbeidsgruppa arbeide innenfor de mål og strategier som ligger i prosjektplanen for omstillingsprosjektet.

Bakgrunn og motivasjon

Analyserapport utarbeidet av PwC i mai 2014 viser at samlet på kommunehelse (lege, fysio/ergo og helsesøster) har Vestvågøy kommune en netto driftsutgift som ligger 7,7 mill over sammenliknbare kommuner (KOSTRA gr. 11). Videre viser den at en i forhold til innbyggertall har Vestvågøy 2,2 årsverk fysioterapi mer enn sammenliknbare kommuner.

Kommunestyret vedtok i forbindelse med Styringsdokument for 2014 følgende tiltak:

- *HO HE 01: Privatisere fysioterapitjenesten (besparelse 1,0 mill kroner fra 2015).*

I beskrivelsen av dette tiltaket sies følgende:

BESKRIVELSE:

Privatisere Fysioterapitjenesten, gjøre om fastlønns hjemler til driftstilskudd.

KONSEKVENNS:

Det er selvfølgelig vanskelig å skulle si noe om konsekvensene av et slikt grep. Kommunen må være nøye med å utforme sine behov, slik at man sikrer seg at lovpålagte oppgaver blir løst. Det er kanskje samhandlingsoppgaver man i første rekke kan se for seg at blir salderingsposter ettersom disse ikke premieres i takstsystemet til private både leger og fysioterapeuter. Men, dersom man får dette til å virke etter intensjonen, så skulle det være potensiale for kommunen til å spare penger. Dette betyr i praksis å legge ned avdelingen, bortsett fra Frisklivskoordinator som er ergoterapeut. Frisklivsfunksjonen kan ivaretas ved at man er nøye med å innarbeide i samhandlingsoppgaver med Frisklivssentral i utlysningstekst til driftstilskudd. Jeg ser ikke for meg at det er mulig å gjennomføre en slik omlegging med umiddelbar virkning, det er nødvendig med planlegging slik at innsparingspotensialet dette tiltaket har ikke vil kunne realiseres inneværende år. Men, det finnes kommuner på Vestvågøy sin størrelse som har gjennomført dette og som sikkert har erfaringer å bidra med i en planleggingsprosess.

ØKONOMI:

Foreløpig beregning: Besparelse omlag 1,0 mill kroner per år.

Leveranse og tidsfrister

Gruppen bes levere følgende dokumenter, til gitte frister. Alle dokumenter skal avgis til styringsgruppa (ved prosjektleder).

- Jevnlig statusrapport, på vedlagt mal. *Tidsfrister: den 20. i hver måned (ikke juli)*
- Rapport for delprosjektet, på vedlagt mal. *Tidsfrist: 1. oktober 2014*

Arbeidsgruppas sluttrapport skal i oppbygging, omfang, innhold og detaljeringsgrad være slik at den kan legges fram for politisk behandling uten ytterligere bearbeiding. Den skal inneholde konkrete forslag til endringer og tiltak, i henhold til mandatet. Den skal i hovedsak følge felles mal som er utarbeidet for rapporter som er utarbeidet. Det understrekes at det er styringsgruppa som legger rapporten fram for Kommunestyret, og at de kan komme til andre konklusjoner. Arbeidsgruppas innstilling vil imidlertid følge saken.

Hvis gruppa ser at tidsfristene ikke er gjennomførbare bes en straks gi tilbakemelding til prosjektleder.

Sammensetning

Arbeidsgruppa har følgende sammensetning:

Navn	Stilling	Rolle
Bodil Sørensen/Marte Eliassen	TV Fysioterapiforbundet	Tillitsvalgt /Verneombud

Irene Hansen	Personalsjef	Sekretær
Kjersti Holand	Avd.leder terapitjenesten	
Nils Olav Hagen	Kommunalsjef	Leder
Dirk Ole Andersen	Råd for funksjonshemmede	Brukerrepresentant

Leder for arbeidsgruppa er prosjektleder for delprosjekt. Leder har ansvar for innkalling og lede gruppas møter, og at spesifisert leveranse skjer i henhold til frister.

Sekretær har ansvar for utarbeidelse av dokumenter i henhold til spesifisert leveranse (statusrapporter, sluttrapport).

Prosjektleder for omstillingsprosjektet er prosjekteier for delprosjektet. Prosjektleder har møterett på arbeidsgruppas møter, og innkalles for øvrig når arbeidsgruppa ser behov for det.

Arbeidsgruppa kan innkalle andre ressurs-/fagpersoner til gruppa ved behov for avklaring av enkeltområder. Det forutsettes at en trekker inn personalfaglig kompetanse for å kvalitetssikre prosessene der dette er nødvendig, og økonomifaglig kompetanse for å kvalitetssikre beregninger.

Eventuelt behov for frikjøp av leder, sekretær eller medlemmer av arbeidsgruppa, samt behov for prosjektmidler, avklares med prosjekteier.

Prinsipper for arbeidet

Omstillingsprosjektet har som mål å utvikle kommunen, og fremme nytenking og fleksibilitet. Det er derfor avgjørende at arbeidsgruppene starter bredt ut, og ikke tidlig "låser seg" i verken problemforståelse eller løsningsforslag. Gruppas medlemmer utfordres også til å være åpne for innspill utenfra.

Arbeidsgruppa er sammensatt av medlemmer med ulike fag- og erfaringsbakgrunn, og som befinner seg på ulike steder i "kommunehierarkiet". I gruppas arbeid er imidlertid alle medlemmer likestilt, og alles bidrag teller like mye. Tillit og trygghet er viktig for å få fram de beste løsningene. Arbeidsgruppa utfordres derfor tidlig om å drøfte grundig gjennom roller og arbeidsform, slik at en har en god plattform for arbeidet.

Arbeidsgruppa bør søke å komme fram til konklusjoner som alle kan bli enige om. Hvis det ikke er mulig, så må uenighet tydeliggjøres i rapporten ("gruppas flertall går inn for / gruppas mindretall går inn for")

Mandat vedtatt av styringsgruppa 26. mai 2014.

Vedlegg C

C: Mer om pasientforløp og behandlingsforløp

I sin Forløpshåndbok (2012) gir Helse–Vest følgende definisjon av standardisert pasientforløp:

Et standardisert pasientforløp er en koordinert tverrfaglig behandlingsprosess med et avklart start- og endepunkt for en definert pasientgruppe, basert på en normativ beskrivelse av mål og tiltak. Forløpet skal fremme samhandling, pasientsikkerhet og –tilfredshet, være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis, samt sikre effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater. (s. 4)

Vi har valgt å benytte oss av begrepet ”standardiserte pasientforløp” istedenfor ”behandlingslinjer”. Bakgrunnen for dette skyldes blant annet at begrepet pasientforløp brukes i svært mange dokumenter fra sentrale myndigheter. I tillegg oppfattes gjerne begrepet ”behandlingslinje” som noe smalere enn begrepet ”standardiserte pasientforløp”. Innholdsmessig vil imidlertid begrepene være tilnærmet like etter vårt skjønn”. (s. 4)

I samme publikasjon gis en ”alternativ” framstilling av pasientforløp som skal være bedre egnet til å beskrive av pasientforløp for såkalte ”storbrukere”:

Ofte er det slik at 20 % av pasientene står for 80 % av ressursbruken ved ulike sykehus. Disse pasientene betegnes gjerne som storbrukere. Det kan f.eks være personer med kroniske lidelser, som har forløp (liv) som ikke så lett kan beskrives ved en lineær fremstilling, men det kan også være andre pasientgrupper. Flere av disse pasientene veksler gjerne mellom gode og mindre gode perioder/dager, akutte og planlagte opphold osv. Det vil si at forløpet – eller forløpene – ofte går mer i ring(er) enn at de kan fremstilles som en linje(r) jfr. den overordnede lineære beskrivelsen over. Pasienter som er storbrukere av helsetjenester følges gjerne opp av svært mange aktører fra både kommune og sykehus. Disse vil også kunne profitere på å ha et standardisert forløp. Det er imidlertid svært viktig at forløpene for disse pasientene får en individuell tilpasning. Et av de standardiserte tiltakene vil derfor ofte være at det utarbeides en egen behandlingsplan/individuell plan for hver pasient. I en slik plan bør man innlemme kriterier som angir ulike faser for pasienten, og hvilke individuelle tiltak som skal iverksettes i ulike faser. En bør kanskje ha en kriseplan som iverksettes i akutte situasjoner. En slik kriseplan bør utarbeides når pasienten er i en god fase, og i fellesskap mellom de ulike relaterte aktørene i helsevesenet og pasient og eventuelt pårørende. (s. 21)

