

Udkast til Praksisplan for fysioterapi 2015- 2019

KKR

HOVEDSTADEN

Udkast

Indholdsfortegnelse

RESUMÉ	4
BEGREBER	6
1. INDLEDNING	8
1.1 Afgrænsning	9
1.2 Hvad er fysioterapi?	10
1.3 Data	12
1.4 Høring og godkendelse	12
2. KAPACITET I FYSIOTERAPIPRAKSIS	13
2.1 Målsætninger	13
2.2 Den fremtidige kapacitet	13
2.2.1 Faktorer med betydning for vurdering af kapacitet	14
2.2.2 Kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi.	16
2.2.3 Holdtræning	16
2.2.4 Ydelsesudvikling	17
2.2.5 Udgiftsudvikling	18
2.2.6 Flytning og geografisk placering af ydernumre	18
2.2.7 Mobile fysioterapeuter	19
2.3 Ridefysioterapi	19
2.3.1 Kapacitet og geografisk fordeling af fysioterapipraksis	20
2.3.2 Produktion og forbrug	20
2.4.1 Fysisk tilgængelighed	22
2.4.2 Elektronisk tilgængelighed	25
2.4.3 Telefonisk tilgængelighed	26
2.4.4 Ventetider	26
3. UDVIKLING I FYSIOTERAPIPRAKSIS	27
3.1 Målsætninger	27
3.2 Samarbejde på tværs	27
3.2.1 Brugeren som aktiv samarbejdspart	28
3.2.2 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og den øvrige praksissektor, herunder almen praksis	29
3.2.3 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og kommuner	31
3.2.4 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og hospitaler	35
3.2.5 Forløbsprogrammer	35
3.2.6 Lighed i sundhed	36

3.2.7 Nye samarbejdsformer	37
3.3 Praksiskonsulentordning	39
3.4 Kvalitetsudvikling og faglig udvikling	40
3.4.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i fysioterapipraksis i Region Hovedstaden	40
3.4.2 Patientoplevet kvalitet	42
3.4.3 Faglig kvalitet	45
3.4.4 Organisatorisk kvalitet	46
3.4.5 Forskning og den regionale kvalitetsudviklingspulje	47
4. BILAGSOVERSIGT	49

Udkast

Resumé

Denne praksisplan for fysioterapi er udarbejdet af regionen og kommunerne i Region Hovedstaden i samarbejde med repræsentanter for de praktiserende fysioterapeuter i regionen. Praksisplanen omfatter almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi og er gældende for perioden 2015 – 2019.

Praksisplanen er udarbejdet i henhold til overenskomstens bestemmelser og kommissorium vedtaget af Samarbejdsudvalget for fysioterapi.

Formålet med planen er, at den skal fungere som et redskab for planlægning og koordinering af den fysioterapeutiske betjening i regionen og kunne administreres under hensyntagen til andre sundhedsmæssige foranstaltninger samt den regionale og kommunale økonomi.

Det er endvidere intentionen, at planen kan bidrage til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af kapacitet, smidigt samarbejde mellem fysioterapipraksis og andre sundhedsaktører og udvikling af kvalitet i behandlingen.

Praksisplanen er inddelt i tre overordnede kapitler.

Kapitel 1 er indledningen. Her beskrives grundlaget for praksisplanen i lovgivning og overenskomster, fysioterapien som fagområde og de forskellige fysioterapiformer.

Kapitel 2 omhandler kapaciteten på fysioterapiområdet, hvor der er en beskrivelse af faktuelle oplysninger af betydning for området.

Ift. *kapaciteten i fysioterapipraksis* anbefales det, at kapaciteten fastholdes på nuværende niveau, herunder også den ridefysioterapeutiske kapacitet. Kapaciteten skal analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer.

Ift. *service og tilgængelighed* i fysioterapipraksis anbefales det, at tilgængelighed i fysioterapipraksis bør forbedres i planperioden. Vedrørende *ridefysioterapi* vil samarbejdsudvalget i planperioden implementere den tilsynsordning med rideskolerne, som blev udarbejdet i sidste planperiode. Derudover vil udarbejdede retningslinjer og aftaler fra sidste planperiode evalueres i planperioden.

Kapitel 3 beskriver, hvordan de fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren ønskes udviklet i planperioden. Der er fokus på samarbejde på tværs og kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis.

Ift. *samarbejde på tværs* anbefales det at styrke kommunikation mellem sektorer (hospital, praksis og kommuner), at undersøge muligheden for en fælles finansieret (regional og kommunal) praksiskonsulentordning for tilskudsberettiget og vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi i planperioden. Er det ikke muligt at opnå en fællesfinansieret ordning, bør andre muligheder for kvalitetsudvikling inden for vederlagsfri fysioterapi afdækkes.

Det anbefales endvidere at kortlægge muligheder for udvikling af samarbejde mellem fysioterapipraksis, borgeren, kommune, praktiserende læger, praktiserende speciallæger og hospitaler.

Ift. *kvalitetsudvikling og faglig udvikling* skal praksisplanen understøtte implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i fysioterapipraksis. Desuden sikres udvikling af kvalitet og faglighed gennem implementering af kliniske retningslinjer i praksis, udvikling af patientsikkert miljø i praksis, regionale efteruddannelsesforløb samt iværksættelse af kvalitetsudviklingsprojekter gennem den regionale kvalitetsudviklingspulje.

Udkast

Begreber

Der henvises i Praksisplanen til forskellige fagtermer og udtryk, som uddybes nærmere herunder:

Speciale 51:

Almindelig fysioterapi med patientbetaling. Der ydes offentligt tilskud på ca. 40 procent.

Speciale 57:

Ridefysioterapi med patientbetaling. Patientbetalingen udgør en fast andel, som varierer efter ydelsens art.

Speciale 62:

Vederlagsfri fysioterapi, dækkes økonomisk af kommunen.

Speciale 65:

Vederlagsfri ridefysioterapi, dækkes økonomisk af kommunen.

Overenskomster:

Nationalt dækkende aftaler, der indgås mellem Regionernes Lønnings- og takstnævn (RLTN) samt den forhandlingsberettigede organisation for området. For fysioterapien, hvor den vederlagsfrie del er kommunalt myndighedsansvar, er Kommunernes Landsforening (KL) forhandlingsberettiget organisation sammen med RLTN.

Den forhandlingsberettigede organisation for fysioterapeuterne er Danske Fysioterapeuter (DF)

Ydernummer:

Et identifikationsnummer, som tildeles en fysioterapeutklinik, der praktiserer efter overenskomst med det offentlige til brug for afregning af ydelser. Klinikken kan omfatte flere fysioterapeuter.

Kapacitet:

Udtryk for en norm, hvorefter man har ret til at praktisere efter overenskomst med det offentlige. En kapacitet kan være over/under 30 timer.

Ejer:

En ejer er klinikindehaver, der står som ansvarlig for behandlingen. Ejeren kan have både lejere og ansatte, hvis klinikken omfatter flere kapaciteter. Mobile fysioterapeuter har ydernummer, men er ikke nødvendigvis tilknyttet en bestemt klinik.

Lejer:

Lejeren lejer kapacitet, af en klinikejer. Lejeren er selvstændigt ansvarlig for aktiviteten på ydernummeret

Sikrede:

Alle borgere har ret til gratis behandling hos læger og tilskud til medicin mv. Man kan vælge mellem to sikringsgrupper.

Sikringsgruppe 1:

Borgere i sikringsgruppe 1 skal have henvisning fra egen læge til behandling hos speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog. Dog kræves der ikke henvisning til øre- og øjenlæge, tandplejer, tandlæge og kiropraktor.

Det er gratis at få hjælp hos læge eller speciallæge, som har en aftale med regionen. Tilskud til medicin, tandlægehjælp, tandpleje, fysioterapi, fodterapi, kiropraktorhjælp og psykologhjælp bliver automatisk trukket fra borgerens regning.

Sikringsgruppe 2:

Borgere i sikringsgruppe 2 kan frit søge behandling hos alle læger, speciallæger, tandlæger og kiropraktorer. Der kræves en lægehenvielse til fysioterapeut, fodterapeut og psykolog, og fysioterapeuten, fodterapeuten eller psykologen for at få tilskud.

Det samme tilskud gives som en gruppe 1-sikret patient får til en tilsvarende behandling. Læger, speciallæger, tandlæger, tandplejere og fysioterapeuter fastsætter selv prisen for behandling. Hvis prisen på behandling overstiger tilskuddet fra regionen, skal den enkelte selv betale forskellen, når vedkommende er i sikringsgruppe 2.

Tilgængelighed:

Dækker over fysiske adgangsforhold til klinikken, oplysning om ventetid, muligheder for telefonisk kontakt til klinikken samt oplysninger herom på praksisdeklaration på sundhed.dk samt klinikkens hjemmeside, hvis de har en.

Produktion:

Produktion anvendes som et udtryk for, hvad fysioterapeuter med ydernummer i Region Hovedstaden har leveret af ydelser, uafhængigt af borgeres bopæl.

Forbrug:

Begrebet forbrug dækker over, hvad Region Hovedstadens borgere har modtaget af ydelser, uanset i hvilken region/kommune ydelserne er udført i.

Henvielse:

For at modtage fysioterapeutisk behandling med tilskud skal patienten have en henvielse fra sin alment praktiserende læge.

Bruttohonorar:

Bruttohonorar er den pris, en fysioterapeutisk ydelse skal koste. Bruttohonoraret er aftalt i overenskomsten, og reguleres fast to gange årligt pr. 1. april og 1. oktober.

Planområder:

Regionen Hovedstadens hospitalsplan anvender planområder. Regionen er inddelt i fire planområder, som hver er opdelt på en række planlægningsområder. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune. (Se figur 1 og tabel 1 i grundbeskrivelsen, bilag 8).

Patient, bruger og borger

I kommuner, hospitaler og almen praksis er der ikke altid den samme holdning til anvendelse af begreberne patient, bruger og borger. Ordene forbindes med forskellige roller og positioner.

I denne praksisplan anvendes alle tre begreber, idet der anvendes den betegnelse der passer bedst med beskrivelsen af sygdomsforløbet eller situationen.

I praksisplanen bruges *patient*, når der er tale om en behandlingsrelation mellem patient og sundhedsperson, mens udtrykket *borger* eller *bruger* vil blive anvendt i mødet mellem borger og myndighed i øvrigt.

1. Indledning

Denne praksisplan for fysioterapi er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Hovedstaden, de 29 kommuner i regionen samt repræsentanter for de praktiserende fysioterapeuter.

Pr. 1. august 2008 blev myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi overdraget til kommunerne. Det betød, at landsoverenskomsten blev tilrettet, bl.a. også bestemmelsen for praksisplanlægningen. Af § 18, stk. 1 i Overenskomst 2014 for almindelig fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi fremgår:

Regionen og kommunerne i regionen udarbejder en fælles plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fysioterapeutiske betjening i regionen.

Planen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige forhold vedrørende den fysioterapeutiske kapacitet.

I Praksisplan for fysioterapi 2011-2014 var der stor vægt på beskrivelsen af kapaciteten. Praksisplan for fysioterapi 2015-2019 har mere vægt på samarbejde og kvalitet.

Målet med praksisplanen er at sikre:

- *Lige adgang og tilgængelighed til fysioterapiydelse i praksissektoren*
- *Koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med brugeren og det øvrige sundhedsvæsen*
- *Udvikling af den faglige kvalitet i fysioterapipraksis*

Praksisplanen er udarbejdet på baggrund af drøftelser i Styregruppen for Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019, nedsat under Samarbejdsudvalget for fysioterapi.

Der har endvidere været afholdt visionsseminar den 28. august 2014 for medlemmerne af samarbejdsudvalget, med deltagelse af uddannelsesansvarlige, forskningsledere og kommunale repræsentanter. Samarbejdsudvalget arbejder videre med følgende områder fra visionsseminaret:

- "Kvalitet og efteruddannelse" - Hvordan kan Samarbejdsudvalget sikre bedre rammer for kvalitetsudvikling - at der er faglige miljøer på alle klinikker, og at der er fokus på efteruddannelse.
- "Egenomsorg" - Mulighederne for at videreformidle erfaringer fra projekter, der har haft fokus på at fremme motivation til selvtræning. F.eks. gennem at øge patienternes kompetence til at handle.
- "Praksisfællesskaber" - Fysioterapeuter som en del af praksisfællesskaber - muligheder og barrierer.
- "Effektmåling" - Hvordan kan der fremover arbejdes med effektmålinger i relation til borgerne i Region Hovedstaden som supplement til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Boks 1 – Overenskomstens tekst

Almindelig og vederlagsfri, § 42, stk. 1.

Samarbejdsudvalget

For hver region nedsættes et *Samarbejdsudvalg* for almindelig og vederlagsfri fysioterapi bestående af 2 medlemmer udpeget af regionsrådet, 2 medlemmer udpeget af kommunerne i regionen samt 4 medlemmer udpeget af Danske Fysioterapeuter. De fysioterapeutiske medlemmer skal vælges blandt fysioterapeuter med praksis i regionen.

Almindelig og vederlagsfri, § 43, stk. 1.

Samarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser

Samarbejdsudvalget behandler sager vedrørende overenskomsternes gennemførelse i regionen og kommunerne og vejleder med hensyn til forståelse af overenskomsternes bestemmelser. Se overenskomstens § 5.

Styregruppen for fysioterapi

Styregruppen er nedsat af samarbejdsudvalget. Styregruppen har bestået af repræsentanter fra region, kommuner og de praktiserende fysioterapeuter. Den regionale praksiskonsulentordning har deltaget i arbejdsgruppens drøftelser om udviklingsdelen af praksisplanen.

