

Koncern Plan og Udvikling
Enhed for Praksisplanlægning

Høringsudkast - Praksisplan for fysioterapi 2008-2011

REGION

Februar 2008

INDHOLDSFORTEGNELSE

RESUMÉ	2
BAGGRUND	2
DEL I KAPACITETSBEKRIVELSE	
1. DEN FYSIOTERAPEUTISKE DÆKNING	2
2. FORBRUG OG PRODUKTION.....	2
3. TILGÆNGELIGHED.....	2
DEL II KAPACITETSPLAN FOR ALMINDELIG FYSIOTERAPI	
1. MÅLSÆTNINGER FOR KAPACITETSPLANEN FOR ALMINDELIG FYSIOTERAPI	2
2. RETNINGSLINJER FOR TILDELING AF KAPACITETER.....	2
DEL III UDVIKLINGSPLAN FOR ALMINDELIG FYSIOTERAPI	
1. MÅLSÆTNINGER FOR UDVIKLINGSPLANEN FOR ALMINDELIG FYSIOTERAPI	2
2. FYSIOTERAPIENS ROLLE I SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB	2
3. PRAKSISKONSULENTORDNING	2
4. DATAKONSULENTORDNING.....	2
5. EFTERUDDANNELSE OG FORSKNING.....	2
6. PRAKSISDEKLARATION.....	2
BILAGSFORTEGNELSE	2

Resumé

Nye planområder

Det har været nødvendigt at inddele regionen i nye planområder, der tilgodeser forholdene efter strukturreformen. Region Hovedstaden inddeles i 4 hovedområder, hvorunder de 40 planlægningsområder fordeles. Planlægningsområderne svarer til den nye kommune- og bydelsinddeling.

Praksisplanens anbefalinger vedr. nye planområder

- at *samarbejdsudvalget* inddeler regionen i planlægningsområder, der svarer til den pr. 1. januar 2007 nye kommune- og bydelsinddeling.
- at *samarbejdsudvalget* inddeler Region Hovedstaden i 4 hovedområder, hvorunder planlægningsområderne fordeles, således at befolkningsgrundlaget er tilnærmelsesvist ligeligt fordelt.

DEL 1 - Kapacitetsbeskrivelse

I henhold til Landsoverenskomst om Fysioterapi udarbejder regionen en plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fysioterapeutiske betjening i regionen. Planen udarbejdes på baggrund af en kapacitetsbeskrivelse.

Kapacitetsbeskrivelsen belyser en række forhold, der omhandler den fysioterapeutiske kapacitet i regionen, herunder antallet af fysioterapeuter, antallet af klinikker, den fysioterapeutiske dækning samt forbrug og produktion.

Mest bemærkelsesværdigt viser redegørelsen:

- at der er et ulige fysioterapeutisk forbrug afhængigt af regionens geografi.
- at der er en betydelig merproduktion af fysioterapi især indenfor den almindelige fysioterapi. Dvs. andre regioners borgere modtager fysioterapeutisk behandling i Region Hovedstaden i højere grad end Region Hovedstadens borgere forbruger i andre regioner.
- at den fysiske tilgængelighed for bevægelseshæmmede er godt 50 % i regionens fysioterapiklinikker.

DEL 2 – Kapacitetsplan for almindelig fysioterapi

På baggrund af kapacitetsbeskrivelsen tilvejebringes i kapacitetsplanen de nødvendige retningslinjer for justering af kapacitete.

Hvordan den eventuelle overdragelse af den vederlagsfri fysioterapi til kommunerne indvirker på kapaciteten i praksissektoren er stadig uklar. Kapacitetsplanen giver derfor ingen specifikke anbefalinger til udvidelse af kapaciteten - heller ikke selvom en befolkningsfremskrivning viser en tilvækst på 12.776 over en 4-årig periode.

Det fastlægges endvidere i kapacitetsplanen hvilke krav, der skal opfyldes ved opslag af ledige kapaciteter samt hvordan samarbejdsudvalget skal forholde sig til praksisflytninger. Ved et opslag om ledig kapacitet skal det som minimum fremgå hvilke forventninger der er til faglige kompetencer, beskrivelse af hvor kapaciteten tænkes udmøntet, sikring af faglig bæredygtighed og krav til klinikkens fysiske rammer. Godkendelse af praksisflytninger beror på samarbejdsudvalgets konkrete vurdering.

Praksisplanens anbefalinger vedrørende kapacitet i almindelig fysioterapi

- at *samarbejdsudvalget* ved udvidelse eller reduktion af kapaciteten tilsigter en ligelig fordeling af borgere pr. fysioterapeut i de fire hovedområder.
- at *samarbejdsudvalget* stiller krav til nye klinikker, og til klinikker der flytter praksisadresse, om, at der etableres handicapvenlige adgangsforhold.
- at *samarbejdsudvalget* mærker ydernr., så de nedlægges i takt med naturlig afgang, såfremt det bliver aktuelt at reducere kapaciteten. Fokus skal her rettes mod enkeltmandsklinikker uden lejer eller ansatte.
- at *samarbejdsudvalget* arbejder i retning af, at mobile fysioterapeuter tilknyttes en fast klinikadresse.

DEL 3 – Udviklingsplan

I udviklingsplanen udspecificeres, hvordan den fornødne koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening skal sikres.

Først og fremmest skal det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde styrkes, idet de fysioterapeutiske områder er kendetegnet ved kompleksitet. Behandlingen foretages af fysioterapeuter i forskellige sektorer og på forskellige myndighedsniveauer, herunder anvendes de praktiserende fysioterapeuter både af kommune og region. Desuden sker behandling og forebyggelse af lidelser hos den praktiserende fysioterapeut ofte i samspil med andre behandlere tilknyttet forskellige sektorer og fag.

Det foreslås i planen, at netop det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde styrkes og understøttes ved etablering af en praksiskonsulentordning, en datakonsulentordning og at muligheden for specialisering indenfor

fysioterapeuternes fagområde undersøges med henblik på at løfte kvaliteten i behandlingen.

Endelig skal de praktiserende fysioterapeuter med den nye landsoverenskomst (2008) opdatere praksisdeklarationen på sundhed.dk. Udviklingsplanen foreslår, at der udarbejdes standardiserede formuleringer til anvendelse på sundhedsportalen.

Praksisplanens anbefalinger vedrørende udvikling i almindelig fysioterapi

Fysioterapiens rolle i sammenhængende patientforløb

- at *samarbejdsudvalget* arbejder for at praksissektorens fysioterapi indtænkes i de sammenhængende patientforløb.
- at *regionen* arbejder for, at gråzoner mellem den fysioterapeutiske indsats i kommunerne og i praksissektoren klarlægges.
- at *regionen* etablerer en praksiskonsulentordning, der kan koordinere det tværfaglige arbejde med kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis.

Praksiskonsulentordning

- at *regionen* etablerer en praksiskonsulentordning for fysioterapi på 15 timer/ugen

Datakonsulentordning

- at *samarbejdsudvalget* etablerer en datakonsulentordning der 1) sikrer udbredelsen af digitalsignatur samt øvrige overenskomstmæssige tiltag 2) bistår med kvalitetsudvikling på it-området.
- At *samarbejdsudvalget* beslutter at søge finansiering til etablering af en datakonsulentordning for fysioterapi i den regionale kvalitetsudviklingspulje.

Specialkompetencer

- at *samarbejdsudvalget* i planperioden afdækker et evt. behov for specialisering indenfor fagområdet.

Praksisdeklaration

- at *samarbejdsudvalget* i planperioden udarbejder en standard til brug for fysioterapeuter på deres praksisdeklaration på sundhed.dk

Baggrund

Regionen skal i henhold til Sundhedslovens § 206 udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. En nærmere beskrivelse af sundhedsplanlægningen findes i bemærkningerne til lovforslaget, hvoraf det fremgår, at den regionale sundhedsplan skal fungere som en samlet beskrivelse af regionens sundhedsindsats. Sundhedsplanen kan betragtes som en ”overligger” for alle regionens planer på sundhedsområdet, og vil således løbende blive sammenstykket af delplaner, og revideret i takt med at disse udarbejdes.