Vedlegg D

D: Drøfting av om fysioterapitjeneste omfattes av lovverk om enkeltvedtak

Spørsmålet om hvorvidt fysioterapitjeneste er en tjeneste som omfattes av enkeltvedtak blir ofte stilt, Norsk Fysioterapeutforbund sitt svar på problemstillingen gjengis her:

ENKELTVEDTAK OG FYSIOTERAPI

1. Nærmere om problemstilling

I forbindelse med vedtagelsen av ny helse- og omsorgstjenestelov (lov av 24.06.2011, nr 30) og ikrafttreden av denne 01.01.2012 har det vært flere henvendelser til NFF fra fysioterapeuter og andre med hensyn til hvorvidt det skal fattes enkeltvedtak på fysioterapitjenester og hvem som skal involveres i dette.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og NFF synes å ha sammenfallende syn med henblikk på at det som hovedregel IKKE skal fattes vedtak på fysioterapitjenester. Det som anses som utredning, diagnostisering og behandling er noe det ikke etter loven skal fattes vedtak på, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3–2 nr. 4. Dette vil være beslutninger truffet i den kliniske virksomheten, og hvor det tydelig fremgår av forarbeidene at forvaltningsloven kapittel IV og V ikke synes anvendelige. Spørsmålet er hvorvidt det skal fattes enkeltvedtak på fysioterapitjenester som har en varighet på mer enn 2 uker og som gis til pasienten i dens eget hjem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3–2 nr. 6. HOD har fastholdt i skriftlig korrespondanse med NFF at dersom fysioterapi i hjemmet tildeles ved en administrativ kommunal avgjørelse, skal reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven følges. Forutsetningen er at tjenesten forventes å vare lenger enn to uker, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 2–7 andre ledd. Reglene i forvaltningsloven skal også følges i de tilfellene kommunens avgjørelse bygger på faglige vurderinger foretatt av helsepersonell i klinisk virksomhet. HOD understreker at tildeling av tjenester direkte fra det enkelte helsepersonell uten at kommunen er involvert, ikke vil falle inn under definisjonen av vedtak, slik at forvaltningsloven i slike tilfeller ikke kommer til anvendelse. For fysioterapitjenester vil det være snakk om tildeling direkte fra helsepersonell etter henvisning og nærmere faglig vurdering av vedkommende pasient. Det er helsepersonellens vurdering av pasienten som avgjør hvilken behandling som skal gis og hvilket omfang som synes nødvendig. Således er en utenfor de tilfeller hvor det er aktuelt og hensiktsmessig med administrativt vedtak. Om det fattes et vedtak, skal denne alltid bygge på en faglig vurdering av angjeldende helsepersonell. Og dette er sakens kjerne; vedtak på fysioterapi skal ikke fattes uten involvering av nødvendig helsepersonell. En kommune kan ikke fatte et vedtak om fysioterapi uten at det foreligger en faglig vurdering fra angjeldende helsepersonell. I og med at fysioterapi de facto vil tildeles i den kliniske virksomheten, vil det ikke anses hensiktsmessig å fatte vedtak på dette i tillegg. Klagemuligheter er allerede ivaretatt i pasient- og brukerrettighetsloven. Et vedtak i tillegg synes unødvendig og uhensiktsmessig. NFF har overfor HOD gjentatte ganger gitt uttrykk for at de tilfeller hvor det eventuelt skal fattes vedtak, ikke gjør seg gjeldende for fysioterapitjenester. NFF opprettholder dette

standpunktet. Mest aktuelt for fysioterapitjenester vil være at fysioterapitjenester tildeles direkte fra det enkelte helsepersonell uten involvering av kommunen, og de aktuelle tildeling vil da falle utenfor definisjonen av vedtak.

2. Nærmere om forarbeidene

Av forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven Prop. 91 L (2010–2011) fremgår det i punkt 11.7.4 (side 129) følgende: «Det kan hevdes at forvaltningsloven bør gjelde der tildeling og avslag på tjenester skjer via et offentlig kontor og ikke direkte i møte mellom helsepersonell og den enkelte pasient og bruker. Anvendelse av forvaltningsloven vil i så fall avhenge av hvordan kommunen velger å organisere tildeling av hjelp. Et eksempel er tildeling av fysioterapitjenester, som kan skje ved at fysioterapeuten innvilger et visst antall behandlingstimer direkte til pasienten, eller ved at kommunen innvilger hjelp via et tildelingskontor...»

Ved eksemplet ovenfor, synes det som om det finnes to alternative måter å innvilge fysioterapitjenester på; enten ved direkte tildeling fra fysioterapeuten eller ved at kommunen innvilger hjelp via et tildelingskontor. Sistnevnte altså uten involvering av fysioterapeut, men kun ved tildeling fra kommunen. Som nevnt ovenfor vil beslutninger om hva slags type behandling den enkelte trenger og hvor denne behandlingen eventuelt skal gis, måtte baseres på en vurdering foretatt i den kliniske virksomheten. Vedkommende pasient som eventuelt har behov for behandling av lengre varighet i hjemmet, vil tildeles dette i de tilfeller legen anser dette som medisinsk nødvendig i det konkrete tilfelle. Dermed vil også denne type tildeling være noe som foregår i den kliniske virksomheten, og være en type beslutning hvor forvaltningsloven kapittel IV og V ikke er ment å komme til anvendelse. Forarbeidenes formulering her vil feilaktig kunne leses dithen at slike beslutninger kan foretas utenfor den kliniske virksomheten av kommunen alene. Dette synes ikke å være i tråd med alminnelig rettsoppfatning. Og forarbeidene er tydelig på at loven i all hovedsak var ment å skulle være en videreføring av gjeldende rett.

Av henvisningen til forarbeidene som angitt ovenfor fremgår videre at: «Et administrativt kommunalt vedtak vil skille seg fra tildeling direkte fra det enkelte helsepersonell ved at også kommunens økonomi, prioritering og eventuelt andre måter å tildele nødvendig hjelp på, kan trekkes inn i vurderingen. I tillegg blir administrative vedtak gjerne fattet etter forutgående søknad fra pasient eller bruker, og gjerne etter at det er foretatt nærmere medisinske og sosialfaglige vurderinger i tillegg til eventuelle hjemmebesøk.»

En medisinsk vurdering av pasienten må anses som et absolutt kriterium for å vurdere om det i det enkelte tilfellet er påkrevet med behandling og i så fall hvor mye behandling som bør innvilges. Slik forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven § 3–2 nr. 6 her er formulert blir en medisinsk vurdering ikke et krav jfr. utheving «...og gjerne...» ovenfor. Dette synes ikke forenlig med etablert rettsoppfatning hvor det er legen som bestemmer at vedkommende pasient skal gis behandling, og vedkommende fysioterapeut som beslutter hvilken type behandling den enkelte pasient skal ha og varigheten på denne.

Av forarbeidene fremgår videre at: «Etter en helhetsvurdering fastholder departementet forslaget i høringsnotatet om at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V som utgangspunkt ikke bør gjelde ved tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven. Dette gjelder både for kommunale tjenester og for spesialisthelsetjenester. Departementet legger avgjørende vekt på at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten. Beslutninger om tildelinger vil ofte ikke være tidsmessig eller saklig atskilt fra helsepersonells øvrige virksomhet og vil i hovedsak ikke være slike avgjørelser som forvaltningsloven kapittel IV og V er ment å regulere...»

Å treffe vedtak på «helsetjenester i hjemmet» som innbefatter fysioterapitjenester, vil være en del av de beslutninger som treffes i den kliniske virksomhet. Og forarbeidene er tydelige med hensyn til at beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten ikke skal være gjenstand for vedtaks form, jfr. ovenfor.

Det vil vanskelig kunne tenkes tilfeller hvor beslutninger om helsehjelp på dette felt vil kunne fattes utenfor den kliniske virksomheten. Vedkommende pasient som eventuelt har behov for helsetjenester i hjemmet av lengre varighet, vil via det enkelte helsepersonell bli vurdert i forhold til dette og få den behandling der det etter nærmere vurdering finnes mest hensiktsmessig. En sådan beslutning vil ikke være tidsmessig eller saklig atskilt fra vedkommendes øvrige virksomhet og således ikke falle inn under den type beslutninger som det skal fattes vedtak på.

3. Konklusjon

Etter det ovennevnte konkluderes med at det vil være lite aktuelt med tildeling av fysioterapi i hjemmet ved en administrativ kommunal avgjørelse. Slike tildelinger vil være tjenester som fattes i den kliniske virksomheten etter nærmere utredning, diagnostisering og behandling av helsepersonell, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 4, og således ikke være avgjørelser som forvaltningsloven er ment å regulere jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav a.