Praksisplanen er udarbejdet på baggrund af overenskomstens bestemmelser og således, at praksisplanen er i overensstemmelse med regionens øvrige sundhedsplanlægning, herunder regionens samlede sundhedsplan af 2013. Praksisplanen gælder for alle praktiserende fysioterapeuter i Region Hovedstaden, som virker under bestemmelserne i overenskomsterne for fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi.

1.1 Afgrænsning

Planperiode er afgrænset til 2015-2019.

Nærværende praksisplan beskæftiger sig med specialeme:

- Almindelig fysioterapi (speciale 51)
- Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)
- Almindelig ridefysioterapi (speciale 57)
- Vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65)

Praksisplanen beskriver udelukkende den del af fysioterapeuternes virke, der foregår indenfor overenskomsternes rammer, og således f.eks. ikke emner under serviceloven.

1.2 Hvad er fysioterapi?

Fysioterapi tilbydes enkeltpersoner og befolkningsgrupper med henblik på at udvikle, vedligeholde eller genoprette maksimal bevægelse og funktionsevne livet igennem.¹

Fysioterapi handler om at identificere og optimere livskvalitet og bevægelsespotentiale indenfor områderne sundhedsfremme, forebyggelse, behandling/intervention, og rehabilitering.

I den fysioterapeutiske arbejdsproces indgår:

- Undersøgelse, analyse og funktionsdiagnostik
- Intervention/behandling
- Evaluering, dokumentation og kvalitetssikring
- Tværfagligt samarbejde og formidling

Fysioterapeutens arbejdsopgaver indebærer bl.a. at:

- Foretage undersøgelse/vurdering/evaluering af patientens behov
- Sammen med patienten at formulere en plan for behandling
- Forestå rådgivning indenfor sin ekspertise samt implementere en fysioterapeutisk behandling
- Vurdere effekten af patientens behandlingsplan og
- Give anbefalinger til patientens egen indsats.

Fysioterapeutklinikker i praksissektoren er selvstændige virksomheder. Når en fysioterapeut er tilsluttet overenskomster mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter kan henviste patienter få tilskud til behandlingen.

Henviste patienter med diagnoser omfattet af Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledninger vedr. personer med svært fysisk handicap samt personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom kan modtage vederlagsfri behandling, se i øvrigt fakta boks 3 nedenfor.

Patienter kan henvises fra egen læge eller speciallæge til tre former for fysioterapi²:

- Almindelig fysioterapi (med tilskud)
- Vederlagsfri fysioterapi (uden egenbetaling)
- Ridefysioterapi, almindelig eller vederlagsfri

Almindelig fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi er reguleret i hver deres overenskomst indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter.

¹ <http://www.klinuvfys.dk/Fagligt/Nyheder/Hvad-er-fysioterapi/>

² Sundhed.dk

Boks 2

Almindelig fysioterapi

Patienter kan få tilskud til almindelig behandling hos fysioterapeuter, hvis

- Patienten har henvisning fra en læge
- Fysioterapeuten har relevant overenskomst (gruppe 1-sikrede)

Tilskuddet udgør knap 40 % af fysioterapeutens honorar.

Boks 3

Vederlagsfri fysioterapi

Patienter kan få vederlagsfri behandling hos fysioterapeuter, hvis de opfylder Sundhedsstyrelsens kriterier og:

- Patienten har henvisning fra en læge
- Fysioterapeuten er omfattet af ordningen

Boks 4

Almindelig og vederlagsfri ridefysioterapi

Patienter med svært varigt fysisk handicap, hvor hjælpemidler eller personlig hjælp i hjemmet er nødvendigt, kan få vederlagsfri ridefysioterapi.

Blinde og svagtseende er dog kun berettiget til almindelig ridefysioterapi.

Patienter med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom kan således ikke få vederlagsfri ridefysioterapi.

Det er den behandlende læge, der skal henvise til ridefysioterapi.

Henvisningen skal bero på en konkret lægelig vurdering af, om patienten kan have gavn af ridefysioterapi.

Tilskuddet til almindelig ridefysioterapi udgør 80 % af fysioterapeutens og rideskolens honorar og fuldt tilskud på 100 % til vederlagsfri ridefysioterapi.

Rammer for udøvelsen af fysioterapi

Fysioterapi finder sted i forskellige dele af sundhedsvæsenet. Eksempler på forskellige steder er hospitaler, ambulatorier, genoptræningsenheder (kommuner), enheder for specialiseret genoptræning (region), rehabiliteringscentre (kommunalt og regionalt), offentlig sundhedsfremme i kommunerne, fysioterapeutiske klinikker, plejehjem og ældrecentre.

Praksisplanen er begrænset til at beskæftige sig med de fysioterapeutiske ydelser, der leveres i praksissektoren eller i spændet mellem praksissektoren og de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

1.3 Data

Data refereret i praksisplanen er primært baseret på dataudtræk fra praksissektorens administrative system, som er yderregisteret³, datavarehuset⁴. Derudover er der anvendt data fra Danmarks Statistik, spørgeskema udsendt af Kommunernes Landsforening til kommunerne samt de øvrige regioners praksisplaner.

I forbindelse med praksisplanlægningen er der indhentet oplysninger fra de enkelte fysioterapeutiske klinikker i praksissektoren i form af en spørgeskemaundersøgelse.

Spørgeskemaet til praksis med fast praksisadresse blev udsendt med henblik på at belyse fysioterapeuters ventetider, elektroniske tilgængelighed samt ønsker til kvalitetsudvikling og faglig udvikling. Undersøgelsen sluttede i august 2013 med en svarprocent på 55 %, svarende til 66 ud af 120 adspurgte klinikker. 69 % af besvarelserne kom fra klinikker med mere end 5 ansatte. Undersøgelsen benævnes herefter *praksisspørgeskemaundersøgelse*.

1.4 Høring og godkendelse

Praksisplanen er udarbejdet af Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden i samarbejde med repræsentanter for de praktiserende fysioterapeuter i regionen.

Planudkastet var i perioden [ultimo februar 2015 til 1. juni 2015](#) i høring blandt de vigtigste interessenter (se høringsliste i bilag 1 til planen). Samarbejdsudvalget vedr. fysioterapi har den **XX** godkendt praksisplanen, hvorefter planen er endeligt godkendt i regionsråd og i kommunalbestyrelser.

³ Yderregisteret (Notus Behandler) indeholder oplysninger om de enkelte ydere.

⁴ Datavarehuset (Targit BI Suite version 2K10) indeholder primært registreringer om yderes produktion og sikredes forbrug af ydelser og medicin.

2. Kapacitet i fysioterapipraksis

Formålet med dette kapitel er at tilrettelægge den fremtidige kapacitet for fysioterapi i praksissektoren, herunder at beskrive arbejdet med de administrative retningslinjer for sagsbehandlingen af praksisforhold.

Tilrettelæggelsen tager udgangspunkt i kapacitetsbeskrivelsen, der primært omhandler kapacitet og økonomiske opgørelser af tilbud i praksissektoren for almindelig, vederlagsfri og ridefysioterapi.

2.1 Målsætninger

De overordnede målsætninger for kapaciteten i fysioterapipraksis er:

- *Lige adgang og tilgængelighed til fysioterapiydelser i praksissektoren*
 - At alle klinikker har adgangs- og toiletforhold, som er egnede for personer med funktionsnedsættelse
 - At nye klinikker placeres med let trafik al adgang.
 - At alle klinikker har tilbud om holdtræning og træningsfaciliteter, gerne i samarbejde med andre sundhedsaktører
- *Fagligt og organisatorisk bæredygtige klinikker*
 - At alle klinikker har en størrelse som fremmer høj kvalitet i behandling og økonomisk bæredygtighed
 - At alle mobile ydere tilknyttes fast praksisadresse
- *Koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med det øvrige sundhedsvæsen*
 - At kapaciteten ses i sammenhæng med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen
 - At der sker større koordinering mellem den vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) og den kommunale aktivitet i henhold til Serviceloven.
 - At den nuværende kapacitet fastholdes.

Målsætningerne skal opfattes som pejlemærker, som både region, kommuner og praksissektor stræber mod i planperioden. Praksisplanens anbefalinger skal understøtte opfyldelsen af målsætningerne.

2.2 Den fremtidige kapacitet

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At kapaciteten fastholdes på nuværende niveau
- At kapaciteten skal analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer i faktorer, som kan påvirke kapaciteten.
- At der tilstræbes en ligelig fordeling af kapaciteten mellem planområderne.
- At det sikres, at fysioterapiklinikker tilbyder holdtræning til de relevante patienter

Vurderingen af den fremtidige kapacitet i praksissektoren bygger på følgende faktorer som befolknings- og patientudvikling, produktion og forbrug af fysioterapeutiske ydelser, overlappende tilbud udenfor praksissektoren samt det økonomiske perspektiv. De væsentligste faktorer gennemgås nedenfor.

2.2.1 Faktorer med betydning for vurdering af kapacitet

Der er mange elementer, der påvirker planlægning af den fremtidige kapacitet i praksissektoren for fysioterapi. Her kan nævnes befolkningstilvæksten og udviklingen i sygdomsmønstret. Der er desuden flere behandlingstilbud som overlapper eller er afhængige af hinanden. Disse er:

- Almindelig fysioterapi
- Vederlagsfri fysioterapi
- Specialiseret genoptræning
- Kommunale tilbud på vederlagsfri fysioterapi
- Ridefysioterapi
- Tilbud efter Servicelovens § 86, stk. 1 og 2
- Øvrige kommunale tilbud

Af tabel 1 fremgår, at der er i alt 644 fysioterapeuter i Region Hovedstaden, hvoraf 456 er lejere på klinikker og 165 er klinikejere. De resterende fordeler sig på ansatte og mobile fysioterapeuter.

Tabel 1. Fysioterapeuter, fordelt på planområder, status pr. 1. september 2014

Planområde	Ansatt	Ejer	Ledig kapacitet	Lejer	Mobil ejerkapacitet	Ledig mobil ejerkapacitet	I alt
Nord	3	41	0	109	0	0	153
Midt	9	52	0	141	0	0	202
Byen	3	37	0	100	2	0	142
Syd	2	32	0	106	1	0	141
Mobile kapaciteter *	0	3	1	0	0	2	6
I alt	17	165	1	456	3	2	644

Kilde: Yderregisteret (Notus Regional), status per 1. september 2014 (udtræksdato 10. november 2014).

*Den særlige række for mobile kapaciteter omhandler mobile kapaciteter uden fast tilknytning - i Københavns Kommune.

Tabel 2 nedenfor viser, at den fysioterapeutiske kapacitet pr. sikrede (gruppe 1) ikke er jævnt fordelt i regionen. I planområde Nord er der i gennemsnit 3.217 sikrede pr. kapacitet, mens der i planområde Syd er 1 fuldtidskapacitet pr. 5.853 sikrede.

Tabel 2. Region Hovedstadens fysioterapeutiske kapaciteter samt sikrede per kapacitet, fordelt på planområder

Planområde	Kapaciteter	Sikrede (gruppe 1)	Sikrede per kapacitet
Nord	98	315.229	3.217
Midt	127	446.992	3.520
Byen	90	486.071	5.401
Syd	87,5	512.116	5.853
Mobile kapaciteter*	4,5		
I alt	407	1.760.858	4.326

Kilde: Yderregisteret (Notus Regional), status per 1. september 2014 (udtræksdato 10. november 2014), og antal sikrede er trukket i Targit.

Note: Opgørelserne pr. 1. september 2014 (udtræksdato 10. november 2014) viser 450 sikrede, der ikke har en folkeregisteradresse, der kan tilknyttes en kommune i Region Hovedstaden.

*Den særlige række for mobile kapaciteter omhandler mobile kapaciteter uden fast tilknytning - i Københavns Kommune.

Der er også på landsplan forskelle i antal sikrede pr. fuldtidskapacitet. Det fremgår af tabel 3, at Region Syddanmark har flest sikrede per fuldtidskapacitet, mens Region Sjælland har færrest. Region Hovedstaden har 4.326 sikrede pr. fuldtidskapacitet. Det gennemsnitlige antal sikrede pr. fuldtidskapacitet på landsplan er på 4.208.

Tabel 3. Kapacitet samt sikrede pr. fuldtidskapacitet fordelt på regioner, status pr. 1. september 2014

Yder Region	Kapaciteter	Sikrede (gruppe 1)	Sikrede per fuldtidskapacitet
Region Nordjylland	129,5	580.276	4.481
Region Midtjylland	295	1.278.540	4.334
Region Syddanmark	240	1.201.583	5.007
Region Hovedstaden*	407	1.760.858	4.326
Region Sjælland	283	817.774	2.890

Kilde: Region Hovedstadens data: yderregisteret (Notus Regional og Targit). Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, er indrapporteret fra regionerne. Antal kapaciteter for Region Sjælland er for 2013 og oplyst på regionens hjemmeside.

Note: Der har været en fejl i Yderregisteret, hvorfor der i forrige praksisplan for fysioterapi stod opgivet en samlet kapacitet på 406,5. Den korrekte kapacitet er 407.

2.2.2 Kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Kommunalt vederlagsfri fysioterapi tilbydes i 13 af regionens 29 kommuner.

Kommunerne har forskellige tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Flertallet af disse tilbud er holdtræning, og nogle kommuner tilbyder tilbud om individuel behandling, hjemmebehandling og bassintræning.

