

Saksframlegg

ORGANISERING AV FYSIO- OG ERGOTERAPITJENESTEN

Arkivsaksnr.: 09/18379

::: Sett inn innstillingen under denne linja

Forslag til vedtak/innstilling:

1. Dagens organisering av fysio- og ergoterapitjenester opprettholdes.
2. Behovet for fysio- og ergoterapi varierer i de ulike brukergrupper i befolkningen, og vi er avhengige av fleksibel organisering med muligheter for å flytte ressurser dit behovet til enhver tid er størst.
Tildeling av tjenester skal skje etter behov, ut fra vedtatte prioriteringsnøkler uavhengig av hvor brukeren bor.
3. Enhet for fysioterapitjenesten og enhet for ergoterapitjeneste ene skal fortsatt vektlegge tett samarbeid med hverandre, med helsehus og andre enheter med tanke på effektiv bruk av felles ressurser.
4. Det bør arbeides for et styrket helsekonsept i organisasjonen med fokus på tidlig intervensjon, helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor dagens enhetsstruktur.

::: Sett inn innstillingen over denne linja

... Sett inn saksutredningen under denne linja

Saksutredning:

Bakgrunn

Viser til sak i bystyrets budsjettvedtak, s 9: *"Ergoterapitjenesten og fysioterapitjenesten har ansvar for oppsøkende bistand for hjemmetjenesten og sykehjemmene. Rådmannen bes legge fram en sak som drøfter muligheten for å knytte ansatte som utøver tjenestene til helsehusene"*.

Rådmannen har valgt å ta med sammenslåing av enhet for fysioterapi og enhet for ergoterapi i vurderingen siden dette alternativet også har dukket opp underveis.

Sammendrag

Enhet for fysioterapitjenester består av 47,3 kommunale årsverk (55 ansatte) og 77 driftshjemler ("årsverk") for privatpraktiserende fysioterapeuter (98 fysioterapeuter med avtaler). I tillegg til fysioterapitjenester er FYSAK-koordinatorfunksjonen lagt inn under enheten.

Enhet for ergoterapitjenester rommer et mangfold av tjenester med til sammen 58,5 årsverk (71 ansatte). I tillegg til ergoterapeuter har de ansvar for Info-senter for seniorer, ressurscenter for demens, hjelpemiddelteknikere og tverrfaglige innsatsteam.

Sammenslåing av fysio- og ergoterapienthetene tilsier 104 årsverk i tillegg til 77 driftshjemler for private fysioterapeuter. Dette tilsvarer oppfølging av 134 ansatte og 98 individuelle private avtaler. Dette ville i så fall blitt den største enheten i Helse og velferd, og Oppvekst sett under ett.

Dersom vi skal legge alle disse tjenestene inn under helsehusene, vil hvert helsehus få ansvar for 17-30 flere årsverk (driftsavtalene og studenter ikke medregnet). Helsehusene er i utgangspunktet store enheter med rundt 100 årsverk hver.

Vel så viktig som antall årsverk er *kompleksiteten i enhetene*; tverrfagligheten, mangfoldet når det gjelder samarbeidspartnere, brukergruppene og lovpålagte oppgaver, i tillegg til ulikt lov- og avtaleverk både når det gjelder samarbeid, lønn- og personalarbeid. Kontrollspennet ville blitt svært stort både økonomisk og driftsmessig.

Fysio- og ergoterapeutene skal utføre tjenester på ulike arenaer; i hjem, sykehjem, omsorgsboliger, skoler og barnehager, og ivareta retten til helsehjelp på en likeverdig måte uavhengig av bosted. De skal samarbeide med skoler, barnehager, barne- og familietjenesten, fastleger, hjemmetjenesten, helse- og velferdssenter, helsehus og sykehus. Dersom man legger virksomheten til helsehusene må enhetsleder håndtere ulike driftsformer, turnusvirksomhet og organisering av oppsøkende tjenester.

Også ved sammenslåing av Enhet for fysioterapitjenester og Enhet for ergoterapitjenester blir størrelsen og kompleksiteten såpass stor at vi ikke anbefaler det. Selv om det kan ha faglige og tverrfaglige fordeler ville det organisatorisk bli for stort og komplisert. Trondheim kan velge å dele opp denne tjenesten, f eks i to like enheter med to bydeler hver. Det gir mindre enheter, men ingen innsparingseffekt, og det kan utvikle seg ulik praksis i bydelene slik det gjorde da vi hadde en helseenhet i hver bydel.

Kompleksiteten tvinger fram behov for et mellomnivå i enheten. Reduserer vi antall lederstillinger, vil vi bli nødt til å styrke rollen til fagkoordinatorerne, eller vi må opprette et mellomledernivå. Pr i dag har fagkoordinatorerne ikke personal- og budsjettansvar. Med en størrelse på enhetene som vi her snakker om, må enhetsleder gis større muligheter for å delegere ansvar til fagkoordinatorerne.

Trondheim kommune

Rådmannen har derfor *ikke funnet innsparingspotensiale eller stordriftsfordeler* ved sammenslåing, snarere tvert i mot.

Det er et stort behov for *å styrke det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet* i Trondheim kommune. Vi må i større grad satse på tidlig intervensjon. Dette er viktig både for tjenestekvaliteten og av hensyn til effektiv bruk av knappe ressurser, noe som også fremheves i helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsreform. Signalene derfra tilsier at en større del av ansvaret for helsetjenester vil bli tillagt kommunene ("venstreforskyving i tiltakekjeden").