Vedlegg E

E: Mer om brukergrupper – Forebygging

Lovgrunnlag: LOV 2011–06–24 nr.30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)

I kapittel 3 § 3–2. *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*, er det angitt hvilke tilbud kommunen skal ha til befolkningen.

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

Fysioterapeut samarbeider med helsestasjonstjenesten. Samarbeidet er formalisert gjennom skriftlige rutiner som regulerer hvordan fysioterapeuten skal bidra i regelmessige kontroller, svangerskaps og barselomsorg, helsestasjon for barn og hvilke rutiner for henvisning til fysioterapeut som skal gjelde for barn. Det er helsesøstertjenesten som er organisert i oppvekstenheten som har prosessansvaret for helsetjenester i skoler og helsestasjons-tjeneste. I kommunenes funksjonskontoplan svarer disse oppgavene til funksjon 232: Forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjeneste

I kapittel 3 § 3–3. *Helsefremmende og forebyggende arbeid*, gis det også retningslinjer for tiltak i regi av Frisklivssentralen.

Lovgrunnlag: LOV 2011–06–24 nr. 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

I Kapittel 2, § 7. *Folkehelsetiltak*, beskrives kommunens ansvar for å iverksette nødvendige folkehelsetiltak. Gjennom Frisklivssentralen ivaretas deler av denne plikten. I kommunens funksjonskontoplan svarer disse oppgavene til funksjon 233: Annet forebyggende helsearbeid.

Brukergrupper – Forebygging

Brukere av forebyggende tjenester i henhold til funksjon 232 er barn og ungdom ved helsestasjon, i barnehager og skoler. Brukere av forebyggende tjenester som faller inn under funksjon 233, er brukerne av Frisklivssentralen. Frisklivssentralens form og innhold er for øvrig nærmere beskrevet senere i dette vedlegget.

De fleste henvisninger til Frisklivssentralen kommer fra fastlegene og eller annet helsepersonell. Kort oppsummert kan en si at det ikke er mulig å legge arbeidet i Frisklivssentralen over til "frivilligheten". Henvisningene kommer som Frisklivsresept og inneholder sensitive opplysninger som ikke kan overlates til frivillige. Frivillige kan utføre

noen praktiske gjøremål i forhold til tiltaks-/aktivitetspakken som lages rundt en bruker. Det kreves at de forplikter seg i forhold til aktiviteten.

Levevaner er et sentralt tema i det brede folkehelsearbeidet. Å fremme helse og forebygge sykdom knyttet til levevaner krever samhandling og bred innsats fra offentlige, private og kommunale aktører i og utenfor helsesektoren. Frisklivssentralen er en samarbeidspartner i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen og skal samarbeide med relevante aktører i frivillig, privat og offentlig sektor. Frivillig sektor plasserer seg mellom offentlig og privat sektor og utgjør en viktig bærebjelke i den norske samfunnsstrukturen. Det vil allikevel ikke være hensiktsmessig å legge Frisklivsarbeidet over til frivilligheten. Inaktivitet og en usunn livsstil handler om så mye mer enn å opprette aktivitetsgrupper. Vi har behov for kompetanse om endringsprosesser og hvordan de selv kan finne motivasjon for å endre vaner. De frivillige kan være gode leverandører av aktivitetstilbud for de aktuelle frisklivs-målgruppene i forlengelsen av vår innsats. Det vil i tiden fremover være viktig å utvikle det forebyggende arbeidet, gjerne i samråd med frivillighet, men det innebærer at det er ressurser til å gjøre det.

I dag har frisklivssentralen samarbeid med følgende frivillige aktivitetsgrupper:

- Mental helse
- Valberg Husmorlag
- "Gladtrimmen", UL Ørnen
- Stamsund dag- og velferdssenter

Frisklivssentralen som arbeidsmetode

I mandatet som arbeidsgruppa har fått står det at man skal *"vurdere organisering av Frisklivssentralen, og vurdere muligheter for å drive dette arbeidet tettere opp mot frivilligheten"*. For å kunne vurdere dette er det av stor betydning at man har kjennskap til hva en Frisklivssentral skal være og hvorfor ikke dette arbeidet kan overtas av frivilligheten.

Hvorfor en frisklivssentral?

Frisklivssentraler beskrives i Stortingsmelding 16 (2010-2011) og Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 som et viktig tiltak for å nå målene om å forebygge mer og bedre. Frisklivssentralen er en måte å organisere en kommunal helse- og omsorgstjeneste på som kan ivareta flere av kommunens lovpålagte plikter i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, samt andre tjenester ut i fra lokale behov. Frisklivssentralen er pr i dag ett av våre beste tiltak for å møte samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer for å reparere mindre. I forhold til den store delen som brukes på kurativ behandling, er det svært viktig at kommunen har noen ressurser som er dedikert til forebygging og helsefremmende. Ellers greier vi aldri å "snu skuta".

Helseutfordringer

Helseutfordringene i Norge preges i stor grad av sykdom som kan relateres til den enkeltes helseatferd, sosiale kontekst og det samfunnet vi lever i. Sykdomsbildet domineres av

livsstilsrelaterte sykdommer som kreft, diabetes, muskel- og skjelettlidelser, kroniske luftveissykdommer, hjerte- og karsykdommer og psykiske lidelser. Verdens Helseorganisasjon (WHO) har påpekt at de fire viktigste underliggende risikofaktorene er usunt kosthold, fysisk inaktivitet, tobakk og alkohol. Endring av levevaner knyttet til disse risikofaktorene er estimert til å kunne redusere for tidlig død med 80 prosent når det gjelder hjerte-/karsykdommer og type 2-diabetes og 30–50 prosent når det gjelder kreft. Dette er sykdommer som derfor i stor grad kan forebygges ved hjelp av tiltak som fremmer sunn helseatferd og mestring av psykiske utfordringer. Helsedirektoratet mener at frisklivssentraler er et viktig bidrag i dette arbeidet. I tillegg er Frisklivssentraler dokumentert å være meget kostnadseffektive (M. Eriksson, doktorgradsavhandling 2010). Kristiansand kommune har beregnet at et sykehusopphold pga. KOLS koster kommunen kr. 7700. Ett opphold for type 2 diabetes koster kommunen kr. 9100. Hvis 1/3 av tilfellene kan forebygges/håndteres lokalt vil Kristiansand kommune spare kr. 350.200 pr. år (DRG takst 2012) bare for disse to diagnosene. Frisklivssentralen er aktuell "behandling" for begge diagnosene. Helse og omsorgsdepartementet, samt Helsedirektoratet anbefaler derfor alle kommuner å etablere tilbud som frisklivssentralen.

Hva er en frisklivssentral?

Frisklivssentralen gir tilbud om hjelp til å endre levevaner, primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Målgruppen er personer som har behov for støtte til å endre levevaner på grunn av økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom eller lidelse som kan relateres til levevaneområdene. Frisklivssentralen kan derfor bidra til å nå målet om å redusere for tidlig død på grunn av livsstilsrelaterte sykdommer. Frisklivssentralen kan også bidra til å oppfylle lovkrav om å iverksette nødvendige folkehelseiltak når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold, tobakksbruk og eventuelt alkoholvaner (jf. folkehelseloven § 7).

Fysisk aktivitet

Det er grundig dokumentert at fysisk aktivitet kan forebygge og være en effektiv del av behandlingen og rehabiliteringen for en rekke sykdommer. Trening ved Frisklivssentralen følger effektive treningsprinsipper, vi har oppdatert kunnskap om treningslære og treningen er tilpasset målgruppen. Fysisk aktivitet ved Frisklivssentralen kjennetegnes av at personer med ulike risikofaktorer og/eller diagnoser, alder, fysisk form og kjønn deltar i samme gruppe. Treningsøktene tilrettelegges slik at alle, uansett fysisk form, får utbytte av treningen. Deltakerne skal oppleve aktiviteten som trygg. Instruktøren skal i tillegg til å ivareta krav om faglig forsvarlighet legge til rette for at deltakerne opplever miljøet knyttet til gruppeaktivitetene, som inkluderende og anerkjennende. Aktivitetene skal være lett tilgjengelige, bidra til mestring og være overførbare til aktiviteter personen kan utføre på egen hånd uten hjelp fra Frisklivssentralen. Dette kan oppnås blant annet ved å tilby aktiviteter som foregår utendørs. Frisklivssentralen kan derfor ikke erstattes med treningssenter. Målgruppen for treningssentrene er hovedsakelig ungdom, og voksne i yrkesaktiv alder som vil ha full frihet til å trene når det passer dem og som har økonomi til å betale for det (ca. 4-700 kr./mnd). Treningssentrene eller andre treningstilbud er ikke i stand til å veilede/ følge opp målgruppen for Frisklivssentralen da det krever mye tilstedeværelse og individuell tilpasning. De har ofte heller ikke nok kompetanse.