Nogle kommunale tilbud er målrettet patienter med en progressiv lidelse, og andre tilbud er målrettet svært fysisk handicappede patienter. Tilbuddene kan være afgrænsede efter diagnoser, funktionsniveau og alder.

Kommunalt vederlagsfri fysioterapi er som udgangspunkt placeret sammen med tilbud efter sundhedsloven og serviceloven.

Table 4. Kommuner der har oprettet tilbud om vederlagsfri fysioterapi

Kommune	Startdato	Antal pt. i alt
Albertslund	01.01.2010	ej oplyst
Ballerup	01.01.2012	7
Brøndby	01.08.2013	6
Egedal	01.10.2009	ej oplyst
Furesø	01.01.2009	77
Gentofte	10.10.2010	1
Gladsaxe	01.01.2011	31
Halsnæs	01.01.2012	22
Hillerød	01.03.2014	0
Høje-Taastrup	01.08.2008	110
Ishøj	01.06.2008	23
Lyngby-Taarbæk	01.01.2008	15
Rudersdal	01.01.2013	0
I alt		292

Kilde: KL spørgeskemaundersøgelse 2014, suppleret med enkelte kommuners hjemmesider

Antal patienter, der har modtaget vederlagsfri fysioterapi i kommunalt regi er steget fra 141 patienter i 2009 til 292 patienter i 2013.

2.2.3 Holdtræning

Holdtræning indgår som et vigtigt tilbud i fysioterapipraksis. En forudgående fysioterapeutisk undersøgelse og vurdering danner grundlag for, hvilket hold patienten bliver indstillet til. Her har fysioterapeuten haft mulighed for at tilrettelægge træningsprogrammer, der er tilpasset den enkelte patients behov og ligeledes instruere, korrigere og videreudvikle de enkelte øvelser.

De praktiserende fysioterapeuter skal som følge af tiltrædelsen af overenskomst for vederlagsfri fysioterapi kunne behandle patienter med en progressiv lidelse. Ifølge overenskomsten for vederlagsfri fysioterapi skal patienter med en progressiv lidelse som udgangspunkt tilbydes holdtræning.

Individuel behandling skal kun tilbydes efter udarbejdelse af en undtagelsesredegørelse. En undtagelsesredegørelse er vurderingen af, om patienter med progressiv lidelse skal have mere end én individuel behandling eller om en patient med svært fysisk handicap har brug for individuel behandling eller en forlængelse af behandlingen ud over limiteringen på 20 behandlinger.

Ud af 115 klinikker i regionen tilbyder de 103 holdtræning.

2.2.4 Ydelsesudvikling

Tabel 6 viser, at andelen af fysioterapipraksis, der tilbyder holdtræning, er steget med 3 procent i perioden 2012 – 2013 for så vidt angår almindelig fysioterapi og 10 procent for vederlagsfri fysioterapi.

Tabel 6. Produktion af individuelle ydelser og holdydelser fra 2009-2013 samt udviklingen fra henholdsvis 2009-2013 og 2012-2013

		2009	2010	2011	2012	2013	2009-2013	2012-2013
		<i>Antal ydelser</i>					<i>ændring i procent</i>	
Almindelig fysioterapi (speciale 51)	Individuel Behandl.	1.040.271	1.055.110	1.083.582	1.102.751	1.073.729	3,22	-2,63
	Holdtræning	139.657	149.958	155.909	165.951	170.531	22,11	2,76
Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)	Individuel Behandl.	739.640	753.366	815.685	860.474	846.952	14,51	-1,57
	Holdtræning	68.704	80.040	89.333	108.056	118.587	72,61	9,75
	Bassintræning	3.699	3.173	2.455	2.237	5.226	41,28	133,62
Blandede hold	Holdtræning	48.353	54.138	59.285	62.938	73.748	52,52	17,18
	Bassintræning	12.249	13.531	13.182	13.144	13.891	13,41	5,68
	I alt	2.052.573	2.109.316	2.219.431	2.315.551	2.302.664	12,18	-0,56

Kilde: Yderregisteret (Targit)

Note: Ydelser produceret af Region Hovedstadens fysioterapeuter i det pågældende afregnings år. Det samlede antal ydelser er i den forrige praksisplan for 2011-2014 angivet til at være 2.051 (antal i 1.000). Denne forskel skyldes afrunding. Det korrekte antal er angivet i tabellen ovenfor.

Ud af de 103 klinikker i regionen som tilbyder holdtræning, tilbyder 21 også bassintræning.

2.2.5 Udgiftsudvikling

Udgiften opgøres som:

- Udviklingen i de samlede udgifter fordelt på produktion og forbrug
- Udviklingen i produktion pr. fuldtidskapacitet
- Produktion og forbrug pr. patient og pr. indbygger

Tabel 7. Produktion og forbrug (i kroner) i løbende priser af fysioterapeutiske ydelser for perioden 2009-2013.

År	Produktion		Forbrug	
	Almindelig fysioterapi (speciale 51)	Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)	Almindelig fysioterapi (speciale 51)	Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)
2009	108.844.830	159.086.900	107.547.405	159.382.351
2010	112.864.084	168.227.145	111.354.110	168.439.465
2011	117.216.321	186.067.412	115.690.478	186.008.253
2012	121.961.621	202.711.394	120.384.553	202.600.610
2013	121.040.138	209.435.198	119.588.024	209.121.458

Kilde: Yderregisteret (Targit)

Note: Produktion ydet af Region Hovedstadens fysioterapeuter i det pågældende afregnings år. Forbrug er Region Hovedstadens borgeres forbrug af fysioterapeutiske ydelser i det pågældende afregnings år.

Det fremgår af tabel 7, at udgifterne til fysioterapeutiske ydelser er steget både for almindelig og vederlagsfri fysioterapi. Region Hovedstadens borgeres forbrug af fysioterapeutiske ydelser inden for vederlagsfri er steget med ca. 50 mio. kroner i løbende priser fra 2009-2013, mens der ses en stigning på omkring 12 mio. for almindelig fysioterapi.

Som gennemgået i ovenstående afsnit, er vurdering af den samlede kapacitet afhængig af flere udefrakommende faktorer, f.eks. befolkningstilvækst eller udviklingen af sygdomsmønstre.

Den fysioterapeutiske kapacitet i praksissektoren i Region Hovedstaden har været uændret over de seneste år. Vurderingen baserer sig på patientudviklingen, antal indbyggere pr. fuldtidskapacitet, produktion, forbrug pr. fuldtidskapacitet samt det økonomiske perspektiv. Derfor anbefales det, at den fysioterapeutiske kapacitet i Region Hovedstaden forbliver uændret i planperioden.

2.2.6 Flytning og geografisk placering af ydernumre

Region og kommuner kan ifølge overenskomstens § 18-21 beslutte at ændre antallet af kapaciteter efter indstilling fra samarbejdsudvalget.

I sidste planperiode var det en målsætning at se på redskaber til at sikre en jævn fordeling af kapacitet i regionen. Samarbejdsudvalget har måttet konstatere, at det er svært at udligne de geografiske forskelle i fordelingen af antallet af fysioterapeuter inden for en kortere tidshorisont, med de muligheder som samarbejdsudvalget har til rådighed og inden for den eksisterende økonomiske ramme. Det er stadig en overordnet målsætning at sikre en jævn fordeling af kapaciteten.

2.2.7 Mobile fysioterapeuter

Det er aftalt mellem overenskomstens parter, at antallet af mobile fysioterapeuter bør udfases, da mobile fysioterapeuter som oftest ikke har tilknytning til et fagligt miljø og ej heller tilbyder holdbehandling.

Parterne er derfor blevet enige om, at det fra den 01-01-2015 ikke længere er muligt at opslå nye ydernumre som mobile fysioterapeuter (jf. bilag 7). Behovet for mobil behandling skal fortsat dækkes, dog fremover af klinikkerne.

Udfasningen af ordningen med mobile fysioterapeuter bunder ikke i et ønske om at begrænse den fysioterapeutiske kapacitet.

2.2.8 Flere praksisadresser

Praksisplanens forudsætninger for fysioterapeuters aktivitet på hovedadressen gælder også for aktivitet på en ekstra praksisadresse.

I tilknytning hertil har Samarbejdsudvalget aftalt følgende principper:

Ved orientering af samarbejdsudvalget om hensigten om brug af flere praksisadresser med samme ydernummer, vil samarbejdsudvalget tillægge det afgørende betydning, at anmelderen kan sandsynliggøre, at der er behov for større fleksibilitet for at tilgodese patienternes behov for kvalitet, nærhed og valgmuligheder, herunder at målsætningerne i praksisplanens afsnit 3 om 'Udvikling i fysioterapipraksis', fremmes.

Ved orientering af samarbejdsudvalget om hensigten om brug af flere praksisadresser med samme ydernummer, udsendes henvendelsen umiddelbart i høring blandt praktiserende fysioterapeuter indenfor planområdet. I høringen anmodes om svar på, hvorvidt de sandsynliggjorte forbedringer, vil påvirke behandlingsmulighederne i resten af planområdet og – i givet fald – på hvilken måde.

Høringsfristen fastlægges til 3 uger fra udsendelsesdatoen.

Senest 3 uger efter høringsfristens udløb, svares anmelderen.

Som følge af ny overenskomst udgår boks 5 om 'Mulighed for flere praksisadresser', i bilag 4.

Kommentar [SK1]: Selvstændigt punkt på fysioterapi SU dagsordenen. Tilrettes efterfølgende.

2.3 Ridefysioterapi

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At kapaciteten fastholdes på nuværende niveau.
- At samarbejdsudvalget i planperioden implementerer den tilsynsordning med rideskolerne, som blev udarbejdet i sidste planperiode

2.3.1 Kapacitet og geografisk fordeling af fysioterapipraksis

I Region Hovedstaden tilbydes ridefysioterapi på 6 rideskoler. Det foregår på tre lokaliteter i hovedområde Nord, to lokaliteter i hovedområde Midt samt en i Syd. Ridefysioterapien varetages af seks ridefysioterapeuter med en samlet kapacitet på fire fuldtidskapaciteter⁵.

Tabel 9. Kapacitet for ridefysioterapi, fordelt på hovedområder, per 1. september 2014

Hovedområde	Ridefysioterapeuter	Kapacitet	Sikrede	Sikrede pr. kapacitet
Nord	3	2,00	315.229	157.615
Midt	2	1,50	446.992	297.995
Byen	0	0,00	486.071	
Syd	1	0,50	512.116	1.024.232
Total	6	4	1.760.858	440.215

Kilde: Yderregisteret, Notus Regional

Note: Antal sikrede per 1. september 2014 (udtræksdato 10. november 2014).

Som det fremgår af tabel 9, er der ingen ridefysioterapeuter i planområde Byen. Patienter herfra benytter således andre planområder. Der er endvidere ikke nogle ridefysioterapeuter på Bornholm.

2.3.2 Produktion og forbrug

De samlede udgifter til ridefysioterapi fremgår af tabel 10 fordelt på hovedområde og speciale. Det fremgår, at regionens ridefysioterapeuter har en samlet produktion på knap 9 mio. kr. Det svarer til ca. 2,2 mio. kr. pr. fuldtidskapacitet.

Tabel 10. Produktion og forbrug af almindelig (speciale 57) og vederlagsfri (speciale 65) ridefysioterapi, opgjort som bruttohonorarer (i 1.000 kr.) 2013.

Hovedområde	Produktion, 1000 kr.		Forbrug, 1000 kr.	
	Speciale 57	Speciale 65	Speciale 57	Speciale 65
Nord	56	3.868	45	3.139
Midt	34	4.896	45	2.922
Byen	0	0	7	1.930
Syd	0	0	11	2.143
Total	90	8.764	108	10.135

Kilde: Sygesikringsregisteret, Targit

Note: År er afregnings år

⁵ 2 ridefysioterapeuter på fuldtid, og 4 ridefysioterapeuter med mellem 6 og 15 timer om ugen. Dette er blevet rundet op til 4 ridefysioterapeuter, der arbejder fuldtid.

Geografisk placering af ydernet

Ridefysioterapi er et særligt felt, idet ydelsen kræver særligt stort areal. Fx er det svært at udbyde ridefysioterapi i planområde byen.

Det anbefales, at kapaciteten fastholdes på nuværende niveau. I det omfang, der opstår mulighed for det, vil det tilstræbes at udligne de geografiske forskelle i kapaciteten.

Tilsynsordning med rideskoler

Implementeringsgruppen for fysioterapi vedtog i 2012 en tilsynsordning med rideskolerne/klubberne, herunder en vejledning til praktiserende ridefysioterapeuter om krav til rideskolen/klubben og behandlingsforholdene før tiltrædelse og efter tiltrædelse som ridefysioterapeut. Se bilag 2.

Parterne anbefaler, at samarbejdsudvalget i planperioden implementerer tilsynsordningen med rideskolerne i denne planperiode.

Udkast

2.4 Service og tilgængelighed

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At tilgængelighed indgår som et væsentligt kriterium, når samarbejdsudvalget træffer beslutning vedrørende ansøgning om flytning eller kapacitetsudvidelser.
- At fysisk tilgængelighed gøres til en betingelse ved ansøgning om nynedsættelser (nye kapaciteter).
- At samarbejdsudvalget årligt følger op på fysisk tilgængelighed i fysioterapipraksis. Opfølgningen sker på baggrund af yderregistrets oplysninger.
- At samarbejdsudvalget planlægger en indsats for at udbrede tilbuddet om elektronisk kommunikation i fysioterapipraksis.
- At samarbejdsudvalget følger op på indberetning af ventetider til sundhed.dk.