Utviklingen de siste årene har dessverre gått i motsatt retning i Trondheim kommune. Mer og mer av ressursene brukes på de mest pleietrengende pasientene. Brukere med tiltakende funksjonsfall blir henvist så sent til fysio- og ergoterapi at potensialet for å oppnå effekt av tiltak er lite sammenlignet med hva det ville vært ved tidlig intervensjon.

Mange enheter ønsker egen fysio- og ergoterapeut, ut fra et ønske om tettere samarbeid og lettere tilgang på tjenestene, men dette krever langt flere stillinger enn kommunen har i dag.

Tildeling av tjenester bør skje etter behov, uavhengig av om brukeren bor hjemme, i omsorgsbolig eller i sykehjem. For å sikre dette er det utarbeidet felles *prioriteringsnøkler*.

Mange brukere og samarbeidspartnere opplever med god grunn at det er for lite tilgang på disse tjenestene. Dette skyldes primært kapasitetsproblemer. Dekningsgraden på disse tjenestene er lav sammenlignet med andre kommuner.

Samlokalisering kan være et virkemiddel til å styrke samarbeid. Eksempelvis har rådmannen valgt samlokalisering av fysio- og ergoterapitjenestene med andre enheter ute i bydelene.

Helsetjenestene skal samarbeide med de fleste enheter - også helsehusene, men samlokalisering med helsehus vil ikke styrke forebyggende og helsefremmende arbeid, og er vanskelig å gjennomføre i praksis. Det vil bl.a. medføre store *ombyggingskostander* siden ingen av helsehusene er i stand til å romme 17-30 nye årsverk uten ombygging.

Rådmannens konklusjon er at det er lite å hente med omstrukturering av fysio- og ergoterapitjenestene. Det er forbedringspotensiale når det gjelder samarbeid, samordning og tidlig intervensjon, men strukturendringer har liten betydning i den sammenheng og er i seg selv ressurskrevende.

Fakta

Enhet for ergoterapitjeneste og Enhet for fysioterapitjeneste er byomfattende enheter som yter oppsøkende tjenester til brukere i alle aldersgrupper.

De viktigste samarbeidspartnere er St. Olavs Hospital, barne- og familietjenesten (særlig helsestasjoner), barnehager, hjemmetjenester, fastleger, helsehus og helse- og velferdssenter.

Helsehusene har egne fysio- og ergoterapeuter organisert direkte under helsehusene. Samarbeid mellom helsehus og de oppsøkende helsetjenestene er aktuelt når man vurderer henvisning til helsehus fra hjemmet, når man vurderer hvilken tjenesteform som er mest hensiktsmessig, og når det er behov for videre oppfølging etter avsluttet korttidsopphold. Det er utarbeidet kartleggings skjema og samarbeidsrutiner som skal ivareta dette.

Helse- og velferdssentrene har ikke egne fysio- og ergoterapeuter. Beboerne der tildeles tjenester etter samme kriterier som hjemmeboende.

Henvisninger til fysio- og ergoterapitjenestene skjer dels ved direktehenvendelse fra bruker/familie, fastleger og sykehus, og dels via Helse- og velferdskontorene og Barne- og familietjenesten.

Enhet for ergoterapitjenesten består av 58,5 årsverk inkludert administrasjon (71 ansatte)

- ergoterapeuter (27 årsverk/hadde 28 årsverk, men 1 holdes vakant pga. merforbruk / manglende lønnskompensasjon. Ergoterapeuter i innsatsteam ikke medregnet).
- hjelpemiddelteknikere (7 årsverk / 8 ansatte)
- ressurscenter for demens (2 årsverk/ 2 ansatte; vernepl./sykepl.)
- infosenter for seniorer (4 årsverk/ 5 ansatte tverrfaglig)
- 4 tverrfaglige innsatsteam. (15 årsverk/16 ansatte)
- oppfølgingsansvar kommunal avtale om drift av kortidsutlånslager tekniske hjelpemidler og transport langtidshjelpemidler, samarbeidsavtalen med Hjelpemiddelsentralen i Sør - Trøndelag
- studenter (18 – 20 fordelt på bydelene, hele første halvår + noen på høsten/vil øke med studentdrevne tiltak høst-09)
- Administrasjon: 2,5 årsverk inkludert enhetsleder

Enhet for fysioterapitjenester består av 47,3 årsverk inkludert administrasjon og FYSAK + 77 driftstilskudd for privatpraktiserende fysioterapeuter (55 ansatte og 98 private fysioterapeuter)

- fastlønte fysioterapeuter (36.1 fordelt på 4 bydeler + 5 årsverk turnuskandidater)administrering av 77 driftsavtaler til privatpraktiserende (fordelt på 98 fysioterapeuter og 28 fysikalske institutt).
- FYSAK-koordinator (2,7 årsverk, hvorav 1 årsverk finansiert av enheten + 1,7 finansiert av eksterne prosjektmidler)
- Studenter (ca 70 pr år. I tillegg kommer studentdrevne grupper- i dag 18 gruppetilbud)
- administrasjon: 3,5 årsverk inkludert enhetsleder (ca 1,5 årsverk i adm. brukes på de private, ca 1 årsverk på fastlønte fysioterapeuter).
- drift- og fagansvar for 10 forebyggende treningsgrupper for seniorer (ca 200 deltakere i alderen 75-90 år)

Om driftstilskudd - kommunens ansvar:

Kommunen har ansvar for å ivareta behovet for fysioterapi for kommunens befolkning, og kan selv velge om man vil ivareta dette ved å tilsette egne fysioterapeuter (fastlønte fysioterapeuter) eller inngå avtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter. De fleste kommuner har litt av begge deler slik som Trondheim. Å tildele et driftstilskudd vil si at kommunen inngår en individuell avtale med den enkelte fysioterapeut og betaler et fast økonomisk tilskudd. Dette reguleres gjennom et eget avtaleverk; ASA 4313 (rammeavtale som presiserer partenes ansvar) og ASA 4303 (driftstilskudd og takster).