Kosthold

Vi har også store utfordringer når det gjelder befolkningens kosthold. I følge folkehelseloven skal kommunen gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen generelt kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom, også når det gjelder ernæring. Det er en stor andel av befolkningen som ikke følger kostrådene. Bare 15 prosent av den voksne befolkningen får i seg den anbefalte mengden med grønnsaker, vel 20 prosent spiser anbefalt mengde fet fisk, og 25 prosent får i seg anbefalt mengde fullkorn. Sukkerinntaket er fremdeles høyt. Det drikkes i gjennomsnitt 60 liter sukret brus årlig, og forbruket av godteri har økt fra 4 til 14 kilo på 50 år. Innholdet av mettet fett har økt siden år 2000 og er nå vesentlig høyere enn det anbefalte nivået på 10 energiprosent.

I Frisklivssentralen har vi derfor et stort fokus på det som omhandler kost og ernæring. Det er ikke tilstrekkelig å tenke på fysisk aktivitet, det vi spiser påvirker også helsen vår i stor grad. Vi ser at en kombinasjon av å tenke fysisk aktivitet og kosthold gir best resultat. Frisklivskoordinator har derfor i året som har gått tatt ei videreutdanning på 30 studiepoeng i samfunns ernæring gjennom universitetet i Nordland. Viktig kompetanse som må prioriteres i det forebyggende arbeidet og som de ikke innehar i frivillig sektor.

Frisklivsresepten

Frisklivsresept er en henvisningsblankett til Frisklivssentralen som gir tilgang til et tidsbegrenset, strukturert veilednings- og oppfølgingstiltak som starter og avsluttes med en helsesamtale. Helsesamtalen er en endringsfokusert samtale om levevaner, mellom deltaker og veileder ved frisklivssentralen. Målet er å styrke deltakeren som aktør i eget liv, gjennom å bidra til økt tillit til egen mestring, fremme indre motivasjon gjennom kompetanse, tilhørighet og autonomi, bedre funksjonsevne og bedre fysisk og psykisk helse.

Å endre levevaner kan være en krevende prosess og man vet at det ikke er tilstrekkelig med å opprette nye tilbud i regi av for eksempel frivilligheten eller gi dem informasjon om eksisterende tilbud. Vi gir strukturert oppfølging, primært gjennom individuell helsesamtale og ulike gruppetilbud innen de nevnte levevaneområdene. Det å forstå hvordan ulike forhold virker inn på helsen, hvordan det påvirker valgene våre, vaner vi etablerer og hvorfor vi ofte strever med å endre disse vanene, er av stor betydning for dem som arbeider ved Frisklivssentralen. Mange som går i gang med livsstilsendringer, opplever at det er vanskelig å opprettholde endringene over tid. I arbeidet med å hjelpe mennesker med å endre levevaner er det viktig å være klar over at det å etablere og endre vaner påvirkes av en rekke faktorer, og at valgene våre kan være styrt av sammensatte og til dels komplekse årsaksforhold. Motiverende samtale, også kalt Motiverende intervju (MI) eller endringsfokusert rådgivning, er en samtalemetode som har god effekt i arbeidet med å endre av levevaner, og som har vist seg å være mer effektiv enn tradisjonell rådgivning.

Kompetanse i sentralen

Vi i Frisklivssentralen ser at mange av de som blir henvist til oss ikke er motiverte for å gjøre livsstilsendringer til tross for ervervet livsstilssykdom. Det anbefales derfor at

Frisklivssentraler knytter til seg personer med høgskole-/universitetsutdanning innen helsefag, fysisk aktivitet, og ernæring, samt personer med kompetanse i tobakksavvenning.

Frisklivssentralen skal i hovedsak ikke utføre individuell medisinsk behandling eller rehabilitering knyttet til diagnose, men lede videre til kvalifisert helsepersonell ved behov for dette. Veiledere ved Frisklivssentralen bør ha kunnskap om metoder med dokumentert effekt når det gjelder endring av levevaner. Kompetanse om samtalemetodikk som motiverende samtale, samt fordypningskurs og videreutdanning anbefales i følge "Veileder for etablering og utvikling av Frisklivssentraler", utgitt av helsedirektoratet. I tillegg bør vi ha kunnskap om folkehelsearbeid, sosiale ulikheter innen helse, salutogenese, gruppeprosesser og gruppeledelse, psykisk helse, arbeidsrettet oppfølging, rusforebygging, flerkulturell forståelse, brukermedvirkning og tilrettelegging for målgruppene. Dette er en kompetanse som vi over tid har jobbet med å få på plass i sentralen og kompetansekrav som vi ikke kan stille til frivilligheten.

Hvilke tilbud kan vi tilby befolkningen i Vestvågøy

- Helsesamtaler med bruk av motiverende intervju (MI)
- Kondisjonstester, målinger, plan og tiltak
- Aktivitetstilbud som er tilpasset den enkeltes mål, forutsetninger og problemstillinger. Vi gir veiledning og øker kunnskapen om faktorer rundt egen helse
- Tilbud om kostholdsveiledning med utgangspunkt i helsedirektoratet sine kostanbefalinger
- Kurs i mestring av depresjon (KID)
- Kurs i mestring av belastning (KIB)
- Forelesninger i forhold til søvn, puls, fysisk aktivitet, mestring/motivasjon
- Røykeslutt kurs

Konklusjon

Levevaner er et sentralt tema i det brede folkehelsearbeidet. Å fremme helse og forebygge sykdom knyttet til levevaner krever samhandling og bred innsats fra offentlige, private og kommunale aktører i og utenfor helsesektoren. Frisklivssentralen er en samarbeidspartner i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen og skal samarbeide med relevante aktører i frivillig, privat og offentlig sektor. Frivillig sektor plasserer seg mellom offentlig og privat sektor og utgjør en viktig bærebjelke i den norske samfunnsstrukturen. Det vil allikevel ikke være hensiktsmessig å legge Frisklivsarbeidet over til frivilligheten. Inaktivitet og en usunn livsstil handler om så mye mer enn å opprette aktivitetsgrupper. Vi har behov for kompetanse om endringsprosesser og hvordan de selv kan finne motivasjon for å endre vaner. De frivillige kan være gode leverandører av aktivitetstilbud for de aktuelle frisklivs-målgruppene i forlengelsen av vår innsats. Det vil i tiden fremover være viktig å utvikle det forebyggende arbeidet, gjerne i samråd med frivillighet, men det innebærer at det er ressurser til å gjøre det.

Vedlegg F

F: Mer om brukergrupper – Behandling

Lovgrunnlag: LOV 2011-06-24 nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven).

I kapittel 3 § 3-2. *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*, er det angitt hvilke tilbud kommunen skal ha til befolkningen.

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning.

I kommunenes funksjonskontoplan svarer denne oppgaven til funksjon 241: Diagnose, behandling, re-/habilitering; funksjon 253: Helse og omsorgstjenester i institusjon.

Fysioterapi er en behandlingsform som kan benyttes i en rekke behandlingsforløp, i forbindelse med svært mange ulike diagnoser. For å kunne beskrive brukergrupper av fysioterapitjenester, og identifisere hva som utgjør et forsvarlig tjenestetilbud, er det nødvendig å gå nærmere på: 1) Faglige standarder/retningslinjer for behandling av ulike tilstander/sykdommer, og 2) Henvisningspraksis til fysioterapitjenesten i Vestvågøy kommune.

1) Faglige standarder/retningslinjer for behandling av ulike tilstander/sykdommer

Tjenestene som ytes skal som en regel være forankret i kunnskapsbasert praksis, og nedenfor er gjengitt lenker til nasjonale og internasjonale retningslinjer:

Helsebiblioteket: <http://www.helsebiblioteket.no/>

WCPT-Europaregion: <http://www.physio-europe.org/index.php?action=155>

GIN: <http://www.g-i-n.net/library>

NICE: <http://guidance.nice.org.uk/>

Vestvågøy kommune krever fullt fastlønnstilskudd, p.t. kr 178 080, for alle sine fast ansatte fysioterapeuter. Kriteriene for å kreve fullt fastlønnstilskudd er at fysioterapeuten skal arbeide 50% av tiden for pasienter med "trygderettigheter". For privatpraktiserende fysioterapeuter utgjør 100% driftstilskudd p.t. kr 377 040. Midler til driftstilskudd bevilges i rammetilskuddet til kommunen. Erfaring tilsier at leger som henviser til fysioterapibehandling, og pasienter som blir henvist til behandling, har en forventning om behandlingen blir iverksatt.