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for personer med funktionsnedsættelser. Tilgængelighed betyder, at personer med funktionsnedsættelser kan få adgang til samme ydelser og fysiske færden som personer uden funktionsnedsættelser. Ifølge FN's Handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009, er der en pligt til at fremme adgangen for personer med handicap til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

Region, kommuner og praktiserende fysioterapeuter lægger vægt på, at den fysiske tilgængelighed til og i fysioterapipraksis forbedres i planperioden.

Overenskomsten 2014 for Fysioterapi har fokus på patientrettet service i form af ventetider samt tilgængelighed for regionens borgere, såvel fysisk som telefonisk og elektronisk, samt at fysioterapi skal sørge for at have ajourførte praksisdeklarationer på sundhed.dk.

2.4.1 Fysisk tilgængelighed

Ved fysisk tilgængelighed forstås blandt andet egnede adgangs- og toiletforhold for personer med funktionsnedsættelser. Eksempelvis at der er adgang til praksis for kørestole og at der er handicapparkeringsmuligheder indenfor en rimelig afstand til praksis.

Den fysiske tilgængelighed er aftalt i overenskomsten 2014:

Boks 5 – Overenskomstens tekst

Vilkår vedrørende praksis med offentligt tilskud

§ 28 (alm. fys) og § 24 (ved. fys)

Stk. 6. Alle fysioterapeuter skal tilstræbe, at deres klinikker og træningslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede og at der er handicapegnede toiletfaciliteter.

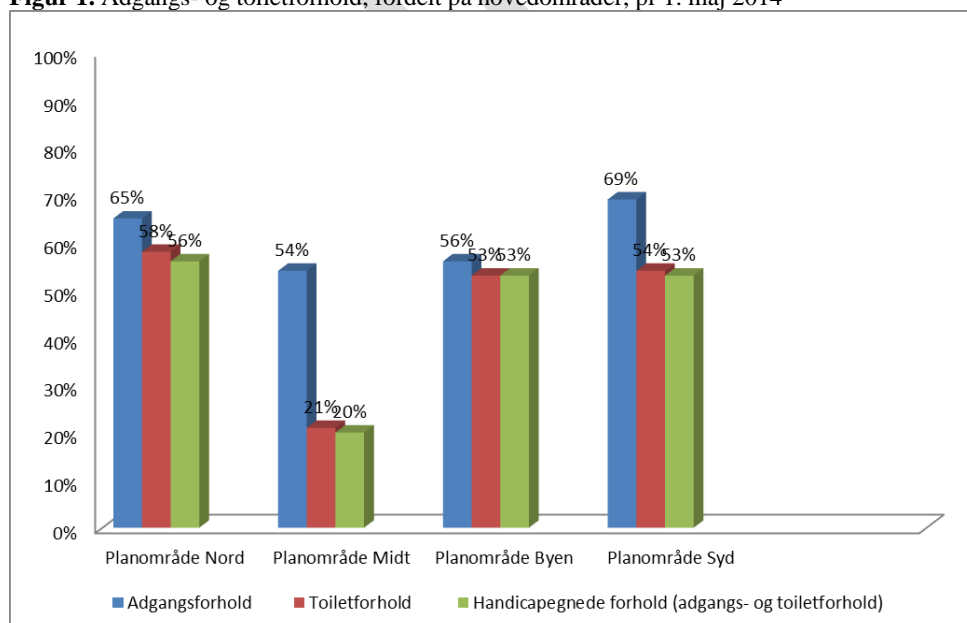
Stk. 7. Fysioterapeuten skal på sin praksisdeklaration jf. § 6, stk. 4, give relevante oplysninger om parkeringsforhold, adgangsforhold samt toiletfaciliteter, så bevægelseshæmmede har mulighed for at vælge en fysioterapeut, hvor adgangsforhold og indretning passer til patientens behov.

Stk. 8. Ved nybygning og væsentlig ombygning af klinikker gælder de generelle krav i bygningslovgivningen til erhvervsbyggeri om niveaufri adgang, handicaptoilet osv.

Ved flytning, væsentlige ombygninger eller nybygning skal byggelovgivningens regler efterleves.

Figur 1 viser procentfordelingen for den fysiske tilgængelighed i fysioterapipraksis, fordelt på regionens planområder:

Figur 1. Adgangs- og toiletforhold, fordelt på hovedområder, pr 1. maj 2014



Kilde: Yderregisteret, Notus Regional

Fysisk tilgængelighed registreres i regionens yderregister, som indeholder oplysninger om samtlige praksis i regionen.

Regionens oplysninger om fysisk tilgængelighed er dog ikke altid fyldestgørende. Årsagen er, at overenskomsten for fysioterapi ikke omfatter entydige definitioner af tilgængelighedsbegrebet. Oplysningerne i yderregistret er således baseret på praksis' egen vurdering.

62 % af fysioterapiklinikkerne i regionen angiver i yderregistret, at de har adgangsforhold, som er egnede for personer med funktionsnedsættelser. 45 % af klinikkerne oplyser, at de har toiletforhold, som er egnede for handicappede. 45 % af klinikkerne har både egnede adgangs- og toiletforhold.

God Adgang mærkning

Danske Fysioterapeuter indgik i 2012 en aftale om God Adgang mærkning af deres medlemmers klinikker. God Adgang er en forening, som bl.a. vha. en mærkningsordning arbejder for at synliggøre tilgængelighed til bygninger og udearealer.

Boks 6. God Adgang mærkeordning

God adgangs mærkeordning består af 7 mærker, som dækker handicapgrupper med hvert deres behov for tilgængelighed: Kørestolsbrugere, gang-, arm- og håndhandicappede, synshandicappede, hørehandicappede, astmatikere og allergikere, udviklingshandicappede og personer med læsevanskeligheder.

Praksis får tildelt et mærke for hver af de handicapgrupper, hvor klinikken opfylder de pågældende gruppers minimumskrav til tilgængelighed.

I dag er 35 klinikker God Adgang mærket i Region Hovedstaden. 19 af dem har alle 7 mærker, og er dermed tilgængelige for følgende handicapgrupper: kørestolsbrugere, gang-, arm- og udviklingshandicappede og personer med læsevanskeligheder.

Information om klinikkernes tilgængelighed findes på sundhed.dk.

Det anbefales, at fysisk tilgængelighed indgår som et væsentligt kriterium, når samarbejdsudvalget træffer beslutning vedrørende ansøgning om flytning eller kapacitetsudvidelser. Det anbefales endvidere, at fysisk tilgængelighed gøres til en betingelse ved ansøgning om nynedsættelser (nye kapaciteter).

Parterne er enige om, at følge op på oplysninger om fysisk tilgængelighed i fysioterapipraksis på baggrund af yderregistrets oplysninger.

2.4.2 Elektronisk tilgængelighed

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At der planlægges en indsats for at udbrede anvendelsen af elektronisk kommunikation i fysioterapipraksis.

Med elektronisk tilgængelighed menes kontaktmuligheder ved henvendelse fx via e-mail, elektronisk tidsbestilling og/eller praksis' hjemmeside.

De elektroniske muligheder for kontakt til praksis skal sikre en hurtig og nem kontakt til fysioterapeuten.

Vedrørende den elektroniske tilgængelighed angiver overenskomsten fra 2014 følgende:

Boks 7 – Overenskomstens tekst

Anskaffelse og anvendelse af IT i fysioterapipraksis

§ 34, stk. 3 (alm. fys) og stk. 4 (ved. fys)

Det er en fælles målsætning, at fysioterapeuter tilbyder elektronisk tidsbestilling til patienterne, så vidt det er hensigtsmæssigt.

Undersøgelse om elektronisk tidsbestilling og anvendelse af e-mail

Implementeringsgruppen for Praksisplan for fysioterapi 2011-2014 iværksatte i juni 2013 en spørgeskemaundersøgelse vedr. ventetider (jf. næste afsnit), elektronisk tidsbestilling og kvalitet og fysioterapipraksis. Undersøgelsen er gennemført med henblik på at bidrage til et samlet billede af tilgængeligheden i fysioterapipraksis. Samarbejdsudvalget godkendte undersøgelsens resultater på møde ultimo marts 2014, jf. bilag 3.

Undersøgelsen sluttede i august 2013 med en svarprocent på 55 %, svarende til 66 ud af 120 adspurgte klinikker.

86 % af de klinikker, der deltog i undersøgelsen, oplyser, at de har en form for elektronisk tilgængelighed.

I forhold til spørgsmålet om hvorvidt klinikken har en e-mailadresse til kommunikation om ikke-personfølsomme forhold med patienter, f.eks. fakturaer til patienter, træningsprogrammer eller afbud, svarede 14 % nej.

69 % (svarende til 46 klinikker) anvender ikke elektronisk tidsbestilling.

Boks 8

Elektronisk tidsbestilling

En vejledning til elektronisk tidsbestilling er tilgængelig for klinikkerne på sundhed.dk. Med vejledningen kan patienterne få oplysning om, hvornår det er hensigtsmæssigt at bestille tid på hjemmesiden, og hvornår patienterne bør tage kontakt til klinikken. Den informerer om, at visse konsultationer kræver mere tid, end der er afsat i et tidsbestillingsmodul og derfor ikke kan foretages via internettet. Derudover anbefales det at tage kontakt til klinikken, hvis man skal til konsultation i ydertidspunkterne, samt hvis der er tale om en akut tid.

Parterne er blevet enige om, at samarbejdsudvalget skal planlægge en indsats for at udbrede anvendelsen af elektronisk kommunikation i fysioterapipraksis.

2.4.3 Telefonisk tilgængelighed

Med telefonisk tilgængelighed menes muligheder for kontakt til praksis ved telefonisk henvendelse.

Telefonisk tilgængelighed indgår som en del af overenskomsten for fysioterapi § 6 om valg af fysioterapeut (almindelig og vederlagsfri fysioterapi).

Denne angiver om telefonisk tilgængelighed, at ”En række oplysninger skal være tilgængelige for patienten på den fælles offentlige sundhedsportal (sundhed.dk). Endvidere skal fremgå kliniknavn, klinikadresse, telefonnummer, evt. e-mailadresse og hjemmeside samt information om mulighed for elektronisk tidsbestilling”.

2.4.4 Ventetider

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At der følges op på indberetning af ventetider til sundhed.dk.

Vedrørende ventetider angiver overenskomsten følgende:

Boks 9 – Overenskomstens tekst

Valg af fysioterapeut

§ 6, stk. 5 (alm. fys og ved. fys)

Der skal på den fælles offentlige sundhedsportal endvidere være oplysninger om holdtræningsfaciliteter og evt. mulighed for bassintræning, om klinikkens åbningstider, om ventetider for ikke-akutte patienter (i uger) samt om klinikkens eventuelle særlige arbejds- og interesseområder og supplerende oplysninger af saglig og relevant karakter. Endvidere skal oplyses navn, alder, køn og anciennitet på de fysioterapeuter, der er tilknyttet klinikken som lejere.

Som en del af implementeringsgruppens spørgeskemaundersøgelse vedr. ventetider og elektronisk tidsbestilling i juni 2013 blev de praktiserende fysioterapeuter adspurgte om ventetiden på fire forskellige tidspunkter over et kalenderår.

Undersøgelsen viste, at 85-90 % af patienterne kom til behandling inden for 2 uger, heraf 53-60 % indenfor en uge.

Undersøgelsen viste, at 81 % af klinikkerne tilbyder hjemmebehandling. Der er dog mere ventetid på hjemmebehandling – typisk en ventetid på 1-2 uger.

Det anbefales i denne planperiode, at der følges op på indberetning af ventetider til sundhed.dk.

3. Udvikling i fysioterapipraksis

Formålet med dette afsnit er at beskrive, hvordan de fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren ønskes udviklet i planperioden. Der er fokus på samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet samt kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis.

3.1 Målsætninger

Udviklingen af fysioterapeutpraksis tager udgangspunkt i følgende målsætninger:

- *At sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med brugeren og det resterende sundhedsvæsen, med henblik på optimering af behandling og anvendelse af ressourcer.*
- *At sikre udvikling af den faglige kvalitet i fysioterapipraksis.*

3.2 Samarbejde på tværs

Det giver særlige udfordringer i forhold til koordinering og samarbejde, at fysioterapi tilbydes både i hospitalssektoren, i praksissektoren og i kommunalt regi. Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne havde bl.a. til formål at skabe en sammenhæng, som er klar og gennemskelig for borgere med varigt nedsat fysisk funktionsevne. Ikke mindst i forhold til denne gruppe fordres der samarbejde og koordination mellem region, praksis og kommunerne.

Borgeren skal opleve, at sundhedsvæsenet i regionen er sammenhængende og koordineret. Ligesom at borgeren er og oplever at være samarbejdspart i eget forløb. Udfordringen er betydelig indenfor fysioterapien, hvor forebyggelse, behandling og rehabilitering af patienter er tværsektoriel.

I mange tilfælde er det nødvendigt, at behandling og forebyggelse af funktionsnedsættelser sker i samspil med andre behandlere for at opnå et godt resultat. Et sammenhængende patientforløb inden for det fysioterapeutiske felt kan involvere praktiserende speciallæger, fx reumatologer og neurologer, kiropraktorer, den alment praktiserende læge, den praktiserende fysioterapeut og fysioterapeut på hospital og/eller kommune. Derudover kan en række private aktører og sundhedspersoner, der ikke har overenskomst med kommunerne og regionen, være involveret.

I dag samarbejder fysioterapeuterne med de alment praktiserende læger og hospitaler, men fysioterapeuterne har også et ønske om styrket samarbejde med de praktiserende speciallæger. Et fagligt samarbejde med speciallægepraksis og hospitaler vurderes relevant ud fra såvel et fagligt som et kapacitetsmæssigt synspunkt.