Kommunen har ikke samme arbeidsgiveransvar for de private som for fastlønte fysioterapeuter, men likevel et betydelig ansvar; for utlysninger, tilsetninger, vikariater, permisjoner, og inngåelse av individuelle avtaler. Kommunen har ansvar for at den privatiserte delen av fysioterapitilbudet blir en del av det samlede tilbudet til befolkningen, noe som krever oppfølging gjennom individuelle avtaler og et system for dialog og samarbeid mellom kommunal og privat virksomhet.

Enhetens administrasjon bruker pr i dag omtrent like mye tid på private (77 driftstilskudd) som for fastlønte fysioterapeuter (45 årsverk).

Lokalisering:

- o Fysioterapitjenesten, ergoterapitjenesten og innsatsteamene er samlokalisert i bydelene, og fordelingen av stillinger er som tabellen nedenfor viser. I tre bydeler har de lokaler i et helse- og velferdssenter, mens de på Heimdal er lokalisert sammen med Offentlig servicekontor.
- o Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen er fordelt på 28 institutt
- o Hjelpemiddelteknikerne er lokalisert i Klæbuveien 198.

Trondheim kommune

- o *Info-senteret for seniorer* er lokalisert på Hornemannsgården, men leieavtalen der utgår, og enheten er nå på leting etter alternative løsninger. De bør være lokalisert i sentrum.
- o *Ressurssenter for demens* er lokalisert på Tempe helse- og velferdssenter, men kan med fordel samlokaliseres med Info-senteret.
- o *Enhetslederne og administrasjonen* er samlet på Leutenhaven.

Antall årsverk pr bydel

Totalt ca 104 kommunale årsverk + 77 driftshjemler for private fysioterapeuter (kommunal driftsavtale).

Det er totalt 134 ansatte + 98 private fysioterapeuter (98 individuelle avtaler) å følge opp.

Studenter er da ikke medregnet.

Virksomheten er spredt over hele kommunen med mange ulike arbeidsstasjoner/arbeidssteder dels i byomfattende baser, dels fordelt ut på bydelene.

Årsverk pr bydel	SUM	Lerkendal Valøyvn 12 (Tempe HVS)		Midtbyen Stabellsv.4 (Havstein HVS)		Østbyen Frostav.2 (Buran HVS)		Heimdal Industriv.7 (Hovdebygget)	
		barn	voksne	barn	voksne	barn	Voksne	barn	voksne
Fysioterapeuter (fastlønte)	31,6	4,5	3,7	4,2	3,1	4,4	4,0	4,0	3,7
Psykisk helse (fysio):1	4,5		0,5	1	1		1		1
Driftshjemler for priv.fysio.	77	Fordelt på 98 personer og 28 fysikals ke institutt							
Ergoterapeuter	27.05	2,55	4,80	2,30	3,80	2,0	6.5	2,0	3,1
Sum årsverk (barn og voksne)	63.45								
Innsatsteam – tverrfaglig	14,9		3,75		3,8		3,8		3,6
Turnuskandidater (fysio):	5	0.5	0.5	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5
SUM	83.05	8.05	15.05	8,5	12.7	6,4	15.3	6,0	11.4
Årsverk pr bydel		23.1		21.2		22.7		17.4	
Byomfattende oppgaver:									
• Hjelpemiddelteknikere	7								
• Ressurssenter for demens	2								
• Infosenter for seniorer	4								
• FYSAK	1,7								
Adm fysio	3,5								
Adm ergo	2,5								
TOTALT	180.75	103,75 kommunale årsverk og 98 avtaler med private fysioterapeuter							
Studenter kommer i tillegg;									
Ergoteapistudenter:18–20 hele første halvår + noen på høsten/vil øke med studentdrevne tiltak høst-09									
Fysioterapistudenter: Ca 70 pr år + 18 studentdrevne gruppetilbud i omsorgsboliger, helse- og velferdssenter									

Nøkkeltall

Nøkkeltallene for fysioterapeuter gjelder kun fastlønte. Statistikk fra fysikalske institutt foreligger i form av kvartalsrapportering fra 2007 (1 kvartal pr år). Helsehusenes fysioterapeuter og ergoterapeuter er heller ikke medregnet her.

Det er en økning i antall brukere de siste årene på alle områder, uten tilsvarende økning i bemanning.

2008-tall	Antall	Kommentar
Antall brukere, ergoterapitjenesten	2770	1942 nye + 788 overført fra 2007 + 40 psykisk helse
Antall oppdrag, hjelpemiddelteknikere	5601	1023 flere enn i 2007.

1 Fysioterapitjenesten har et årsverk psykisk helse som jobber ift. ungdom i videregående skole – ikke individretta. Her plassert på Midtbyen.

Trondheim kommune

Ressurssenter for demens - konsultasjoner(demente, pårørende) - oppfølgingssamtaler - personer m. demens - deltakere i pårørendeskole - 305 oppfølgingssamtaler med pårørende	10 118 55 305	I tillegg kommer veiledningsoppdrag, undervisning og konsultasjoner for samarbeidspartnere og andre enheter
Informasjonssenter for seniorer - antall forebyggende hjemmebesøk 75-åringer	1290	I tillegg: 137 oppfølgingsbesøk, møter, kurs, undervisning bl.a. i pensjonistforeninger
Antall brukere, fysioterapitjenesten Fastlønte	2765	1927 nye, pluss 838 overført fra 2007
Antall pasienter ved fysikalske institutt (her har vi kun tall fra 1.kvartal 2007)	8304	Tallet gjelder febr, mars og april. Mangler data for hele året.
Antall brukere, innsatsteam	418	Hvorav 81 overført fra 2007

Aldersfordeling

Ca 41 % av fysioterapitjenestens og ca 29 % av ergoterapitjenestens brukere er *under 18 år*. (Kilde: Geric 2008).