I forskrift til stønad til dekning av utgifter til fysioterapi, FOR-2013-06-24-787, finner vi liste over sykdommer som gir rett til hel eller delvis dekning av fysioterapi av folketrygden. Denne listen er gjengitt nedenfor, i tabell 1.

Tabell 1: Sykdomsliste

A. Indremedisin			
<i>Sykdomsgruppe</i>		<i>Sykdom</i>	<i>Merknad</i>
1. Kroniske lungelidelser med nedsatt respirasjonskapasitet	a)	Astma	
	b)	Cystisk fibrose	
	c)	Emfysem	
	d)	Kronisk obstruktiv bronkitt	
	e)	Alvorlig thoraxdeformitet	
	f)	Annen kronisk lungelidelse med nedsatt respirasjonskapasitet	
2. Nyrelidelse	a)	Uremi med langvarig dialyse	
	b)	Annen lidelse med langvarig dialyse	
3. Blødersykdom med leddaffeksjon	a)	Hemofili	
	b)	Von Willebrands sykdom	
4. Hjertelidelse	a)	Akutt hjerteinfarkt	
5. Karlidelse i sentralnervesystemet med nevrologisk utfall	a)	Hemiplegi og annen motorisk funksjonsforstyrrelse	
6. Lymfødem	a)	Alvorlig primært lymfødem	
	b)	Sekundært lymfødem	
B. Kirurgi			
<i>Sykdomsgruppe</i>		<i>Sykdom</i>	<i>Merknad</i>
1. Etter skader	a)	Ved brudd	
	b)	Ved betydelig skade på muskulatur, ligament eller sene	
2. Inngrep på ledd		Operasjon på	
	a)	Ekstremitetsledd	
	b)	Rygghvirvelsøylen	
3. Større inngrep for feilfunksjon i bevegelsesapparatet	a)	Operasjon på sene	
	b)	Operasjon på muskulatur	
	c)	Ligamentrekonstruksjon	
	d)	Knokkelreseksjon	
4. Store operasjoner på indre organer	a)	Hjerteoperasjon	
	b)	Lungeoperasjon	
	c)	Stor karoperasjon	
	d)	Organtransplantasjon	
	e)	Cancer-glandeltoilett som har	

- | | | | |
|-----|--|----|--|
| 5. | Operasjon på sentralnervesystemet | a) | ført til funksjonssvikt
Alle tilstander med nevrologiske utfall |
| 6. | Preoperativ behandling | a) | Thoraxoperasjon |
| | | b) | Stor karoperasjon |
| | | c) | Organtransplantasjon |
| | | d) | Ortopediske operasjoner |
| 7. | Belastningsplager på grunn av | a) | Amputasjon høyere enn fingre |
| | | b) | og tær |
| | | c) | Varige lammelser
Balanse- eller koordinasjonssvikt med varig bruk av krykke eller rullestol |
| 8. | Urologi | a) | Alvorlige former for blæreekstrofi/epispadi |
| 9. | Brystrekonstruksjon | a) | Cancer mamma |
| 10. | Immobilisering i sykehus utover 8 uker uten gangfunksjon | a) | Betydelig muskelatrofi og kraftnedsettelse |

C. Nevrologi

	Sykdomsgruppe		Sykdom	Merknad
1	Alvorlig organisk sykdom eller skade i sentralnervesystemet med spastiske eller slappe pareser, tremor eller koordinasjonssvikt	a)	Hemiplegi	
		b)	Paraplegi	
		c)	Kvadriplegi	
		d)	Cerebral parese	
		e)	Multipel sclerose	
		f)	Parkinsonisme	
		g)	Amyotrofisk lateralsclerose	
		h)	Bulbær paralyse	
		i)	Myelomeningocele	
		j)	Poliomyelittseqvele	
		k)	Annen lidelse med tilsvarende nevrologisk utfall	
2	Alvorlig organisk sykdom eller skade med affeksjon av flere spinalnerver	a)	Multiple lesjoner av røtter, plexus eller perifere nerver	
		b)	Guillain-Barrè	
3	Alvorlig generalisert polyneuropati			
4.	Alvorlig nevromuskulær sykdom med muskulær svikt	a)	Dystrophia myotonica	
		b)	Myotonia congenita	
		c)	Myastenia gravis	
		d)	Progressiv muskeldystrofi	

- e) Annen nevromuskulær lidelse med muskelsvikt

D. Onkologi

<i>Sykdomsgruppe</i>	<i>Sykdom</i>	<i>Merknad</i>
1. Livstruende leukemi, stamcellebehandlet		
2. Kreft i langt kommet, uhelbredelig fase		

E. Pediatri

<i>Sykdomsgruppe</i>	<i>Sykdom</i>	<i>Merknad</i>
1. Funksjonsforstyrrelse i bevegelsesapparatet	Medfødt eller ervervet: a) Aplasi b) Kontraktur/feil stilling i ledd c) Calve-Legg-Perthes sykdom d) Skade i sentralnervesystemet med motorisk funksjonsforstyrrelse e) Alvorlig bevegelsesforstyrrelse av annen årsak	
2. Hørselsdefekt	a) Døvhhet b) Tunghørthet	

F. Psykiatri

<i>Sykdomsgruppe</i>	<i>Sykdom</i>	<i>Merknad</i>
1 Psykisk lidelse	a) Psykogen parese med bevegelsesforstyrrelse b) Etter opphold i psykiatrisk avdeling eller ved henvisning fra poliklinikk i psykisk helsevern c) Medikamentindusert bevegelsesforstyrrelse	

G. Psykisk utviklingshemming

<i>Sykdomsgruppe</i>	<i>Sykdom</i>
1 Psykisk utviklingshemming	a) Motorisk funksjonsforstyrrelse

H. Revmatiske og andre lidelser i ledd og knokler

<i>Sykdomsgruppe</i>	<i>Sykdom</i>	<i>Merknad</i>
1 Kronisk artritt i flere ledd	a) Rheumatoid artritt b) Bekhterews sykdom c) Reiters sykdom d) Psoriasisartritt	

		e)	Yersinartritt
		f)	Annen kronisk inflammatorisk/infeksiøs eller immunologisk artritt
2	Degenerative leddlidelser	a)	Artrose i større vektbærende ledd (hofte, kne, ankel)
		b)	Artrose i skulderledd
3	Leddplager i forbindelse med svangerskap	a)	Bekkenløsning med gangvansker under svangerskap
		b)	Bekkenløsning med gangvansker etter fødsel
		c)	Kronisk bekkenleddsyndrom
4	Bindevevslidelse	a)	LED (SLE)
		b)	Sclerodermi
		c)	Polymyositt/Dermatomyositt
		d)	Polyarteritis nodosa og andre utbredte nekrotiserende vaskulitter
		e)	Marfans syndrom
		f)	Ehlers-Danlos syndrom
		g)	Silver-Russells syndrom
		h)	Klippel-Feil syndrom
5	Kontraktur i hud eller bløtdeler med affeksjon av ledd	a)	Følgetilstand etter brannskade/etseskade
		b)	Følgetilstand etter stråleskade
		c)	Følgetilstand etter infeksjon
6	Rygglidelse med korsettbruk	a)	Scoliose
7	Blødersykdom med leddaffeksjon	a)	Hemofili
		b)	von Willebrands sykdom
8	Sykdommer i knokler	a)	Osteogenesis imperfecta
		b)	Osteitis deformans
		c)	Hypofosfatemisk rakitt eller osteomalaci, vitamin D-resistent
		d)	Osteomyelitt, sequele
9	Medfødte sjeldne tilstander med skjelettaffeksjon		

I. Øyesykdommer

Sykdomsgruppe

1	Øyenlidelse	a)	Blindhet
		b)	Svaksynthet

Merknad

2) Henvisningspraksis til fysioterapitjenesten i Vestvågøy kommune

Pasienter henvises fra fastlege eller spesialisthelsetjeneste. Henvisningen gir i utgangspunktet rett til fysioterapi som behandling i henhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Nedenfor er det listet opp henvisningsdiagnoser som er brukt i Vestvågøy kommune. Listen illustrerer den store bredden i spekteret av pasienter som henvises til fysioterapi, der det vurderes at fysioterapivurdering/-behandling inngår som et hensiktsmessig og nødvendig tiltak i behandlingsforløpet.