Det er vigtigt for opnåelse af gode og sammenhængende patientforløb, at fysioterapeuterne indgår i et samarbejde med de øvrige relevante behandlere omkring borgeren/patienten.

Denne praksisplan retter fokus på indsatser, som skal medvirke til større grad af samarbejde og samordning mellem praktiserende fysioterapeuter, hospitaler og kommuner.

3.2.1 Brugeren som aktiv samarbejdspart

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At udvikle brugerinddragelse i fysioterapipraksis [både med patienter i almindelig fysioterapeutisk behandling samt med](#) personer med et svært fysisk handicap eller personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi efter lægens henvisning.

Der er i Region Hovedstaden vedtaget en bruger- og pårørendepolitik, som bygger på følgende værdier:

Boks 10

Værdier i Region Hovedstadens bruger- og pårørendepolitik

- Vi tager hensyn til, hvem du er,
- Vi træffer ingen beslutning om dig uden dig,
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden,
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb.

Brugerinddragelse handler om at bringe brugerens ønsker og viden i spil. Målet er, at enkelte skal opleve autonomi og evne at mestre egen sygdomsforløb.

Brugeren anses som samarbejdspartner, hvor beslutninger, der har betydning for den enkelte, træffes sammen med vedkommende. Den enkeltes ønske om inddragelse og indflydelse på eget forløb kan variere, hvilket forudsætter respekt og forståelse fra behandlerens side. Et rehabiliterende tilbud indebærer en tæt involvering af borgeren og borgerens målsætning fra forløbets start til slutning af forløbet (jf. samarbejdet mellem fysioterapipraksis og kommuner).

Ved at anvende borgerens viden og ressourcer skabes der en bedre effekt af indsatsen, men også en bedre bruger- eller pårørendeoplevelse af kvaliteten. Den brugeroplevede kvalitet er baseret på brugernes erfaringsbaserede vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet.

Brugerinddragelse er relevant på forskellige tidspunkter:

- Inddragelse på tidligt tidspunkt kan medvirke til at afklare prioriteringer hos brugeren allerede under planlægning af en indsats.
- Inddragelse af brugeren i tilrettelæggelse og implementering af indsatser kan have stor betydning for en interventionens succes, da indsatsen målrettes den enkelte bruger.
- Involvering af den enkelte giver større engagement og bedre effekt.
- Inddragelse i evaluering kan give værdifuld respons til evt. videreudvikling af indsatsen.

Som nævnt ovenfor i kapacitetsdelen om fysioterapien som erhverv (afsnit 1.3), så har fysioterapien en tradition for brugerinddragelse i behandlingen. Dette betyder, at patienten inddrages i forbindelse med tilrettelæggelse af mål og behandlingsplan, og fysioterapeuten sikrer kommunikation med og information til brugeren med henblik på, at vedkommende bedre

kan tage vare på egen sundhed, og dermed også påvirke den kliniske effekt af en given behandling.

Boks 11. Undersøgelse om patienters inddragelse i den vederlagsfri fysioterapi

Danske Fysioterapeuter har gennemført en kvalitativ undersøgelse for at få en uddybende viden om patienternes oplevelse af inddragelse i behandlingen.

De fleste patienter føler sig inddraget i behandlingen i det omfang, de ønsker. Men patienterne savner at være med til at afstemme behandlingen efter dagsformen end om at aftale overordnede mål.¹ Fysioterapeuterne oplever, at det er meget vanskeligt at tale med patienterne om mål og behandlingsplan, når prognosen er dårlig, og ikke mindst hvis patienten har en urealistisk forventning til behandlingen.

Patienterne lægger vægt på, at kemien med fysioterapeuten er vigtig for følelsen af at føle sig inddraget, herunder at fysioterapeuten virker interesseret og nysgerrig, for på den måde at lære patienten at kende og finde frem til den bedst mulige behandling. Andre patienter forbinder inddragelse med, at de selv får indflydelse på behandlingen.¹

Danske Fysioterapeuter gennemførte i 2011 en undersøgelse om patienternes oplevelse af inddragelse i den vederlagsfri fysioterapi. Denne undersøgelse giver de praktiserende fysioterapeuter, patienter og andre interessenter et billede af patienternes oplevelse af inddragelse i deres behandling hos en fysioterapeut. Se boks 17 samt nærmere beskrivelse af undersøgelsen i boks 25 i afsnit 3.5.2 om patientoplevelset kvalitet.

Parterne er enige om, at undersøgelsen og anden evidens om brugerinddragelse skal anvendes i denne planperiode til det videre arbejde med at udvikle og styrke brugerinddragelse i fysioterapipraksis. Parterne ønsker i højere grad involvering af bruger og pårørende via dialog og samarbejde, især til personer med et svært fysisk handicap eller personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi efter lægens henvisning.

3.2.2 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og den øvrige praksissektor, herunder almen praksis

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At forbedre kommunikation mellem fysioterapipraksis og andre faggrupper/dele af sundhedsvæsenet.
- At arbejde med erfaringerne fra epikriseprojektet, herunder fremme antal og kvalitet af epikriser fra fysioterapipraksis til almen praksis.
- At udbrede erfaringerne fra epikriseprojektet til at omfatte epikriseskrivning fra fysioterapipraksis til andre dele af praksissektoren, fx speciallæger (reumatologer og neurologer)

For at understøtte det samlede patientforløb skal fysioterapipraksis være klar til at gå i dialog med andre ydergrupper i praksissektoren inden for de områder, hvor det er meningsfuldt. Et eksempel på dette er komplekse behandlingsforløb i relation til bevægeapparatet, hvor samarbejde mellem praktiserende læger, praktiserende reumatologer, kiropraktorer og

fysioterapeuter kan være relevant. Formålet hermed kan være kommunikation om konkrete patientforløb såvel som samarbejde for at undgå dobbeltundersøgelser.

Patienterne i fysioterapeutpraksis henvises i overvejende grad fra almen praksis. For at sikre det optimale tværsektorielle samarbejde og et sammenhængende forløb for patienten, er det vigtigt, at styrke kvaliteten af kommunikationen mellem almen praksis, speciallægepraksis og fysioterapipraksis. Det er endvidere vigtigt, at de relevante og nødvendige oplysninger er medtaget i såvel henvisninger som i notat til patientens alment praktiserende læge (epikriser). Der skal rettes opmærksomhed til at sikre den gode henvisning.

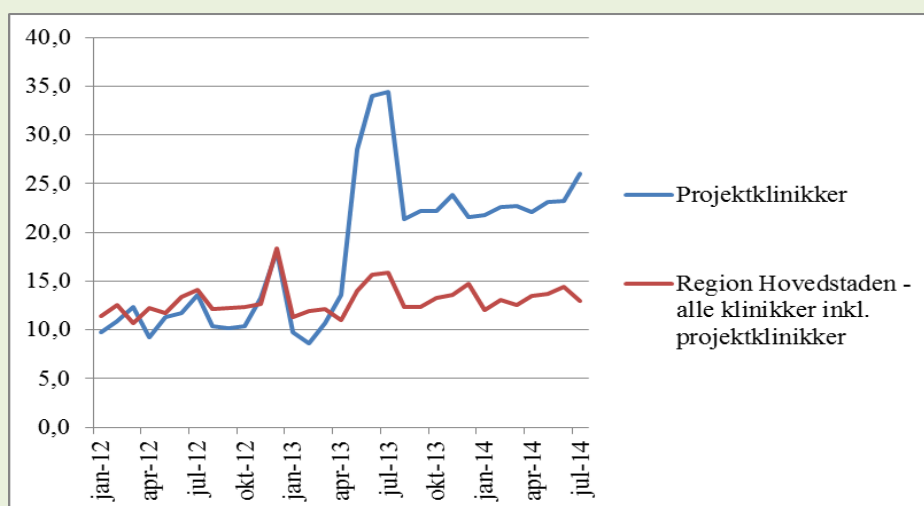
Derfor vil parterne i denne planperiode gøre en indsats for at sikre bedre kommunikation mellem fysioterapeuterne og den øvrige praksissektor. Herunder at kommunikation præsenteres på en overskuelig og struktureret måde for begge parter, således at fokus skærpes på de oplysninger, der er relevante for et sammenhængende forløb. Det anbefales at sikre en mere systematisk tilgang til indhold i henvisningerne fra almen praksis, således at henvisningerne omfatter alle relevante data.

Boks 12. Projekt om epikriser

Der har i planperioden 2011-2014 pågået et pilotprojekt om epikriseskrivning til almen praksis. Formålet var at øge antallet og højne kvaliteten af epikriser sendt fra fysioterapipraksis til almen praksis.

Et år efter projektafslutning ligger projektklinikkerne fortsat over gennemsnittet for regionens øvrige fysioterapeutklinikker ift. at understøtte kommunikationen mellem faggrupperne og i fællesskab skærpe fokus på at få videregivet de oplysninger, der er relevante for et sammenhængende forløb. Dette tyder på at der er en langsigtet effekt af projektdeltagelsen.

Figur 1: Epikriseskrivning for projektklinikker sammenholdt ned øvrige klinikker i Region Hovedstaden



Erfaringerne fra epikriseprojektet ønskes udbredt til kommunikationen med andre dele af praksissektoren. Et eksempel er kommunikationen med speciallægepraksis, hvor reumatologer og neurologer er relevant i denne sammenhæng. Formålet med indsatsen vil være at understøtte kommunikationen mellem faggrupperne og i fællesskab skærpe fokus på at få videregivet de oplysninger, der er relevante for et sammenhængende forløb.

Fysioterapeuterne oplever desuden fortsat at modtage henvisninger fra praktiserende speciallæger på papir. Der vil derfor i planperioden sættes fokus på henvisningernes form.

3.2.3 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og kommuner

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At afdække gråzonen mellem de kommunale tilbud og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi.
- At sikre løbende dialog og koordination mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et sammenhængende forløb.
- At vurdere behovet for at implementere mulige tiltag på baggrund af evalueringen og frikommuneforsøget, med henblik på at styrke dialog, koordination og arbejdsdeling mellem læge, kommune, fysioterapeut og patient.
- At det afprøves at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem fysioterapipraksis og kommunerne med udgangspunkt i 1-2 udvalgte diagnosegrupper.
- Det anbefales at der iværksættes et pilotprojekt vedr. samarbejde om borgere med arbejdsmarkedstilknytning.

Aftaler om regionens samarbejde med kommunerne sker primært i regi af sundhedsaftalen. Dele af sundhedsaftalen med relevans for fysioterapiområdet er indarbejdet i denne praksisplan.

Samarbejdet mellem fysioterapeutpraksis og kommuner er centreret omkring de patientgrupper der er omfattet af bestemmelserne for vederlagsfri fysioterapi. Borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, har varige og alvorlige lidelser, og vil derfor ofte have behov for en helhedsorienteret og sammenhængende tværfaglig indsats.

I sundhedsaftalen vil der sættes fokus på sikring af faglig kvalitet i forhold til rehabilitering og/eller genoptræning, koordinering og opfølgning for gruppen af borgere, der samtidig modtager vederlagsfri fysioterapi.

I henhold til sundhedsaftalen, vil praksisplanens parter i planperioden se på, hvordan man kan afdække gråzonen mellem de praktiserende fysioterapeuter og de kommunale tilbud om rehabilitering og genoptræning og tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Det anbefales, at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne så borgerne sikres et dagligt tilfredsstillende funktionsniveau. Aftalen tager således sit udgangspunkt i, at rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller social funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

I Sundhedsaftalen 2015-2018 er følgende indsats samt anbefaling af betydning for praksisplanen:

Boks 13. Samarbejde på fysioterapiområdet

Borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, har varige og alvorlige lidelser, og vil derfor ofte have behov for en helhedsorienteret og sammenhængende tværfaglig indsats. I sundhedsaftalen skal der sættes fokus på sikring af faglig kvalitet i forhold til rehabilitering og/eller genoptræning, koordinering og opfølgning for gruppen af borgere, der samtidig modtager vederlagsfri fysioterapi.

Det er i aftalen desuden oplagt at se på, hvordan man kan afdække gråzonen mellem de praktiserende fysioterapeuter og de kommunale tilbud om rehabilitering og genoptræning og tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Aftalerne fra sundhedsaftalen skal indarbejdes i praksisplan for fysioterapi med virkning fra 2015-2018.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et sammenhængende forløb.

Overlappende tilbud – kommunal rehabilitering på ældreområdet

I løbet af de seneste år har de fleste kommuner igangsat et trænings- eller rehabiliteringsforløb på ældreområdet, i stedet for eller som supplement til hjemmehjælp.

Pr. 1. januar 2015 træder ændring af Lov om social service (Rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp m.v.) i kraft.

Loven forpligter kommunerne til forud for vurdering af behovet for hjemmehjælp, at tilbyde hjælp til selvhjælp (rehabiliteringsforløb) til borgere, som har brug for hjælp i dagligdagen og som har potentiale til at forbedre deres funktionsevne. Forløbet baseres på en individuel, helhedsorienteret og tværfaglig vurdering af borgerens samlede situation, hvor der både ses på den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne.