Innsatsteamene har få brukere under 67 år, mens de øvrige tjenestene i bydelene har en stor andel brukere under 67 år.

Hvem henviser?

Mange har en oppfatning av at fysio- og ergoterapitjenesten er tjenester som hjemmesykepleien eller sykehjem trekker inn ved behov. I realiteten er det få av henvisningene som kommer fra hjemmetjenesten og sykehjem. Initiativet til samarbeid skjer oftest i motsatt retning. Dette er naturlig siden helsetjenestene ofte er inne med tjenester før hjemmesykepleie eller sykehjem blir aktuelt. Fysio- og/eller ergoterapitjenesten er ofte en av de første tjenestene som brukerne kommer i kontakt med. Bare 8 % av henvisningene til ergoterapi og 4 % av henvisningene til fysioterapitjenesten kommer fra hjemmetjenestene. De største henvisende instansene til helsetjenester er sykehus, leger, helsestasjoner og brukene sjøl/pårørende.

Brukerne og/eller pårørende tar ofte direktekontakt med helsetjenestene. Det gjelder eksempelvis 42 % av ergoterapitjenestens voksne brukere og 18 % av fysioterapeutenes voksne brukere.

Fysio- og ergoterapitjenester i kombinasjon med hjemmetjenester:

Pr 21.01.09 var det registrert 1417 aktive vedtak om fysioterapi, og 910 aktive vedtak om ergoterapi (2). En god del brukere har kun fysio- og/eller ergoterapitjenester (kilde: Geric):

- o 840 brukere (60 %) hadde kun vedtak om fysioterapi
- o 326 brukere (36 %) har kun vedtak om ergoterapi.
- o 105 brukere (4,5 %) hadde både fysio og ergoterapi, men ingen andre tjenester.

Av ergoterapitjenestens totale antall vedtak (2847) i 2008 hadde 21 % en eller annen form for hjemmetjenester. 3,4 % bodde på sykehjem. 0,3 % bodde i botiltak for utviklingshemmede. 0,24 % bodde i botiltak for fysisk funksjonshemmede

Dette gjelder *samlet brukergruppe, - både barn og voksne*. Hvis man kun hadde tatt ut data på den eldre delen av befolkningen, ville prosentandelen som har hjemmetjenester i tillegg til fysio- og/eller ergoterapitjenester vært mye større. Tabellen nedenfor viser en mer detaljert oversikt på en vilkårlig valgt dato.

2 Dette gjelder kun brukere av Enhet for fysioterapitjenester og Enhet for ergoterapitjenester. Helsehusenes brukere kommer i tillegg. De får ikke spesifisert vedtak om fysio- og ergoterapi i Geric slik som for tjenestene utenfor helsehusene. I helsehusene får brukernes vedtak om korttidsopphold og det tverrfaglige tilbudet inngår i "pakken".

Trondheim kommune

NB: Brukerne kan ha ulike kombinasjoner av tjenester som ikke fanges opp av tabellen. Når det f.eks står fysioterapi + hjemmehjelpstjeneste, kan bruker også ha andre tjenester i tillegg!

Aktive vedtak på en vilkårlig valgt dato Pr 21/1-2009:	Fysioterapi under 18/ over 18	Ergoterapi under 18/ over 18
+ trygghetsalarm	0 / 257	0 / 303
+ hjemmehjelpstjeneste (effort av hjemmehjelpstjenesten)	0 / 91	0 / 125
+ praktisk bistand hushold (utført av hjemmetjenestene)	0 / 105	0 / 126
+ praktisk bistand person	4 / 243	2 / 286
+ hjemmesykepleie	12 / 224	7 / 249
+ praktisk bistand person + hushold	0 / 103	0 / 122
+ praktisk bistand person + hjemmesykepleie	1 / 91	1 / 208
+ praktisk bistand hushold + hjemmesykepleie	0 / 93	0 / 108
+ praktisk bistand (pers.+ hus) + hjemmesykepleie	0 / 91	0 / 106
+ heldøgns omsorg i sykehjem	0 / 38	0 / 44

Andelen som *har* hjemmetjenester, er naturlig nok langt høyere enn andelen som *henvises fra* hjemmetjenesten (4-8 %). Henvisningene kan gå via fastleger eller andre.

Både hjemmetjenestene og fysio- og ergoterapitjenestene kjennetegnes ved at de må samarbeide med alle andre som yter tjenester til felles brukere, men hovedandelen av brukere er ikke nødvendigvis felles brukere. Vi antar imidlertid at samarbeid *burde* vært aktuelt i langt flere tilfeller enn det vi ser i dag.

Fysio- og ergoterapitjenesten yter også tjenester til *brukere som ikke er registrert i Gerica*. Det gjelder lavterskeltilbud/gruppetilbud, kurs, rådgivning og vurderinger som ikke etterfølges av behandling/videre oppfølging, råd og veiledning til brukere og samarbeidspartnere.

Som eksempel kan det nevnes at fysioterapitjenesten i samarbeid med HIST har fått i gang ca 20 gruppetilbud ledet av studenter, og de har også lært opp frivillige instruktører som i dag leder 12 treningsgrupper for seniorer.