Praksisplan for fysioterapi indgår i den række af delplaner, der udgør den samlede sundhedsplanlægning i Region Hovedstaden.

Praksisplanen for fysioterapi består af tre dele: en kapacitetsbeskrivelse, en kapacitetsplan og en udviklingsplan. Kapacitetsbeskrivelsen belyser den fysioterapeutiske dækning, udgiftsudvikling og tilgængeligheden på specialerne almindelig fysioterapi (51), vederlagsfri fysioterapi (62) og ridefysioterapi (57 og 65). I kapacitetsplanen planlægges fremadrettet for kapaciteten i specialet almindelig fysioterapi. Udviklingsplanen indeholder anbefalinger til den fremtidige udvikling af den almindelige fysioterapi.

I henhold til Landsoverenskomsten for Fysioterapi (2008) skal praksisplanen udarbejdes på grundlag af en praksisbeskrivelse af den eksisterende kapacitet i fysioterapi praksis. Allerede i efteråret 2006 blev de indledende skridt til praksisplanen taget, idet en kapacitetsopgørelse blev udarbejdet under titlen ”Delplan for den samlede fysioterapeutiske kapacitet”. Delplanen blev vedtaget af det forberedende regionale samarbejdsudvalg for fysioterapi den 28. november 2006, og er vedlagt som bilag 1.

Regionsammenlægningen er i mellemtiden realiseret, og delplanen suppleres i praksisplanen med tal for regionen.

Praksisplanen skal ses i sammenhæng med regionsrådets politiske hensigtserklæringer for praksissektoren (se bilag 2) og praktiserende fysioterapeuters ønsker til udvikling i den kommende planperiode.

Denne praksisplan har to formål. For det første at beskrive kapaciteten for den samlede fysioterapi.

- Den almindelige fysioterapi
- Den vederlagsfri fysioterapi
- Ridefysioterapien

For det andet sigter kapacitets- og udviklingsplanen på at tilrettelægge den almene fysioterapeutiske betjening.

Planperioden er fastsat til 2008-2011.

Hvor intet andet er angivet stammer data fra regionens egne registre, og er trukket i perioden november 2007 - januar 2008.

Fysioterapiens rolle indenfor det samlede sundhedsvæsen

Fysioterapien er et fagområde, som omhandler sundhedsfremme, forebyggelse, behandling, habilitering og rehabilitering af mennesker. I den fysioterapeutiske arbejdsproces indgår:

- undersøgelse, analyse og funktionsdiagnostik
- intervention/behandling
- evaluering, dokumentation og kvalitetssikring
- tværfagligt arbejde og formidling¹

Den fysioterapeutiske virksomhed, som den beskrives i overenskomsten og i nærværende praksisplan, er et liberalt erhverv. Når en fysioterapeut er tilsluttet praksissektorens overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (tidligere Sygesikringens Forhandlingsudvalg) og Danske Fysioterapeuter kan henviste patienter få tilskud til behandlingen på ca. 40 % af den samlede udgift til almindelig fysioterapi.

De tre specialer indenfor fysioterapien – den almindelige, den vederlagsfri og ridefysioterapien – er reguleret i hver deres overenskomst indgået mellem Lønnings- og Takstnævnet og Danske Fysioterapeuter. Overenskomsternes område er afgrænset ved at:

- fysioterapi er behandlingsmetoder og aktiviteter, der påvirker kroppen, og derved hjælper den enkelte til at fungere bedst muligt f.eks. ved at mindske/fjerne smerte og hævelser, øge bevægelighed i led, løsne fastlåste muskler og styrke svage muskler, øge kropsbevidsthed og kropsfunktion.
- i fysioterapi indgår behandlingsmetoder med eller uden brug af apparatur. De fysioterapeutiske behandlinger bygger på viden om de neuromuskulære, biomekaniske og psykomotoriske sammenhænge i kroppen.

De enkelte ydelser er nærmere beskrevet i overenskomsten.

¹ Bekendtgørelse om fysioterapeutuddannelsen nr. 236 af 30/03/2001

Bestemmelser vedrørende praksisplanlægning

Det fremgår af kapitel III om praksisplanlægning og praksisregulering i Landsoverenskomst om Fysioterapi (2008), at regionen udarbejder en plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fysioterapeutiske betjening, jf. § 10, stk. 1. Landsoverenskomsten om vederlagsfri fysioterapi henviser til dette kapitel for så vidt angår planlægning af den vederlagsfri fysioterapi.

I henhold til overenskomstens § 10, stk. 2 bør regionen i praksisplanlægningen særligt tilgodese behovet for tilbud om fysioterapi til bevægelseshæmmede i alle lokalområder.

Praksisplanen udarbejdes på grundlag af en praksisbeskrivelse af den eksisterende kapacitet i fysioterapipraksis i regionen, samt en ydelsesoversigt over præsterede ydelser fordelt på fysioterapipraksis i regionen, jf. overenskomstens § 10, stk. 3. Kapacitetsbeskrivelsen skal indeholde alle nødvendige og relevante oplysninger.

Med strukturreformen blev myndighedsansvaret for genoptræning efter hospitalsindlæggelse overført til kommunerne pr. 1. januar 2007. Situationen om en eventuel yderligere opgaveoverdragelse af den vederlagsfri fysioterapi samt den vederlagsfri ridefysioterapi er stadig uafklaret. På baggrund af politisk aftale om fysioterapi til handicappede indgået mellem den daværende regering og Dansk Folkeparti (april, 2007) - og udkast til revidering af sundhedsloven der i skrivende stund er i høring - er det imidlertid overvejende sandsynligt, at tilrettelæggelsen af den vederlagsfri fysioterapi bliver et kommunalt ansvar i løbet af 2008, således at myndighedsansvaret samles for fysioterapi og træning af handicappede.

I praksisplanen udarbejdes derfor en kapacitetsopgørelse for den samlede fysioterapi, mens planlægningen fremadrettet alene vedrører den almindelige fysioterapi.

Nye planlægningsområder

Flere af regionens fusionsparter var inddelt i planlægningsområder med henblik på en jævn fordeling af kapaciteten. I forbindelse med praksisplanlægningen er der tilsvarende behov for at inddele Region Hovedstaden i nye planlægningsområder, der tilgodeser forholdene efter strukturreformen. Ved inddelingen af regionen i planområder er det tilstræbt at tage højde for den samlede sundhedsplanlægning i region og i kommuner.

Planlægningsområder i forbindelse med planlægningen af fysioterapien har betydning for

- a) Bestemmelse af antallet af fysioterapeuter i de enkelte områder.
- b) Bestemmelse af, hvor eventuelle nynedsættelser skal placeres.
- c) Godkendelse af praksisflytninger og andre praksisrelaterede forhold.

En beskrivelse af hvordan fusionsparterne var inddelt i planområder er vedlagt i bilag 3.

Model for fremtidige planlægningsområder i Region Hovedstaden

Praksisplanen for fysioterapi inddeler Region Hovedstaden ifølge den nye kommune- og bydelsinddeling, hvor der dels tages udgangspunkt i de organisatoriske ændringer, der er sket som følge af strukturreformen, dels de inddelinger der i 2007 blev vedtaget for Københavns Kommune – ”2007-inddelingen”.

Praksisplanen foreslår endvidere, at regionen opdeles i fire hovedområder – Nord, Midt, Byen, Syd – hvorunder de 40 planlægningsområder fordeles.