[Rehabiliteringsforløbet indebærer et tværfagligt forløb med involvering af borgeren og borgerens målsætning fra forløbets start til slut. Forløbet vil være tidsafgrænset. Potentiel målgruppe er patienter/borgere, som får vederlagsfri fysioterapi og som får et nyt eller øget behov for hjemmehjælp.](#)

[For at understøtte at borgeren oplever en systematisk hjælp til selvhjælp, er det en forudsætning, at de samarbejdende aktører i borgerens forløb arbejder ud fra borgerens mål.](#)

[I planperioden arbejdes der på:](#)

- Informationssammenhæng – dvs. at oplysningerne bliver videregivet mellem de forskellige aktører, involveret i borgerens forløb. Samt at der er fælles retningslinjer for udveksling af data
- Sammenhæng i behandlingen – dvs. at borgeren oplever at indsatsen og rækkefølgen i indsatsen er meningsfuld

Det anbefales at starte med udvælgelse af 1-2 diagnosegrupper til afprøvning

I planperioden arbejdes der med fælles mål vedrørende målgruppen for Fremtidens Hjemmehjælp.

For at understøtte at borgeren oplever en systematisk hjælp til selvhjælp, er det en forudsætning, at der er klarhed over de samarbejdende aktører i borgerens forløb fx:

- ~~Henvisende læge (almen praksis, speciallæge og/eller hospitalslæge)~~
- ~~Praktiserende fysioterapeut~~
- ~~Kommune (sundheds- og omsorgs-, social-, beskæftigelses- og/eller børn og ungeområdet)~~
- ~~Kiropraktor~~

For at styrke kommunikation, koordination, erfaringsudveksling og kvalitetsudvikling mellem de samarbejdende aktører, fokuseres samarbejdet på følgende parametre:

- ~~Relationel sammenhæng – dvs. at borgeren har kontakt til de samme personer~~
- ~~Informationssammenhæng – dvs. at oplysningerne bliver videregivet mellem de forskellige aktører, involveret i borgerens forløb. Samt at der er fælles retningslinjer for udveksling af data~~
- ~~Sammenhæng i behandlingen – dvs. at borgeren oplever at indsatsen og rækkefølgen i indsatsen er meningsfuld~~
- ~~Det anbefales at starte med udvælgelse af 1-2 diagnosegrupper til afprøvning~~

Konsolidering af samarbejde mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter

Der er fortsat behov for at udvikle og konsolidere samarbejdet mellem kommuner og praktiserende fysioterapeuter. Samarbejde mellem en kommune og praktiserende fysioterapeuter skal ske i respekt for, at patienterne har frit valg mellem at modtage vederlagsfri fysioterapi hos en praktiserende fysioterapeut eller i evt. kommunalt tilbud.

Det er derfor vigtigt, at roller, opgaver og forpligtelser hos parterne bliver tydeliggjort. Her kan en række tiltag iværksættes, såsom gensidig orientering om fysioterapeutiske tilbud i kommuner og praksis, styrke kommunikationen, koordination, og kvalitetsudvikling på tværs af kommuner og fysioterapipraksis.

Det fremgår af overenskomstens protokollat vedrørende samarbejde, koordination og kvalitetssikring mellem praktiserende fysioterapeuter og andre områder i sundhedsvæsenet, at kommuner bør orientere om væsentlige ændringer i kapaciteten. Samtidig har kommunerne til opgave at fremme dialogen mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter.

Deling af opgavevaretagelsen med veldefinerede parallelle tilbud sikrer en samlet set fornuftig brug af fysioterapeuternes samlede kompetencer til gavn for den enkelte patient.

Parterne vil i planperioden arbejde for muligheden for mere systematisk dialog og tværsektorielt samarbejde for at understøtte en positiv udvikling til gavn for patienterne. Der vil sættes fokus på fællesskab, samarbejde, dialog, og patienten sættes i centrum.

Boks 14. Frikommuneforsøg

Der er i perioden 2013-2016 igangsat et frikommuneforsøg vedr. vederlagsfri fysioterapi, heraf er to kommuner, Gentofte og Fredensborg, i Region Hovedstaden

Frikommuneforsøget har til formål at afprøve en model for systematisk dialog mellem læge, kommune, fysioterapeut og patient.

Dialogen skal bidrage til at øge fagligheden og kvaliteten i ydelserne til gavn for patienter og medarbejdere. Dernæst er projektets formål at sikre en bedre faglig koordinering, sammenhæng og kvalitet af de tilbud, som patienter får flere steder, og dermed medvirke til at borgeren til enhver tid får det tilbud, som er relevant i forhold til den foreliggende situation.

Endvidere skal koordineringen bidrage til at begrænse, at der leveres overlappende tilbud i kommune og praksissektoren.

Parterne er enige om, at frikommuneforsøgets resultater skal anvendes til at undersøge mulige tiltag, der styrke dialogen mellem læge, kommune, fysioterapeut og patient. Der er pt. ingen foreløbige resultater af frikommuneforsøget. Evaluering af forsøget samt resultater kan fås efter projektets afslutning ultimo december 2015.

Samarbejde om borgere med arbejdsmarkedstilknytning

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At der iværksættes et pilotprojekt vedr. samarbejde om borgere med arbejdsmarkedstilknytning.

For erhvervsaktive borgere, spiller genoptræning/rehabilitering typisk en afgørende rolle i forhold til at fastholde uddannelse og arbejde og få så kort en sygdomsperiode som muligt. For yngre borgere, kan sygdomsperioden måles i udgifter til sygedagpenge, overførsler og tabt skatteindtægt. De fleste borgere, der får genoptræning, har et ukompliceret forløb og har ikke behov for særlige koordinerede indsats mellem social- sundheds- og beskæftigelsesområdet. Men hvis fx borgeren har flere sygdomme, fysiske, sociale og psykiske problemstillinger, svagt netværk, eller ingen uddannelse vil der være et særligt behov for en koordinerede indsats. Det er derfor væsentligt at sikre en tværgående, koordineret indsats mellem kommune og praktiserende fysioterapeuter over for denne borgergruppe fra forløbets start. Det anbefales at der iværksættes et pilotprojekt vedr. samarbejde om borgere med arbejdsmarkedstilknytning.

3.2.4 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og hospitaler

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At gøre en indsats for bedre kommunikation mellem fysioterapeuter og hospital, fx fokusere på elektronisk kommunikation.

Samarbejdet med hospitalerne er centreret omkring de patientgrupper der er omfattet af bestemmelserne for vederlagsfri fysioterapi samt genoptræning.

Kommunikationen mellem fysioterapeut og hospital foregår fortsat som oftest på papir. Fysioterapeuten har desuden ikke mulighed for at kommunikere elektronisk med den henvisende hospitalsafdeling. En af barriererne for dette er at fysioterapeuterne ikke har lokationsnumre for hospitalsafdelingerne i deres it-systemer.

I denne planperiode vil parterne gøre en indsats for bedre kommunikation mellem fysioterapeuter og hospital, fx fokusere på elektronisk kommunikation.

3.2.5 Forløbsprogrammer

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At sikre, at der arbejdes for at sikre kendskabet til forløbsprogrammerne blandt fysioterapeuter med det formål at sikre bedre og ensartet kvalitet og samarbejde mellem de involverede sundhedsaktører.

Der er i Region Hovedstaden udarbejdet patientforløbsprogrammer i forhold til visse kroniske sygdomme, herunder forløbsprogrammer for patientgrupper/sygdomme som diabetes type 2, KOL, hjertekarsygdom, lænderyglidelser og demens. Især forløbsprogrammet for lænderyglidelser er relevant for fysioterapipraksis.

Forløbsprogrammerne beskriver de tværgående faglige indsatser i et patientforløb, med henvisning til kliniske retningslinjer eller lignende. Hermed kan patienten forvente den samme kvalitet uanset hvor i regionen han/hun bor.

I forløbsprogrammerne præciseres, hvem der har ansvaret for hvilke patienter, og hvad indholdet i de indsatser, der gives patienterne, skal være. Formålet er en klar arbejdsdeling mellem sektorerne, som skal sikre, at patienterne oplever et helt og sammenhængende forløb.

Fysisk træning til mennesker med type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekar-sygdom indgår i rehabiliteringsforløb i de godkendte forløbsprogrammer i Region Hovedstaden. De praktiserende fysioterapeuter sammen med andre sundhedsprofessionelle arbejder med rehabilitering af disse målgrupper. Denne opgave ligger i kommunalt regi.

Fysioterapeuter behandler KOL patienter i alle faser af sygdommen. I den akutte fase er der brug for lungefysioterapi, instruktion og fysisk træning. Senere, i den subakutte og stabile fase vil fysioterapeuten skulle lede og supervisere den fysiske træning og bidrage i den tværfaglige KOL rehabilitering med patientundervisning og psykosocial støtte.

Fysisk træning ved fysioterapeuter indgår som en vigtig komponent sammen med medicinsk behandling, diætvejledning, patientuddannelse og andre tiltag i rehabiliterings- og forløbsprogrammer. Opgaven stiller krav om samarbejdskompetencer med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb.

I planperioden vil parterne sikre, at der arbejdes for at sikre kendskabet til forløbsprogrammerne blandt fysioterapeuter med det formål at sikre bedre kvalitet og samarbejde mellem de involverede sundhedsaktører.

3.2.6 Lighed i sundhed

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At afdække muligheder for at arbejde med lighed i sundhed i fysioterapipraksis.

Region Hovedstadens sundhedsprofil viser, at der fortsat er en udfordring med at fremme lighed i sundhed i regionen. Uligheden ses i forhold til sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdomsmønstre samt fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelser, hvor der ses en sammenhæng mellem borgernes sociale position og sygdomsrisiko. Regionens sundhedsprofil viser, at jo lavere uddannelsesniveau og indkomst jo større er risikoen for sygdom, hvilket hænger sammen med en mere uhensigtsmæssig adfærd ift. motion, kost, rygning mv.

Ulighed i sundhed har forskellige årsager og skal derfor bekæmpes med forskellige typer af indsatser. Det betyder, at alle sundhedsvæsenets sektorer herunder fysioterapipraksis skal være bedre til at rumme borgere med forskellige behov, ressourcer og udfordringer.

Region Hovedstadens sundhedsprofilundersøgelse dokumenterer endvidere, at patienternes sygdomsmønster går i retning af flere kroniske og livstilsrelaterede lidelser. Dette stiller krav om udredning og behandling ud fra en rehabiliterende tilgang, som understøtter selvstændig livsførelse. Dette er særlig væsentlig for KOL, hjertekar og artrose patienter, hvor fysioterapipraksis har en vigtig rolle i forhold til at facilitere de optimale rammer for selvtræning.

I arbejdet med lighed i sundhed kan der overordnet tages udgangspunkt i to typer af strategier, henholdsvis den befolkningsorienterede strategi og den individorienterede strategi, som hver især rummer forskellige tilgange til at fremme befolkningens sundhed.

Befolkningsorienteret forebyggelsesstrategi

- Strukturel forebyggelse
- Sundhedskampagner

Individorienteret forebyggelsesstrategi

- Patientrettet forebyggelse
- Borgerrettet forebyggelse

I fysioterapipraksis er den individorienterede forebyggelsesstrategi central for at fremme lighed i sundhed og forebyggelse. Lighed i sundhed kan fremmes ved at give tilbud, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker. Ved konkretisering af de enkelte indsatser kan det præciseres, hvem der er målgruppen, men det er samtidig vigtigt at være opmærksom på at undgå den stigmatisering, der kan ligge i at få et tilbud på baggrund af en bestemt kategorisering af borgere.

I forhold til fysioterapi er det især ny viden om fysisk aktivitet, kommunikation og motivation fokus er rettet mod. Fysisk aktivitet vurderes at have god effekt på såvel den specifikke psykiske sygdom som på livsstilsrelaterede sygdomme, som personer med psykiske sygdom i særlig grad rammes af.

Men fysioterapi til personer med psykisk sygdom er andet og mere end fysisk aktivitet. Psykisk sygdom er kendetegnet ved komplekse problemstillinger. Mange af disse kommer til udtryk i kroppen, og fysioterapeuter har redskaber til med kroppen som indfaldsvinkel at behandle og støtte patienterne i at mestre svære livssituationer.

Praksisplanens parter ønsker at sætte større fokus på at sikre en sammenhængende, systematisk og koordineret forebyggelsesindsats over for sårbare grupper som børn og psykisk syge.

Lighed i sundhed indebærer også, at der skal sikres nødvendige fysiske adgangsforhold i fysioterapipraksis for bl.a. personer med funktionsnedsættelse. Fagpersonerne har ansvar for at sikre, at alle borgere modtager tilbud af ensartet kvalitet. Fx ved at indgå i praksisfællesskaber. Borgerne skal have mulighed for at træne så tæt på egen bopæl som muligt, såvel som der skal være mulighed for fleksible åbningstider (fx for erhvervsaktive borgere).

Eksempel på et initiativ der kan styrke lighed i sundhed, kan være praksiskonsulentindsatser målrettet de praktiserende fysioterapeuters arbejde med udvalgte sårbare patientgrupper eller udvalgte praksisområder på baggrund af data vedr. befolkningens sundhed, fx hentet fra kronikerprofilen som er en del af den regionale Sundhedsprofil.

Et andet eksempel på en indsats der kan understøtte lighed i sundhed, er den motiverende samtale⁶. Fysioterapeuten kan via den motiverende samtale, skriftligt eller mundtligt på borgerens præmisser forsøge at inddrage og motivere borgere i deres sundhed, samt at understøtte at de kommer til fysioterapeutisk behandling. Her kan tilbud om holdtræning også være et værktøj.

Et andet indsatsområde kan være digitalt understøttet træning/telemedicin.

3.2.7 Nye samarbejdsformer

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At der etableres samarbejder med relevante aktører i forhold til at kortlægge mulighederne for at fysioterapipraksis indgår i nye samarbejdsformer med integrerede indsatser.