Enheten koordinerer også kommunens Fysak-satsing (folkehelsesatsing).

Dekningsgrad på ergo- og fysioterapeuter

Kommunen har *lav dekning på fysioterapi* sammenlignet med andre storkommuner, ca 15 stillinger under landsgjennomsnittet (eller sammenlignet med andre storkommuner, 2008-tall).

Når det gjelder ergoterapeuter, så har vi lenge trodd at dekningen har ligget godt over andre storkommuner, men vi ser nå at datagrunnlaget som er brukt for ergoterapeuter er for dårlig til å kunne brukes til sammenligning. Lønnsregisteret er eneste database, og der er alle ansatt med stillingsbenevnelse *ergoterapeut* regnet med, også de som jobber i andre stillinger som f. eks miljøterapeuter, saksbehandler eller boveiledere, dvs. ansatte i andre enheter enn Enhet for ergoterapitjenester. Ca 64 % av de som er registrert som ergoterapeuter i Trondheim kommune jobber utenfor enhet for ergoterapitjenester. Det er ganske vilkårlig om enheten bruker denne stillingsbenevnelsen ved tilsetting, og sammenligningsgrunnlaget faller derfor bort.

For å få bedre sammenligningstall har vi gjort en enkel manuell beregning mellom noen få kommuner der kun sammenlignbare stillingskategorier er tatt med (de som jobber ved rehabiliteringsavdelinger og i oppsøkende helsetjenester). Det viser at vi også her har lav dekningsgrad.

Disse sammenligningstallene er pr dato de mest holdbare vi har tilgang på.

Kommune	Fysio pr 1000 innb.	Ergo pr 1000 innb.	
TRONDHEIM	0,75	0,23	
DRAMMEN	1,6	1,16	
KRISTIANSAND	1,01	0,77	

FREDRIKSTAD	0,87	1,2	Inkl. priv. fysio uten tilskudd
-------------	------	-----	---------------------------------

Udekt behov

Det er uten tvil et *udekt behov* for fysio- og ergoterapi, særlig for hjemmeboende (barn og voksne). Også ved sykehjemmene er det et visst udekt behov for fysio- og ergoterapi, men dette handler i større grad om behov for generell mobilisering, sosial, mental og fysisk stimuli som ofte kan ivaretas av andre faggrupper enn fysio- og ergoterapeuter, evt. under veiledning.

Det udekte behovet er størst hos barn, unge og hjemmeboende, samt folkehelseområdet. Det har vært et tiltakende problem at voksne brukere henvises for sent til fysio- og ergoterapi. Det betyr at henvisningene ofte kommer på et stadium der brukeren har fått komplikasjoner og effekten av tiltak er relativt liten sammenlignet med et tidligere stadium.

Det er derfor behov for *sterkere fokus på forebygging og tidlig intervensjon.*

Når det gjelder tjenester til barn er tidlig intervensjon mer satt i system enn tilfellet er for voksne.

DRØFTING

Organisering av helsetjenester.

Trondheim kommune har hatt ulike organisasjonsformer for helsetjenestene. Ved omorganiseringen i 1992 (bystyrevedtak 69/99) ble byen inndelt i 6 distrikter og fysio- og ergoterapeuter ble organisert sammen med andre helsefaglige grupper i en Helseenhet med helseleder i hvert distrikt. Fysioterapeutene og ergoterapeutene hadde hver sin faglige koordinator i hvert distrikt. Den lokale forankringen medvirket til å styrke orienteringen mot flere målgrupper og samarbeidspartnere, men samtidig erfarte man at det var vanskelig å få til en enhetlig fag- og kvalitetsutvikling i kommunen.

I 2001 ble de distriktsvise helseenhetene lagt ned. Ergoterapeutene og hjelpemiddelteknikere ble samlet i Enhet for ergoterapitjenester og alle fastlønnede fysioterapeuter ble samlet i Enhet for fysioterapitjenester. Den faglige koordinerende funksjonen på distriktsnivå opphørte. De privatpraktiserende fysioterapeutene sorterer administrativt under Enhet for leger og private fysioterapeuter (ELF), mens det faglige ansvaret er lagt til Enhet for fysioterapitjenester.

I 2003 ble både det administrative og faglige ansvaret for private fysioterapeuter lagt inn under enhet for fysioterapitjenester.

I 2007 ble Ressurssenter for demens og Infosenter for seniorer lagt inn under enhet for ergoterapitjenester, og i 2008 ble også de fire tverrfaglige innsatsteamene lagt under denne enheten.

Også når det gjelder korttidsavdelinger har man prøvd ut ulike modeller.

Rehabiliteringssentrene (Lade alle 80 og Olavsgården) har hatt egne fysio- og ergoterapeuter, mens rehabiliteringsavdelingen ved Nidarvoll og korttidsavdelingene ved Persaune og Trondhjems hospital har mottatt fysio- og ergoterapitjenester fra Enhet for fysioterapitjenester og enhet for ergoterapitjenester.

Dagens organisering av fysio- og ergoterapitjenestene bygger på disse erfaringene, og vi har nå en kombinasjon av flere modeller;

- egne kommunale enheter (enhet for fysioterapitjenester og enhet for ergoterapitjenester)
- enheter med fast tilknyttet fysio- og ergoterapitjenester i tillegg til grunnbemanning (helsehusene)
- enheter med fysioterapeuter og ergoterapeuter i grunnbemanningen (HV-kontor, BFT-forvaltning m.fl.)

Trondheim kommune

- private fysikalske institutt

Begrunnelsen for at man har valgt ulike modeller ved ulike enheter handler om at behovet varierer i brukergruppa og vi er avhengige av fleksibel og effektiv bruk av knappe ressurser. Tildeling av tjenester skal skje etter behov, uavhengig av hvor brukeren befinner seg.