Tabell 2: Diagnoseliste, listen er ikke utfyllende.

Diagnose	ICD-10/ ICPC-2
Aneloserende spondylitt	
Angelmanns syndrom	
Ankel symptomer/plager	
Artrose kenledd INA	
Asberger syndrom	
Asfyksi fødsel	
Atlantoaksial dislokasjon med myelopati	
Autisme	
Barneautisme	
Bekkenløsning	
Blindhet	
Brudd overarm proksimalt	
Brystkreft	
Cerebral blødning INA	
Cerebral parese	
Cerebral parese infantil	
Charge syndrom	
Cystisk fibrose	
De George syndrom	
Depresjon	
Depressiv episode	
Dislokasjon akromioklavikularleddet	
Dissimilert sklerose	
Dissosiativ lidelse med motorisk forstyrrelse	P75
Downs syndrom	
Ehler Danlos syndrom	
Ekstensjonsstivhet hele baksida	
Elefantsyke	
Epilepsi	
Fedme	
For tidlig født barn (28-36 uker)	
Fot symptomer/plager	
Fotfeilstilling	

Følgetilstand hjerneslag	
Generell tretthet	
Hemiparese	
Hemiplagi	
Hjerneslag	
Hjerneslag Pons	163.9
Hjertesvikt	
Hodepine	
Hofte symptomer/plager	
Hoftedysplasi	
Hukommelsesforstyrrelse	
Hydrocephalus medfødt	
Hypermobilitetssyndrom familiær	
Hypoton	
Hørselshemning	
Inkontinens	
Intraventrikulær hjerneblødning	
Kjemoterapi for svulst , uspesifisert	
Klossethet	
Kne symptomer/plager	
Knesmerter INA	
Korsrygg smerter/plager	
Kvadriplagi	
Lumbago med isjialgi	
Lymfødem etter mastektomi	
Lymfødem post-operativ	
Lymfødem primært	
Magesmerter uspesifikke	
Malingt lymfom	
ME	
Medfødt feil ryggmarg INA	
Menisklidelse etter gammel skade	
Multippel sklerose	
Muskelruptur spontan	
Muskelsmertesyndrom	
Myalgi	
Myelomatose	
Myelomeningocele	
Nakke symptomer/plager	
Nakkesyndrom	
Opistotonus	
Osgood-Schlatters sykdom	
Osteoporose	
Parkinson sykdom	
Patellofemoralt syndrom	
Pes equino varus	
Plagioplegi	
Plantar facitt	
Polyneuropati	

Post traumatisk stress disorder	
Pre-/postoperativ anteversjonsvinkel collum femoris	
Prematur pulmonær dysplasi	
Prematurt/immaturt født barn	
Proksimal kromosom 14q syndrom	
Psykosomatisk lidelse	
Psykosomatisk lidelse, ikke spesifisert	
Redusert funksjonsevne IKA	
Sammenfalt virvel IKAS	
Skiveprolaps	
Skulder symptomer/plager	
Smerter i ekstremitet	
Soft sign	
Spastisk hemiplegisk parese	
Spiserørsateresi	
Sykdom i nervesystemet/lammelse	N99
Tetraplegi	
Tilpasningsforstyrrelser	
Torticollis ervervet	
Torticollis medfødt	
Traumatisk ruptur femoral epifyse	
Tær, deformitet ervervet	
Unormalt funn ved funksjonsundersøkelse	
Uspesifikke symptomer spedbarn	
Utmattelsessyndrom	
Vestibulodini med vaginisme	
William syndrom	
Ødem INA	K07

Vedlegg G

G: Mer om brukergrupper – ReHabilitering

Lovgrunnlag: LOV 2011–06–24 nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven).

I kapittel 3 § 3–2. *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*, er det angitt hvilke tilbud kommunen skal ha til befolkningen.

5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Lovgrunnlag: FOR 2001–06–28 nr 765: Forskrift om habilitering og rehabilitering.

I kapittel 1 § 2. gis følgende definisjon av rehabilitering:

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

Det er viktig å merke seg at rehabilitering defineres som prosesser. Fysioterapi generelt omfatter tiltak som faller inn under begrepet medisinsk rehabilitering. Fysioterapeutene jobber i forhold til kropps- strukturer og funksjoner dimensjonen av ICF. Fysioterapitiltak inngår i rehabiliteringsprosesser i form av behandling.

I kommunens funksjonskontoplan svarer denne oppgaven til funksjon 241: Diagnose, behandling, re-/habilitering.

Brukergrupper – ReHabilitering

Brukere av denne tjenesten vil være de samme pasientene som er listet opp under brukere av tjenesten behandling. Men i tillegg til et behandlingsforløp vil de fleste av pasientene inngå i det som er definert som et pasientforløp. Dette medfører at det i tillegg til behandling foregår en del andre aktiviteter i forbindelse med disse brukerne, møter og koordinering med andre tjenesteytere i pasientforløpet.

Vedlegg H

H: Folkehelseprofiler

Folkehelseprofiler

2014

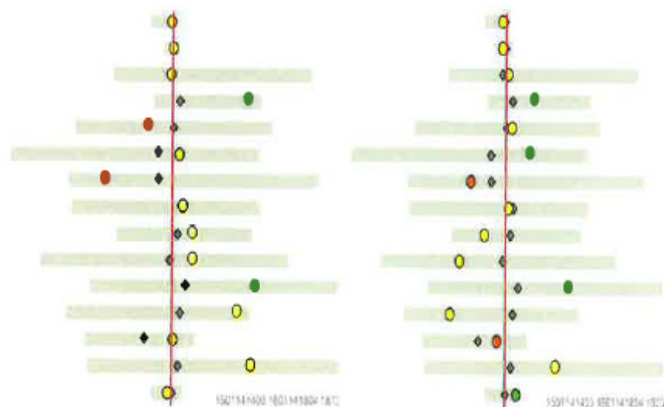
Hva betyr symbolene?

- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet
- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- | Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom kommunene i fylket

- Halvsirkler: Kommuneverdier som er mer enn dobbelt så høye som landsverdien eller mindre enn halvparten av landsverdien, vises som en halvsirkel i figurens ytterkant.
- En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig helseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i KommuneHelsa statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler og se KommuneHelsa statistikkbank, khs.fhi.no.

Brønnøy Alstahaug

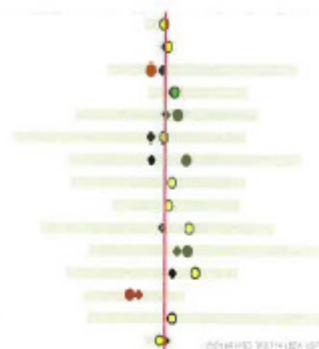
- **Helse og sykdom**
- Forventet levealder menn
- Forventet levealder kvinner
- Psykiske sympt. og lidelser, primærh.
- Psyk.lidelser, legemiddelbrukere
- Hjerter- og karsykdom, primærh. tj.
- Kolesterolsenkende legemidler, brukere
- Hjerter- og karsykdom, beh. i sykehus
- Type 2-diabetes, legemiddelbrukere
- Kreft totalt, nye tilfeller
- Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller
- KOLS og astma, legemiddelbrukere
- Lungekreft og KOLS, dødelighet
- Muskel og skjelett, primærhelsetj.
- Hoftebrudd behandlet i sykehus
- Vaksinasjonsdekning, MMR 9 åringer



Hadsel

Sortland

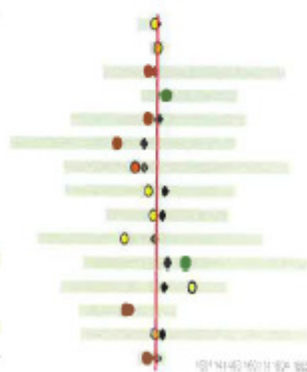
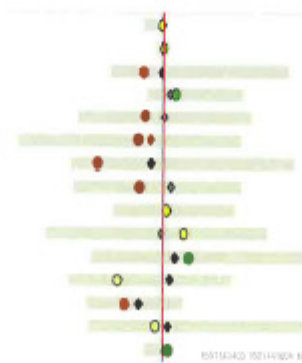
- Helse og sykdom
- Forventet levealder menn
- Forventet levealder kvinner
- Psykiske sympt. og lidelser, primærh.
- Psyk.lidelser, legemiddelbrukere
- Hjerter- og karsykdom, primærh. tj.
- Kolesterolsenkende legemidler, brukere
- Hjerter- og karsykdom, beh. i sykehus
- Type 2-diabetes, legemiddelbrukere
- Kreft totalt, nye tilfeller
- Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller
- KOLS og astma, legemiddelbrukere
- Lungekreft og KOLS, dødelighet
- Muskel og skjelett, primærhelsetj.
- Hoftebrudd behandlet i sykehus
- Vaksinasjonsdekning, MMR 9 åringer