Parterne er enige om, at borgerne skal opleve høj kvalitet og sammenhæng i den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats.

Særligt er der behov for at fokusere på sårbare borgere, der modtager samtidig behandling fra alle sektorer. Det gælder eksempelvis ældre medicinske patienter og nogle grupper af borgere med kronisk sygdom med hyppige genindlæggelser forårsaget af tilstande, der potentielt kunne være forebygget gennem tidlig og koordineret indsats fra kommune, hospital og praksissektor.

⁶ <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

Der er behov for at afprøve nye organisatoriske løsninger med integrerede tilbud på de områder, hvor vi i dag har svært ved at tilgodese borgerens behov for udstrakt grad af koordination, samtidighed og fleksibilitet i indsatserne.

I den kommende sundhedsaftale er det en politisk målsætning, at region, kommuner og praksissektoren afprøver nye samarbejdsformer og implementerer nye modeller for en integreret opgaveløsning. Udgangspunktet er samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. De nye samarbejdsformer kan f.eks. afprøves ved etablering af fælles adresser med regionale og/eller kommunale tilbud.

Lokalt i regionen og kommunerne, nationalt og internationalt er man i gang med at afprøve organisatoriske modeller med større eller mindre grad af integration omkring fælles mål, ledelse og organisation, medarbejdere og økonomi. Nationale og internationale erfaringer, der både indeholder kommunale og regionale sundhedstilbud, skal inddrages i afprøvningen og udviklingen af nye modeller for integreret opgaveløsning, der også kan involvere fysioterapipraksis.

Udskast

3.3 Praksiskonsulentordning

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At effekten af den regionale praksiskonsulentordning for fysioterapi undersøges i planperioden med henblik på udbredelse af ordningen til også at omfatte vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi.
- At muligheden for en fælles finansieret (regional og kommunal) praksiskonsulentordning for tilskudsberettiget og vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi undersøges i planperioden. Er det ikke muligt at opnå en fællesfinansieret ordning, bør andre muligheder for kvalitetsudvikling inden for vederlagsfri fysioterapi afdækkes.
- At behovet for øget samarbejde, koordination og kvalitetssikring mellem praktiserende ridefysioterapeuter og andre områder i sundhedsvæsenet afdækkes i planperioden.

Praksiskonsulentordningen for almindelig fysioterapi blev etableret pr. 1. januar 2010 ved ansættelsen af to praksiskonsulenter med et samlet timetal på 15 timer/ugentligt.

Ordningen er etableret med henblik på at understøtte kvalitetsudvikling af fysioterapipraksis samt tværsektorielt og tværfagligt samarbejde. Praksiskonsulenterne fungerer som regionens faglige sparringspartnere, ambassadører for kvalitetsudvikling og udøvere af konkrete projekter og aktiviteter. Praksiskonsulentordningen betragtes som et vigtigt implementeringsredskab for kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis.

Praksiskonsulentordningen benytter systematiske metoder til kvalitetsarbejdet og inddrager mulige erfaringer fra øvrige regioner og fra andre ydergrupper. Indsatserne igangsættes ofte som pilotprojekter med færre deltagere, for senere at blive evalueret og justeret inden tilbuddet udrulles til alle (relevante) fysioterapipraksis i regionen.

Årlige handleplaner og årsberetninger for praksiskonsulentordningens virke forelægges samarbejdsudvalget.

Praksiskonsulentordningen er på nuværende tidspunkt regionalt finansieret. Det betyder at praksiskonsulenternes funktion er begrænset til emner vedrørende den almindelige fysioterapi. Denne begrænsning er u hensigtsmæssig i forhold til en generel kvalitetsudvikling i praksis. De praktiserende fysioterapeuter behandler i hverdagen både vederlagsfri patienter og tilskudsberettigede patienter, og der er derfor behov for kvalitetsudvikling inden for begge områder.

Ridefysioterapi

I overenskomst for ridefysioterapi er der fokus på samarbejde, koordination og kvalitetssikring mellem praktiserende ridefysioterapeuter og andre områder i sundhedsvæsenet. I aftalen står der, at praksiskonsulenterne kan have en rolle i dette kvalitetsarbejde, blandt andet i forhold til at sikre mere sammenhængende patient- og genoptræningsforløb samt udvikle fagligt miljø på tværs af faggrupper og sektorer.

Praksiskonsulenternes virke i forhold til kvalitetsudvikling i ridefysioterapien er med den regionale finansiering begrænset til ridefysioterapi under speciale 57. Ridefysioterapeuterne beskæftiger sig dog i langt overvejende grad med vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65). Den nuværende regionale finansiering af praksiskonsulentordningen betyder, at praksiskonsulenterne

ikke kan påtage sig opgaven med kvalitetsudvikling i ridefysioterapi. Uden kommunal medfinansiering må opgaven derfor løses på anden vis.

Funktionsbeskrivelse for den regionale praksiskonsulentordning er vedlagt i bilag 5.

3.4 Kvalitetsudvikling og faglig udvikling

I dette afsnit fokuseres på, hvilke indsatsområder der skal arbejdes med i planperioden for at sikre fremdrift i arbejdet med kvalitetsudvikling og faglig udvikling i fysioterapipraksis.

Kvalitetsudvikling forstås i dette afsnit som udvikling af praksis i relation til patientoplevelset, faglig og organisatorisk kvalitet.

Kvalitetsindsatsen i regionen bør i videst muligt omfang baseres på anerkendte implementeringsmetoder. Organisationen skal derfor løbende holde sig orienteret om nye metoder til implementering af kvalitetstiltag i praksissektoren og være klar til at afprøve og inkorporere disse metoder i den regionale kvalitetsindsats. Indsatserne skal desuden dokumenteres og evalueres med henblik på læring og forbedring.

I regi af overenskomsten er der midler fra praksisfonden til regionalt kvalitetsudviklingsarbejde (jf. afsnit 3.4.5). Øvrig regional kvalitetsudvikling foregår i regi af praksiskonsulentordningen. Kvalitetsudviklingstiltag i planperioden skal derfor ske i tæt samarbejde med praksiskonsulenterne. Desuden vil arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) være rammesættende for kvalitetsarbejdet i den sidste del af planperioden.

3.4.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i fysioterapipraksis i Region Hovedstaden

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At samarbejdsudvalget i planperiodens sidste del understøtter implementeringen af DDKM (Den Danske Kvalitetsmodel) i det omfang opgaven tilfalder regionen

De indsatser, der arbejdes med i planperioden, vil være i overensstemmelse med kvalitetssikring, der i øvrigt arbejdes med på centralt niveau. Overenskomsterne om almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi, samt regionale kvalitetsstrategier er derfor rammesættende for kvalitetsudviklingstiltag bekrævet i denne plan.

Boks 15. Regionale kvalitetsstrategier

Kvalitetsstrategien for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden angiver mål og principper for det fælles kvalitetsarbejde i regionens sundhedsvæsen. Kvalitetsstrategien indeholder fem overordnede indsatsområder for sundhedsvæsenet:

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Styrket patientsikkerhed
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet
- Forløbsstyring og tværsektoriel udvikling

Regionerne har i 2011 fremlagt en fælles regional strategi for kvalitetsudvikling i hele praksissektoren "Kvalitet i praksis", herunder også for fysioterapipraksis. Strategien har som formål at sikre, at der arbejdes systematisk med kvalitet og kvalitetsudvikling i alle behandlergrupper, regionerne og kommunerne indgår overenskomst med.

Som samlande ramme for strategien står Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Der følger heraf, at behandlerne skal arbejde systematisk med den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet i og omkring deres praksis. I regionernes kvalitetsstrategi for praksissektoren er der opstillet følgende målsætninger:

- Senest ved udgangen af 2014 skal der i alle overenskomster på praksisområdet være en konkret plan for, hvordan og hvornår Den Danske Kvalitetsmodel implementeres, herunder plan for den eksterne vurdering
- Alle behandlere på praksisområdet skal arbejde med databaseret kvalitetsudvikling via datafangst, dokumentation og datafeedback samt kvalitetsopfølgning
- Kvalitetscirklen* skal være en fast del af efteruddannelsesstilbuddet til alle behandlere
- Behandlingen skal følge de til enhver tid gældende faglige retningslinjer

*Kvalitetscirklen er et redskab der kan anvendes til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling gennem fire faser: planlægge, afprøve, vurdere og handle ud fra den nye viden.

Overenskomstens rammer for kvalitetsudvikling

Kvalitet indgår også som et centralt emne i overenskomsten for fysioterapi. Her fremgår det, at parterne er enige om, at der skal skabes en kvalitetskultur på praksisområdet på tværs af sektorgrænser, hvor der er en fælles forståelse for og brug af målrettet og systematisk kvalitetsudvikling. Som en del af overenskomsten nedsættes Enhed for Kvalitet (se boks 16 og § 41 i almindelig og vederlagsfri fysioterapi).

Boks 16. Enhed for Kvalitet

Enhed for Kvalitet er betegnelsen for fælles finansieret national enhed som overenskomstens parter har besluttet at nedsætte. Enheden kommer til at have til huse hos Danske Fysioterapeuter og skal i overenskomstperioden beskæftige sig med:

- **Udvikling af standardsæt for Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) tilpasset fysioterapipraksis** med henblik på implementering af en godkendt kvalitetsmodel i næste overenskomstperiode. Udviklingen af standardsættet sker i samarbejde med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). Parterne er enige om at der i forlængelse af udviklingen af standarder igangsættes implementering af diagnosekodning og datafangst.
- **Implementering af kliniske retningslinjer** for at sikre, at der leveres behandling efter bedste faglige standarder.
- **Modernisering.** På baggrund af analyse skal der udarbejdes et inspirationskatalog med forslag til eventuelle moderniseringer af sektoren og overenskomsten. (forhandlingsprotokol 18-06-2014)

Standardsættet for akkreditering af fysioterapipraksis udvikles i et samarbejde mellem IKAS og Enhed for Kvalitet. Regionen er klar til at indgå i arbejdsgrupper og bidrage med viden og sparring i det omfang det efterspørges. Der er endnu ikke klarhed over, hvilken rolle regionerne får i implementeringen af standarderne. Regionen vil i planperiodens sidste del være klar til at understøtte implementeringen af DDKM i fysioterapipraksis i det omfang denne opgave tilfalder regionerne.

Boks 17. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, er et nationalt system til kvalitetsudvikling på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Visionen for Den Danske Kvalitetsmodel er at den via målsætninger for god kvalitet i både enkelttydelser og overgange skal:

- fremme samarbejde mellem sektorerne
- skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb
- skabe løbende kvalitetsudvikling
- inddrage og bruge den viden, der er opnået via forskning og erfaring i den daglige praksis
- dokumentere og synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet
- sikre høj kvalitet på tværs af geografi og sektorer
- gøre sundhedsvæsenet bedre – hele tiden
- forebygge fejl, som koster liv, livskvalitet og ressourcer

3.4.2 Patientoplevelt kvalitet

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At samarbejdsudvalget understøtter arbejdet med den patientoplevede kvalitet i den enkelte praksis.
- At arbejdet med patientsikkerhed sker i tæt samarbejde med den regionale patientsikkerhedsorganisation med særligt fokus på alvorlige hændelser og nær-hændelser.

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet på baggrund af patientens egne oplevelser i sundhedsvæsenet.

Patientoplevet kvalitet og vurdering af patienttilfredshed er centralt i DDKM. Der er her fokus på at brugere og patienter oplever samme høje kvalitetsniveau, uanset hvilken del af sundhedsvæsenet de er i kontakt med. Implementeringen af DDKM i fysioterapipraksis skal også sikre, at de praktiserende fysioterapeuter arbejder optimalt sammen med øvrige sundhedsaktører, så brugere og patienter oplever sundhedsvæsenet som et system, der sikrer et sammenhængende forløb. Et sammenhængende forløb understøttes fx af fysioterapeutens kommunikation med almen praksis, speciallæge praksis og hospital, hvor det er vigtigt at fysioterapeuten har oplysninger fra patientens kontakt med de øvrige sundhedsaktører, som er relevante for patientens fysioterapeutiske behandling. Omvendt er det også vigtigt at de øvrige sundhedsaktører (med patientens samtykke) har adgang til viden om fysioterapeutens behandling og plan for patienten.

Indhentning af patient- og brugeroplevelser udgør en del af grundlaget for en aktiv patientinddragelse som præmis for udviklingen af kvaliteten i sundhedsydelse. I overensstemmelse hermed er samarbejde med og inddragelse af patienterne et vigtigt indsatsområde i regionens bruger-, patient- og pårørendepolitik (jf. afsnit 3.2.1).

Det anbefales, at samarbejdsudvalget understøtter gennemførelse af en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i fysioterapipraksis, når der er udviklet et koncept herfor.