På bakgrunn av dette mener rådmannen at potensialet som ligger i strukturendringer og sammenslåing av helseenheter allerede er tatt ut. De berørte tjenestene er fornøyde med dagens organisering.

Alle enheter har en rolle i forhold til mestring, forebyggende og helsefremmende arbeid, og alle kan ikke samles i samme enhet. Likevel er det en spennende tanke å samle noen av de som samhandler mest, - enten under samme tak eller samme ledelse slik vi har gjort med samlokalisering av fysio- og ergoterapitjenesten. Vi har også lagt flere tjenester inn under enhet for ergoterapitjenester, og navnet på enhet bør revurderes som følge av dette.

Effektiv bruk av knappe ressurser krever høy grad av bevissthet når det gjelder *prioritering*, i tillegg til høy grad av *fleksibilitet*. Vi er avhengige av å kunne flytte ressurser raskt dit det til enhver tid er størst behov. At vi har byomfattende enheter ivaretar dette behovet og det brukes samme prioriteringsnøkkel uansett brukergruppe og hvor brukeren henvender seg.

Fast tilknyttet fysioterapeut og ergoterapeut er forbeholdt enheter eller team hvor tverrfaglig samarbeid er en *forutsetning* for å kunne yte gode tjenester raskt over en relativt kortvarig periode som f.eks. ved helsehus og innsatsteam.

En del brukere trenger tverrfaglige tjenester over lang tid, men det kan variere hvilke tjenester det er som er aktuelle til enhver tid, f.eks. barn og unge med nedsatt funksjonsevne, og voksne med kroniske lidelser. Her kan de tverrfaglige tjenestene best organiseres gjennom etablering av team rundt den enkelte bruker, bruk av *ansvarsgrupper* og bruk av *individuell plan*.

Fra tid til annen dukker det opp ønsker fra flere enheter om å få fast tilknyttet fysio- og/eller ergoterapeut. Dette er forståelig, men lar seg ikke gjøre av økonomisk og praktisk årsaker. Det ville kreve oppdeling av stillinger i små stillingsandeler eller et mye høyere antall årsverk enn vi har i dag. Hvis alle enheter *inne helse og velferd* skulle ha et årsverk hver, ville det kreve *53 årsverk for fysioterapeuter og 53 årsverk for ergoterapeuter* for å ivareta de enhetene som i dag ikke har egne terapeuter. I tillegg kommer enheter som yter tjenester til barn, og barn er en stor brukergruppe av disse tjenestene.

I dag har vi totalt *36,4 årsverk* for fastlønte fysioterapeuter (+ 5 turnuskandidat -stillinger) og *31 årsverk* for ergoterapeuter. Disse årsverkene skal ivareta alle alders- og brukergrupper og vi er derfor avhengig av en fleksibel organisering som gir rom for rask omdisponering ved behov.

Å fordele knappe ressurser ut på mange enheter skaper dessuten stor sårbarhet ved ferieavvikling, sykefravær og permisjoner.

Behovet for tverrfaglig kompetanse er økende. Pasienter skrives ut fra sykehus på et tidligere stadium enn før, og det er flere som har sammensatte lidelser eller flere typer funksjonsnedsettelse. Derfor er det viktig å sikre tverrfaglig kompetanse ved enheter som skal foreta vurdering av behov, særlig ved helse- og velferdskontorene og forvaltningskontoret i barne- og familietjenesten.

Rådmannen oppfordrer derfor disse enhetene til å tenke *tverrfaglighet i rekruttering av fagpersoner til sin grunnbemanning* (innefor de rammene de har). En telling i lønnsregisteret i september 2008 viste at det er få enheter som hadde rekruttert egne fysioterapeuter, mens det var ganske mange som hadde rekruttert ergoterapeuter i sin grunnbemanning. 25 ergoterapeuter var tilsatt ved dagtilbud / dagsenter /

Trondheim kommune

Arbeid og kompetanse, 14 var tilsatt ved ulike botiltak og 7 i hjemmetjenestene.

Uansett organisasjonsformer er vi avhengige av å utvikle gode samarbeidsrutiner på tvers av enheter og forvaltningsnivå for å ivareta gode pasientforløp og sikre tjenester til brukere som trenger ekstra tverrfaglig innsats i avgrensede perioder.

Prioritering ved tildeling av tjenester

Tildeling av fysio- og ergoterapi skjer etter en *prioriteringsnøkkel* der man prioriterer etter hvilke konsekvenser det får for brukeren å vente på tjenesten. Prioriteringsnøkklene deler inn henvendelsene etter 4 kategorier hvor 1.prioritet er akutt behov med max ventetid 1 uke, mens 4. prioritet er brukere i en stabil fase med en max ventetid 10 uker (noe forskjell mellom fysio- og ergoterapitjenester). Dette gjelder alle aldersgrupper.

Innsatsteam skal kunne tildeles innen 2 dager siden formålet med disse teamene primært er å sikre overgangen fra sykehus til hjem.

Avvik iht. prioriteringsnøkkel og ventetid registreres og rapporteres. Prioriteringsnøkklene er nå under revidering.

Hjemmeboende og sykehjemsbeboere tildeles tjenester etter samme prioriteringsnøkkel. Det er færre beboere på sykehjem som får fysioterapi og ergoterapi enn hjemmeboende. Det skyldes ikke nedprioritering av sykehjemsbeboere, men færre henvisninger. Ut fra tanken om tidlig intervensjon er det riktig å prioritere hjemmeboende i tidlig fase i pasientforløpet.