Nye planlægningsområder i Region Hovedstaden (indbyggere)

Hovedområder	Nord (310.000)	Midt (425.000)	Byen (400.000)	Syd (460.000)
Planlægnings- områder	Frederikssund	Egedal	Brønshøj-Husum	Valby
	Gribskov	Furesø	Vanløse	Vesterbro
	Halsnæs	Ballerup	Frederiksberg	Amager Øst
	Hillerød	Herlev	Bispebjerg	Amager Vest
	Allerød	Rødovre	Nørrebro	Høje-Taastrup
	Helsingør	Gladsaxe	Indre By	Albertslund
	Fredensborg	Lyngby-	Østerbro	Ishøj
	Hørsholm	Taarbæk	Bornholm	Vallensbæk
		Rudersdal	Christiansø	Brøndby
		Gentofte		Glostrup
				Hvidovre
				Tårnby
				Dragør

Denne opdeling svarer til plan- og optageområderne i regionens hospitalsplan (2007).

Der er flere årsager til, at en opdeling som beskrevet er ønskelig:

- Inddelingen svarer til samarbejdsfladen mellem de vigtigste aktører indenfor sundhedsvæsenet, herunder almen praksis. Den er i overensstemmelse med hospitalernes plan- og optageområder, Københavns Kommunes egen bydelsinddeling og kommunegrænserne i øvrigt. Derved skabes entydige relationer for borgerne, de kommunale samarbejdspartnere og hospitalerne.
- Fordelingen af ydernumre, praksisflytninger, nedlæggelse af ydernumre m.v. vil ske med udgangspunkt i planlægningsområderne. Denne fordeling vil kunne ske i sammenhæng med øvrig byudvikling.

- En inddeling i mindre enheder er aktuelt ikke teknisk mulig, selvom det for større geografiske områder kunne være ønskeligt.

Anbefalinger:

- at regionen beslutter at inddele regionen i planlægningsområder, der svarer til den pr. 1. januar 2007 nye kommune- og bydelsinddeling.
- at regionen beslutter at inddele Region Hovedstaden i 4 hovedområder, hvorunder planlægningsområderne fordeles, således at befolkningsgrundlaget er tilnærmelsesvist ligeligt fordelt.

Det skal bemærkes, at denne praksisplan anvender opdelingen i hovedområder, men at Byen indeholder Københavns og Frederiksberg Kommuner inkl. Vesterbro, Valby og Amager. Syd er eksklusiv Vesterbro, Valby og Amager. Uoverensstemmelsen skyldes tekniske vanskeligheder med at trække data på bydelsniveau.

Del I: Kapacitetsbeskrivelse

1. Den fysioterapeutiske dækning

1.1 Populationen af fysioterapeuter

Det fremgår af tabellen nedenfor, hvordan fysioterapeuter med ydernummer i regionen fordeler sig geografisk. Alle praktiserende fysioterapeuter har et ydernummer uanset om de er tildelt halv- eller fuldtidskapacitet og uanset om de er indehavere, lejere, ansatte eller mobile.

Geografisk fordeling af fysioterapeuter og fysioterapiklinikker, pr. 15. januar 2008

Kommune	Klinikker	Indehavere	Lejere	Ansatte	Mobile	I alt
Albertslund	2	5	5			10
Allerød	2	4	9			13
Ballerup	3	5	15	1		21
Bornholm	5	6	8			14
Brøndby	3	4	8			12
Dragør	1	1	3			4
Egedal	2	6	5	1		12
Fredensborg	2	2	5			7
Frederiksberg	10	10	27		3	40
Frederikssund	3	4	11			15
Halsnæs	3	5	8		1	14
Furesø	5	5	10		1	16
Gentofte	7	10	27			37
Gladsaxe	4	4	8		1	13
Glostrup	2	5	7	1		13
Gribskov	4	3	12			15
Helsingør	6	9	18			27
Herlev	2	4	9			13
Hillerød	5	7	17	2		26
Hvidovre	3	4	10			14
Høje Taastrup	3	4	10			14
Hørsholm	6	7	16			23
Ishøj	2	3	5			8
København	26	36	79		6	121
Lyngby-Taarbæk	6	11	13	2	1	27
Rudersdal	9	11	28	4	2	45
Rødovre	2	2	6	5		13

Tårnby	2	3	11	14
Vallensbæk	1	1	3	4
<i>Hovedtotal</i>	<i>131</i>	<i>181</i>	<i>393</i>	<i>16 15 605</i>

Tabellen er således alene udtryk for antallet af fysioterapeuter og klinikker og ikke for den samlede fysioterapeutiske kapacitet. Den samlede kapacitet fremgår af tabellen nedenfor.

Den fysioterapeutiske kapacitet samt indbyggere pr. fuldtidsfysioterapeut, pr. 1. januar 2008

Hovedområde	Over 30 timer	Under 30 timer	Antal kapaciteter	Indbyggere *	Indbyggere pr. fuldtidskapacitet
Nord	57	84	99	310.780	3.139
Midt	56	141	126,5	424.820	3.358
Byen	51	110	106	603.305	5.692
Syd	26	66	59	265.007	4.492
Bornholm	8	6	11	42.913	3.901
<i>I alt</i>	<i>198</i>	<i>407</i>	<i>401,5</i>	<i>1.636.654</i>	<i>4.116</i>

* Pr. 1. januar 2008, Danmarks Statistik

Det ses, at der er en ulige fordeling af indbyggere pr. fuldtidskapacitet. I Byen er der flest indbyggere pr. fuldtidskapacitet. I Nord færrest.

1.2 Praksisformer

Fordeling af praksisformer, 15. januar 2008

	Klinikker	Fysioterapeuter
Enkeltmandspraksis uden lejer eller ansat	6	6
Enkeltmandspraksis med lejer eller ansat	119	554
Kompagniskabspraksis	6	30
Mobil praksis		15
<i>I alt</i>	<i>131</i>	<i>605</i>

De 6 enkeltmandsklinikker uden lejere eller ansatte fordeler sig med to i København, og en enkelt klinik i hver af kommunerne Bornholm, Herlev, Lyngby-Taarbæk og Glostrup.

2. Forbrug og produktion²

I det følgende opgøres indledningsvist de samlede udgifter for de tre specialer – almindelig fysioterapi (51), vederlagsfri fysioterapi (62) og ridefysioterapi (57 og 65). Det gennemsnitlige forbrug pr. indbygger i regionens områder fremgår, samt omfanget af merproduktion (dvs. hvor der produceres mere end der forbruges) indenfor de enkelte specialer.

² Forbruget af ydelser henviser til regionens egne borgeres forbrug af ydelser i Region Hovedstaden eller i andre regioner. Produktion henviser til regionens egne yderes produktion af ydelser enten for regionens borgere eller borgere i andre regioner.

Afslutningsvist sammenlignes det regionale forbrug med det gennemsnitlige forbrug på landsplan.

I afsnit 2.1 og 2.2 beskrives udviklingen i forbrug og produktion af ydelser indenfor årrækken 2004-2007 med fokus på de individuelle behandlinger. I afsnit 2.3 opgøres omfanget af holdtræningsbehandlinger samt anvendelsen af bassin og lokaler til holdtræning.

Tabellen nedenfor viser sygesikringens samlede udgiftsniveau for den almene fysioterapi. Det fremgår, at forbruget af fysioterapi i regionens hovedområder er ulige. Hvor der på Bornholm forbruges for 41 kr. fysioterapi pr. indbygger, forbruges der i hovedområde Midt for 73. En forskel på 43 %. Det skyldes formentlig, at tilstedeværelsen af fysioterapeuter fremmer forbruget af fysioterapi. Det skal bemærkes, at den enkelte yders gennemsnitlige udgift pr. patient til individuel behandling og holdtræning årligt kontrolleres med henblik på uhensigtsmæssigheder. Desuden ses af tabellen nedenfor en samlet merproduktion på 2.394.030 kr.

