

Praksisplan for fysioterapi 2011-2014

KKR
HOVEDSTADEN

30. maj 2011

RESUMÉ	4
Anbefalinger	6
INDLEDNING	8
KAPACITETSBEKRI VELSE	13
1. Almindelig og vederlagsfri fysioterapi	14
1.1 Kapacitet og dækningsgrad	14
1.2 Produktion og forbrug	16
1.3 Klinikker	20
1.4 Tilbud om fysioterapi udenfor praksissektoren	24
2. Ridefysioterapi	25
2.1 Kapacitet og dækningsgrad	25
2.2 Produktion og forbrug	25
2.3 Klinikker	26
KAPACITETSPLAN	28
1. Målsætninger	29
2. Den fremtidige kapacitet	29
2.1 Faktorer med betydning for vurdering af kapacitet	29
2.2 Overlappende tilbud	31
2.3 Vurdering af fastsættelse af den fremtidige kapacitet i praksissektoren	32
2.4 Konklusion	33
3. Retningslinjer for behandling af ansøgninger om praksisforhold	34
3.1 Planlægningsområder	35
3.2 Flytning og geografisk placering af ydernumre	36
3.3 Tildeling af ydernumre	38
3.4 Opsplitning af praksis	38
3.5 Flere praksisadresser	39
3.6 Mobile fysioterapeuter	39
UDVI KLINGSPLAN	41
1. Målsætninger	41
2. Samarbejde på tværs af sektorer	42
2.1 Understøttelse af den elektroniske kommunikation på tværs af sektorer	44
2.2 Praksiskonsulentordning	46
2.3 Udvikling af samarbejdsmodeller/dialogfora mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter	46

2.4	Udvikling af samarbejde med speciallægepraksis og hospital	47
3.	Kvalitetsudvikling og faglig udvikling	47
3.1	Implementering af kliniske retningslinjer	48
3.2	Patientsikkerhed i fysioterapiklinikker og på rideskoler	49
3.3	Efteruddannelse	49
3.4	Den regionale kvalitetsudviklingspulje	49
4.	Tilgængelighed	50
4.1	Information på sundhed.dk og elektronisk tidsbestilling	51
4.2	Opgørelse af ventetid	51
5.	Ridefysioterapi	51
5.1	Tilsynspligt med rideskoler	52

Resumé

Praksisplanen er opdelt i tre dele. En kapacitetsbeskrivelse, en kapacitetsplan og en udviklingsplan.

Kapacitetsbeskrivelse

Det følgende er en sammenfatning af fund, der blev gjort i afsnittet, der beskriver kapaciteten i praksissektoren.

Begreberne forbrug og produktion forklares øverst på s. 16.

Kapacitet og dækningsgrad

- Regionens dækningsgrad, defineret som kapacitet pr. indbygger, er over landsgennemsnittet (tabel 1.2).
- Der er en geografisk skæv dækningsgrad indenfor regionen (tabel 1.1 og figur 1.1).
- Den laveste dækningsgrad findes i hovedområde Byen (tabel 1.1).

Produktion og forbrug

- Produktionen af almindelig fysioterapi fra 2006 – 2009 er steget 4,9 % (figur 1.2).
- Produktion af vederlagsfri fysioterapi fra 2006 – 2009 er steget med 10,6 % (figur 1.2).
- Den gennemsnitlige produktion pr. kapacitet er lavere end landsgennemsnittet.
- Den gennemsnitlige produktion pr. kapacitet er steget med 8,2 % fra 2006 – 2009 (figur 1.3).
- Forbruget af vederlagsfri fysioterapi pr. patient er steget ca. 12 % fra 2006-2009 (figur 1.5).
- Forbruget af almindelig fysioterapi pr. patient har i perioden 2006-2009 været stabilt (figur 1.5).

Klinikker

- Ud af 132 fysioterapeutklinikker er 15 mobile og 10 er enkeltmandspraksis (tabel 1.4 og figur 1.6).
- 56 % af klinikkerne har en størrelse på 5 fysioterapeuter eller derover (figur 1.6).
- 71,9 % af respondenterne i praksisspørgeskemaundersøgelsen har handicapegnede adgangsforhold; 17 % har både handicapegnede adgangsforhold og – toiletforhold (tabel 1.5).
- Der er geografisk forskelle i adgangen til bassintræning (tabel 1.6).

Ridefysioterapi

- forbruget af ridefysioterapi for almindelig og vederlagsfri fysioterapi er størst i hovedområde Nord (tabel 2.2).

- to ud af seks rideskoler har tilgængelighed for handicappede (tabel 2.6).

Kapacitetsplan

Kapacitetsplanen behandler primært to dele af den fremadrettede styring af kapaciteten:

Fremtidig kapacitet i praksissektoren

- en række faktorer udenfor overenskomstens rammer påvirker den fysioterapeutiske kapacitet
- 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 i faktorer, som kan påvirke kapaciteten.

Retningslinjer for ansøgninger om praksisrelaterede forhold

- ledige ydernumre opslås i hovedområder med lav dækningsgrad
- der opfordres til flytning af klinikker til områder med lavere dækningsgrad end regionsgennemsnittet
- der skal udarbejdes en kortlægning af, hvordan en geografisk ligelig fordeling af kapacitet kan tilnærmes
- der udarbejdes retningslinjer for behandlingen af ansøgninger om flytning af praksisadresse og dermed kapacitet, opsplitting af praksis og ansøgning om flere praksisadresser
- af kvalitetsmæssige hensyn skal mobile fysioterapeuter fremadrettet tilknyttes en fast praksisadresse.

Udviklingsplan

Udviklingen af det fysioterapeutiske tilbud tænkes fokuseret på tre områder i planperioden:

Samarbejde på tværs af sektorer

- samarbejde mellem sektorer understøttes ved forbedring af den elektroniske kommunikation mellem sektorer, ved etablering, udnyttelse og fokusering af praksiskonsulentordning (er) og ved at kortlægge muligheder for udvikling af samarbejde og samarbejdsmodeller mellem fysioterapipraksis, kommune, praktiserende speciallæger og hospitaler.

Kvalitetsudvikling og faglig udvikling

- kvalitetsudvikling og faglig udvikling fremmes gennem implementering af kliniske retningslinjer i praksis, udvikling af patientsikkert miljø i praksis, regional efteruddannelsestiltag samt iværksættelse af kvalitetsudviklingsprojekter gennem den regionale kvalitetsudviklingspulje.

Tilgængelighed

- der bør i planperioden fokuseres på tilgængeligheden i praksis
- borgeren bør tilgodeses med flere informationer om praksis på sundhed.dk via vejviser og praksisdeklaration

- det bør undersøges i hvilket omfang borgeren oplever ventetider i praksis.

Anbefalinger

I del to og tre findes anbefalinger til det fremadrettede arbejde med kapacitet indenfor og udvikling af det fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren.

Anbefalinger er blevet til med udgangspunkt i arbejdsgruppens drøftelser samt de fund der blev gjort i kapacitetsbeskrivelsen. Følgende er generelle anbefalinger, som skal konkretiseres og udmøntes i planperioden:

Kapacitetsplan

Kapacitet

- at kapaciteten fastholdes på nuværende niveau
- at kapaciteten analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer i faktorer, der kan påvirke kapacitetsbehovet.

Planlægningsområder

- at region og kommuner beslutter at inddele regionen i mindre planlægningsområder, der svarer til kommuneinddelingen og bydelsinddelingen i København Kommune til brug for placering af nynedsættelser og ledige kapaciteter samt i vurderingen af ansøgninger om andre praksisrelaterede forhold.

Flytning og geografisk placering af kapaciteter

- at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for behandlingen af ansøgninger om flytning af praksisadresse bl.a. med inddragelse af kriterier som beskrevet i landsoverenskomsterne og nærværende plan
- at samarbejdsudvalget opslår ledige ydernumre i områder med lav dækningsgrad, fortrinsvis i hovedområde Byen
- at samarbejdsudvalget udarbejder en handlingsplan for udligning af geografiske forskelle i dækningsgrad.

Tildeling af kapacitet

- at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for annoncering og udvælgelse af ansøgere til nynedsættelser og ledig kapacitet.

Opsplitning af praksis

- at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for proceduren for sagsbehandling af ansøgninger om flytning af kapacitet i forbindelse med opsplitning af klinik samt kriterier for godkendelse af en given ansøgning.

Mobile ydernumre

- samarbejdsudvalget opslår nuværende ledige ydernumre med krav om tilknytning til fast praksisadresse.

Udviklingsplan

Med udgangspunkt i arbejdsgruppens drøftelser anbefales følgende i relation til udvikling og koordinering:

Samarbejde på tværs af sektorer

- at samarbejdsudvalget sætter fokus på indholdet af ”den gode epikrise”
- at kommunerne undersøger muligheden for en kommunal praksiskonsulentordning for vederlagsfri fysioterapi.
- at kommunerne udarbejder elektroniske fortegnelser over kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi
- at samarbejdsudvalget undersøger, hvordan samarbejdet mellem fysioterapeutpraksis og hospital og speciallægepraksis kan udvikles.

Kvalitetsudvikling og faglig udvikling

- at samarbejdsudvalget udarbejder strategi for tildelingen af de årlige puljemidler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje
- at samarbejdsudvalget udarbejder en strategi for implementering af kliniske retningslinjer
- at samarbejdsudvalget sætter fokus på udarbejdelse af implementeringsplaner for nationale klinisk retningslinjer.

Tilgængelighed

- at samarbejdsudvalget undersøger i hvor høj grad klinikkerne anvender elektronisk tidsbestilling
- at samarbejdsudvalget tager initiativ til en undersøgelse af ventetider.

Ridefysioterapi

- at samarbejdsudvalget udarbejder rammerne for en tilsynsordning med rideskolerne og implementerer selve ordningen, herunder bør supplerende kvalitetskrav til rideskolerne for så vidt angår fysisk tilgængelighed indtænkes.

Indledning

Baggrund og formål

Denne plan er den første praksisplan for fysioterapi, der er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen.

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 § 10, stk. 1 i Landsoverenskomst for almindelig fysioterapi og § 15, stk. 1 Landsoverenskomst for 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.

Målet med praksisplanen er at sikre

- lige adgang og tilgængelighed til fysioterapiydelser i praksissektoren
- fagligt og organisatorisk bæredygtige klinikker
- koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med det resterende sundhedsvæsen.

Allerede i 2008 blev en foreløbig Delplan til praksisplan for fysioterapi udarbejdet af regionen. Planen bestod af

- en kapacitetsbeskrivelse for den almindelige og vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi
- en kapacitets- og udviklingsplan, der indeholdt fremadrettet planlægning for kun for den almindelige fysioterapi.

Delplanen er implementeret for så vidt, at en praksiskonsulentordning og en datakonsulentordning for den almindelige fysioterapi er etableret.

Delplanen udgår ved nærværende plans godkendelse.

Praksisplanen er udarbejdet på baggrund af drøftelser i arbejdsgruppen vedr. praksisplanlægning nedsat under Samarbejdsudvalget for fysioterapi.

Boks 1

Samarbejdsudvalget for fysioterapi

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.

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

Arbejdsgruppen har bestået af repræsentanter fra region, kommune og de praktiserende fysioterapeuter. Arbejdsgruppens kommissorium er vedlagt i bilag 1.

Den regionale praksiskonsulentordning har deltaget i arbejdsgruppens drøftelser om udviklingsplanen. En repræsentant for ridefysioterapeuterne deltog i arbejdsgruppens drøftelser om drift og udvikling af det ridefysioterapeutiske speciale.

Afgrænsning

Planperiode er afgrænset til 2011-2014.

Nærværende praksisplan beskæftiger sig med specialerne:

- 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.

Fysioterapiens rolle indenfor det samlede sundhedsvæsen

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

- Undersøgelse, analyse og funktionsdiagnostik
- Intervention/behandling
- Evaluering, dokumentation og kvalitetssikring
- Tværfagligt samarbejde og formidling¹

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

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

Henviste patienter med diagnoser omfattet af Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledninger vedr. fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi kan modtage vederlagsfri behandling, se i øvrigt faktaboks 1 nedenfor.

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

Almindelig og vederlagsfri fysioterapi

Landsoverenskomsternes område er afgrænset ved at:

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

De enkelte ydelser er nærmere beskrevet i overenskomsterne.

Boks 2

Vederlagsfri fysioterapi

Vederlagsfri fysioterapi gives efter lægehenvielse til personer med varigt svært fysisk handicap eller til personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom med det formål at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller forhale forringelse af funktioner.

Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi beskriver retningslinjer og målgruppen i detaljer.

Ridefysioterapi

Ridefysioterapi er en form for fysioterapi, hvor heste indgår som levende behandlingsredskaber. Ridefysioterapi foregår altid på hold.

Ridefysioterapi udføres af ridefysioterapeuter. For at praktisere med tilskud skal ridefysioterapeuten have gennemført en særlig uddannelse, der udbydes af Danske Fysioterapeuter.

Der anvendes hjælpepersonale, hvortil der ikke er særlige kompetencekrav.

Ridefysioterapeuten indgår aftale med en rideskole eller rideklub, hvor ridefysioterapien udføres. Rideskolen godkendes af regionen og kommunerne.

Ridefysioterapi kan være vederlagsfri eller tilskudsberettiget (almindelig). Den alment praktiserende læge afgør ud fra fastsatte henvisningskriterier om patienten er berettiget til almindelig eller vederlagsfri ridefysioterapi.

Data

Oplysninger refereret i praksisplanen er baseret på dataudtræk fra yderregisteret², datavarehuset³, Danmarks statistik og de andre regioners praksisplaner.

I forbindelse med praksisplanlægningen blev der indhentet oplysninger fra de enkelte kommuner og de enkelte fysioterapeutiske klinikker i praksissektoren i form af tre spørgeskemaundersøgelser.

Spørgeskemaet til de 29 kommuner (vedlagt i bilag 2a og 2b) blev udsendt med henblik på at belyse kommunale forhold, der har, eller vil få, betydning for kapaciteten i praksissektoren, herunder kommunernes tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Skemaet blev returneret af samtlige 29 kommuner. Undersøgelsen benævnes herefter *kommunal spørgeskemaundersøgelse*.

Spørgeskemaet til praksis (vedlagt i bilag 3) med fast praksisadresse blev udsendt med henblik på at belyse den fysiske tilgængelighed i praksis, holdtilbud og kompetencer samt indhente de praktiserende fysioterapeuters ønsker til kvalitetsudvikling og faglig udvikling. 64 klinikker har indsendt besvarelser, hvilket udgør en gennemførelsesprocent på 56⁴. Undersøgelsen benævnes herefter *praksisspørgeskemaundersøgelse*.

Spørgeskemaet til ridefysioterapeuterne (vedlagt i bilag 3) blev udsendt med henblik på at belyse forholdene i de rideskoler som der anvendes til i behandlingssammenhæng, samt ridefysioterapeuternes ønsker til kvalitetsudvikling og faglig udvikling. Spørgeskemaet blev besvaret af alle fem. Undersøgelsen benævnes herefter *ridefysioterapispørgeskemaundersøgelse*.