Presset på tjenestene er svært stort. Enhetene er hele tiden på leting etter effektiviseringsmuligheter for å kunne oppfylle ventetids- ”garantien” i prioriteringsnøkkel.

Sammenslåing av enhet for fysioterapi og enhet for ergoterapi

Faglig sett kan dette være interessant. Disse to tjenestene må uansett samarbeide tett, og det gir et godt grunnlag for tverrfaglig tjenesteutvikling. Samarbeidspartnere og publikum får ett sted å henvende seg. Man kan velge sammenslåing til en enhet eller to like enheter. Faglig sett er sammenslåing til en enhet å foretrekke framfor to enheter ut fra hensyn til enhetlig kvalitetsutvikling, jmf erfaringen fra enhetsstrukturen vi hadde fra 1992-2001. Erfaringen med å samle fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten i byomfattende enheter har vært god både faglig og mht rettferdig fordeling av knappe ressurser. Det styrker fagutviklingen og gir stor fleksibilitet mht. styring av ressurser dit behovet er størst.

Utfordringen med en sammenslåing er størrelsen og kompleksiteten i enheten. Kontrollspennet ville bli for stort. Kompleksiteten er knytte både til tverrfagligheten, mangfoldet av samarbeidspartnere å forholde seg til, de ulike brukergruppene og oppgavene.

Sammenslåing av fysio- og ergoterapienhetene tilsier 106 årsverk i tillegg til 77 driftshjemler for private fysioterapeuter (134 kommunalt ansatte og 98 privatpraktiserende fysioterapeuter).

Åpner man for noe utvidet delegering, for eksempel når det gjelder drift og personalansvar, er det helt klart gjennomførbart med en sammenslåing av disse to enhetene, men da forsvinner innsparepotensialet. Lederårsverkene vil bare bli omgjort til nye mellomlederårsverk.

Økonomisk blir det ingenting å spare verken med to like enheter eller sammenslåing til en stor enhet fordi det vil være et behov for en mellomstruktur (virksomhetsansvarlige/fagansvarlige) og større grad av delegering enn i dag (økonomi og personalansvar). Dette kan også skje om man velger to like enheter fordi kompleksiteten kan bli stor.

Trondheim kommune

Enhetene har vært skjermet for kutt de siste årene, ut fra at forebygging og rehabilitering er en viktig strategi i kommunen og at dekningsgraden er lav på disse tjenestene. Isteden har rådmannen valgt å stille krav om å effektivisere slik at tjenesteproduksjonen øker innenfor rammene og ventetiden går ned. Dette har vi lyktes med, men det er vanskelig å se for seg at man kan redusere utgiftene ytterligere uten at det fører til redusert aktivitet/tilbud - og uheldige ringvirkninger til andre tjenester.

Man må også ta høyde for at det er krevende å gjennomføre store strukturendringer, og aktivitetsnivået (tjenesteproduksjonen) ville gå ned i gjennomføringsfasen. Dette er uheldig fordi presset allerede er svært stort, jmf at dekningsgraden ligger under landsgjennomsnittet og ASSS - kommunene (de største kommunene).

Vi har vurdert om det går an å spare noe på merkantile tjenester, men vi tror ikke det er noe å hente her - vurdert ut fra dagens arbeidsmengde og at de ulike personene jobber ut fra ulike finansieringsordninger og avtaleverk. Det er to finansieringssystemer for fysioterapeuter og et tredje for de andre.

I tillegg kommer ansvar for å følge opp avtaler innen hjelpemiddelformidling; avtale med NAV og avtale med Norservice ang drift av kommunens korttidslager og transport av hjelpemidler.

Organisering av innsatsteam under helsehusene

Som nevnt ovenfor har rådmannen allerede organisert ergo- og fysioterapitjenester inn under helsehusene, *for å ivareta behovet for tverrfaglighet under korttidsopphold.*

Vi har også vurdert å legge innsatsteamene inn under helsehusene. En begrunnelse som talte for å legge disse inn under helsehusene, var at brukerne slipper å skifte terapeuter etter utskrivelse. Argumentene i mot denne ordningen handlet primært om logistikk og praktiske forhold. For å kunne gi tjenester til nye pasienter som kommer til korttidsopphold må terapeutene frigjøre tid, dvs. avslutte oppfølging av pasienter som skrives ut. Ved å legge innsatsteamene inn under helsehusene ble man flere terapeuter, men måtte også følge opp brukere over lengre tid. De øvrige ansatte ved helsehusene måtte derfor forholde seg til mange flere terapeuter, og det tverrfaglige samarbeidet under korttidsopphold ville ikke kunne organiseres i faste tverrfaglige team.

Vi valgte til slutt en løsning der terapeuter ved helsehusene samarbeider tett med innsatsteamene ut fra en erkennelse av at det var fordeler og ulemper med begge modellene, og forbedringer kan gjøres uten å legge innsatsteamene inn under helsehusene. Nærhet til hjemmetjenestene var dessuten like viktig som nærhet til helsehusene.

Innsatsteamene var tidligere organisert som matrise, men ønsket sterkt en felles leder og vi valgte derfor å legge dem inn under Enhet for ergoterapitjenester.

Organisering av alle fysio- og ergoterapitjenester inn under helsehusene

Dersom enhetene legges ned og tjenestene legges inn under helsehusene, må 90,3 årsverk og 77 fysioterapeuter med driftsavtale (98 private fysioterapeuter) skifte leder og enhet, og helsehuslederne får ansvar for 17-30 flere årsverk hver (driftsavtalene og studentene ikke medregnet), avhengig av hvordan man fordeler ansvaret. Fysioterapitjenesten har ca 60 studenter pr år, og ergoterapitjenesten hadde 30-40.