Forbrug og produktion af den almene fysioterapi (bruttohonorar, kr.), 2007

Hovedområde	Produktion	Forbrug	Difference	Indbyggere	Gns. forbrug pr. indbygger
Nord	21.634.216	21.376.502	257.714	309.727	69
Midt	31.469.456	30.994.742	474.714	423.860	73
Byen	27.428.631	26.807.070	621.561	595.933	45
Syd	15.586.252	14.551.658	1.034.594	264.094	55
Bornholm	1.778.028	1.772.581	5.447	43.040	41
<i>I alt</i>	97.896.583	95.502.553	2.394.030	1.636.654	58

Tilsvarende er forbruget af den vederlagsfri fysioterapi ujævnt fordelt afhængig af regionens geografi. I Byen og Syd forbruges mindst pr. indbygger. Den samlede merproduktion er på 1.225.470 kroner.

Forbrug og produktion af den vederlagsfri fysioterapi (bruttohonorar, kr.), 2007

Hovedområde	Produktion	Forbrug	Difference	Indbyggere	Gns. forbrug pr. indbygger
Nord	28.322.397	28.121.689	200.708	309.727	91
Midt	38.959.528	38.720.363	239.165	423.860	91
Byen	38.181.310	37.953.914	613.856	595.933	64
Syd	18.120.944	17.567.454	553.490	264.094	67
Bornholm	4.005.927	4.001.197	4.730	43.040	93
<i>I alt</i>	127.590.087	126.364.617	1.225.470	1.636.654	77

Udkast til plan for fysioterapi

Forbrug og produktion af ridefysioterapi, 2006; (bruttohonorar.kr.)

Fusionspart	Produktion	Forbrug	Indbyggere	Gns. forbrug pr. patient	Gns. forbrug pr. indbygger
Bornholms Regionskommune	0	16.812	43.040	16.812*	2,6
Frederiksberg Kommune	0	217.568	91.855	9.889	2,4
Frederiksborg Amt	1.393.559	1.480.504	378.686	9.676	3,9
Københavns Amt	3.788.286	2.203.071	618.529	9.879	3,6
Københavns Kommune	0	1.181.675	501.158	8.818	2,4
I alt	5.181.845	5.099.630	1.633.268		3

*Bemærk at kun en enkelt patient fra Bornholm har forbrugt ridefysioterapi i 2006

Tabellen ovenfor viser det samlede forbrug og produktion af ridefysioterapeutiske ydelser i 2006. Det har ikke været muligt at indhente data for det ridefysioterapeutiske speciale efter 2006.

Samlet set kan det konkluderes, at produktion og forbrug stort set er identiske, idet der er en lille merproduktion på 82.215 kr. forbrugt af borgere uden for Region Hovedstaden.

Desuden ses, at der er et større forbrug af ridefysioterapi i det tidligere Frederiksborg Amt og i det tidligere Københavns Amt end hos de andre fusionsparter. Det bemærkes tillige at de to tidligere amter er de eneste områder i den nuværende region, der har ridefysioterapeutiske tilbud.

I alt samarbejdes med 7 rideskoler om udbud af ridefysioterapi. 6 fysioterapeuter har uddannet sig til at kunne varetage ridefysioterapeutisk behandling og træning i Region Hovedstaden.

Nedenfor ses de nationale udgifter til fysioterapi sammenlignet med de regionale.

Landstal for fysioterapi, 2007

	Landstal			Region Hovedstaden
	Antal ydelser	Bruttohonorar (kr.)	Gns. forbrug (kr.) pr. indbygger	Gns. forbrug (kr.) pr. indbygger
Alm. fysioterapi	9.530.432	303.071.277	55	58
Vederlagsfri fysioterapi	5.855.410	491.217.566	90	77
Ridefysioterapi (alm. og vederlagsfri)	804.518	74.963.310	14	3
I alt	16.190.360	869.252.152	53	46

Det fremgår, at Region Hovedstadens borgeres forbrug af almindelig fysioterapi er tæt på landsgennemsnittet. Derimod er der i forhold til landsgennemsnittet et 14 % lavere forbrug af den vederlagsfri fysioterapi. Endelig forbruges der betydelig mindre ridefysioterapi i regionen end på landsplan. Hvor der i regionen forbruges for 3 kr. pr. indbygger, forbruges der på landsplan for 14 kr.

2.1 Forbrug

Nedenfor ses udviklingen i ydelsesforbruget i almindelig (51) og vederlagsfri (62) fysioterapi i årene 2004-2007. Overordnet har forbruget af vederlagsfri fysioterapi i perioden været faldende. Forbruget af den almindelige fysioterapi er derimod steget med ca. 7 %. Den nedadgående udvikling relaterer sig til lovmæssige stramminger i retningslinjerne for anvendelsen af vederlagsfri fysioterapi.

Forbrug af fysioterapeutiske ydelser fordelt på speciale og hovedområde, 1.000 ydelser.

Hoved- område/år	2004		2005		2006		2007	
	51	62	51	62	51	62	51	62
Nord	603	342	620	367	682	338	646	312
Midt	804	436	814	441	859	427	887	423
Byen	732	433	745	452	760	426	776	416
Syd	425	214	435	227	445	213	451	188
Bornholm	48	45	48	40	47	41	48	36
<i>I alt</i>	2.612	1.470	2.662	1.527	2.793	1.445	2.808	1.375

2.2 Produktion

For så vidt angår produktionen af den individuelle fysioterapi gør samme tendenser sig gældende. Der ses et fald i produktionen af vederlagsfri fysioterapi og en let øget produktion af den almindelige fysioterapi.

Produktion af individuelle fysioterapeutiske ydelse fordelt på speciale og hovedområde, 1.000 ydelser.

Hoved- område/år	2004		2005		2006		2007	
	51	62	51	62	51	62	51	62
Nord	611	343	626	370	635	341	653	314
Midt	815	439	827	443	872	429	901	426
Byen	747	435	761	455	779	429	794	418
Syd	453	220	464	234	478	219	484	206
Bornholm	48	45	48	40	47	41	48	36
<i>I alt</i>	2.674	1.482	2.726	1.542	2.813	1.459	2.880	1.400

De kommunefordelte oversiger over forbrug og produktion af den individuelle fysioterapi er vedlagt i bilag 4.

2.3 Holdtræning

Nedenfor ses holdtræningens omfang for såvel den almindelige som den vederlagsfri fysioterapi. Opgørelserne baserer sig på produktionstal.

Antal holdbehandlinger, almindelig fysioterapi (speciale 51), 2006 og 2007

	2006	2007
Antal holdbehandlinger (8050)	103.210	119.638

Holdbehandlinger indenfor almindelig fysioterapi er fra 2006 til 2007 steget med 16 %. Derimod er holdbehandlinger indenfor vederlagsfri fysioterapi faldet med 8 %. Således ses samme tendens for holdtræningen som ved de individuelle behandlinger – et fald i den vederlagsfri fysioterapi som følge af

ændringer i lovgivning vedrørende krav til funktionsevne i forbindelse med lidelser berettiget til vederlagsfri fysioterapi.

Antal holdbehandlinger i bassin og lokaler, vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)

	I lokaler		I bassin		Total	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Hold med (deltagere)						
1	2.808	3.046	91	51	2.899	3.097
2	10.149	10.155	556	280	10.705	10.435
3	20.483	18.788	1.443	1.311	21.926	20.099
4	14.786	13.919	1.204	1.276	15.990	15.195
5	8.036	8.045	193	363	8.229	8.408
6	6.029	4.675	99	100	6.128	4.775
7	2.503	1.800	50	26	2.553	1.826
8	1.210	324	62	16	1.272	340
<i>I alt</i>	66.004	60.752	3.698	3.423	69.702	64.175

Det ses nedenfor, at antallet af holdbehandlinger med blandede hold (51-62) er steget med 16 % fra 2006 til 2007. Holdbehandlinger i bassin udgør godt 5 % af de samlede holdbehandlinger.