Områdeinddeling

For overskuelighedens skyld inddeles opgørelser og tabeller, hvor det er relevant geografisk på regionens hovedområder Nord, Midt, Byen og Syd. Opgørelserne fordelt geografisk på de enkelte kommuner vedlægges i bilag. Kommunernes tilhørsforhold til hovedområder fremgår nedenfor.

Hovedområder i Region Hovedstaden (indbyggere, afrundet)

Hovedområde	Nord	Midt	Byen	Syd
	(310.000)	(426.000)	(466.000)	(481.000)

² Yderregisteret (Notus Behandler) indeholder oplysninger om de enkelte ydere.

³ Datavarehuset (Targit BI Suite version 2K10) indeholder primært registreringer om yderes produktion og sikredes forbrug af ydelser og medicin.

⁴ De 15 mobile klinikker er trukket fra i beregningen af gennemførelsespct., da det for dem ikke var muligt at besvare spørgsmål om fysisk tilgængelighed og dermed gennemføre undersøgelsen.

Planlægnings- områder	Frederikssund	Egedal	Brønshøj	Valby
	Gribskov	Furesø	Husum	Vesterbro ⁵
	Halsnæs	Ballerup	Vanløse	Amager Øst
	Hillerød	Herlev	Frederiksberg	Amager Vest
	Allerød	Rødovre	Bispebjerg	Høje-Taastrup
	Helsingør	Gladsaxe	Nørrebro	Albertslund
	Fredensborg	Lyngby-	Indre By	Ishøj
	Hørsholm	Taarbæk	Østerbro	Vallensbæk
		Rudersdal	Bornholm	Brøndby
		Gentofte	Christiansø	Glostrup
				Hvidovre
				Tårnby
				Dragør

Opdelingen i hovedområder svarer til hospitalsplanens (2007) inddeling i optageområder og planlægningsområder, ligesom den øvrige praksisplanlægning i regionen anvender en tilsvarende inddeling.

Det skal bemærkes, at som følge af tekniske vanskeligheder indeholder hovedområde Byen i denne plan Københavns Kommune inkl. Vesterbro, Valby og Amager. Hovedområde Syd er eksklusiv Vesterbro, Valby og Amager.

Uoverensstemmelsen skyldes tekniske vanskeligheder med at trække data på bydelsniveau i København.

Planens opbygning

Praksisplan for fysioterapi består af tre dele:

Del 1 – Kapacitetsbeskrivelse

Kapacitetsbeskrivelsen leverer grundoplysninger, der knytter sig til praksissektorens kapacitet, dækningsgrad, økonomi og udgiftsudvikling samt klinikkernes antal, personsammensætning, tilgængelighed, holdtilbud og kompetencer.

Del 2 – Kapacitetsplan

Kapacitetsplanen beskriver hvilke forhold, der fremtidigt kan spille ind på kapaciteten i praksissektoren samt konklusion på den fremtidige kapacitet i praksissektoren. Der fastlægges retningslinjer for praksisflytning og tildeling af ydernumre.

Del 3 – Udviklingsplan

Udviklingsplanen beskriver hvordan samordning, koordination og kvalitetssikring af det fysioterapeutiske tilbud sikres i planperioden.

⁵ Herunder Kongens Enghave og Sydhavnen

Kapacitetsbeskrivelse

Formålet med dette afsnit er at beskrive kapacitet, økonomi og tilgængelighed af det fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren for såvel almindelig, vederlagsfri og ridefysioterapi. Beskrivelsen skal danne baggrund for den fremtidige planlægning af kapaciteten.

Sammenfatning

Kapacitet og dækningsgrad

- Regionens dækningsgrad, defineret som indbyggere pr. kapacitet, er over landsgennemsnittet (tabel 1.2).
- Der er geografisk skæv dækningsgrad indenfor regionen (tabel 1.1 og figur 1.1).
- Den laveste dækningsgrad findes i hovedområde Byen (tabel 1.1).

Produktion og forbrug

- Produktionen af almindelig fysioterapi fra 2006 – 2009 er steget 4,9 % (figur 1.2).
- Produktion af vederlagsfri fysioterapi fra 2006 – 2009 er steget med 10,6 % (figur 1.2).
- Den gennemsnitlige produktion pr. kapacitet er lavere end landsgennemsnittet.
- Den gennemsnitlige produktion pr. kapacitet er steget med 8,2 % fra 2006 – 2009 (figur 1.3).
- Forbruget af vederlagsfri fysioterapi pr. patient er steget ca. 12 % fra 2006-2009 (figur 1.5).
- Forbruget af almindelig fysioterapi pr. patient har i perioden 2006-2009 været stabilt (figur 1.5).

Klinikker

- Ud af 132 fysioterapeutklinikker er 15 mobile og 10 er enkeltmandspraksis (tabel 1.4 og figur 1.6).
- 56 % af klinikkerne har en størrelse på 5 fysioterapeuter eller derover (figur 1.6).
- 71,9 % af respondenterne i praksisspørgeskemaundersøgelsen har handicapegnede adgangsforhold; 17 % har både handicapegnede adgangsforhold og – toiletforhold (tabel 1.5).
- Der er geografisk forskelle i adgangen til bassintræning (tabel 1.6).

Ridefysioterapi

- Forbruget af ridefysioterapi for almindelig og vederlagsfri fysioterapi er størst i hovedområde Nord (tabel 2.2).
- To ud af seks rideskoler har tilgængelighed for handicappede

1. Almindelig og vederlagsfri fysioterapi

1.1 Kapacitet og dækningsgrad

Den samlede fysioterapeutiske kapacitet i regionen er 406,5 fuldtidskapaciteter, jf. tabel 1.1. Kapaciteten er fordelt på 444 ydere under 30 timer og 177 ydere over 30 timer. Set i forhold til befolkningstal giver det en dækningsgrad på 4.134 indbyggere pr. fuldtidskapacitet i regionen. Således er dækningsgrad et ensartet mål for antallet af fysioterapeuter tilmeldt landsoverenskomsten set i forhold til et område eller regionens antal af indbyggere.

Der er geografiske forskelle i dækningsgraden i regionen. Antallet af indbyggere pr. fuldtidskapacitet varierer fra 3.186 i hovedområde Nord til 5.654 i hovedområde Byen. Se nærmere i tabel 1.1 og figur 1.1.

Forskellene i dækningsgrad har en historisk forklaring, som bl.a. kan tilskrives nedlæggelse af de fysiurgiske klinikker i København Kommune i 1999, som tilhører hovedområde Byen.

Tabel 1.1 Den fysioterapeutiske kapacitet samt indbyggere pr. fuldtidsfysioterapeut, Region Hovedstaden, pr. 15. juni 2010

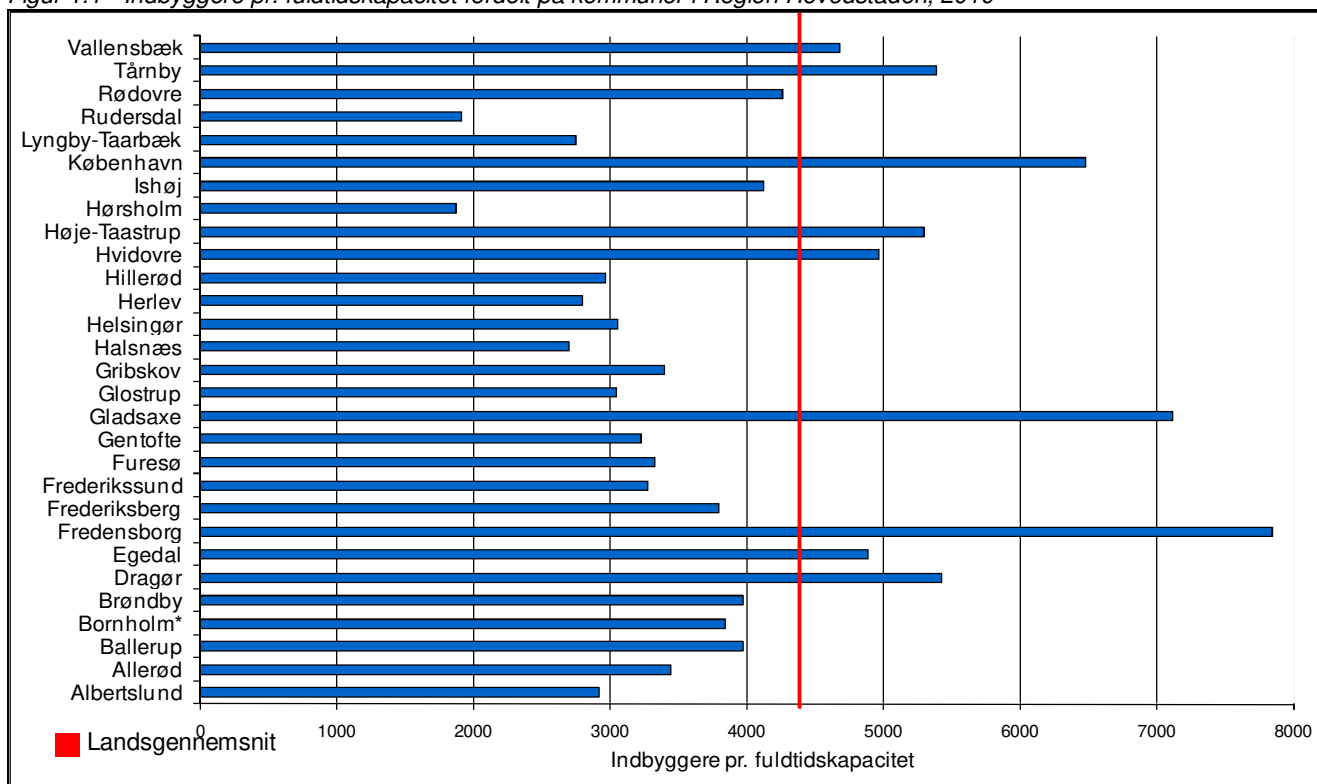
Hoved- område	Over 30 timer*	Under 30 timer*	Fuldtids- kapacitet i alt	Indbyggere	Indbyggere pr. fuldtids- kapacitet
Nord	47	102	98	312.262	3.186
Midt	52	146	128,5	432.021	3.362
Byen**	52	124	118	667.181	5.654
Syd	26	72	62	268.807	4.336
I alt	177	444	406,5	1.680.271	4.134

* Som hovedregel beregnes over/under 30 timer som henholdsvis 0,5 og 1 kapacitet. Optællingen er dog optalt på ydernumre. Da kompagniskabspraksis deler ydernummer er der i få tilfælde knyttet op til 3 kapaciteter på et ydernummer, hvorfor der ikke er fuld overensstemmelse mellem over/under 30 timer og fuldtidskapaciteter.

** Byen er inklusiv Valby, Vesterbro og Amager

Kilde: Yderregisteret

Figur 1.1 - Indbyggere pr. fuldtidskapacitet fordelt på kommuner i Region Hovedstaden, 2010



Også på landsplan er der forskelle i dækningsgrad.

Det fremgår af tabel 1.2, at Region Syddanmark har flest indbyggere pr. fuldtidskapacitet. Region Sjælland har færrest. Region Hovedstaden placerer sig under landsgennemsnittet.

Tabel 1.2 Kapacitet samt indbyggere pr. fuldtidskapacitet, hele landet, 1. kvartal 2010

Region	Fuldtidskapacitet	Indbyggere pr. fuldtidskapacitet
Hovedstaden	406,5	4.134
Nordjylland	131,0	4.139
Midtjylland	293,5	4.035
Syddanmark	241,0	4.989
Sjælland	188,5	3.906
Landsgennemsnit	1260,5	4.395

Kilde: Danmarks Statistik, folketal, april 2010
 Praksisplan for fysioterapi i Nordjylland, 2010
 Udkast til praksisplan for fysioterapi i Region Sjælland, 2009
 Praksisplan for fysioterapi i Region Syddanmark, 2010
 Praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland, 2010

1.2 Produktion og forbrug⁶

Produktion henviser til regionens egne fysioterapeuters produktion af ydelser enten for regionens borgere eller borgere i andre regioner.

Forbruget af ydelser henviser til regionens egne borgeres forbrug af ydelser i Region Hovedstaden eller i andre regioner. Forbrugs- og produktionsbegrebet kan tilsvarende anvendes på kommuneniveau.

Oplysninger om produktion er væsentlige i forhold til en vurdering af, om den samlede kapacitet i regionen er passende.

Oplysninger om forbrug er anvendelige i vurdering af udgiftsudviklingen for region og kommuner i Region Hovedstaden. Forbrug svarer til udgiften for Region Hovedstaden og kommunerne beliggende i regionen.

Ydelsesudvikling

I 2009 blev der produceret ca. 2 mio. ydelser indenfor både almindelig og vederlagsfri fysioterapi. Heraf var 86,8 % individuelle ydelser. Samlet set er produktionen af ydelser steget med 3,4 % fra 2008 til 2009. De mest markante udviklinger ses i forhold til holdtræning for vederlagsfri fysioterapi og for holdtræning og bassintræning for blandede hold, hvor der ses stigninger på henholdsvis 13,0 %, 25,4 % og 16,1 %. Se tabel 1.3.

Tabel 1.3 Produktion af individuelle ydelser og holdydelser, 1.000 ydelser / %

		2008	2009	2008-09
Almindelig fysioterapi	Individuel	1.040	1.039	-0,1 %
	Holdtræning	133	140	4,8 %
Vederlagsfri fysioterapi	Individuel	696	740	6,3 %
	Holdtræning	61	69	13,0 %
	Bassintræning	4	4	-5,8 %
Blandede hold	Holdtræning	39	48	25,4 %
	Bassintræning	11	12	16,1 %
Samlet		1.983	2.051	3,4 %

Kilde: Datavarehuset

Udgiftsudvikling⁷

Udgiften opgøres i det følgende som

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

⁶ Den økonomiske opgørelse af produktionen omfatter udelukkende regionernes og kommunernes udgifter til fysioterapi. En behandlings egenbetaling er et udestående mellem patienten og fysioterapeuten og indgår derfor ikke i de tilgængelige data. Egenbetalingen medregnes ikke i hverken forbruget eller produktionen.

⁷ Udgiften omfatter både produktion og forbrug, men forbruget er Region Hovedstadens udgift samt kommuners beliggende i regionen. En andel af produktionen kan være andre regioners udgift.

Udviklingen i forholdet mellem den samlede produktion og det samlede forbrug er illustreret i figur 1.2.