Vestvågøy

Vågan

- Helse og sykdom
- Forventet levealder menn
- Forventet levealder kvinner
- Psykiske sympt. og lidelser, primærh.
- Psyk.lidelser, legemiddelbrukere
- Hjerter- og karsykdom, primærh. tj.
- Kolesterolsenkende legemidler, brukere
- Hjerter- og karsykdom, beh. i sykehus
- Type 2-diabetes, legemiddelbrukere
- Kreft totalt, nye tilfeller
- Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller
- KOLS og astma, legemiddelbrukere
- Lungekreft og KOLS, dødelighet
- Muskel og skjelett, primærhelsetj.
- Hoftebrudd behandlet i sykehus
- Vaksinasjonsdekning, MMR 9 åringer



Vedlegg I

I: Regnskap og budsjett Fysioterapitjenesten 2011–2013

		Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)
		2 011	2 011	2 012	2 012	2 013	2 013
Ansvar:	3131 TERAPI- OG HJELPEMIDDEL TJENESTE						
Funksjon:	233 ANNET FOREBYGGENDE HELSEARBEID						
Prosjekt:	13131131 ELDTRETRIM						
11000	KONTORMATERIELL	0	0	0	0	1 423	0
14290	BETALT MVA	0	0	0	0	356	0
17290	KOMPENSASJON FOR MVA - DRIFT	0	0	0	0	-356	0
	Sum prosjekt: 13131131 ELDTRETRIM	0	0	0	0	1 423	0
Prosjekt:	Uten						
10100	LØNN I FASTE STILLINGER	0	0	0	0	203 671	187 227
10902	PENSJON VITAL	0	0	0	0	37 209	34 893
10990	ARBEIDSGIVERAVGIFT	0	0	0	0	12 342	11 269
11000	KONTORMATERIELL	581	581	40	0	152	2 500
11003	KOPIERING	240	0	160	0	0	400
11050	UNDERVISNINGSMATERIELL	2 558	1 000	5 953	0	347	10 000
11054	LEKER OG ARBEIDSMATERIELL	1 021	0	0	10 000	0	2 000
11056	LÆREMIDLER	770	1 000	0	0	0	0
11150	MATVARER	152	2 500	0	2 500	3 993	2 500
11151	MATSERVERING, KURS/OPPLÆRING	0	0	0	0	77	0
11200	ANNET FORBRUKSMATR./RÅVARER	0	500	0	2 500	143	0
11207	TEKSTILER	0	0	0	0	0	2 000
11209	KLÆR	10 199	0	0	0	0	0
11303	PORTOUTGIFTER	0	0	1 239	0	0	2 500
11304	GEBYR BANKTJENESTER	100	0	0	0	0	0
11305	MOBILTELEFON	521	521	4 700	0	5 391	10 000
11400	ANNONSE, REKLAME, INFORMASJON	445	0	0	0	0	2 000
11401	ANNONSER	14 655	8 000	0	2 000	0	2 000
11404	INFORMASJON	1 145	0	0	0	0	0
11405	TRYKKING/KOPIERING	960	1 000	0	5 000	2 500	5 000
11500	OPPLÆRING/KURS	2 890	5 000	1 490	5 000	3 045	5 000
11507	KVALITETS- OG KOMPETANSEUTVIKLING	0	5 000	0	10 000	0	0
11601	KJØREGODTGJØRELSE	0	0	0	0	0	2 000
11602	REISEUTG. KURS(OPPG.PL)	0	0	0	5 000	0	15 000
11652	KLESGODTGJØRELSE	0	0	2 550	0	0	0
11701	DRIFTSUTGIFTER BILER	1 843	5 000	3 349	10 000	360	10 000
11706	REISEUTGIFTER KURS	3 074	3 000	6 042	0	5 213	0
11707	OVERNATTING KURS	1 253	2 000	0	5 000	0	5 000

		Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)
		2 011	2 011	2 012	2 012	2 013	2 013
11850	FORSIKRINGER, VAKTTJENEST.	0	0	5 361	0	5 185	6 000
11900	HUSLEIE, LEIE LOKALER	0	0	870	0	435	0
11902	HUSLEIUTGIFTER	0	5 000	0	5 000	0	5 000
11903	LEIE AV IDRETTSANLEGG	25 243	75 000	41 188	75 000	0	30 000
11950	AVGIFTER, GEBYR, LISENS	1 490	0	1 590	0	50	10 000
11951	DATAPROGRAMMER, LIENSER	0	0	0	0	1 690	0
12000	INVENTAR OG UTSTYR	13 486	1 000	2 231	0	0	5 000
12001	UTSTYR (SERV/PRING/PROGR.)	0	0	141	0	0	5 000
12002	KONTORUTSTYR	0	0	134	0	0	0
12006	VERKTØY/MATERIELL	303	0	0	0	409	0
12101	LEIE VAREBIL (KL. 2)	39 470	36 000	15 215	16 000	0	16 000
12102	LEIE PERSONBIL	0	0	16 908	0	57 895	45 000
12200	LEIE/KJØP AV MASKINER	0	0	0	0	2 730	0
12201	KJØP IKT-UTSTYR (DATA/TELE.)	0	0	35 550	60 000	19 699	20 000
12601	VASKERITJENESTER	0	0	0	0	234	0
14290	BETALT MVA	25 402	12 125	22 321	27 125	18 291	26 750
16000	BRUKERBETALING ORD. TJEN.	0	-83 000	0	-83 000	0	-35 000
16200	ANNET SALG VARER/TJENEST.	-44 000	0	-43 000	0	-48 000	0
17290	KOMPENSASJON FOR MVA - DRIFT	-25 402	-12 125	-22 321	-27 125	-18 291	-26 750
17300	FRA FYLKESKOMMUNER	0	0	-100 000	-150 000	0	0
17700	FRA ANDRE (PRIVATE)	0	0	0	0	-2 500	0
	Sum prosjekt: Uten	78 399	69 102	1 710	-20 000	312 268	418 289
	Sum funksjon: 233 ANNET FOREBYGGENDE HELSEARBEID	78 399	69 102	2 950	-20 000	313 691	418 289
Funksjon:	241 DIAGNOSE, BEHANDLING OG REHABILITERING						
Prosjekt:	17000306 TILRETTELEGGINGSTILSKUDD						
11502	INTERNE KURS	13 322	0	0	0	0	0
14290	BETALT MVA	1 548	0	0	0	0	0
17010	TILRETTELEGGINGSTILSKUDD	-12 760	0	-48 720	0	-17 980	0
17290	KOMPENSASJON FOR MVA - DRIFT	-1 548	0	0	0	0	0
	Sum prosjekt: 17000306 TILRETTELEGGINGSTILSKUDD	562	0	-48 720	0	-17 980	0
Prosjekt:	Uten						
10100	LØNN I FASTE STILLINGER	3 111 475	3 314 872	3 695 799	3 487 609	4 008 386	3 805 437
10200	VIKARER	0	0	0	0	158 131	180 000
10204	FERIEVIKARER	0	67 000	0	60 000	27 856	20 000
10300	EKSTRAHJELP	7 300	0	0	0	0	0
10400	OVERTID	0	20 000	0	14 776	0	6 000
10902	PENSJON VITAL	438 887	495 921	558 556	553 815	730 510	673 545
10904	PENSJON KLP	140	0	0	0	0	0
10990	ARBEIDSGIVERAVGIFT	185 222	209 144	215 709	210 703	241 421	219 583

		Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)
		2 011	2 011	2 012	2 012	2 013	2 013
11000	KONTORMATERIELL	541	9 419	312	10 000	1 168	2 500
11001	AVISER OG TIDSSKRIFT	4 921	4 000	3 070	4 000	3 315	5 000
11002	FAGLITTERATUR	600	1 000	0	0	0	0
11003	KOPIERING	0	8 000	0	8 000	220	2 000
11050	UNDERVISNINGSMATERIELL	219	0	0	1 000	500	1 000
11052	FRITT SKOLEMATERIELL	793	1 000	0	0	0	0
11054	LEKER OG ARBEIDSMATERIELL	0	0	0	1 000	1 638	2 000
11055	KUNST OG HÅNDVERK	351	500	0	0	0	0
11056	LÆREMIDLER	1 729	2 000	0	0	0	0
11100	MEDISINSK FORBRUKSMATR.	21 234	10 000	19 682	0	2 908	20 000
11150	MATVARER	0	0	343	0	420	0
11151	MATSERVERING, KURS/OPPLÆRING	184	1 000	6 445	1 000	4 588	1 000
11200	ANNET FORBRUKSMATR./RÅVARER	760	2 000	0	0	187	0
11201	RENGJØRINGSARTIKLER	110	3 000	0	5 000	0	5 000
11202	VELFERDSTILTAK	0	1 000	0	1 000	766	1 000
11206	GAVER	429	0	1 089	0	3 171	1 000
11207	TEKSTILER	0	5 000	0	5 000	1 480	5 000
11301	FASTTELEFON	8 635	10 000	4 633	10 000	0	0
11303	PORTOUTGIFTER	4 870	3 000	5 707	3 000	409	4 000
11304	GEBYR BANKTJENESTER	0	0	106	0	136	0
11305	MOBILTELEFON	17 176	19 479	28 942	20 000	51 413	35 000
11400	ANNONSE, REKLAME, INFORMASJON	0	0	0	2 000	0	2 000
11405	TRYKKING/KOPIERING	0	3 000	0	3 000	0	3 000
11500	OPPLÆRING/KURS	16 186	37 500	2 695	50 000	29 500	50 000
11502	INTERNE KURS	0	15 000	0	5 000	5 250	0
11506	FELLES KURSUTGIFTER	5 112	5 000	19 480	0	18 082	0
11507	KVALITETS- OG KOMPETANSEUTVIKLING	0	0	0	0	3 950	0
11600	REISE, DIETTUTG. OPPG. PL.	1 307	0	1 955	0	1 500	0
11601	KJØREGODTGJØRELSE	25 864	9 000	19 199	10 000	19 598	15 000
11602	REISEUTG. KURS(OPPG.PL)	3 904	5 000	1 526	4 000	10 216	4 000
11606	KJØREGODTGJ. STØTTEKONTAKT	0	0	0	0	820	0
11607	BRUK AV EGEN BIL	16 000	10 000	16 000	0	17 500	8 000
11652	KLESGODTGJØRELSE	13 600	10 000	11 900	10 000	16 150	20 000
11700	REISEUTGIFTER/TRANSPORTUTGIFTER	5 365	2 000	8 735	10 000	1 637	10 000
11701	DRIFTSUTGIFTER BILER	17 009	47 000	21 457	50 000	19 287	50 000
11706	REISEUTGIFTER KURS	21 674	20 000	20 402	15 377	44 828	15 377
11707	OVERNATTING KURS	5 942	10 000	3 429	10 000	2 657	10 000
11711	DRIFTSUTGIFTER VAREBIL (KL. 2)	0	0	8 449	0	0	0
11900	HUSLEIE, LEIE LOKALER	0	0	15 000	0	8 800	15 000
11903	LEIE AV IDRETTSANLEGG	0	12 000	2 260	12 000	0	8 000
11950	AVGIFTER, GEBYR, LISENS	66	1 000	0	1 000	14	1 000
11951	DATAPROGRAMMER, LIENSER	0	0	115 466	55 000	33 203	55 000
12000	INVENTAR OG UTSTYR	32 936	31 000	10 279	8 000	3 241	8 000

		Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)
		2 011	2 011	2 012	2 012	2 013	2 013
12001	UTSTYR (SERV/PRING/PROGR.)	0	0	0	15 000	748	5 000
12002	KONTORUTSTYR	0	1 000	2 029	2 000	1 840	15 000
12006	VERKTØY/MATERIELL	2 347	1 000	1 593	4 000	2 085	4 000
12090	MEDISINSK UTSTYR	15 477	4 000	5 446	0	30 610	0
12100	LEIE/KJØP AV TRANSP.MIDL.	0	0	0	0	15 893	0
12101	LEIE VAREBIL (KL. 2)	120 409	116 000	114 365	200 000	18 782	250 000
12102	LEIE PERSONBIL	0	0	94 135	0	161 460	0
12200	LEIE/KJØP AV MASKINER	0	3 000	0	8 000	0	8 000
12201	KJØP IKT-UTSTYR (DATA/TELE.)	0	0	1 460	0	0	10 000
12203	LEIE/KJØP KOPIMASKIN	1 087	0	0	0	9 126	0
12400	SERVICE-/DRIFTAVT. OG REP.	0	0	1 138	6 000	0	12 000
12402	SERV.AVTALER KONTORMASK.	2 250	0	0	0	0	0
12403	VEDLIKEHOLD AV UTSTYR	5 500	6 000	0	1 000	0	1 000
12600	RENHOLD, VASKERI, VAKTTJEN.	156	0	0	10 000	511	10 000
12601	VASKERITJENESTER	5 123	5 000	2 588	0	6 278	15 000
12700	KONSULENTTJENESTER	0	0	0	0	790	0
12709	BRUKERSTØTTE IKT-SYSTEMER	0	0	0	0	1 215	0
13000	TIL STATEN/STATLIGE INST.	0	0	7 196	0	0	0
13003	TIL HELSEFORETAK - UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER	0	0	0	0	2 393	0
13703	KJØP TJENESTER FRA ANDRE	9 064	4 000	21 326	0	33 185	0
13707	RENOVASJONSUTGIFTER	230	0	417	10 000	456	10 000
13711	TRENINGSAVTALE	1 125	0	0	0	0	0
13802	HUSLEIUTGIFT TIL KF (DRIFT)	66 000	66 000	66 000	66 000	66 000	66 000
14290	BETALT MVA	73 555	82 450	100 745	108 200	84 775	133 705
14701	DRIFTSTILSKUDD	1 829 808	2 001 000	1 922 603	2 101 000	1 881 780	1 901 000
14909	VEDTATT INNSPARING - ANDRE KUTT	0	-14 165	0	0	0	0
15002	MORARENTER	88	0	0	0	53	0
16200	ANNET SALG VARER/TJENEST.	-26 077	-40 000	-6 073	-40 000	-825	-140 000
17002	REF.FASTLØNN LEGE/FYSIOTE	-669 600	-825 000	-866 400	-810 000	-1 046 220	-810 000
17100	SYKELØNNSREFUSJON	-26 836	0	-50 173	0	-375 927	-380 000
17101	REFUSJON FØDSELSPENGER	0	0	-153	0	0	0
17290	KOMPENSASJON FOR MVA - DRIFT	-73 555	-82 450	-100 745	-108 200	-84 775	-133 705
17700	FRA ANDRE (PRIVATE)	0	0	-70 425	0	-23 475	0
17906	OVERFØRING FRA FELLES OPPLÆRINGSMIDLER	-17 500	0	0	0	0	0
	Sum prosjekt: Uten	5 289 195	5 732 670	6 065 698	6 214 280	6 261 615	6 240 442
	Sum funksjon: 241 DIAGNOSE, BEHANDLING OG REHABILITERING	5 289 757	5 732 670	6 018 275	6 214 280	6 243 635	6 240 442
Funksjon:	254 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL HJEMMEBOENDE						
Prosjekt:	Uten						
10100	LØNN I FASTE STILLINGER	0	0	0	0	69 099	75 681
10902	PENSJON VITAL	0	0	0	0	12 764	13 466

		Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)	Regnskap	Buds(end)
		2 011	2 011	2 012	2 012	2 013	2 013
10990	ARBEIDSGIVERAVGIFT	0	0	0	0	4 175	4 494
11601	KJØREGODTGJØRELSE	0	0	0	0	0	15 000
11607	BRUK AV EGEN BIL	0	0	0	0	0	8 000
	Sum prosjekt: Uten	0	0	0	0	86 037	116 641
	Sum funksjon: 254 HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL HJEMMEBOENDE	0	0	0	0	86 037	116 641
Funksjon:	381 KOMMUNALE IDRETTSBYGG OG IDRETTSANLEGG						
Prosjekt:	Uten						
11903	LEIE AV IDRETTSANLEGG	0	0	0	0	46 682	0
	Sum prosjekt: Uten	0	0	0	0	46 682	0
	Sum funksjon: 381 KOMMUNALE IDRETTSBYGG OG IDRETTSANLEGG	0	0	0	0	46 682	0
	Sum ansvar: 3131 TERAPI- OG HJELPEMIDDELTJENESTE	5 368 156	5 801 772	6 021 225	6 194 280	6 690 045	6 775 372
	TOTALT	5 368 156	5 801 772	6 021 225	6 194 280	6 690 045	6 775 372