Antal holdbehandlinger i bassin og lokaler, alm. og vederlagsfri fysioterapi (blandede hold)

	I lokaler		I bassin		Total	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Hold med (deltagere)						
1	5.910	5.705	880	1.241	6.790	6.946
2	8.211	7.742	2.838	2.731	11.049	10.473
3	7.981	7.776	3.557	3.151	11.538	10.927
4	5.571	5.228	2.193	1.912	7.764	7.140
5	2.845	2.009	1.298	948	4.143	2.957
6	1.067	1.364	547	383	1.614	1.747
7	448	544	285	217	733	761
8	241	322	104	46	345	368
<i>I alt</i>	32.274	30.692	11.702	11.017	43.976	41.709

Ovenfor ses desuden, at af de samlede holdbehandlinger for blandede hold af vederlagsfri og almindelig fysioterapi udgør holdbehandlinger i bassin ca. 25 %.

De kommunefordelte oversigter over det producerede antal ydelser og de samlede udgifter til holdtræning er vedlagt i bilag 4.

I oktober blev regionens fysioterapiklinikker adspurgt om udbuddet af holdtræning. Undersøgelsens resultater er vedlagt i bilag 5 Det fremgår, at 85 % af klinikkerne udbyder holdtræning i lokaler. 17 % udbyder holdtræning i bassin. I gennemsnit er der 4 holdtræninger for vederlagsfri fysioterapi ugentligt pr. klinik i regionen. 6,1 holdtræninger indenfor den almindelige

fysioterapi i gennemsnit. Og gennemsnitligt 7,3 holdtræninger ugentligt for blandede hold.

3. Tilgængelighed

I henhold til anmærkning til landsoverenskomstens § 18, stk. 7 skal alle fysioterapeuter tilstræbe, at deres klinikker og træningslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicappede toiletfaciliteter.

Nedenfor er opgjort andelen af praksis med handicapvenlig adgang og handicappede toilet.

Handicapvenlige toiletforhold i fysioterapipraksis

Hovedområde	Klinikker	%
Nord	18	58
Midt	7	18
Byen	11	31
Syd	4	21
Bornholm	4	80
<i>I alt</i>	44	51

Handicapvenlig adgang i fysioterapipraksis

Hovedområde	Klinikker	%
Nord	25	81
Midt	21	53
Byen	13	36
Syd	13	68
Bornholm	4	80
<i>I alt</i>	76	58

Godt 50 % af regionens klinikker kan tilbyde handicappede adgang og toiletfaciliteter. Både i Midt og i Byen er der problemer med at tilbyde egnede lokaler og toiletfaciliteter til handicappede.

En kommunefordelt oversigt over den fysiske tilgængelighed er vedlagt i bilag 7.

DEL II: Kapacitetsplan for almindelig fysioterapi

1. Målsætninger for kapacitetsplanen for almindelig fysioterapi

Målsætningerne for kapacitetsplanen er at:

- sikre en tilstrækkelig og ensartet dækning i regionens hovedområder.
- sikre at det er rentabelt at drive praksis efter praksissektorens overenskomst.
- arbejde i retning af et ligeligt forbrugsmønster og en dækning, der svarer til landsgennemsnittet.
- sikre at klinikker tilbyder et bredt udbud af ydelser herunder holdtræning og hjemmebehandling.
- arbejde i retning af, at alle klinikker har handicapvenlig adgang og toiletforhold.

2. Retningslinjer for tildeling af kapaciteter

Politiske hensigtserklæringer

- Der skal skabes bedre muligheder for organiseringen af praksissektoren i større enheder.
- Borgerne skal have fri og lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau

Det fremgår af landsoverenskomstens § 11, stk. 2, at nynedsættelse kan finde sted i henhold til en samlet plan for tilrettelæggelsen af den fysioterapeutiske betjening i regionen. I henhold til § 14, stk. 1 gør det samme sig gældende for evt. indskrænkning af den fysioterapeutiske kapacitet.

2.1 Justering af den fysioterapeutiske kapacitet

De forestående lovændringer om ændret placering af ansvaret for den vederlagsfri fysioterapi får konsekvenser for kapaciteten i praksissektoren. Den vederlagsfri fysioterapi udgør ca. 60 % af regionens udgifter til fysioterapi. I første omgang forventes kommunerne at varetage opgaven ved anvendelse af de praktiserende fysioterapeuter, men på længere sigt er det vanskeligt nøjagtigt at vurdere i hvilket omfang kommunerne etablerer deres egne tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Uvisheden om omfanget af den vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren, som et resultat af kommunernes samlede tilbud og borgernes frie valg, medfører at det er vanskeligt for nærværende at planlægge kapaciteten i praksissektoren.

Denne praksisplan kan derfor ikke forholde sig til en justering af kapaciteten, før der lovgivningen er endelig fastlagt og der er viden om, hvordan kommunerne vil løse opgaven vedrørende tilrettelæggelsen af den vederlagsfri fysioterapi.

I realiteten kan en placering af den vederlagsfri fysioterapi i kommunalt regi betyde, at kapaciteten i praksissektoren på sigt skal reduceres. Om dette vil ske i løbet af planperioden er usikkert i henhold til udmeldinger fra Kommunernes Landsforening.

Det ses i befolkningsprognosen nedenfor, at der forventes en befolkningstilvækst i løbet af planperioden og at hovedområde Byen vil opleve den største stigning. På denne baggrund og i betragtning af at Byen har flest indbyggere pr. fuldtidskapacitet, jf. afsnit 2.1, vil en evt. udvidelse af kapaciteten have sin naturlige berettigelse i dette hovedområde. Dernæst må behov for og placering af udvidelse eller reduktion af kapaciteten bero på samarbejdsudvalgets konkrete vurdering af, hvor der er størst behov.

Befolkningsfremskrivning Region Hovedstaden 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Nord	309.727	311.092	312.312	313.385	314.299
Midt	423.860	424.757	425.456	425.976	426.319
Byen	595.933	597.657	599.232	600.903	602.803
Syd	264.094	264.103	264.022	263.870	263.673
Bornholm	43.040	42.838	42.655	42.492	42.337
Total	1.636.654	1.640.447	1.643.677	1.646.626	1.649.430

Kilde: Danmarks Statistik, juni 2007

Det fremgik af afsnit 2 i kapacitetsbeskrivelsen, at der for den almindelige fysioterapi er en betydelig merproduktion på over 2 mio. kroner, hvilket udgør 2,5 % af den samlede produktion. Det er klart, at dette forbrug af almindelig fysioterapi fra borgere fra andre regioner har betydning for og stiller krav til den fysioterapeutiske dækning i Region Hovedstaden.

2.2 Krav til opslag af ledig kapacitet

Ved evt. udvidelse af kapaciteten med et nyt ydernummer beslutter samarbejdsudvalget hvilke områder, der skal tilføres den ledige kapacitet.

De formelle krav vedrørende nynedsættelser i fysioterapipraksis fremgår af landsoverenskomstens (2008) § 15, stk. 1 og 2. Ved nynedsættelser eller udvidelser skal den ledige kapacitet opslås i relevante tidsskrifter/fagblade, og følgende skal fremgå:

- forventning til faglige kompetencer.
- beskrivelse af det geografiske dækningsområde.
- fastlæggelse af krav til sikring af den faglige bæredygtighed i anvendelse af ydernummeret, herunder eventuelle krav om tilknytning til eksisterende klinikker eller samarbejde med øvrige fysioterapeuter samt krav til faciliteter.
- krav til klinikkens fysiske rammer.
- frist for udmøntning af ydernummeret.

Forventninger til faglige kompetencer

Inden opslag af en ledig kapacitet skal formål med nedsættelse af ydernummeret overvejes. Samarbejdsudvalget skal ved nyhedsættelser overveje om ydernummeret skal indgå i den generelle fysioterapeutiske betjening eller om det skal indgå i behandlingen af en særlig gruppe patienter, eksempelvis døvstumme eller børn og unge. Relevante faglige kompetencer skal fremgå af opslaget.