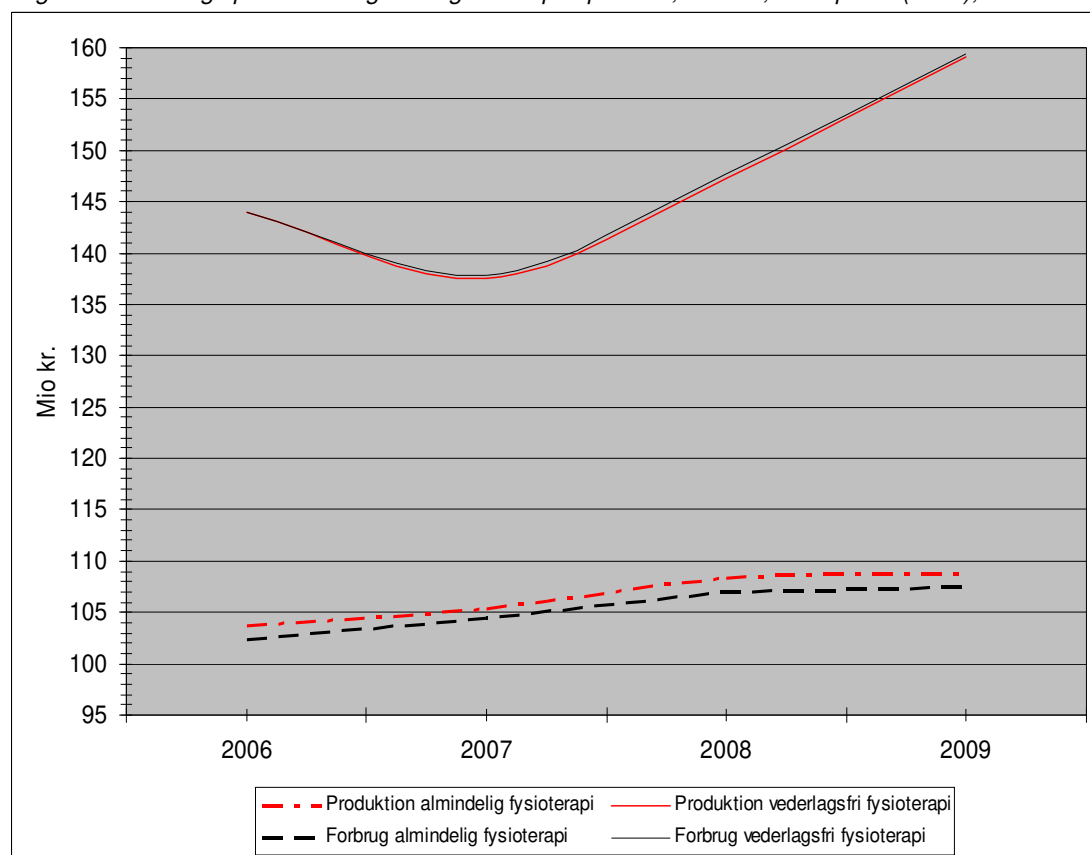
I 2009 var den samlede produktion af *almindelig fysioterapi* på 108,8 mio. kr., hvilket er en stigning på 0,5 % fra 2008. Over perioden 2006 til 2009 er stigningen på 4,9 %.

I 2009 var den samlede produktion af *vederlagsfri fysioterapi* på 159,1 mio. kr., hvilket er en stigning på 8 % fra 2008 til 2009. Samlet stigning i perioden 2006 til 2009 var 10,6 %.

Udviklingen i forbruget af henholdsvis almindelig og vederlagsfri fysioterapi følger de overordnede tendenser, som gør sig gældende for produktionen. Der er dog en markant difference på forbrug og produktion af almindelig fysioterapi, der udgør 1,3 mio. kr. (afrundet). Denne såkaldte merproduktion betyder, at andre regioners borgere forbruger almindelig fysioterapi i Region Hovedstaden i højere grad end omvendt.

Figurens underliggende tal fordelt på kommuner er vedlagt i bilag 5.

Figur 1.2 Udvikling i produktion og forbrug fordelt på specialer, mio. kr., faste priser (2009), 2006-2009



Sammenholdes forbrug og produktion på kommuneniveau for såvel den almindelige som den vederlagsfri fysioterapi tegner sig et mønster for pendling indenfor regionens grænser, se pendlerstatistikken i bilag 6. Ifølge pendlerstatistikken er der betydelig geografisk variation i forbrug og produktion af fysioterapiydelser i kommunerne indenfor regionens grænser. Andelen af indbyggere, der behandles i hjemkommunen, svinger fra 34 % til 98 %.

Figur 1.3 viser forskelle i den gennemsnitlige produktion pr. fuldtidskapacitet i hovedområderne i faste priser (2009-niveau) i årrækken 2006-2009. Udgiften er indekseret i forhold til gennemsnittet i Region Hovedstaden i samme år (indeksværdi 100).

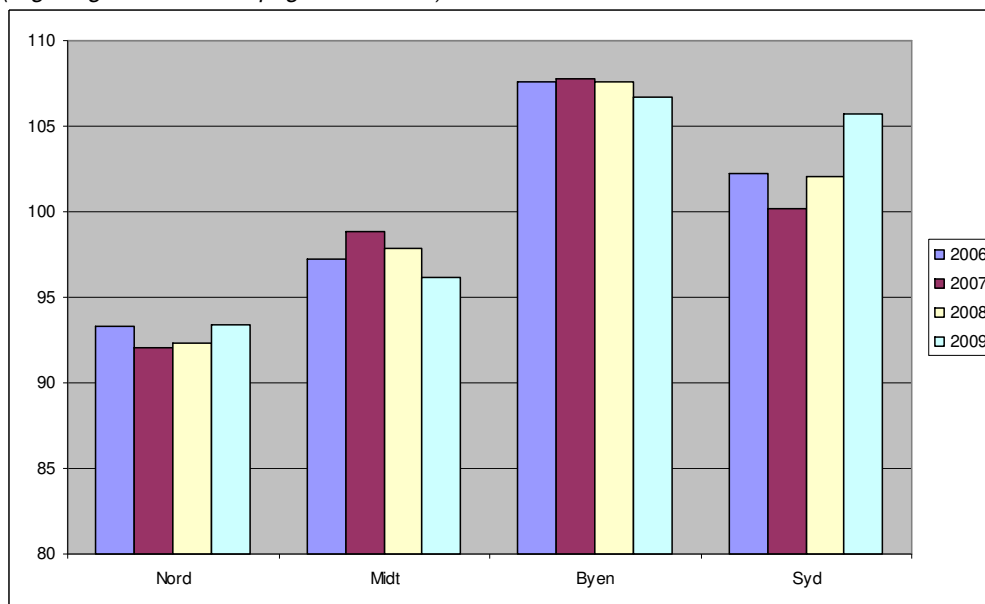
I perioden er produktionen pr. fuldtidskapacitet steget fra 609.102 kr. til 659.041 kr. svarende til 8,2 %.

På landsplan er produktionen pr. fuldtidskapacitet på 716.774 kr. i 2009.

I figuren ses endvidere, at fysioterapeuterne i hovedområde Nord producerer ca. 7 % mindre end gennemsnittet for regionen i 2009. I hovedområde Midt har produktionen pr. fuldtidskapacitet været faldende siden 2007, hvor niveau var på indeks 98,8. I 2009 var indekset på 96,1. I hovedområde Byen⁸ ligger produktionen pr. fuldtidskapacitet meget stabilt med en produktion ca. 7 % over gennemsnittet. Syd har haft en stigning fra 100,1 i 2007 til 105,7 i 2009. Generelt har fysioterapeuterne i Nord og Midt en lavere produktion end regionsgennemsnittet, mens Byen og Syd har en højere produktion.

De absolutte og relative tal, der er underliggende for figur 1.2 er vedlagt i bilag 7.

Figur 1.3 Produktion pr. fuldtidskapacitet, almindelig og vederlagsfri fysioterapi, indekseret (regionsgennemsnit det pågældende år⁹)



⁸ Byen er inklusiv Valby, Vesterbro og Amager.

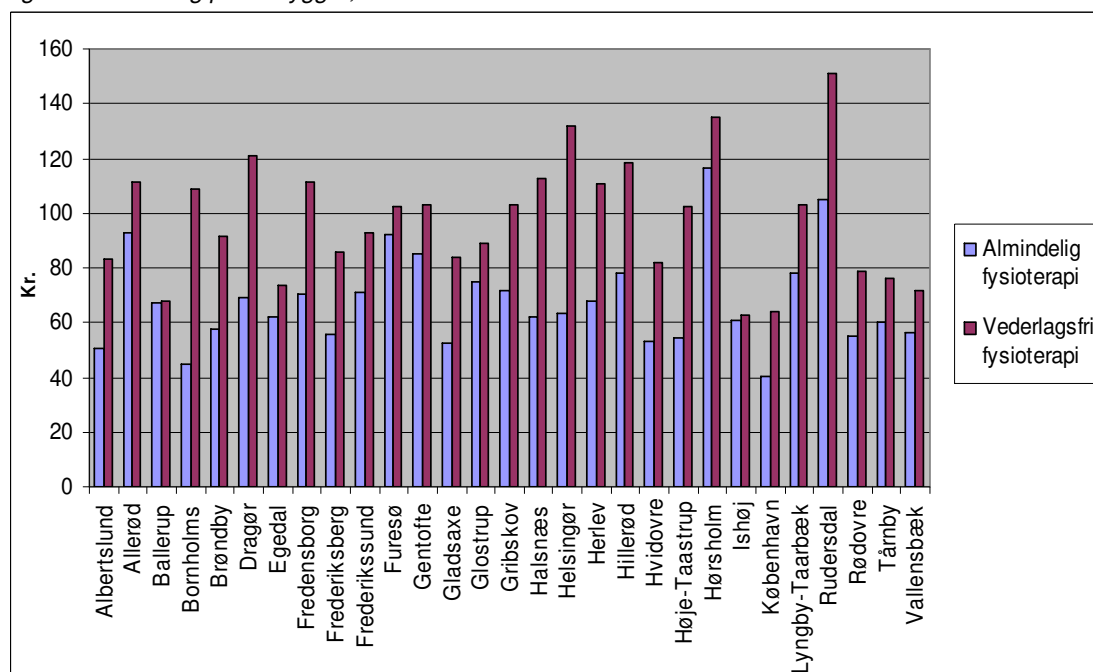
⁹ Indeks 100 er hvert år sat til den gennemsnitlige produktion pr. fuldtidskapacitet i Region Hovedstaden. For hvert af de fire hovedområder er gennemsnitsproduktionen pr. fuldtidskapacitet sammenlignet med den gennemsnitlige produktion i hele regionen. En indeksværdi under 100 betyder, at fysioterapeuterne i det pågældende hovedområde omsætter for et lavere beløb end gennemsnittet i regionen, mens en indeksværdi over 100 betyder, at der omsættes for et større beløb end gennemsnittet i regionen.

Figur 1.4 viser forbruget af vederlagsfri og almindelig fysioterapi pr. indbygger i 2009 fordelt på kommuner i regionen. Forbruget dækker fysioterapeutiske ydelser til indbyggere i kommunen, uanset hvor ydelsen er produceret. Det fremgår, at Rudersdal og Hørsholm har de højeste udgifter til såvel almindelig som vederlagsfri fysioterapi. Figurens underliggende tal er vedlagt i bilag 9.

I forhold til almindelig fysioterapi er gennemsnitligt forbrug pr. indbygger 5 % højere end landsgennemsnittet.

I forhold til vederlagsfri fysioterapi er det gennemsnitlige forbrug pr. indbygger 13 % lavere end landsgennemsnittet.

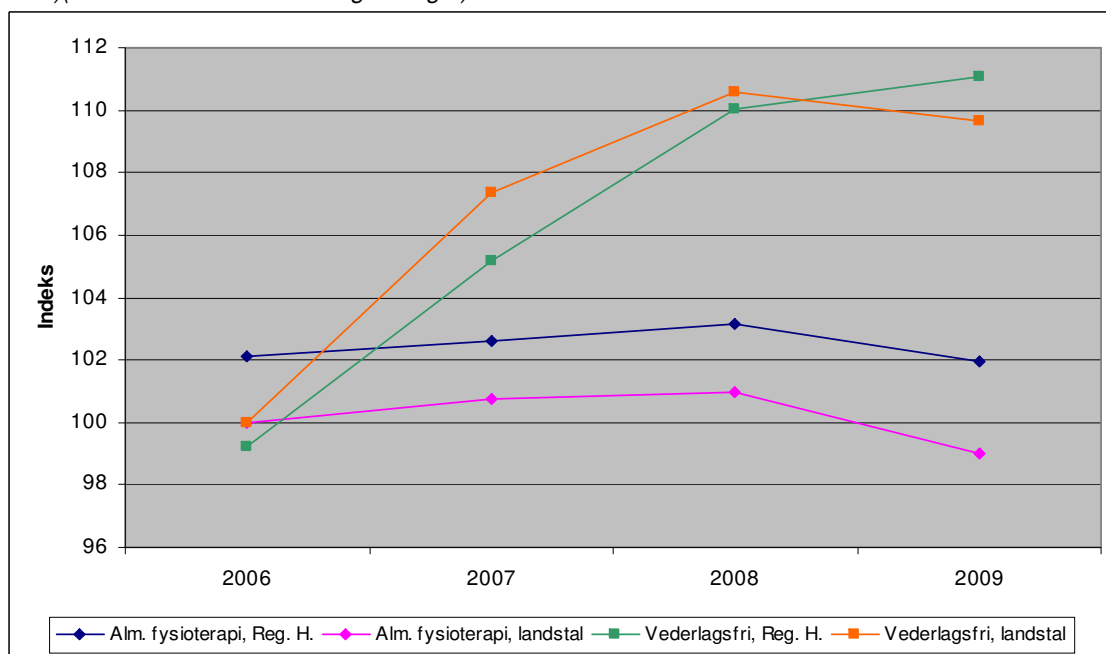
Figur 1.4 - Forbrug pr. indbygger, 2009



Det fremgår af figur 1.5, at forbruget pr. patient i Region Hovedstaden er steget for den vederlagsfri fysioterapi. Det betyder, at patienter modtager tiltagende flere ydelser pr. henvisningsdiagnose.

Forbruget pr. patient for den almindelige fysioterapi har været stabilt i Region Hovedstaden, men ligger i perioden 2-3 % over udgiften pr. patient på landsplan.

Figur 1.5 - Udvikling i forbrug pr. patient, faste priser (2009-niveau), indekseret (grundår = landstal, 2006)(kommunefordelte tal vedlagt i bilag 8)



1.3 Klinikker

I afsnit 1.3 beskrives:

- antallet af klinikker og fysioterapeuter
- klinikernes størrelse
- klinikernes udbud af holdtræning og bassintræning
- kompetencer på klinikken.

Der er 624 fysioterapeuter med ydernummer fordelt på 132 klinikker i regionen. I tabel 1.4 ses klinikkerne og fysioterapeuterne fordelt på hovedområde.

Tabel 1.4 - Klinikker og fysioterapeuter** fordelt på hovedområder pr. 15. juni 2010 (kommunefordelt oversigt vedlagt i bilag 11)

	Klinikker*	Ansatte	Ejere	Lejere	Mobile	I alt
Nord	32	1	43	105	1	150
Midt	41	8	48	140	3	199
Byen***	40	0	43	124	9	176
Syd	19	1	25	71	1	98
Total	132	10	159	440	15	624

* Inklusiv mobile klinikker.