Helsehusene er i utgangspunktet ganske store; 92 årsverk ved Nidarvoll, 110 ved Øya (mangler tall fra Søbstad). Østbyen helsehus har foreløpig kun 36 årsverk, men dette endres når Leistad åpner høsten 2009 (Leistad blir da en helsehusavdeling for psykisk helse, underlagt Østbyen helsehus).

Hvis lederne skal ha 17-30 flere årsverk som også skal ivareta andre oppgaver enn dagens ansatte, må det opprettes flere stillinger for fagkoordinatorer/virksomhetsledere.

Organisering inn under helsehus krever alternativ plassering for de andre tjenestene som i dag ligger inn under disse enhetene, evt. å opprettholde en enhet for å ivareta den delen av virksomheten som ikke skal over til helsehusene:

Trondheim kommune

- hjelpemiddelteknikere (7 årsverk / 8 ansatte)
- oppfølging av avtaleverk knyttet til hjelpemiddelformidling (hjelpemiddellager for korttidsutlån, transportavtale for utkjøring av hjelpemidler, samarbeidsavtale med NAV -hjelpemiddelsentral)
- ressurscenter for demens (2 årsverk/ 3 ansatte + 0,3 prosjektstilling eksternt finansiert, tverrfaglig)
- infosenter for seniorer (3,5 årsverk / 4 ansatte, øker med ca 0,8 årsverk i 2009, tverrfaglig)
- sykepleiere, vernepleiere, aktivitører og hjelpepleiere i innsatsteamene (ca 7 årsverk), som bør ha samme leder som de andre i innsatsteamene
- administrering av 77 driftsavtaler til privatpraktiserende fysioterapeuter
- koordinering av FYSAK- arbeidet i kommunen.

Den største konsekvensen blir også her kompleksiteten i enheten. Å lede en så bredt sammensatt/uensartet virksomhet som samtidig har mellom 115 - 140 årsverk er vanskelig og ikke prøvd ut tidligere i kommunen.

Noen oppgaver bør ikke deles opp. Alternativet er å legge oppgaven(e) inn under ett av helsehusene. Det gjelder Infosenteret for seniorer, Ressurscenteret for demens, diverse samarbeidsavtaler på hjelpemiddelområdet og administrering av driftstilskudd for privatpraktiserende fysioterapeuter.

Ansvar for driftstilskuddene er en såpass stort og komplisert oppgave at det er vanskelig å se for seg at den kan håndteres ved siden av drift av helsehus som i seg sjøl er en ganske kompleks virksomhet. Denne virksomheten har tidligere ligget under Enhet for legetjenester og smittevern (ELS) som også administrerer private driftsavtaler, men fastlegene er ikke regulert etter samme avtaleverk. Det er imidlertid uaktuelt å tilbakeføre denne virksomheten til ELS siden denne enheten har vokst såpass mye i mellomtiden.

Lokalisering

Å legge alle fysio- og ergoterapeuter inn under helsehusene behøver ikke å bety at de skal plasseres der rent fysisk. Uansett hvor de er organisert er nærhet til samarbeidspartnere utenom helsehusene minst like viktig som nærhet til helsehusene. Særlig gjelder det barne- og familietjenesten og hjemmetjenestene. Helsehusene har tross alt egne terapeuter, noe de andre ikke har.

Samlokalisering i helsehusene vil kreve betydelig *ombygging* av alle helsehusene. Det er ikke foretatt en grundig gjennomgang av mulighetene ved det enkelte helsehus, men det er tvilsomt om det lar seg gjøre å finne gode løsninger uten at det går ut over andre arealbehov i helsehusene.

Økonomi

Å legge fysio- og ergoterapitjenestene inn under helsehusene vil gi to færre enhetslederstillinger, men ordningen vil kreve flere fagkoordinatorstillinger/virksomhetsledere/teamledere.

Det er derfor ikke noe innsparingspotensiale her. Tvert imot er det grunn til å tro at mer tid vil gå med til administrasjon ved helsehusene fordi kompleksiteten øker i virksomheten.

Samtlige helsehus må foreta ombygging for å kunne ta inn 20-30 nye årsverk med behov for arbeidsplass og aktivitetslokaler. Det er ikke foretatt beregninger på hvor mye dette vil koste.

Dersom man vil forsterke helsetjenestenes rolle mht. helsefremmende og forebyggende arbeid, bør samarbeidet med andre tjenester styrkes, og fortrinnsvis tjenester som også har et ansvar for de tidlige stadiene i pasientforløpet. Felles ledelse eller samlokalisering kan bidra til slik styrking, men det er ingen forutsetning, og rådmannen mener potensialet allerede er utnyttet når det gjelder fysio- og ergoterapitjenesten. Man kan også utvikle tjenestene og forbedre kvaliteten uten strukturelle endringer, f.eks. gjennom utvikling av bedre samarbeidsrutiner, IKT- løsninger, etablering av nettverk, felles kompetanseprogram, matriseorganisering og prosjektarbeid.

Trondheim kommune

Omorganisering er tid - og ressurskrevende, og vanskelig å gjennomføre samtidig med at man prøver å få til en snuoperasjon eller utvikle nye arbeidsformer i en organisasjon.

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

Rådmannen i Trondheim, 26.05.2009

Tor Åm
kommunaldirektør

Oddrun Linge
rådgiver

VEDLEGG:

- Innspill fra brukerråd
- Innspill fra hjelpemiddelteknikerne
- Fellesuttalelse fra fagorganisasjonene