Beskrivelse af det geografiske dækningsområde

Samarbejdsudvalget træffer beslutning om, i hvilket geografisk dækningsområde en eventuel ledig kapacitet skal opslås på baggrund af kapacitetsbeskrivelsen. Der tilstræbes en ligelig fordeling af indbyggere pr. fysioterapeut i de fire hovedområder og i planlægningsområderne i regionen.

Sikring af faglig bæredygtighed

Det er praksisplanens målsætning at arbejde for at klinikker, som kan tilbyde et bredt sortiment af ydelser herunder holdtræning og hjemmebehandling. Dette understøttes bl.a. ved større klinikker med flere kapaciteter.

Det er fordelagtigt at have flere kapaciteter på en klinik, da:

- træningsfaciliteter udnyttes bedre og en investering dermed gøres rentabel.
- et varieret holdtræningsudbud kan tilvejebringes.
- faglig sparring bliver mulig.
- indgåelse af aftaler om specielle tilbud, evt. specialisering indenfor fagområdet, bliver muligt.
- klinikken kan deltage i uddannelse af fysioterapeutstuderende.
- klinikken får bedre mulighed for deltagelse i efteruddannelse.
- klinikken kan deltage i kvalitetsudvikling og forskning.

Det ses af kapacitetsbeskrivelsens afsnit 2.2, at 6 af regionens 128 fysioterapiklinikker stadig er enkeltmandsklinikker, hvor kun et enkelt fuldtidsydernummer praktiserer.

Derfor skal praksisplanens målsætning om fremme af faglig bæredygtighed og fremme af klinikker med flere kapaciteter tages i betragtning, når nye ydernet numre opslås.

2.3 Flytning af praksisadresse

Flytning eller ændring af praksisadresse skal i henhold til landsoverenskomstens § 19 godkendes af samarbejdsudvalget. Som udgangspunkt skal flytning indenfor samme planlægningsområde godkendes, såfremt der på den nye adresse er handicapvenlige adgangsforhold. Godkendelser af flytninger mellem planlægningsområder må bero på samarbejdsudvalgets konkrete vurdering.

2.4 Sammenfatning

Anbefalinger:

- at samarbejdsudvalget ved udvidelse eller reduktion af kapaciteten tilsigter en ligelig fordeling af borgere pr. fysioterapeut i de fire hovedområder.
- at samarbejdsudvalget stiller krav til nye klinikker, og til klinikker der flytter praksisadresse, om, at der etableres handicapvenlige adgangsforhold.
- at samarbejdsudvalget mærker ydernumre, så de nedlægges i takt med naturlig afgang, såfremt det bliver aktuelt at reducere kapaciteten:
 - Fokus skal rettes mod enkeltmandsklinikker uden lejer eller ansatte.
- at samarbejdsudvalget arbejder i retning af, at mobile fysioterapeuter tilknyttes en fast klinikadresse.

Samarbejdsudvalget kan godkende, at ydernumre deles med limitering. Principperne herfor er vedtaget af samarbejdsudvalget d. 17. september 2007, og er vedlagt i bilag 6.

DEL III: Udviklingsplan for almindelig fysioterapi

1. Målsætninger for udviklingsplanen for almindelig fysioterapi

Målsætningerne er at:

- sikre bæredygtige klinikker.
- udvikle og styrke samarbejdet, såvel tværfagligt som tværsektorielt.
- sikre implementeringen af landsoverenskomstens bestemmelser vedrørende it.
- Sikre kvalitetsudvikling, hvorfor der etableres en praksiskonsulentordning.
- sikre fysioterapiprofessionens fortsatte udvikling ved efteruddannelse.

2. Fysioterapiens rolle i sammenhængende patientforløb

Politisk hensigtserklæring

For at sikre de gode sammenhængende patientforløb skal helheden i patientforløbet kunne dokumenteres og anvendes til at sikre en samlet høj kvalitet

Regionsrådet formulerede i 2007 politiske krav og ønsker til praksisplanlægningen i regionen. Overordnet er det ønsket, at praksissektoren skal understøtte helhedstænkningen i det samlede sundhedsvæsen, og at praksissektoren skal indtage en central placering i det samarbejdende sundhedsvæsen, både i relation til samarbejdet med kommuner og hospitaler.

Borgeren skal opleve, at det regionale og det kommunale sundhedsvæsen er sammenhængende og koordineret.

Med strukturreformen har kommunerne som nævnt fået udvidet opgaveporteføljen i forbindelse med fysioterapien, og flere opgaver forventes overdraget i nær fremtid.

Samtidigt med at motivet med disse lovændringer netop er at skabe mere sammenhæng i patientforløb og incitamenter til samarbejde, må det på det korte sigt forventes at være en udfordring at koordinere mellem myndighedsniveauerne i forhold til at skabe de sammenhængende

patientforløb i forbindelse med eksempelvis rygpatienter og patienter med muskel-skeletlidelser.

Det har mindst to konsekvenser, at myndighedsansvaret for den ikke-specialiserede genoptræning er flyttet til kommunerne, og at samme udvikling indenfor en overskuelig fremtid forventes for den vederlagsfri fysioterapi.

For det første er gråzoner opstået, hvor kravene i henhold til serviceloven og sundhedsloven er overlappende. De praktiserende fysioterapeuter har udtrykt bekymring for en ansvarsfralæggelse for tunge og tidskrævende patientgrupper og uklarhed om placeringen af behandlingen af disse patientgrupper i henholdsvis den kommunale sektor og praksissektoren.

For det andet udfordres gennemsigtigheden af de fysioterapeutiske tilbud i omfang og indhold for borgeren, idet fysioterapi tilbydes i forskellige sektorer med ofte overlappende ydelser, bl.a. ved at praksissektoren anvendes til opgaveløsning af såvel region som kommune. Det bidrager til komplekse sammenhænge på det fysioterapeutiske virksomhedsområde.

Udfordringen er derfor betydelig indenfor fysioterapien, hvor rehabilitering af patienter er tværsektoriel og tværfaglig. Lidelser der behandles og forebygges af fysioterapeuter sker i samspil med andre behandlere. Et sammenhængende patientforløb kan involvere indsats fra reumatologer, kirurger, den alment praktiserende læge, den praktiserende fysioterapeut og evt. den genoptrænende kommunale fysioterapeut.

2.1 Sundhedsaftalerne

Sundhedsaftalerne er det primære instrument til at sikre samordning og sammenhæng for patientforløb, der går på tværs af de to myndighedsniveauer – det kommunale og det regionale.

Kravene formuleret i sundhedsaftalerne vedrører overgange mellem regionens sygehuse, praksissektor og de kommunale tilbud i sundhedssektoren.

Obligatoriske temaer i sundhedsaftalerne

1. Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
2. Indlæggelsesforløb
3. Træningsområdet
4. Hjælpemiddelområdet
5. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
6. Indsats for mennesker med sindslidelser

For at lette det sammenhængende patientforløb er sundhedskoordinationsudvalget nedsat for at implementere sundhedsaftalernes indhold.

I henhold til sundhedsaftalerne skal der igangsættes forløbsprogrammer for to sygdomme om året. Det er besluttet i udviklingsforum vedrørende patientrettet forebyggelse at påbegynde arbejdet med forløbsbeskrivelse for muskel-skeletlidelser i 1. halvår 2009.

2.2 Kvalitetsstrategien

Regionens kvalitetsstrategi omhandler seks overordnede indsatsområder, hvoraf de følgende relaterer sig til såvel hospitalssektor som praksissektor:

- forløbsstyring og tværsektoriel udvikling
- styrket patientsikkerhed
- styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet

Det er en stor opgave at skabe et veltilrettelagt og et velplanlagt patientforløb ved en koordineret indsats. Praksissektoren spiller en væsentlig rolle med tilbud både på træningsområdet og på forebyggelsesområdet.