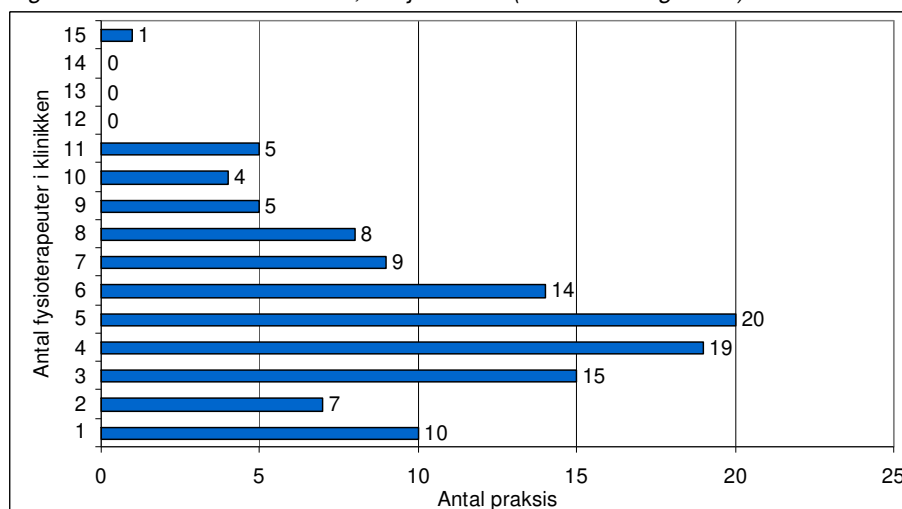
** Inklusiv ledige ydernumre.

*** Byen er inklusiv Valby, Vesterbro og Amager.

Kilde: Yderregisteret

Størrelsen på fysioterapeutklinikkerne varierer fra 10 praksis med kun en enkelt fysioterapeut til en enkelt praksis med 15 tilknyttede fysioterapeuter. 56 % af klinikkerne består af fem fysioterapeuter eller derover. Figur 1.6 illustrerer klinikernes størrelse i regionen.

Figur 1.6 - Klinikernes størrelse, 15. juni 2010 (Kilde: Yderregisteret)



En del af formålet med praksisspørgeskemaundersøgelsen var at belyse tilgængeligheden i fysioterapipraksis for handicappede.

Boks 3

Definition af handicapegnede adgangsforhold

Praksisspørgeskemaundersøgelsen anvender bygningsreglementet 2010 som forståelsesramme og målestok for handicapegnethed.

Der foreligger ingen central vejledning for forståelsen af handicaptilgængelighed. Byggeslovgivningen nævnes dog i Landsoverenskomsten for fysioterapi § 24, stk. 9.

I bilag 3a er vedlagt den samlede spørgeskemaundersøgelse, herunder rækken af spørgsmål om tilgængelighed. Der skal besvares bekræftende på samtlige spørgsmål, førend der foreligger en registrering på handicapegnede adgangsforhold.

Det fremgår af tabel 1.5, at 71,9 % af de adspurgte i praksisspørgeskemaundersøgelsen har handicapegnede adgangsforhold.

På spørgsmålene om adgang til handicaptoilet svarer 78 % bekræftende til, at der i klinikken findes handicapegnede toiletforhold. Det svarer til 50 praksis. Ud af de 50 er det imidlertid kun 11, der har forhold, der stemmer overens med bygningsreglementets forskrifter for adgang til toiletforhold i bygninger med offentlig adgang. Det svarer til 17 % af det samlede deltagerantal.

På spørgsmålet hvorvidt man siddende på toilet kan betjene håndvaskens betjeningsgreb svarer 19 af de 50 respondenter nej – resten svarer nej, når der i undersøgelsen spørges ind til vendeplads og opklappelige armstøtter på toilettet.

Resultatet viser, at det ikke er uvæsentligt, hvordan handicapadgang defineres, se boks 2.

Tabel 1.5 - Praksis med handicapegnede adgangs- og toiletforhold (n=64)

	Antal	%
Adgangsveje	46	71,9
I klinikken	60	93,8
Toilet	11	17,2
P-plads	57	87,7

Kilde: Praksisspørgeskemaundersøgelsen

92 % af besvarelserne i praksisspørgeskemaundersøgelsen har et tilbud om holdtræning i klinikken. Det fremgår af tabel 1.6, at en stor andel af de praktiserende fysioterapeuter med et holdtilbud har adgang til gymnastiksal og et bredt udbud af maskiner. 20 % af de adspurgte har adgang til bassin.

Tabel 1.6 - Lokalteter til holdtræning

Lokaliteter til holdtræning	Antal	%
Gymnastiksal	52	94,5
Maskiner	47	85,5
Bassin	11	20,0

Kilde: Praksisspørgeskemaundersøgelsen

Fokuseres på bassintræning fremgår det af tabel 1.7, at et stigende antal fysioterapeuter afregner for bassintræning. Tabellen viser imidlertid også, at tilbuddet er begrænset i hovedområde Syd.

Tabel 1.7 - Antal ydernumre der har afregnet bassintræning, 2007-2009 (speciale 62 og 51+62)

Hovedområde	2007	2008	2009
Nord	24	26	24
Midt	28	25	38
Byen*	15	14	12
Syd	0	0	3
Total	67	65	77

* Byen er inklusiv Valby, Vesterbro og Amager

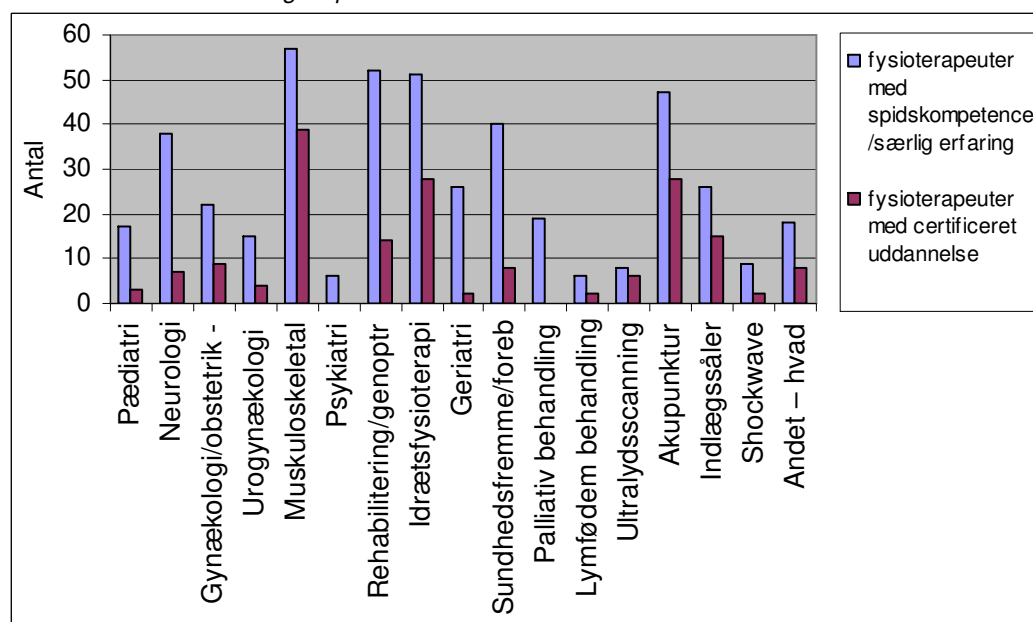
Kilde: Datavarehuset

Endelig ses af figur 1.7 i hvilket omfang, der i fysioterapeutpraksis findes særlige kompetencer og om disse kompetencer er erhvervet igennem interesse og erfaring eller gennem efteruddannelse¹⁰.

Der er medtaget behandlingsområder, som ikke er omfattet af overenskomsten.

I et flertal af fysioterapeutpraksis findes kompetencer - både som erfaring/interesse og igennem efteruddannelse - på det muskuloskeletale område, idrætsfysioterapi og rehabilitering og genoptræning. Der er størst forskel på "særlig interesse for/erfaring" og "uddannelse indenfor" på det geriatriske område, forebyggelse/sundhedsfremme og rehabilitering/genoptræning, hvorfor der formodentligt er potentiale for efteruddannelse på disse områder. 70 % af praksis har fysioterapeuter med kompetence for akupunkturbehandling, som ligger udenfor overenskomstens område.

Figur 1.7 - Antal fysioterapeuter med spidskompetencer/særlig erfaring samt certificeret uddannelse indenfor udvalgte specialer



¹⁰ Det er et forbehold til resultatet, at det i praksisspørgeskemaundersøgelsen ikke defineres hvad erfaring/særlig interesse er samt hvad certificeret uddannelse er.

1.4 Tilbud om fysioterapi udenfor praksissektoren

Kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi

Kommunal vederlagsfri fysioterapi tilbydes ved udgangen af 2010 i 10 kommuner, hvoraf to af kommunerne har oprettet tilbuddet i et forpligtende gensidigt samarbejde. 10 kommuner har planer om eller overvejer at oprette egne tilbud om vederlagsfri fysioterapi i planperioden. Se endvidere bilag 2 og faktaboks 3 nedenfor.

Boks 4

Kommuner der har oprettet eller overvejer at oprette tilbud om vederlagsfri fysioterapi

Albertslund
Ballerup
Egedal
Furesø
Gentofte
Gladsaxe
Høje Taastrup
Ishøj
Vallensbæk
Lyngby Taarbæk
Rudersdal

De kommunale tilbud er forskellige. Nogle tilbud er målrettet patienter med progressive lidelser og andre er målrettet svært handicappede patienter.

141 patienter har modtaget tilbud om vederlagsfri fysioterapi i kommunalt regi i 2009. Det svarer til 1,1 % af det samlede antal patienter, der modtog vederlagsfri fysioterapi i Region Hovedstaden.

Teddy Øfeldt

Behandlingstilbud hos Teddy Øfeldt¹¹ er tilskudsberettiget efter aftale med region og kommuner.

Forbrug og antallet af patienter behandlet hos Teddy Øfeldt fremgår af tabel 1.8 og bilag 13.

Tabel 1.8 - Forbrug og gennemsnitlig forbrug pr. patient, Teddy Øfeldt (speciale 58), bruttohonorarer, 1.000 kr., 2009

Hovedområde	Forbrug	Patienter	Gns. forbrug pr. patient
Nord	961	42	23
Midt	3.557	153	23
Byen	2.105	111	19
Syd	3.119	111	28

¹¹ Teddy Øfeldt er et behandlingstilbud, hvor den såkaldte Øfeldt-metode anvendes. Øfeldt-metoden omfatter optræningsforløb til patienter med rygsmerter og andre smerter i bevægeapparatet.

Samlet	9.742	417	23
---------------	--------------	------------	-----------

Kilde: Datavarehuset

2. Ridefysioterapi

2.1 Kapacitet og dækningsgrad

Der tilbydes ridefysioterapi på 6 rideskoler. Det foregår på 3 lokaliteter i hovedområde Nord, 2 lokaliteter i Midt og 1 lokalitet i Syd.

Ridefysioterapien varetages af 5 ridefysioterapeuter med en samlet fuldtidskapacitet på 2,4. I tabel 2.1 sammenfattes dækningsgrad og kapacitet fordelt på hovedområde.

Tabel 2.1 – Kapacitet og dækningsgrad almindelig og vederlagsfri ridefysioterapi

Hoved- område	Ride- fysioterapeuter	Fuldtids- kapacitet	Indbyggere	Indbyggere pr. fuldtidskapacitet
Nord	3	0,4	312.262	780.655
Midt	1,5	1,5	432.021	634.532
Syd	0,5	0,5	268.807	537.614
Byen*	0	0	667.181	n/a
I alt	5	2,4	1.680.271	700.113

* Byen er inklusiv Valby, Vesterbro og Amager

Landstal for kapacitet og dækningsgrad er vedlagt i bilag xx.

2.2 Produktion og forbrug

De samlede udgifter til ridefysioterapi fremgår af tabel 2.2 fordelt på hovedområder og speciale.

Det fremgår, at regionens ridefysioterapeuter har en samlet produktion på 6,5 mio. kr. Det svarer til ca. 2,7 mio. kr. pr. fuldtidskapacitet.

Forbruget svarer til regionens og kommunernes udgift. Der er et størst forbrug af ridefysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi i hovedområde Nord.

Forskelle i produktion mellem områder hænger sammen med få rideskoler og behandlere i regionen.

Tabel 2.2 - Forbrug og produktion af almindelig (speciale 57) og vederlagsfri (speciale 65) ridefysioterapi, bruttohonorarer, 1.000 kr., 2009

Hovedområde	Produktion		Forbrug		Difference	
	57	65	57	65	57	65
Nord	152	2.462	81	1.946	71	516
Midt	3*	3.889*	10	1.930	-7	1.959
Byen**	0	0	32	1.682	-32	-1.682
Syd	0	0	18	797	18	-797
I alt	155	6.351	140	6.355	14	-4

* En andel af denne produktion foregår på rideskole i Glostrup, hovedområde Syd, men afregnes via ydernummer i hovedområde Midt.

** Byen er inklusiv Valby, Vesterbro og Amager

Kilde: Datavarehuset

Det gennemsnitlige forbrug pr. indbygger og patient for vederlagsfri og almindelig ridefysioterapi fremgår af tabel 2.3 og 2.4.

Det fremgår af tabel 2.3, at kommuner i hovedområde Nord har over dobbelt så høj udgift pr. indbygger til vederlagsfri ridefysioterapi end kommuner beliggende i Byen.

Af tabel 2.4 fremgår tilsvarende tal for den almindelige ridefysioterapi. Det ses, at der er tydelige geografiske forskelle på såvel forbrug pr. patient som forbrug pr. indbygger i hovedområderne.

Tabel 2.3 – Gennemsnitligt forbrug pr. patient og indbygger (forbrug), vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65), kr.

Hovedområde	Gns. forbrug pr. patient	Gns. forbrug pr. indbygger
Nord	12.805	6,2
Midt	12.217	4,5
Byen*	11.441	2,5
Syd	11.717	3,0
Regionsgennemsnit	12.269	3,8

* Byen er inklusiv Valby, Vesterbro og Amager

Kilde: Datavarehuset

Tabel 2.4 - Gennemsnitligt forbrug pr. patient og indbygger (forbrug), almindelig (speciale 57), kr.

Hovedområde	Gns. forbrug pr. patient	Gns. forbrug pr. indbygger
Nord	6.718	0,26
Midt	4.880	0,02
Byen	7.921	0,05
Syd	9.131	0,07
Samlet	7.016	0,08

* Byen er inklusiv Valby, Vesterbro og Amager

Kilde: Datavarehuset

2.3 Klinikker

I ridefysioterapi foregår behandlingen ikke på klinikker men på rideskoler, der er godkendte til formålet.

En del af formålet med ridefysioterapispørgeskemaundersøgelsen var at belyse tilgængeligheden for handicappede. Tilgængeligheden og faciliteter på rideskoler med tilknyttet ridefysioterapeutisk behandling fremgår af tabel 2.5 og 2.6.

På kun 2 ud af de 6 rideskoler findes et lokale til undersøgelse af patienten (tabel 2.5) samt handicapadgang i ridehus (tabel 2.6).