Hvem er patienterne, og hvad er deres oplevelse

Kendskab til patientgrundlaget er en vigtig forudsætning for at arbejde med patientoplevet kvalitet. Det er derfor relevant at vide, hvad der kendetegner patienterne, som de praktiserende fysioterapeuter møder i hverdagen. Patientprofilen (se boks 18), som er udgivet i 2014, belyser patienternes karakteristika og belastningsgrad.⁷ Patienter og fysioterapeuters oplevelse af den vederlagsfri fysioterapi er undersøgt af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Danske Fysioterapeuter i 2011.⁸

⁷http://www.rm.dk/politik/udvalg/samarbejdsudvalg+for+prim%C3%A6r+sektoren/fysioterapeuter/visdagsorden?file=03-06-2014/Aaben_dagsorden/Bilag/Punkt_5_Bilag_1_.pdf

⁸Patienter og fysioterapeuters oplevelse af den vederlagsfri fysioterapi - en kvalitativ undersøgelse Udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Danske Fysioterapeuter

Boks 18. Patientprofilen hos praktiserende fysioterapeuter i Danmark

Undersøgelse af karakteristika for patienter som modtager almindelig fysioterapi (speciale 51) hos de praktiserende fysioterapeuter i Danmark (n=2773 personer). Herunder fremgår tal fra den landsdækkende undersøgelse med værdier fra Region Hovedstaden i parentes

- 66 % kvinder og 34 % mænd (Region Hovedstaden: 67,4 % kvinder og 32,6 % mænd)
- Gennemsnitsalder: 48 år (Region Hovedstaden: 46,5 år)
- 66,3 % havde problemer med ryg, skulder eller nakke (Region Hovedstaden 66,2 %)
- 40 % tog dagligt smertestillende medicin (ikke regionalt opgjort)
- 9,1 % rapporterede at være sygemeldte (n=4885) (Region Hovedstaden: 5,8 %)
-

Om patientgruppen konkluderes: ”Overordnet peger undersøgelsens resultater på at fysioterapipraksis varetager en belastet patientgruppe i primærsektoren. En stor del af patienterne har langvarige smerter, behov for daglig smertestillende medicin, smerter i mere end 2 kropsregioner på samme tid, søvnproblemer, fear avoidance adfærd og manglende evne til at håndtere smerterne. Derudover synes patienternes psykiske velbefindende og livskvalitet at være påvirket.”

Boks 19. Undersøgelse om patienters oplevelse af den vederlagsfri fysioterapi

Danske Fysioterapeuter gennemførte i 2011 i samarbejde med Enheden for Brugerundersøgelser om patienters oplevelser af den vederlagsfri fysioterapi.

Undersøgelsen viser, at patienterne generelt oplever en god kvalitet vederlagsfri behandling. 96 % af patienterne erklærer sig "helt enige" eller "enige" i, at de er tilfredse med den behandling/træning, de får hos deres fysioterapeut. Tilfredsheden er generelt størst, når det gælder, om fysioterapeuten er god til at lytte, om det er let at komme i telefonisk kontakt med fysioterapeuten, og om behandlingsrummet er behageligt at være i.

Patienternes mest negative indtryk af deres behandling handler om der er lagt en plan med nogle klare mål for behandlingen, at patienterne er inddraget i at opstille disse mål, og at fysioterapeuten er god til at vejlede patienterne om deres livsstils betydning for den sygdom, de har.

Patientsikkerhed

Praktiserende fysioterapeuter er, ligesom den øvrige praksissektor, omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Hensigten er at skabe læring, så mængden af utilsigtede hændelser kan reduceres.

I regionen er der nedsat et patientsikkerhedsråd for praksissektoren og kommuner, der skal følge implementeringen af sundhedslovens kapitel om patientsikkerhed og godkende handleplaner i forbindelse med analyse af de utilsigtede hændelser.

I den foregående planperiode er der gennemført et pilotprojekt, som havde til formål at identificere utilsigtede hændelser i fysioterapipraksis og sikre læring. Erfaringerne fra projektet

viser, at der rapporteres meget få hændelser i fysioterapipraksis. Den manglende rapportering kan vidne om, at der endnu ikke er skabt en stærk patientsikkerhedskultur i fysioterapipraksis. Det er derfor fortsat vigtigt, at de praktiserende fysioterapeuter tilskyndes til at identificere og rapportere hændelser og til at arbejde systematisk og konsekvent med de utilsigtede hændelser, der finder sted i praksis.

Praksiskonsulentordningen samarbejder med den regionale patientsikkerhedsorganisation om at øge patientsikkerheden i praksis ved målrettede formidlingsindsatser og eventuelle undervisningsindsatser for praksis, når det skønnes relevant. Indsatsen kan fx være case-baseret formidling med udgangspunkt i alvorlige hændelser, udvalgte temaer eller i tilknytning til aktuelle emner for praksiskonsulentordningens øvrige indsatser.

Endeligt er det væsentligt at sikre, at læring som følge af rapporteringen af utilsigtede hændelser formidles i anonymiseret form til relevante dele af region, kommuner og praksis og anvendes som redskab til kvalitetsudvikling.

3.4.3 Faglig kvalitet

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At samarbejdsudvalget løbende vurderer behovet for at understøtte implementering af kliniske retningslinjer i fysioterapipraksis
- At samarbejdsudvalget understøtter afprøvning og eventuelt inkorporering af implementeringsmodeller for kliniske retningslinjer i det omfang disse udvikles i regi af Enhed for Kvalitet.
- At der igangsættes en afdækning af muligheden for brug af digitalt understøttet træning/telemedicin i fysioterapien i forhold til udvalgte patientgrupper – fx bestemte diagnosegrupper eller patienter, der er forhindret i at møde op på klinikken
- At kvalitetsudviklingstiltag planperioden sker i tæt samspil og overensstemmelse med nationale tiltag initieret af Enhed for Kvalitet.

Ved den faglige kvalitet forstås kvaliteten af de professionelle ydelser, der har helbredelse og lindring som formål. Kvalitet i diagnostik og behandling skal funderes på evidens. En forbedret faglig kvalitet indebærer derfor blandt andet, at de praktiserende fysioterapeuter kender og følger de relevante kliniske retningslinjer og deltager i relevante efteruddannelsesaktiviteter.

Implementering af kliniske retningslinjer

I overenskomsten såvel som i de regionale kvalitetsstrategier er der lagt vægt på implementering af kliniske retningslinjer.

Parterne forventer, at de praktiserende fysioterapeuter følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer.

Ifølge overenskomsten har den kommende nationale Enhed for Kvalitet (jf. afsnit 3.4.1) til opgave at lave et implementeringskoncept med afprøvning af en eller flere modeller, som understøtter implementering af nationale kliniske retningslinjer i praksis. Konceptet skal tage højde for udfordringer og barrierer på området.

Parterne er enige om at følge udviklingen af implementeringskonceptet for kliniske retningslinjer. I det omfang der udvikles implementeringsmodeller, bør modellerne afprøves og inkorporeres i regionens kvalitetsudviklingsindsats.

Digitalt understøttet træning/telemedicin

Telemedicin defineres som digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser leveret over afstand. Telemedicin kan både være et supplement til øvrig behandling og potentiel erstatning for nogle ydelser. Telemedicinske løsninger kan gøre det muligt at fjerne monitorere patienter, og patientens egne målinger og observationer kan inddrages i behandlingen – på tværs af faggrupper og sektorer. Dermed understøttes et sammenhængende patientforløb. Telemedicin kan desuden styrke patientinvolvering og dermed understøtte patient empowerment og patientens mulighed for egenomsorg. I dette perspektiv kan telemedicin bidrage til mere lighed i sundhed.

I planperioden igangsættes en afdækning af muligheden for brug af digitalt understøttet træning/telemedicin i fysioterapien i forhold til udvalgte patientgrupper – fx bestemte diagnosegrupper eller patienter, der er forhindret i at møde op på klinikken.

Efteruddannelse

Efter- og videreuddannelse af praksissektorens fysioterapeuter er organiseret nationalt og foregår i regi af Danske Fysioterapeuter.

Der kan være behov for regionale efteruddannelses tiltag eksempelvis i forhold til at opkvalificere kompetencer og metoder til kvalitetsudvikling eller til at implementere nationale kliniske retningslinjer eller forløbsprogrammer i Region Hovedstaden.

I planperioden bør arbejdsdelingen mellem Region Hovedstaden og den nationale Enhed for Kvalitet i forhold til relevante efteruddannelsesaktiviteter i forbindelse med implementeringen af DDKM afdækkes.

Regionale efteruddannelses tiltag bør udarbejdes og gennemføres i samarbejde med praksiskonsulentordningen.

3.4.4 Organisatorisk kvalitet

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At samarbejdsudvalget understøtter, at den enkelte praksis får metoder og kompetencer til at arbejde med kvalitetsudvikling i egen praksis
- At samarbejdsudvalget understøtter brugen af data i kvalitetsudviklingen – herunder brugen af datafangst og diagnosekodning i det omfang overenskomstens parter påbegynder implementeringen
- At samarbejdsudvalget undersøger muligheden for brug af effektmåling til kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis.

Ved den organisatoriske kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelse af arbejdsgange i fysioterapipraksis, samordningen af sundhedsvæsenets indsats i patientforløb samt brug af data og dokumentation.

Kvalitetsudvikling i egen praksis

Parterne er enige om at understøtte de praktiserende fysioterapeuters kvalitetsudvikling i egen praksis. Målet er at skabe en kvalitetskultur i den enkelte praksis, så medarbejderne er klædt på til både at implementere fx kliniske retningslinjer og DDKM, men også er i stand til at opstille og gennemføre egne (mindre) kvalitetsudviklingsprojekter i hverdagen og kvalitetsudvikle på relevante områder.

Kvalitetskulturen i klinikken kan understøttes ved, at de praktiserende fysioterapeuter introduceres til relevante kvalitetsudviklings- og implementeringsmetoder i forbindelse med praksiskonsulenternes øvrige indsatser – fx ved anvendelse af kvalitetscirklen. Arbejdet med kvalitet i egen praksis anses som en effekt af regionale kvalitetsudviklingstilbud.

Datafangst og diagnosekodning

Ifølge overenskomsten vil datafangst og diagnosekodning blive implementeret i forlængelse af DDKM. Et centralt element i udvikling af kvaliteten af de leverede ydelser i fysioterapipraksis er arbejdet med egne kvalitetsdata. Diagnosekodning er tilsvarende en forudsætning for anvendelsen af datafangst.

Regionen vil i planperioden understøtte implementeringen og brugen af diagnosekodning og datafangst i fysioterapipraksis, såfremt overenskomstens parter påbegynder implementeringen.

Effektmåling

Flere kommuner påtænker at indføre obligatorisk effektmåling på sundhedsområdet.

Københavns Kommune har igangsat en ambitiøs indsats, der skal indføre effektmåling og effektstyring på alle kommunens sundhedsydelser, startende med genoptræningsområdet.

Traditionelt har kvalitetsarbejde på sundhedsydelser i kommunerne været inspireret af Den Danske Kvalitetsmodel, hvor fokus i kvalitetsarbejdet er på processer og procedurer, men ikke på effekterne for borgerne.

Indsamling af data for effekt understøttes blandt andet af nye digitale muligheder for at indsamle data direkte hos borgerne (webbaseret) og samkøring af disse data med kommunens digitale journalsystemer.

I Københavns Kommune ses effektmåling som et væsentligt skridt frem mod en større borgerinddragelse, kvalitet i genoptræningen og styringsredskaber, der bygger på den forskel vi gerne vil gøre for borgeren.

Kommunerne ser gerne at muligheden for effektmåling på det vederlagsfrie område undersøges i planperioden.

3.4.5 Forskning og den regionale kvalitetsudviklingspulje

Praksiskonsulentordningen for fysioterapi er præsenteret i Praksissektorens Forskningsråd. Forskningsrådet arbejder på at synliggøre, udvikle og facilitere mulighederne for forskning i praksissektoren, herunder forskning på tværs af sektorerne. Forskningsrådet medfinansierer ca. to årlige ph.d.-stipendiater til forskning i praksissektoren. Det er en betingelse, at forskningsprojekterne har relevans for praksissektoren. Praksiskonsulentordningens deltagelse i Praksissektorens Forskningsråd understøtter fokus på forskning i fysioterapipraksis, både monofagligt, tværfagligt og tværsektorielt.

Hvert år afsættes midler fra den nationale praksisfond til regionale kvalitetsudviklingspuljer. Puljens formål er at fremme kvalitetsudvikling af fysioterapeutpraksis i regionen.

Kvalitetsudviklingsmidler kan anvendes til at implementere centrale udviklingstiltag og til at tage initiativ til og/eller indgå i regionale mono-/tværfaglige kvalitetsudviklingsprojekter både i forhold til almen og vederlagsfri behandling. Puljens midler kan ikke anvendes til kurser eller efteruddannelse for den enkelte fysioterapeut, men projekter skal favne bredt.

I foregående planperiode blev der udarbejdet en strategi for anvendelsen af puljemidler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje, der supplerer de nationalt fastsatte kriterier knyttet til puljens formål. Strategien har til formål at fokusere kvalitetsudviklingsindsatsen og udstyre styregruppen for implementering af praksisplan for fysioterapi med retningslinjer for vurderingen af ansøgninger. Strategien fremgår af bilag 6, der forventes at blive opdateret i planperioden

Der modtages fortsat få ansøgninger fra praksis. Parterne ønsker, at de metoder, der anvendes i praksiskonsulenternes indsatser (fx kvalitetscirklen), er med til at klæde de praktiserende fysioterapeuter på til at kunne varetage kvalitetsudvikling i egen praksis i henhold til puljens formål.

Udkast

4. Bilagsoversigt

Bilag 1. Høringsliste af praksisplanen for fysioterapi 2015-2019

Bilag 2. Tilsynsordning med rideskoler

Bilag 3. Undersøgelse om elektronisk tidsbestilling og anvendelse af e-mail. SU sag 26. marts 2014.

Bilag 4. Aftaler og administrative retningslinjer

Bilag 5. Funktionsbeskrivelse for den regionale praksiskonsulentordning

Bilag 6. Strategi for anvendelsen af puljemidler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje

Bilag 7. Forhandlingsprotokol af 18.06.2014 mellem Danske Fysioterapeuter og Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Bilag 8. Grundbeskrivelse Fysioterapipraksis i Region Hovedstaden