Der bør i forbindelse med patientforløbsbeskrivelserne skabes de bedste betingelser for at den almene fysioterapi kan mestre de udfordringer, der følger af samfundsudviklingen.

Anbefalinger:

- at samarbejdsudvalget arbejder for, at praksissektorens fysioterapi indtænkes i de sammenhængende patientforløb.
- at regionen arbejder for, at gråzoner mellem den fysioterapeutiske indsats i kommunerne og i praksissektoren klarlægges.
- at regionen etablerer en praksiskonsulentordning, der kan koordinere det tværfaglige arbejde med kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis.

I afsnit 3, 4 og 5 gennemgås tiltag, der understøtter kvalitetsudviklingen i fysioterapipraksis, og som vil kunne medvirke til, at praksissektorens fysioterapi indtænkes i det sammenhængende patientforløb. Det drejer sig om etablering af praksiskonsulentordning, datakonsulentordning og mulighed for efteruddannelse.

3. Praksiskonsulentordning

Politisk hensigtserklæring

Høj kvalitet i behandlingen kræver stærke faglige miljøer

Organiseringen af fysioterapien vil i løbet af planperioden gennemgå ændringer. Udover kommunernes ansvar for den ikke-specialiserede genoptræning efter hospitalsindlæggelse lægger regeringen op til, at kommunerne får ansvar for dele af den patientbehandling, der falder indenfor

fysioterapeuternes lovmæssige virksomhed, og som for øjeblikket er placeret i praksissektoren – den vederlagsfri fysioterapi.

Samtidigt er der i regionen fokus på det sammenhængende patientforløb, på kronikerindsatsen og på behandlingen af den ældre medicinske patient. Alle patientforløb hvor det fysioterapeutiske fagområde spiller en rolle.

Det er derfor væsentligt, at der etableres en ordning, der sikrer at også fysioterapeuterne på en gensidig forpligtende måde inddrages i processerne. En praksiskonsulentordning er derfor ønskelig med henblik på både at sikre tværsektorielle og tværfaglige relationer samt at sikre udbredning af information og kvalitetsudvikling monofagligt.

Før 1. januar 2007 havde 4 ud af 5 af de fusionerende organisationer etableret praksiskonsulentforsøgsordninger. Alle ordninger udløb ved udgangen af 2006.

Praksiskonsulentordninger hos de fusionerende organisationer

- Frederiksborg Amt: 2 praksiskonsulenter med et samlet timetal på 14 timer/måned
- Københavns Amt: 1 praksiskonsulent med et samlet timetal 16 timer/måned
- Københavns Kommune: 1 oprettet stilling med 15 timer/måned (stillingen blev aldrig besat).
- Frederiksberg Kommune: 2 praksiskonsulenter med et samlet timetal på 20 timer/måned

Det foreslås, at der etableres en fysioterapeutisk praksiskonsulentordning med udgangspunkt i den almindelige fysioterapi.

3.1 Praksiskonsulentens opgaver

Formålet med ordningen er at styrke såvel det tværsektorielle som det tværfaglige samarbejde samt bidrage til en monofaglig kvalitetsudvikling

Praksiskonsulenterne skal varetage følgende opgaver:

Opgaver vedr. den almene fysioterapi

- Rådgive regionen om spørgsmål indenfor fysioterapeuternes faglige virksomhedsområde.
- Fungere som bindeled mellem regionen og praktiserende fysioterapeuter i faglige spørgsmål, herunder i relation til kvalitetssikring og udvikling indenfor fysioterapeuternes virksomhedsområde.
- Bidrage til at skabe netværk mellem de praktiserende fysioterapeuter.
- Medvirke til at overenskomstens målsætninger og intentioner fremmes mest muligt.
- Understøtte it-udviklingen.
- Medvirke til at der udarbejdes kvalitetsstandarder på udvalgte områder.

- Udvikle og følge op på servicemål og kvalitetsstandarder.
- Styrke den faglige indsats gennem dokumentation, efteruddannelse og forskning.

Opgaver i de tværsektorielle relationer

- Opbygge og vedligeholde løbende tværsektoriel kommunikation eksempelvis i form af informationsmøder og skriftlig information om nye faglige tiltag.
- Medvirke til etablering og vedligeholdelse af tværsektorielle faglige netværk med henblik på erfaringsudveksling og gensidig faglig sparring; eksempelvis
 - formidle viden om ændrede eller nye behandlingsregimer og -strategier fra hospitalsafdelinger til praksissektoren.
 - deltage aktivt i udarbejdelse af den fysioterapeutiske del af patientforløbsbeskrivelser.
 - formidle faglige problemstillinger i relation til opgavefordelingen af den fysioterapeutiske virksomhed mellem hospital, kommune og region.
- Medvirke til at sikre et sammenhængende patientforløb.

Opgaver i de tværfaglige relationer

- Indgå i et formaliseret samarbejde med andre konsulentordninger – særligt indenfor almen praksis, kiropraktorer og eventuelle kommunale praksiskonsulenter.
- Fremme samarbejdet mellem enkelte praktiserende fysioterapeuter og alment praktiserende læger samt andre relevante samarbejdspartnere i den øvrige praksissektor.

3.2 Omfanget af praksiskonsulentordningen

Det anbefales, at der ansættes mere end en praksiskonsulent, idet

- omfanget af opgaver er betydeligt.
- gevinsten ved faglig sparring er væsentlig.
- praksiskonsulenten skal fortsat have sit faglige virke i praksis

Det foreslås, at to fysioterapeutiske praksiskonsulentstillinger oprettes med et samlet timetal på 15 timer/ugen.

Af hensyn til samarbejdsfladen til det øvrige sundhedsvæsen, og for at sikre lokalkendskab, tilstræbes det, at praksiskonsulenterne som udgangspunkt praktiserer i forskellige hovedområder.

3.3 Praksiskonsulentordningens praktiske iværksættelse

Praksiskonsulentordningen placeres organisatorisk i Enhed for Praksisplanlægning, Koncern Plan og Udvikling, og praksiskonsulenten refererer til Chef for Enhed for Praksisplanlægning.

Praksiskonsulenterne skal udarbejde årlige handleplaner for og afrapportering af deres virke i regionen til godkendelse i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi.

Der stilles kontorfaciliteter til rådighed for konsulenterne på regionsgården, hvor der er lokalfællesskab med andre ydergruppers praksiskonsulentordninger.

Praksiskonsulentordningen evalueres efter et år fra ordningens etablering.

Anbefaling:

- at regionen etablerer en praksiskonsulentordning for fysioterapi på 15 timer/ugen.

4. Datakonsulentordning

4.1 Baggrund

I henhold til den nye landsoverenskomst pr. 1. januar 2008 for fysioterapi skal afregning fremover finde sted elektronisk, jf. § 18A, stk. 1. Den elektroniske afregning blev introduceret med landsoverenskomsten fra 2005 og er blevet implementeret i perioden, således at 95-98 % af hovedstadens fysioterapeuter i skrivende stund afregner elektronisk via MedRuc-standard³. Om de samme tal gør sig gældende med hensyn til øvrig EDIFACT er vanskeligt at vurdere. Størstedelen af fysioterapeuterne benytter it-systemer med mulighed for afsendelse af EDI-meddelelser. Om de gør brug af muligheden, er uklart. I bilag 9 er vedlagt en oversigt over fysioterapeuternes it-systemers muligheder for modtagelse og afsendelse af EDI-meddelelser.

Fysioterapeuterne er således på højde med de alment praktiserende læger for så vidt angår den elektroniske afregning.

Dernæst har den nye landsoverenskomst indført krav om digital signatur. I henhold til § 18A, stk. 2 skal alle fysioterapeuter anskaffe sig hurtig og sikker adgang til internettet og senest 1. august 2008 oprette digital signatur med henblik på at benytte den fælles offentlige sundhedsportals informations- og kommunikationstilbud, sundhed.dk.