Tabel 2.5 - Faciliteter i rideskolen (n=6)

	% Ja
Mulighed for udendørsbane	100
Mulighed for at ride i naturen	100
Lokale til undersøgelse af og samtale med patient	33

Kilde: Ridefysioterapeutspørgeskemaundersøgelsen

Tabel 2.6 - Tilgængelighed på rideskoler (n=6)

	% Ja
Korrekt installation af rampe i ridehus	83
Passage af trafikeret vej for at kunne ride udenfor	33
Direkte adgang fra ridehus til toilet	33
Mulighed for indendørs ophold i umiddelbar tilknytning til ridehus	83
Direkte adgang til ridehus fra parkeringsplads	50
Forefindes liften i ridehus	83
Handicapadgang i ridehus	33
Handicaptollet i ridehus	83

Kilde: Ridefysioterapeutspørgeskemaundersøgelsen

Kapacitetsplan

Formålet med kapacitetsplanen er at tilrettelægge den fremtidige kapacitet i praksissektoren samt fastlægge administrative retningslinjer for sagsbehandlingen af praksisforhold.

Tilrettelæggelsen tager udgangspunkt i kapacitetsbeskrivelsen samt en beskrivelse af andre forhold, der kan påvirke kapaciteten i praksissektoren.

Sammenfatning

Fremtidig kapacitet i praksissektoren

- En række faktorer udenfor overenskomstens rammer påvirker den fysioterapeutiske kapacitet.
- Kapaciteten fastholdes på nuværende niveau, herunder også den ridedysioterapeutiske kapacitet.
- Kapaciteten analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer i faktorer, der kan påvirke kapacitetsbehovet.

Retningslinjer for ansøgninger om praksisrelaterede forhold

- Ledige ydernumre opslås i hovedområder med lav dækningsgrad.
- Der opfordres til flytning af klinikker til områder med lavere dækningsgrad end regionsgennemsnittet.
- Der skal udarbejdes en kortlægning af hvordan en geografisk ligelig fordeling af kapacitet kan tilnærmes.
- Der udarbejdes retningslinjer for behandlingen af ansøgninger om flytning af praksisadresse og dermed kapacitet, opsplitning af praksis og ansøgning om flere praksisadresser.
- Af kvalitetsmæssige hensyn skal mobile fysioterapeuter fremadrettet tilknyttes en fast praksisadresse.

1. Målsætninger

De overordnede målsætningerne for kapacitetsplanen er:

- Lige adgang og tilgængelighed til fysioterapiydelser i praksissektoren
 - at alle klinikker har handicapegnede adgangs- og toiletforhold
 - at alle klinikker har tilbud om holdtræning og træningsfaciliteter, evt. i samarbejde med andre sundhedsaktører.

- Fagligt og organisatorisk bæredygtige klinikker
 - at alle klinikker har en størrelse, som giver mulighed for høj patientsikkerhed, kvalitetsudvikling, faglig udvikling og økonomiske bæredygtighed
 - at alle mobile ydere tilknyttes fast praksisadresse

- Koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med det resterende sundhedsvæsen
 - at kapaciteten ses i sammenhæng med udviklingen i det øvrige

Målsætningerne skal opfattes som pejlemærker, som region, kommuner og praksissektor stræber mod i planperioden.

2. Den fremtidige kapacitet

Anbefalinger

- at kapaciteten fastholdes på nuværende niveau
- at kapaciteten analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer i faktorer, der kan påvirke kapacitetsbehovet.

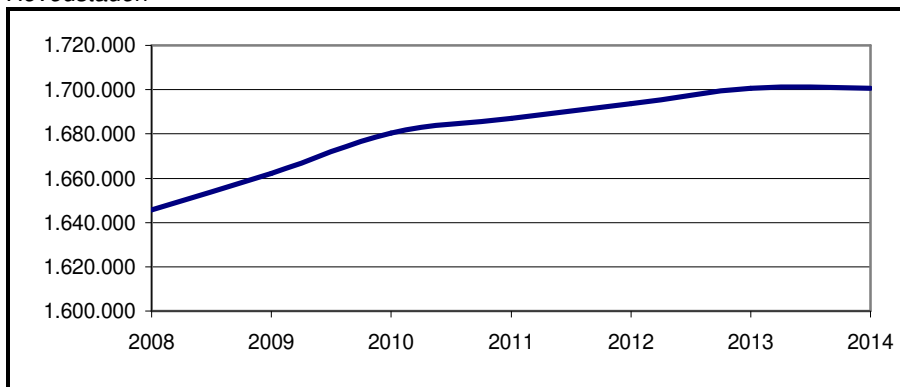
Det er forbundet med usikkerhed at vurdere den fremtidige kapacitet i praksissektoren grundet en række faktorer herunder befolknings- og patientudvikling samt overlappende tilbud udenfor praksissektoren. De væsentligste faktorer, der vurderes at have betydning for planlægningen, gennemgås nedenfor.

2.1 Faktorer med betydning for vurdering af kapacitet

Befolkningsudviklingen i planperioden samt historiske tal for perioden 2008 – 2010 vises i figuren nedenfor.

Der forventes en befolkningstilvækst på 0,4 % om året svarende til 1,6 % i planperioden mod 2,1 % i årene 2008-2010.

Figur 2.1 - Historisk samt prognose for befolkningstilvækst, 2008-2014, Region Hovedstaden



Tabellerne 2.1 og 2.2 viser udviklingen i antallet af patienter på landsplan fordelt på regioner for henholdsvis almindelig og vederlagsfri fysioterapi.

Antallet af patienter indenfor almindelig fysioterapi er steget med 3,17 % fra 2007-2009 og antallet af patienter indenfor vederlagsfri fysioterapi er steget med 9,27 % fra 2007-2009. Det skal bemærkes, at stigningen i antallet af patienter i Region Hovedstaden er mindre end på landsplan for begge målgrupper. Kommuneopdelt udvikling i antallet af patienter fremgår af bilag 17.

Tabel 2.1 - Udviklingen i antal patienter almindelig fysioterapi

	Patienter			Udvikling		
	2007	2008	2009	07-08	08-09	07-09
Region Hovedstaden	112.781	114.670	116.353	1,67 %	1,47 %	3,17 %
Region Midtjylland	86.622	89.360	89.885	3,16 %	0,59 %	3,77 %
Region Nordjylland	36.698	38.694	39.528	5,44 %	2,16 %	7,71 %
Region Sjælland	53.126	56.019	57.652	5,45 %	2,92 %	8,52 %
Region Syddanmark	70.435	73.250	74.629	4,00 %	1,88 %	5,95 %
Landstal	359.065	371.429	377.532	3,44 %	1,64 %	5,14 %

Tabel 2.2 - Udviklingen i antal patienter vederlagsfri fysioterapi

	Patienter			Udvikling		
	2007	2008	2009	07-08	08-09	07-09
Region Hovedstaden	11.999	12.247	13.111	2,07 %	7,05 %	9,27 %
Region Midtjylland	11.110	11.897	12.701	7,08 %	6,76 %	14,32 %
Region Nordjylland	5.869	6.140	6.319	4,62 %	2,92 %	7,67 %
Region Sjælland	6.389	6.663	7.276	4,29 %	9,20 %	13,88 %
Region Syddanmark	9.885	10.447	11.290	5,69 %	8,07 %	14,21 %
Landstal	45.106	47.256	50.562	4,77 %	7,00 %	12,10 %

Forklaringen på, at den procentvise stigning i antal af vederlagsfri patienter øges fra 2007-2008 til 2008-2009, kan være udvidelse af målgruppen med den nye patientgruppe med funktionsnedsættelse efter progressive lidelser. Se bilag 19 med antal registrerede patienter med progressive lidelser i Region Hovedstaden.

Udviklingen i patientantallet i forhold til vederlagsfri fysioterapi i planperioden er vanskelig at estimere bl.a. på grund af usikkerhed om udviklingen i antallet af patienter i kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Som nævnt i kapacitetsbeskrivelsen har 10 kommuner i regionen valgt at oprette egne tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Nye eller ændrede tilbud efter serviceloven kan også have indflydelse på forbruget i praksissektoren (se figur 2.2 i afsnittet nedenfor). Det vurderes dog ikke at ændre væsentligt i tyngden blandt de patienter, der modtager vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren.

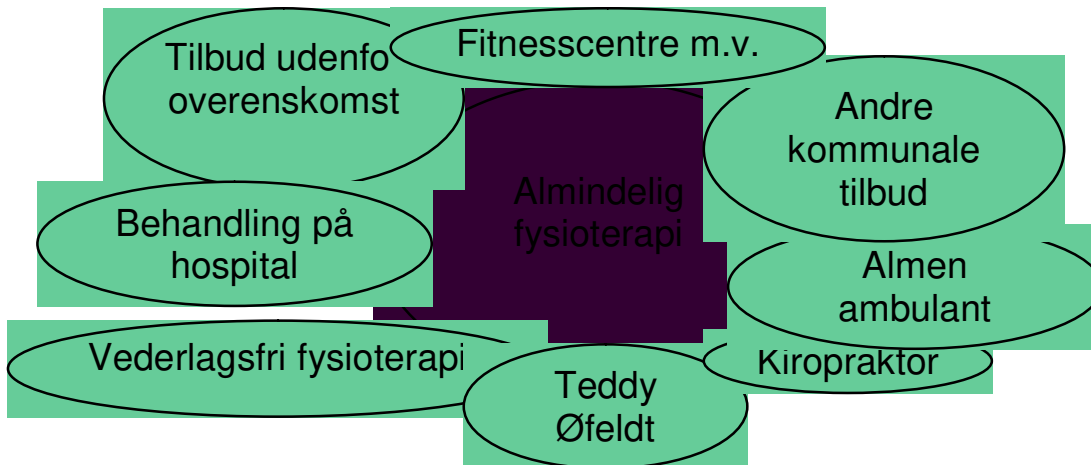
Protokollatet vedr. økonomi i Landsoverenskomsten om vederlagsfri fysioterapi beskriver, at der straks optages forhandlinger mellem de centrale parter om årsagen, hvis udgifterne til vederlagsfri fysioterapi overstiger den aftalte ramme, som det skete i efteråret 2008. Disse forhandlinger kan også få betydning for patientudviklingen.

2.2 Overlappende tilbud

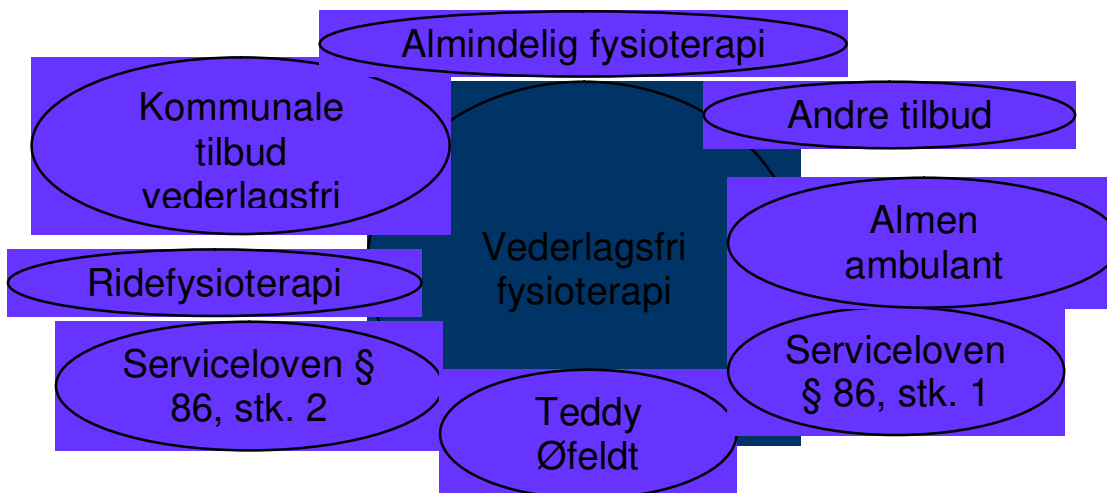
Det regionale forløbsprogram for muskel-skelet lidelser er under udarbejdelse og forventes færdiggjort i 2011. Det er uafklaret i hvilket omfang, det vil påvirke den fysioterapeutiske kapacitet i praksissektoren.

Som det ses af figurerne nedenfor, er der en del andre tilbud, som overlapper eller kan substituere fysioterapi i praksissektoren – både den almindelige og vederlagsfri, hvilket bidrager til at skabe usikkerhed omkring behovet for kapacitet i praksissektoren:

Figur 2.2 – Tilbud som overlapper med almindelig fysioterapi i praksissektoren



Figur 2.3 Tilbud som overlapper med vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren



2.3 Vurdering af fastsættelse af den fremtidige kapacitet i praksissektoren

Som det fremgår af ovenstående, er der flere usikkerhedselementer, der påvirker planlægning af den fremtidige kapacitet i praksissektoren for fysioterapi.

Udviklingen i patientantallet i forhold til vederlagsfri fysioterapi i planperioden er vanskelig at estimere. Denne usikkerhed medvirker til, at en udvidelse ikke kan begrundes. Derudover ligger Region Hovedstadens dækningsgrad, det vil sige indbyggere pr. fysioterapeutisk kapacitet, under landsgennemsnittet. Hvor den i Region Hovedstaden er 4.134, er gennemsnittet på landsplan 4.395 (tabel 1.2 i kapacitetsbeskrivelsen). Endvidere er produktionen pr. fuldtidskapacitet i praksissektoren under

landsgennemsnittet. Derfor vurderes det, at den nuværende produktion ikke tilskynder til en udvidelse af den aktuelle kapacitet. Det vurderes ligeledes, at der er plads til en vis udvidelse af produktionen indenfor den aktuelle kapacitet. Fra 2006-2009 er produktionen pr. fuldtidskapacitet steget fra 609.102 kr. til 659.041 kr. svarende til 8,2 %. På landsplan er produktionen pr. fuldtidskapacitet på 716.774 kr. i 2009.

Det økonomiske perspektiv

Landsoverenskomsterne beskriver, at praksisplanlægningen udarbejdes under hensyntagen til bl.a. den regionale og kommunale økonomi. Udvidelsen af kapaciteten vil medføre øgede udgifter til fysioterapi i praksissektoren for både region og kommune, og i forhold til ridefysioterapi især en kommunal udgift. Den gennemsnitlige offentlige udgift - både regional og kommunal - pr. fuldtidsfysioterapeut i Region Hovedstaden er 659.041 kr. Den gennemsnitlige offentlige udgift pr. fuldtidsridefysioterapeut i Region Hovedstaden er ca. 2,7 mio. kr. (se tabel 2.1 og 2.2 i kapacitetsbeskrivelsen).

Senest i efteråret 2009 blev den økonomiske ramme for vederlagsfri fysioterapi overskredet, og som kapacitetsbeskrivelsen viser, er udgifterne både til almindelig og vederlagsfri fysioterapi stigende.

Dertil kommer, at det er forholdsvis nyt, at kommunerne har mulighed for at oprette egne tilbud, hvorfor det kan betyde, at kapaciteten samlet set øges, hvis flere kommuner opretter egne tilbud.

På baggrund af den økonomiske situation vurderes det i tillæg til en fastholdelse af kapaciteten for almindelig og vederlagsfri fysioterapi samt ridefysioterapi, at der i planperioden ikke indgås særskilte aftaler om ridefysioterapeutisk behandling af patientgrupper nævnt i Landsoverenskomst for ridefysioterapi § 4, stk. 1, litra c og d¹².

2.4 Konklusion

Vurdering af patientudviklingen, antal indbyggere pr. fuldtidskapacitet, produktion pr. fuldtidskapacitet og den økonomiske situation leder til følgende konklusion:

- Den totale kapacitet i praksissektoren er passende for nuværende
- Kapaciteten analyseres og vurderes i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer i faktorer, der kan påvirke kapacitetsbehovet

¹² Det drejer sig i litra c om personer med Downs syndrom og autisme og i litra d om personer med af én af følgende nævnte diagnoser: reumatoid arthritis, muskelsvind, cystisk fibrose, handicap efter polio, amputationer og ulykkestilfælde, fysisk handicap som følge af medfødte eller arvelige sygdomme.

3. Retningslinjer for behandling af ansøgninger om praksisforhold

Anbefalinger:

Planlægningsområder

- at region og kommuner beslutter at inddele regionen i mindre planlægningsområder, der svarer til kommuneinddelingen og bydelsinddelingen i København Kommune til brug for placering af nynedsættelser og ledige kapaciteter samt i vurderingen af ansøgninger om andre praksisrelaterede forhold.

Flytning og geografisk placering af kapaciteter

- at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for behandlingen af ansøgninger om flytning af praksisadresse bl.a. med inddragelse af kriterier som beskrevet i landsoverenskomsterne og nærværende plan.
- at samarbejdsudvalget opslår ledige kapaciteter i områder med lav dækningsgrad, fortrinsvis i hovedområde Byen.
- at samarbejdsudvalget udarbejder en handlingsplan for udligning af geografiske forskelle i dækningsgrad.
- at fastholde den geografiske fordeling af den ridefysioterapeutiske kapacitet.

Tildeling af kapacitet

- at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for annoncering og udvælgelse af ansøgere til nynedsættelser og ledig kapacitet.

Opsplitning af praksis

- at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for proceduren for sagsbehandling af ansøgninger om flytning af kapacitet i forbindelse med opsplitning af klinik samt kriterier for godkendelse af en given ansøgning.

Mobile kapaciteter

- samarbejdsudvalget opslår nuværende ledige kapaciteter med krav om tilknytning til fast praksisadresse.

Praksisplanen fastlægger efter hvilke kriterier, praksisrelaterede forhold administreres, herunder flytning af kapacitet og placering af ledig kapacitet i regionen, tildeling af nye ydernumre, opsplitning af klinikker samt etablering af flere praksisadresser end én.

3.1 Planlægningsområder

I forbindelse med administrationen af praksisforhold er der behov for at inddele regionen i mindre områder, der fungerer som planlægningsområder.

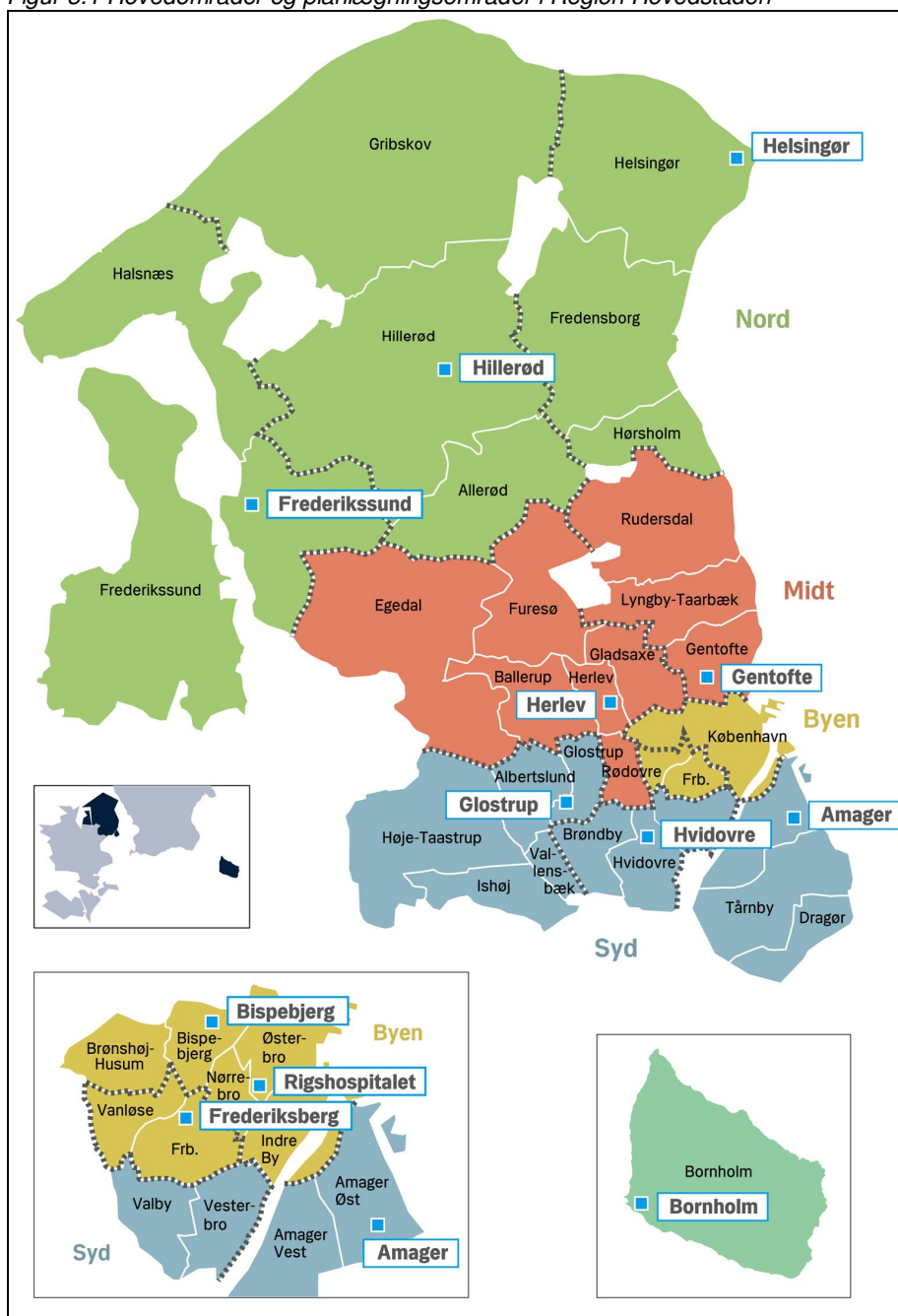
Planlægningsområder beskriver det geografiske dækningsområde, som en kapacitet kan anvendes indenfor. Planlægningsområdet vil få betydning ved:

- a) Bestemmelsen af hvor eventuelle nynedsættelser eller ledige kapaciteter skal placeres.
- b) Godkendelse af flytning og andre praksisrelaterede forhold.

Det foreslås, at den i Delplan til Praksisplan for fysioterapi godkendte inddeling af regionen i planlægningsområder videreføres, således at planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune, se figur 3.1.

Planlægningsområderne fremgår af figurens inddeling med hvide streger. Opdeling i hovedområder, som i denne plan er anvendt af fremstillingsmæssige hensyn, fremgår af farveinddeling.

Figur 3.1 Hovedområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden



Inddelingen ovenfor svarer til regionens hospitalsplan (2007) og praksisplaner på de øvrige yderområder.

3.2 Flytning og geografisk placering af ydernumre

Region og kommuner kan beslutte at udvide, indskrænke eller omlokalisere kapacitet efter indstilling fra samarbejdsudvalget. En kapacitet kan være under eller over 30 timer og skal som nævnt anvendes indenfor et planlægningsområde.

Såfremt ydernummeret er et ejerydernummer, knytter det sig ikke til en konkret praksisadresse. Enhver flytning af kapacitet – også indenfor planlægningsområdet – skal i henhold til Landsoverenskomsten for

vederlagsfri fysioterapi § 26 og Landsoverenskomsten for almindelig fysioterapi § 19 godkendes af samarbejdsudvalget:

Godkendelse skal meddeles med mindre det er i strid med praksisplanen.

Flytning af ydernumre bliver i planperioden relevant i mindst to situationer:

- ansøgninger til region og kommuner om flytning af praksisadresse
- flytning af ledige ydernumre eller frivillig flytning af kapacitet med henblik på at udligne geografiske forskelle i dækningsgrad i regionen.

Behandling af ansøgninger om flytning af praksisadresse

Det anbefales, at udarbejde retningslinjer for behandlingen af ansøgninger om praksisrelaterede forhold, særligt flytning af praksisadresse, som beskriver proceduren for behandlingen af ansøgninger samt angiver, efter hvilke kriterier den enkelte ansøgning om flytning af praksisadresse skal vurderes.

I retningslinjerne skal følgende principper inddrages, prioriteres og uddybes:

- geografisk dækning
- styrket tværfaglig kommunikation
- styrket tværfagligt samarbejde
- kvalitetsudvikling
- fysioterapeuternes interesseområder samt holdudbud
- økonomiske betragtninger
- adgangsforhold for handicappede.

Udarbejdelse af retningslinjer for vurdering af ansøgninger om flytning af praksisadresse skal være i overensstemmelse med praksisplanens målsætninger.

Det er et væsentligt hensyn i planperioden at understøtte en ligelig geografisk fordeling af den fysioterapeutiske kapacitet i regionen. Retningslinjer for vurdering af ansøgninger om flytning af praksisadresse skal særligt forholde sig til behovet for udligning af forskelle i dækningsgrad – dvs. den fysioterapeutiske kapacitet pr. indbygger - som fremgår af kapacitetsbeskrivelsen.

Ansøgninger om flytning af ridefysioterapeutisk kapacitet/praksisadresse skal behandles efter høring af de berørte kommuner.

Flytning af nuværende kapacitet med henblik på at udligne geografiske forskelle

Der bør i planperioden tages stilling til, hvordan den nuværende kapacitet kan fordeles, så der er en ligelig fysioterapeutisk dækning i regionen.

En udligning i forskelle i geografisk dækningsgrad skal ske ved

- at opslå ledige ydernumre i planlægningsområder med lav dækningsgrad, fortrinsvis planlægningsområder i hovedområde Byen.

- at kortlægge muligheder for at tilskynde praksis til frivilligt at flytte
- at henstille til, at kommunerne er positivt indstillet overfor at udleje lokaler og indgå i forpligtende samarbejde med fysioterapeuterne i praksissektoren.

Ridefysioterapi er et særligt felt, idet kapaciteten som nævnt i kapacitetsbeskrivelsen udgør 2,4 fuldtidskapaciteter. Det er derfor ikke muligt at udligne geografiske forskelle i den ridefysioterapeutiske kapacitet, hvorfor det anbefales at fastholde den nuværende geografiske fordeling.

3.3 Tildeling af ydernumre

Annoncering af en ledig kapacitet eller en eventuel nynedsættelse samt udvælgelse af ansøgere til ledige kapaciteter eller eventuelle nynedsættelser planperioden, sker efter de gældende retningslinjer som formuleret i landsoverenskomsterne, eksempelvis i Landsoverenskomst for vederlagsfri fysioterapi § 20, stk. 2.

Der bør i forbindelse med opslaget af ledige ydernumre udarbejdes en vejledning til anvendelse i forbindelse med annoncering og fastsættelse af kriterier for udvælgelse af ansøgninger. Vejledningen skal supplere de i landsoverenskomsten fastsatte kriterier for opslag af kapacitet.

I tillæg hertil er det væsentligt at objektive og saglige kriterier for udvælgelse af ansøgere til ledig kapacitet offentliggøres i forbindelse muligheden for at ansøge om kapaciteten, som også er fastlagt i landsoverenskomsten.

3.4 Opsplitning af praksis

Samarbejdsudvalget skal tage stilling til praktiserende fysioterapeuters ønske om at opsplitte praksis. En opsplitning har betydning for fordelingen af den samlede kapacitet i regionen, idet der er tale om flytning af kapacitet, som skal godkendes i samarbejdsudvalget.

En opsplitning har imidlertid også konsekvenser for andre end den fysioterapeut, der ønsker at ophøre et samarbejde med sine medejere i en praksis. Særligt skal nævnes det økonomiske aspekt i forhold til på rentabel vis at drive praksis videre og samtidigt sikre en faglig bæredygtighed, som er i overensstemmelse med praksisplanens målsætninger.

Det anbefales, at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for

a. Proceduren for sagsbehandling af ansøgninger om flytning af kapacitet ved opsplitning af praksis

Det skal fastlægges, om det er nødvendigt med en høring af medejere i overensstemmelse med overenskomst og lovgivning i forbindelse med sagsbehandlingen.

Desuden skal det fastlægges, i hvilket omfang godkendelse af ansøgningen skal behandles i samarbejdsudvalget, eller om afgørelse kan træffes rent administrativt på baggrund retningslinjer og procedurer godkendt i samarbejdsudvalget.

Såfremt sidstnævnte bliver tilfældet, skal retningslinjerne indeholde en beskrivelse af, om repræsentanter fra fysioterapeutsiden (koordinerende samarbejdsudvalgsmedlem) skal høres i denne proces samt om

samarbejdsudvalget skal inddrages i sagens afgørelse ved uenighed mellem sekretariat og koordinerende samarbejdsudvalgsmedlem.

b. Kriterier for vurderingen af den enkelte ansøgning

Kriterier til brug i vurderingen af den konkrete ansøgning om flytning af kapacitet væk fra en praksis ved opsplitning skal tage udgangspunkt i de retningslinjer, der udarbejdes for flytning af praksisadresse. Der bør suppleres med øvrige kriterier, som er aktuelle ved opsplitning af klinik, herunder i hvilket omfang eventuel høring af medejere skal inddrages i sagens afgørelse.

I forbindelse med praksisadministration af ejerydnumre bør administrationen opfordre nye praktiserende fysioterapeuter til at skabe klarhed om, hvordan en opsplitning af selskabet skal foregå. Herunder fordeling af de til praksis knyttede kapaciteter.

3.5 Flere praksisadresser

I Landsoverenskomsten om almindelig fysioterapi, § 18, stk. 4:
Fysioterapeuten kan som hovedregel kun have ét ydernummer og én praksisadresse. Fysioterapeuten kan dog praktisere på flere praksisadresser med samme ydernummer, hvis det er i overensstemmelse med praksisplanen, og det sker ved anvendelse af den eksisterende kapacitet på klinikken.

Etablering af flere praksisadresser kan anvendes til at fremme tilgængeligheden ved at reducere geografiske afstande.

Følgende kriterier kan ligge til grund for samarbejdsudvalgets skøn vedrørende ansøgninger om etablering af satellitpraksis:

- hovedpraksis og satellitpraksis skal kunne opretholde en kapacitet med et patientunderlag, der sikrer praksis' faglige bæredygtighed
- satellitpraksis skal ikke forringe hovedpraksis' fysioterapeutiske tilbud, herunder holdtilbud
- handicapegnede adgangsforhold
- et ønske om at understøtte samarbejde med andre faggrupper af praktiserende behandlere tilmeldt overenskomst med regionen.