I anmærkning til § 18A beskrives, at der i starten af 2008 skal etableres et elektronisk henvisningshotel, der kan modtage, lagre og videreformidle elektroniske behandlingshenvisninger. Formålet med henvisningshotellet er, at henvisninger til og fra den alment praktiserende læge til fysioterapeuten kan sendes elektronisk uden at der på forhånd udvælges en bestemt behandler. Dermed sikres patientens frie valg mellem behandlere. Henvisningshotellet tilsigtes anvendt, når det har vist driftsstabilitet i 6 måneder.

³ MedComs hjemmeside <http://www.medcom.dk/wm110536> (januar, 2008).

Endelig fremgår det af landsoverenskomstens § 25, stk. 5 og 6, at fysioterapeuterne skal indtaste og vedligeholde informationer om deres klinik og ydelser på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Fysioterapeutens adgang til sundhed.dk er betinget af implementering af digital signatur. Praksisdeklarationen skal endvidere i løbet af 2009 udvides med information om ventetider.

Overenskomstens krav til it i fysioterapipraksis kan opsummeres ved krav om:

- a) Elektronisk afregning.
- b) Installering af digital signatur inden 1. august 2008.
- c) Tilføjelse af oplysninger om praksisforhold på praksisdeklarationen på sundhed.dk inden 1. august 2008.
- d) Anvendelse af henvisningshotel, når henvisningshotellet er driftsstabilt.

På baggrund af erfaringen fra de alment praktiserende lægers installering af digital signatur samt anvendelse af sundhed.dk, må det antages, at de praktiserende fysioterapeuter har behov for assistance, såfremt det skal være realistisk for den enkelte klinik at opfylde overenskomstens krav.

4.2 Etablering af datakonsulentordning for fysioterapeuterne

Praksisplanen foreslår derfor etableret en datakonsulentordning for fysioterapeuter, således at der er assistance og rådgivning i forbindelse med udbredelsen af digital signatur samt til de øvrige tiltag formuleret i landsoverenskomsten af 2008 på it-området, herunder oprettelse og vedligeholdelse af en praksisdeklaration på sundhed.dk. Konsulentordningen kunne med en aftalt finansiering kobles til de praktiserende læger og speciallægers datakonsulentfunktion, således at der sikres synergi mellem ordningerne.

Erfaringen med implementeringen af digital signatur er, at det er en tidskrævende proces, og der må forventes et anseligt ressourceforbrug alene på dette område. Der skal afsættes ressourcer til udarbejdelse af vejledninger og konsulenterne skal stå til rådighed med assistance. Et ressourceforbrug i størrelsesordenen 2½-3 timer pr. klinik er realistisk, forudsat at der er max. 1-3 digitale signaturer pr. klinik. Med 128 fysioterapiklinikker i Region Hovedstaden svarer dette til et behov på ca. 7 timer ugentligt over et år. Det bemærkes, at indsatsen bør koncentreres over kortere tidsperiode, da opgaven med implementering af digital signatur er presserende.

En udvidelse af den nuværende datakonsulentordning, der betjener almen praksis og speciallægepraksis, vil også kunne bistå fysioterapeuterne på andre områder af den elektroniske kvalitetsudvikling. Funktionsbeskrivelsen for de nuværende datakonsulenter for almen praksis og speciallægepraksis er vedlagt i bilag 8. En datakonsulentordning, der også betjener fysioterapeuterne, vil som det ses kunne varetage andre opgaver i relation til it på det fysioterapeutiske område end de, der er aktuelle med den nye overenskomst af 2008.

Anbefalinger:

- at samarbejdsudvalget etablerer en datakonsulentordning,
 - der sikrer udbredelsen af digital signatur samt øvrige overenskomstmæssige tiltag.
 - der bistår med kvalitetsudvikling på it-området.
- at samarbejdsudvalget beslutter at søge finansiering til etablering af en datakonsulentordning for fysioterapi i den regionale kvalitetsudviklingspulje.

5. Efteruddannelse og forskning

At kunne medvirke til et velfungerende patientforløb er et væsentligt delelement i at kunne forbedre kvaliteten i den fysioterapeutiske indsats. Det er nødvendigt at fokusere ikke kun på sammenhængen i et patientforløb, men også på at de enkelte dele af forløbet bliver af høj kvalitet. Efteruddannelse og forskning spiller her en rolle herunder dokumentation og monitorering af ydelse og effekt.

5.1 Specialkompetencer

Når omfanget af specialiseret faglig viden er stigende kan det være vanskeligt at holde sig fagligt opdateret og være fagligt kompetent på alle områder.

Som i andre af sundhedsvæsenets sektorer er specialisering indenfor fagområdet en mulighed for anerkendelse af specielle faglige kompetencer, der kan medvirke til at løfte kvaliteten i behandlingen. En sådan ordning er imidlertid ikke anerkendt i Sundhedsstyrelsen, hvorfor en lokal specialisering indenfor fagområdet nøje skal vurderes og beskrives på udvalgte områder. Værdien af specialisering skal i planperioden afdækkes.

Det vil være naturligt ved en vurdering at tage udgangspunkt i den ordning, der allerede er etableret af Danske Fysioterapeuter. Der er tale om et formaliseret system, hvor specialisering indenfor fagområdet godkendes i organisationens regi – i specialistrådet. Der er oprettet 8 underspecialer til den fysioterapeutiske uddannelse:

- pædiatri
- neurofysioterapi
- muscoloskeletal fysioterapi
- psykiatrisk og psyko-somatisk fysioterapi
- sundhedsfremme og forebyggelse
- idrætsfysioterapi
- geronto-geriatrisk fysioterapi
- rehabilitering

Anbefaling:

- at samarbejdsudvalget i planperioden afdækker et evt. behov for specialisering inden for fagområdet.

6. Praksisdeklaration

Fysioterapeuterne skal på deres praksisdeklaration, jf. § 25, stk. 4-6, opgive en række relevante oplysninger om praksisforhold, herunder adgangsforhold for bevægelseshæmmede.

Med henblik på at standardisere formuleringer vedr. adgangsforhold, ventetider m.v. skal der i planperioden udarbejdes en standard som vejledende for formuleringer i praksisdeklarationen.

Det er ejeren, der er ansvarlig for at tilføje de nævnte oplysninger, jf. § 25, stk. 6, 1. pkt. Oplysningerne forventes at ligge på sundhed.dk pr. 1. august 2008.

Anbefaling:

- at samarbejdsudvalget i planperioden udarbejder en standard til brug for fysioterapeuter på deres praksisdeklaration på sundhed.dk.

BILAGSFORTEGNELSE

**BILAG 1 DELPLAN FOR DEN SAMLEDE FYSIOTERAPEUTISKE
KAPACITET OG PRAKSISPLANLÆGNING**

**BILAG 2 POLITISKE HENSIGTSEKLAERINGER, REGION
HOVEDSTAD EN 2007**

**BILAG 3 FUSIONSPARTERNES TIDLIGERE OPDELING I
PRAKSISOMRÅDER**

BILAG 4 FORBRUG OG PRODUKTION, KOMMUNEFORDELT

**BILAG 5 FORESPØRGSEL OMKRING HOLDTRÆNING –
SPØRGESKEMA SAMT AFRAPPORTERING**

**BILAG 6 RETNINGSLINJER FOR DELING AF YDERNUMMER
MED LIMITERING**

**BILAG 7 HANDICAPADGANG OG –TOILET,
KOMMUNEFORDELT**

**BILAG 8 FUNKTIONSBESKRIVELSE FOR
DATAKONSULENTORDNINGEN, REGION HOVEDSTADEN**

**BILAG 9 FYSIOTERAPEUTERNES ANVENDELSE AF IT
SYSTEMER**