Det anbefales, at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for vurderingen af sager om etablering af flere praksisadresser end én, hvor ovennævnte kriterier indgår.

3.6 Mobile fysioterapeuter

I henhold til landsoverenskomsterne kan nedsættelse som fysioterapeut uden fast klinikadresse finde sted i henhold til plan for tilrettelæggelse af den fysioterapeutiske betjening.

I 2010 er der 15 mobile kapaciteter i regionen. Alle enkeltmandspraksis med fast geografisk tilknytning til et område.

Kvalitetsudviklingen af fysioterapipraksis fordrer praksis af en vis størrelse – dette understøtter patientsikkerhed, bredt udbud af kompetencer og holdtilbud, fællesskab om personale og it samt lettelse af administrative opgaver i en række forhold.

Det anbefales, at nedsættelse af en mobil kapacitet fremadrettet forudsætter fast tilknytning til en praksis. Udgående behandling kan være aktuelt i en række situationer, men optimal behandling af de fleste patienter forudsætter som hovedregel, at behandlingen udføres i en klinik med dertilhørende faciliteter, jf. også anmærkning til § 26 (Landsoverenskomst om almindelig fysioterapi) om hjemmebehandling.

Nuværende ledige mobile kapaciteter opslås med krav om permanent tilknytning til praksisadresse men med fast udgående funktion.

Udviklingsplan

Formålet med dette afsnit er at beskrive, hvordan det fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren ønskes udviklet i planperioden.

Sammenfatning

Udviklingen af det fysioterapeutiske tilbud tænkes fokuseret på tre områder i planperioden:

Samarbejde på tværs af sektorer

- Samarbejde mellem sektorer understøttes ved forbedring af den elektroniske kommunikation mellem sektorer, ved etablering, udnyttelse og fokusering af praksiskonsulentordning (er) og ved at kortlægge muligheder for udvikling af samarbejde og samarbejdsmodeller mellem fysioterapipraksis og kommune, praktiserende speciallæger og hospitaler.

Kvalitetsudvikling og faglig udvikling

- Kvalitetsudvikling og faglig udvikling fremmes gennem implementering af kliniske retningslinjer i praksis, udvikling af et patientsikkert miljø i praksis, regionale efteruddannelsestiltag samt iværksættelse af kvalitetsudviklingsprojekter gennem den regionale kvalitetsudviklingspulje.

Tilgængelighed

- Der bør i planperioden fokuseres på tilgængeligheden i praksis
- Borgeren bør tilgodeses med flere informationer om praksis på sundhed.dk via vejviser og praksisdeklaration
- Det bør undersøges i hvilket omfang borgeren oplever ventetider i praksis

1. Målsætninger

Udviklingen af fysioterapeutpraksis tager udgangspunkt i følgende målsætninger:

At sikre lige adgang og tilgængelighed til fysioterapiydelser i praksissektoren

- En nem adgang til oplysninger om klinikkernes tilbud, ventetid, adgangsforhold, åbningstider, ferie m.v.

At sikre fagligt og organisatoriske bæredygtige klinikker

- Et fysioterapeutisk tilbud i praksissektoren af høj kvalitet, der er baseret på kliniske retningslinjer og den seneste evidens.
- Læring af utilsigtede hændelser.

At sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med det resterende sundhedsvæsen.

- Sammenhængende patientforløb, hvor praktiserende fysioterapeuter er en del.

Der henvises i øvrigt til målsætninger formuleret i overenskomstens protokollat vedrørende samarbejde, koordination og kvalitetssikring mellem praktiserende fysioterapeuter og andre områder i sundhedsvæsenet.

2. Samarbejde på tværs af sektorer

Anbefalinger

- at samarbejdsudvalget sætter fokus på indholdet af "den gode epikrise".
- at kommunerne undersøger muligheden for en kommunal praksiskonsulentordning for vederlagsfri fysioterapi
- at kommunerne udarbejder elektroniske fortegnelser over kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi
- at samarbejdsudvalget undersøger, hvordan samarbejdet mellem fysioterapeutpraksis og hospital og speciallægepraksis kan udvikles.
- at samarbejdsudvalget undersøger hvordan samarbejdet mellem kommune og fysioterapeutpraksis kan udvikles.

Borgeren skal opleve, at det regionale og det kommunale sundhedsvæsen er sammenhængende og koordineret. Udfordringen er betydelig indenfor fysioterapien, hvor forebyggelse, behandling og rehabilitering af patienter er tværsektoriel. Det kan være nødvendigt, at behandling og forebyggelse af funktionsnedsættelser sker i samspil med andre behandlere for at opnå et godt resultat. Et sammenhængende patientforløb kan involvere indsats fra reumatologer, 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 regionerne, være involveret.

At kommunerne pr. 1. august 2008 fik ansvaret for tilbuddet af vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi har bidraget til yderligere komplekse sammenhænge på det fysioterapeutiske virksomhedsområde, hvorfor der er et øget behov for samarbejde mellem sektorer.

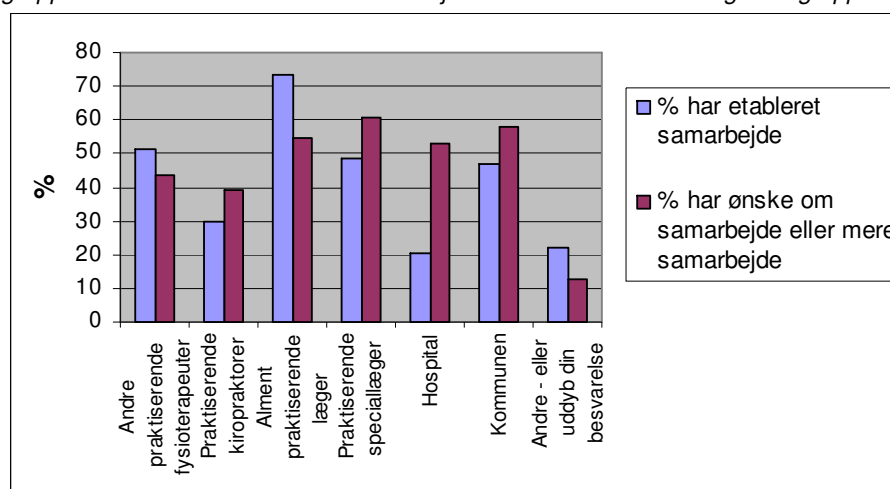
Udover initiativer og tiltag igangsat i samarbejdsudvalget gøres der en indsats for at koordinere patientforløb med sektorovergange i sundhedsaftaleregi, herunder i forløbsprogrammet for muskel-skelet lidelser,

som er under udarbejdelse. Det anbefales, at tiltag og handleplaner i praksisplanlægningen samordnes med den øvrige sundhedsplanlægning i region og kommuner.

De praktiserende fysioterapeuters ønsker til samarbejdet med andre faggrupper og myndigheder

Det fremgår af figur 2.1, at der hos de praktiserende fysioterapeuter er et bredt ønske om samarbejde på tværs af sektorer og faggrænser. Hovedparten af deltagere i praksisspørgeskemaundersøgelsen har etableret samarbejde med de alment praktiserende læger. Ønske om samarbejde med de praktiserende speciallæger er desuden fremherskende, men der er størst forskel på *ønsket om* at have samarbejde og *rent faktisk* at have et samarbejde med hospitaler.

Figur 2.1 - Har klinikken etableret samarbejde med en eller flere af følgende grupper/Har klinikken ønske om samarbejde med en eller flere af følgende grupper



Kilde: Praksisspørgeskemaundersøgelse (n=64)

Af bemærkninger til praksisspørgeskemaundersøgelsen fremgår det desuden, at der er behov for et tættere samarbejde med private behandlere/aktører, som ikke har overenskomst med regionerne og kommunerne om behandling, samt at der er et betydeligt ønske om samarbejde med kommunen. I tillæg hertil nævnes nem adgang til andre faggruppers epikriser samt scannings- og røntgenbeskrivelser.

Der blev i spørgeskemaet endvidere spurgt til hvilke muligheder klinikkerne ser for samarbejde med andre faggrupper og myndigheder. Det fremgår af tabel 2.1, at netværksdannelse, seminarer og temadage samt efter- og videreuddannelse prioriteres højt. Mindre tilslutning er der til fællesskab om it, lokaler og personale.

Tabel 2.1 - Hvilke muligheder ser klinikken for samarbejde med andre faggrupper eller myndigheder (n=64)

	%
Netværksdannelse (erfaringsudveksling)	92
Seminarer og temadage	81
Efter- og videreuddannelse	81
Lokalefællesskab	46
Personalefællesskab	38
It-fællesskab	35
Andet - eller uddyb din besvarelse	8

Kilde: Praksisspørgeskemaundersøgelsen

Med henblik på at sikre det sammenhængende patientforløb bør der i planperioden være fokus på følgende områder:

- 2.1 Understøttelse af den elektroniske kommunikation på tværs af sektorer
- 2.2 Undersøgelse af mulighed for kommunal praksiskonsulentordning for den vederlagsfri fysioterapi
- 2.3 Udvikling af samarbejdsmodeller/dialogfora mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter.
- 2.4 Udvikling af samarbejde med hospital og speciallægepraksis

Punkterne uddybes i teksten nedenfor.

2.1 Understøttelse af den elektroniske kommunikation på tværs af sektorer

Datakonsulentordningen blev pr. 1. januar 2010 udvidet, således at ordningen fik ressourcer til at understøtte drift og udvikling af den elektroniske kommunikation til og fra de praktiserende fysioterapeuter.

Digital signatur

Perioden 2008-2010 har været præget af implementeringen af kravet om digital signatur, herunder individuel vejledning i oprettelse og brugen af samt udarbejdelse af en generel vejledning for de praktiserende fysioterapeuter. Sidstnævnte er formidlet i samarbejde med praksiskonsulentordningen.

Hovedparten af de praktiserende fysioterapeuter har digital erhvervssignatur. Uden digital signatur kan praksisdeklarationen og afregningsoplysninger ikke tilgås på sundhed.dk.

Omkring marts 2011 kommer en opdateret løsning af den digitale erhvervssignatur – den såkaldte Nem-id løsning. Hvordan den skal implementeres er ikke aktuelt kendt, men forventes at strække sig over en længere periode.

Elektronisk henvisningshotel

En omlægning af henvisningsmetode været undervejs i 2009. Henvisninger til fysioterapi sendes nu elektronisk til et henvisningshotel (Refhost). Overgangen til denne form for henvisningspraksis har medført problemer, bl.a. sendes fortsat en andel af henvisningerne på papir – formentlig omkring 10 %. Specielt har der i nogle lægesystemer været problemer med at sende elektronisk henvisning til ridefysioterapeuter. På landsplan er der sket en pæn stigning i antallet af elektroniske henvisninger.

Afsendelse af epikrise

Når behandlingen er afsluttet, bør der sendes en elektronisk epikrise til henvisende læge. Der foreligger ikke aktuelle opgørelser over omfanget og kvaliteten af epikriserne. I praksisspørgeskemaundersøgelsen tilkendegiver 29 % af de adspurgte klinikker, at der er brug for kvalitetsudvikling på dette område. Efteruddannelse i epikriseskrivning er et indsatsområde i praksiskonsulentordningen i 2011. Udredningsarbejdet bør foregå i samarbejde med de alment praktiserende læger og relevante speciallæger.

Korrespondancemeddelelse

Korrespondancemeddelelsen er en form for e-mail, som er sikker og derfor kan derfor bruges til patientfølsomme oplysninger. Samtidig integreres meddelelsen automatisk i edb-systemerne hos afsender og modtager.

Det er relevant for praksis at udnytte mulighederne med korrespondancemeddelelsen. Meddelelsen kan være nyttig til supplerende oplysninger eller meddelelser mellem behandlere, idet der er mulighed for at skrive fri tekst. Den kan blandt andet også anvendes til at kommunikere elektronisk med kommunen.

En øget anvendelse af korrespondancemeddelelsen forudsætter, at aftaler indgås om indhold og svartider mellem parterne. Udviklingen af den elektroniske kommunikation mellem hospital, kommune og praksis foregår i sundhedsaftaleregi og i it-samarbejdsgrupper under samordningsudvalgene på hospitalerne.

Advisering af praksis om genoptræningsplaner

Hospitaler sender genoptræningsplaner (D-GOP) til kommuner med kopi til egen læge. Det bør undersøges, om der er mulighed for, at kommuner sender D-GOP til fysioterapiklinikker, og i hvilke situationer det er relevant. Herunder skal det afklares, hvilke formater it systemerne kan modtage D-GOP i.

It-anvendelsen i fysioterapipraksis er yderst relevant i forhold til at sikre sammenhængen mellem sektorer. Tiltag og projekter vedr. it og elektronisk kommunikation skal i planperioden tilrettelægges og gennemføres i samarbejde med den regionale datakonsulentordning og praksiskonsulentordning.

2.2 Praksiskonsulentordning

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 fysioterapeutpraksis og tværsektorielt og tværfagligt samarbejde. Etablering af ordningen var en del af implementeringen af Delplan til Praksisplan for fysioterapi.

Funktionsbeskrivelse for praksiskonsulentordningen er vedlagt i bilag 18. Praksiskonsulentordningen har i 2010 haft fokus på netværksdannelse og faglige bidrag til sundhedsplanlægning i regionen. Årlige handleplaner og årsberetninger for praksiskonsulentordningens virke forelægges samarbejdsudvalget.

Det anbefales, at muligheden for en kommunal finansieret praksiskonsulentordning for den vederlagsfri fysioterapi bør undersøges i planperioden.

2.3 Udvikling af samarbejdsmodeller/dialogfora mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter

Der er behov for og ønske om at udvikle samarbejdet mellem kommuner og praktiserende fysioterapeuter. Det er vigtigt at pointere, at:

- 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 et evt. kommunalt tilbud.
- Hvis samarbejde mellem en kommune og privatpraktiserende fysioterapeuter formaliseres i aftale el. lign., er det vigtigt at tydeliggøre hvilke roller, opgaver og forpligtelser parterne har.

Samarbejdet kan f.eks. dreje sig om gensidig orientering om tilbud og nye tiltag, styrkelse af kommunikation, koordination, erfaringsudveksling, kvalitetsudvikling m.v., som det er beskrevet i protokollat til Landsoverenskomsten om vederlagsfri fysioterapi.

Koordinationen og samarbejde kan f.eks. foregå via informations- og dialogmøder, skriftlig information, fælles udviklingsprojekter osv.

Samarbejdet om vederlagsfri fysioterapi kan være uformelt eller gives en mere formaliseret karakter alt efter forhold som kommunestørrelse, lokal samarbejdskultur og evt. samarbejdsrelationer i forhold til træning efter service- og sundhedslov.

Et vigtigt element er, at både kommunen og de praktiserende fysioterapeuter udarbejder informationsmateriale om egne tilbud målrettet patienter, pårørende, praktiserende læger og andre sundhedspersoner, samarbejdsparter m.fl. Informationsmaterialet kan have både skriftlig og elektronisk form. Se Landsoverenskomsten vedr. vederlagsfri fysioterapi, § 33, stk. 2.

Informationsmaterialet kan beskrive:

- navn, alder, anciennitet på fysioterapeuter i klinikken/det kommunale tilbud
- adresse, kommune
- kontaktoplysninger, åbningstider, procedurer for tidsbestilling, ventetid
- adgangs- og indretningsforhold, holdtrænings- og bassintræningsfaciliteter
- evt. særlige arbejds- og interesseområder

2.4 Udvikling af samarbejde med speciallægepraksis og hospital

Et fagligt samarbejde med speciallægepraksis og hospitaler vurderes relevant ud fra såvel et fagligt som et kapacitetsmæssigt synspunkt.

Ifølge praksisspørgeskemaundersøgelsen er især samarbejdet med hospitaler fraværende, og de praktiserende fysioterapeuter udtrykker ønske om at udvikle samarbejdet. Det bør i planperioden undersøges, hvordan samarbejdet med speciallægepraksis og hospital kan udvikles.

3. Kvalitetsudvikling og faglig udvikling

Anbefalinger

- at samarbejdsudvalget udarbejder strategi for tildelingen af de årlige puljemidler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje
- at samarbejdsudvalget tager stilling til udarbejdelse af en strategi for implementering af kliniske retningslinjer
- at samarbejdsudvalget sætter fokus på udarbejdelse af implementeringsplaner for nationale klinisk retningslinier.

I henhold til landsoverenskomstens § 9C, stk. 3 (almen fysioterapi) afsættes hvert år midler fra praksisfonden til de regionale kvalitetsudviklingspuljer. Midlerne er målrettet kvalitetsudvikling i praksis både i forhold til tilskudsberettigede og vederlagsfri patientforløb. Samarbejdsudvalget beslutter på årets sidste møde hvilke kvalitetsudviklingsinitiativer, der skal iværksættes og finansieres gennem den regionale kvalitetsudviklingspulje.

Øvrig regional kvalitetsudvikling foregår i regi af praksiskonsulentordningen. Som nævnt blev praksiskonsulentordningen effektueret i 2010 ved ansættelsen af to praksiskonsulenter med henblik på at styrke kvalitetsudviklingen i fysioterapipraksis. Kvalitetsudviklingstiltag i planperioden skal derfor ske i tæt samarbejde med praksiskonsulenterne.

Kvalitetsudvikling forstås i dette afsnit som såvel faglig og organisatorisk udvikling af praksis.

De praktiserende fysioterapeuters ønsker til kvalitetsudvikling

Praksisspørgeskemaundersøgelsen viser et ønske om kvalitetsudvikling, se tabel 3.1. Det fremgår, at flest klinikker ønsker fokus på faglig udvikling, kliniske retningslinjer, udsendelse af epikriser og udarbejdelse af forløbsbeskrivelser.

Tabel 3.1 - Ønsker klinikken kvalitetsudvikling på et eller flere af følgende områder (n=64)?

	%
Faglig udvikling (eksempelvis øgede muligheder for anerkendt underspecialisering)	78
Udarbejdelse af kliniske retningslinjer	63
Udsendelse af epikriser	59
Udarbejdelse af forløbsbeskrivelser for opgave- og ansvarsfordeling mellem sektorer	57
Håndtering af patientforløb ved hjælp af it programmer og kodning	44
Vejviser på sundhed.dk	41
Modtagelse af henvisninger	33
Afregning	30
Patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser	28
Andet - eller uddyb venligst din besvarelse	11

Kilde: Praksisspørgeskemaundersøgelsen

Med henblik på at sikre kvalitetsudvikling og faglig udvikling bør der i planperioden fokuseres på følgende tre indsatsområder:

3.1 Implementering af kliniske retningslinjer

3.2 Patientsikkerhed

3.3 Regionale efteruddannelsestiltag

Punkterne uddybes i teksten nedenfor.

3.1 Implementering af kliniske retningslinjer

Formålet med at skabe nationale kliniske retningslinjer på et givet felt er at understøtte en evidensbaseret indsats af en ensartet kvalitet. På det fysioterapeutiske område er det hensigtsmæssigt, at udarbejdelse og vedligeholdelse foregår nationalt med inddragelse af højeste kompetenceniveau.

Når der foreligger en national klinisk retningslinje er det imidlertid også essentielt, at der følges op regionalt. I 2010 forelå der færdigt udarbejdede kliniske retningslinjer for nakkeudredning.

Der bør i planperioden tages stilling til udarbejdelse af en strategi for, hvordan kliniske retningslinjer systematisk implementeres i praksis i regionen. Strategien kan suppleres af implementeringsplaner med indbyggede milepæle for relevante kliniske retningslinjer. En implementeringsplan kunne eksempelvis indeholde¹³:

- analyse af nuværende praksis og opsætning af mål for forbedring
- identifikation af barrierer for implementering af given klinisk retningslinje
- udvikling af løsningsforslag for identificerede barrierer

¹³ Annette Winkel (2010). Der skal udarbejdes strategier for implementering af kliniske retningslinjer. Fysio.dk

Der bør tages hensyn til et eventuelt overlap med forløbsprogrammer for bl.a. muskel-skelet området i sundhedsaftaleregi.

3.2 Patientsikkerhed i fysioterapiklinikker og på rideskoler

Pr. 1. september 2010 bliver patientsikkerhedsordningen udvidet til bl.a. også at omfatte den kommunale sundhedssektor og praksissektoren. Det betyder, at praktiserende fysioterapeuter systematisk og konsekvent skal lære af de utilsigtede hændelser, der finder sted i praksis.

Utilsigtede hændelser rapporteres via en teknisk løsning tilgængelig på www.dpsd.dk. Når hændelsen er registreret, er der etableret en organisation, der sikrer modtagelse, sagsbehandling, analyse og læring af hændelser.

Det bør i planperioden være en målsætning at øge patientsikkerheden i praksis ved at tilskynde praksis til at rapportere utilsigtede hændelser.

I regionen er der nedsat et patientsikkerhedsråd for fysioterapeuter og kiropraktorer, der skal følge implementeringen af loven og godkende handleplaner i forbindelse med analyse af de utilsigtede hændelser.

I samarbejde med de respektive patientsikkerhedsorganisationer bør der skabes øget fokus på at formidle information om patientsikkerhed og den nye lovgivning om pligt til rapportering af utilsigtede hændelser med henblik på at skabe genkendelighed og forståelse for, hvordan fokus på patientsikkerhed kan fremme faglig og organisatorisk kvalitetsudvikling i hver enkelt praksis. Det er desuden væsentligt at sikre, at læring som følge af rapporteringen af utilsigtede hændelser formidles til relevante dele af region, kommuner og praksis og anvendes som redskab til kvalitetsudvikling.

3.3 Efteruddannelse

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

Der kan være behov for regionale efteruddannelsestiltag eksempelvis i forbindelse med implementeringen af den nye lov om rapportering af utilsigtede hændelser, i forhold til at opkvalificere kompetencer og metoder til kvalitetsudvikling eller til at implementere nationale kliniske retningslinjer i praksis i Region Hovedstaden.

Det bør i planperioden overvejes, hvordan de praktiserende fysioterapeuter kan klædes på til at kunne varetage faglig og organisatorisk kvalitetsudvikling i praksis i henhold til puljens formål.

Regionale efteruddannelsestiltag bør udarbejdes og hvis relevant gennemføres i samarbejde med praksiskonsulentordningen.

3.4 Den regionale kvalitetsudviklingspulje

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 udviklings tiltag og til at tage initiativ til og/eller indgå i regionale mono-/tværfaglige kvalitetsudviklingsprojekter. Puljens midler kan ikke anvendes til kurser eller efteruddannelse for den enkelte fysioterapeut, men projekter skal favne bredt, og resultater og viden skal formidles til samtlige praksis i regionen.

I 2010 har Samarbejdsudvalget for fysioterapi i Region Hovedstaden med finansiering fra den regionale kvalitetsudviklingspulje støttet et enkelt projekt om udvidet lænde/rygundersøgelse. Projektet er endnu ikke afsluttet.

I 2011 støttes projekter om

- kvalitetssikring af behandlingen af ny-diagnosticerede Parkinson-ramte
- workshop om implementeringen af kliniske retningslinjer for udredning og klassificering af personer med nakkesmerter
- en temadag om epikriseskrivning.

Erfaringerne vedr. tildeling af midler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje har været todelt.

Dels modtages få ansøgninger fra praksis. Behovet for at klæde fysioterapeuterne på til at kunne varetage kvalitetsudviklingsprojekter beskrives i afsnit 3.3.

Dels er der behov for at formulere rammer for midlernes anvendelse, således at kvalitetsudviklingsindsatsen fokuseres og bedømmelsesudvalget udstyres med retningslinjer for vurderingen af ansøgninger.

Det anbefales, at der i planperioden udarbejdes en strategi for anvendelsen af puljemidler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje, der supplerer de nationalt fastsatte kriterier knyttet til puljens formål. Det skal fremgå af strategien, at puljemidlerne kan anvendes til kvalitetsudvikling af såvel den vederlagsfri som den almindelige fysioterapi eller ridefysioterapi.

4. Tilgængelighed

Anbefalinger

- at samarbejdsudvalget undersøger i hvor høj grad klinikkerne anvender elektronisk tidsbestilling
- at samarbejdsudvalget tager initiativ til en undersøgelse af ventetider.

Det er væsentligt løbende at sørge for, at tilgængeligheden i praksis fortsat er tilfredsstillende. Et instrument i denne henseende er, som beskrevet i kapacitetsplanen, at bruge handicaptilgængelighed som et kriterium ved godkendelse af flytninger.

Udover fokus på den fysiske tilgængelighed bør der i planperioden være fokus på:

4.1 Information på internettet til borgeren om fysioterapipraksis, herunder muligheden for elektronisk tidsbestilling.

4.2 Opgørelse af ventetider i klinikkerne.

Punkterne uddybes i teksten nedenfor.

4.1 Information på sundhed.dk og elektronisk tidsbestilling

Pr. 1. oktober 2010 er praksisdeklarationen tilgængelig for tidstro opdateringer. Inden udgangen af 2010 forventes det tillige at være muligt at kunne formidle oplysninger om ferie m.v. til borgeren via vejviseren.

Et andet indsatsområde er muligheden for elektronisk tidsbestilling i praksis. Der bør i planperioden udarbejdes en opgørelse af, i hvor mange praksis elektronisk tidsbestilling er en mulighed. I tillæg hertil bør der udarbejdes en strategi for den videre udvikling af tilbuddet.

4.2 Opgørelse af ventetid

Med henblik på at vurdere om tilgængeligheden i praksissektoren er passende bør muligheden for at gennemføre en opgørelse over den såkaldt erfarede ventetid undersøges. Dvs. den ventetid patienterne i gennemsnit har oplevet i en given periode fra første henvendelse til første behandling. Den konkrete metode til udarbejdelse skal fastlægges for at undgå, at en opgørelse bliver et øjebliksbillede. Ventetider i praksis kan variere og påvirkes af bl.a. sæson og andre forhold.

En opgørelse kan tage udgangspunkt i at spørge patienterne, praksis eller begge dele.

5. Ridefysioterapi

Anbefalinger

- at samarbejdsudvalget udarbejder rammerne for en tilsynsordning med rideskolerne og implementerer selve ordningen, herunder bør supplerende kvalitetskrav til rideskolerne for så vidt angår fysisk tilgængelighed indtænkes.

De beskrevne udviklingsmål i afsnit 2, 3 og 4 omfatter også praktiserende ridefysioterapeuter. Der er dog forhold, der er særlige for den del af fysioterapien, hvorfor den i planen behandles særskilt. Af samme grund blev der sendt et særskilt spørgeskema ud til de praktiserende ridefysioterapeuter med henblik på blandt andet at indhente oplysninger om, hvordan området kan kvalitetsudvikles og hvilke ønsker ridefysioterapeuterne har hertil.

Ridefysioterapeuternes ønsker til samarbejde og kvalitetsudvikling

Ridefysioterapeuterne blev spurgt om samarbejdsrelationer til egne og andre faggrupper, se tabel 5.1. Samarbejdet med de alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og hospital prioriteres højt.

Tabel 5.1 - Har klinikken etableret samarbejde med en eller flere af følgende grupper (n=5)

	Ja	Nej	% ja
Andre praktiserende fysioterapeuter	2	3	40

Praktiserende kiropraktorer	0	5	0
Alment praktiserende læger	4	1	80
Praktiserende speciallæger	3	2	60
Hospital	4	1	80
Kommunen	2	3	40

Kilde: Praksisspørgeskemaundersøgelsen

Modsat de fysioterapeutiske klinikker, der varetager almindelig og vederlagsfri fysioterapi, synes der hos ridefysioterapeuterne at være generelle problemer med henvisningerne, jf. tabel 5.2. Endvidere ønskes fokus på udarbejdelse og implementering af kliniske retningslinjer for den ridefysioterapeutiske behandling. I bemærkningerne til spørgeskemaet fremgår det enslydende, at der er behov for fokus på patientforløbet, på uddannelse af hjælperne og på samarbejdet med de alment praktiserende læger

Tabel 5.2 - Ønsker klinikken kvalitetsudvikling på et flere af følgende områder (n=5)

	%
Afregning	20
Udsendelse af epikriser	40
Modtagelse af henvisninger	60
Vejviser på sundhed.dk	20
Håndtering af patientforløb ved hjælp af it og kodning	20
Udarbejdelse af kliniske retningslinjer	60
Udarbejdelse af forløbsbeskrivelser for opgave- og ansvarsfordeling ml. sektorer	40

Kilde: Praksisspørgeskemaundersøgelse

Tabel 5.3 - Hvilke muligheder ser klinikken for samarbejde med andre faggrupper eller myndigheder (n=5)

	%
Personalefællesskab	60
IT fællesskab	40
Netværksdannelse	100
Seminarer og temadage	100
Efter og videreuddannelse	40

Kilde: Praksisspørgeskemaundersøgelsen

I planperioden bør der endvidere sættes fokus på:

5.1 Tilsynspligten i forhold til samarbejdet med rideskolerne.

Punktet uddybes i teksten nedenfor.

5.1 Tilsynspligt med rideskoler

Det er væsentligt at sikre, at rideskolerne, hvor den ridefysioterapeutiske behandling foregår, lever op til overenskomstens krav som anført i § 10 i Landsoverenskomsten vedrørende ridefysioterapi. I tillæg hertil bør der løbende føres tilsyn med, at rideskolerne fortsat opfylder overenskomstens krav.

Der bør derfor tilrettelægges en ordning for godkendelse og løbende tilsyn med rideskoler.

Med henblik på at forbedre tilgængeligheden for handicappede skal bygningsreglementets retningslinjer for adgangsforhold for handicappede supplere de kvalitetskrav, der fastlægges i forbindelse med godkendelse af en rideskole.