

Regionshuset Viborg

Koncern Kvalitet

Kvalitet og Lægemidler

Skottenborg 26

8800 Viborg

Tlf. 7841 0000

midt
regionmidtjylland

Forslag til styrket koordination på tværs af almen praksis, kommuner og hospitaler

I notatet beskrives rammerne for den nuværende organisering af Praksiskonsulentordningen i Region Midtjylland samt forslag til styrket koordination på tværs af almen praksis, kommuner og hospitaler. Udfordringerne i samarbejdet på tværs af sektorer er kort beskrevet.

Den nuværende organisering af Praksiskonsulentordningen

Region Midtjylland har en Praksiskonsulentorganisation, der har fokus på samarbejde og ukompliceret flow af henviste og afsluttede patienter mellem almen praksis og hospitalerne. Målet er at sikre smidige, sammenhængende og effektive patientforløb til gavn for patienter og samfund med udgangspunkt i LEON princippet.

Praksiskonsulentordningen er opbygget med en lægelig koordinator, der varetager den overordnede koordination af arbejdet regionalt sammen med 7 praksiskoordinatorer, en for hver sygehusenhed dog 2 tilknyttet AUH samt 1 tilknyttet psykiatrien. Disse koordinerer samarbejdet på møder med hospitalsledelsen og med de praktiserende læger i optageområdet.

Dato 24.04.19

Steen Vestergaard-Madsen

Tlf. 21493047

Mail steen.vestergaard-

madsen@stab.rm.dk

Side 2

Konsulent	Antal timer	Pulje
6 praksiskoordinatorer somatik	AUH 2 x 200 Horsens 200 Randers 200 Midt 250 Vest 250 I alt 1.300	+ 300.000 kr. til deltagelse i tværgående arbejdsgrupper (KEU)
1 praksiskoordinator psykiatri	300	

Til hver hospitalsenhed er knyttet ca. 50 praksiskonsulenter, som er tilknyttet de respektive afdelinger med hver et årligt timetal på 50 – 100 timer. Praksiskoordinator leder og koordinere arbejdet med praksiskonsulenterne i forhold til opgaver der går på tværs af afdelingerne og er tilknyttet hospitalsklyngen.

Praksiskoordinatorerne afholder fyraftensmøder for de praktiserende læger, hvor ændrede visitationsretningslinjer, samarbejdsprocedurer og ny faglig viden formidles. Ligeledes gennemføres audits på aftalte områder med henblik på at monitorere kvaliteten i forhold til indhold i henvisninger og epikriser samt at de aftalte procedurer og faglige vejledninger følges. Der udsendes løbende information via praksis.dk i forhold til ændrede forløbsbeskrivelser, visitation og samarbejde.

Praksiskoordinatorerne deltager herudover i hospitalsklyngearbejdet og repræsenterer de praktiserende læger i optageområdet og har i denne forbindelse et stort overblik over samarbejdsfladerne mellem klyngens kommuner, praksis og hospital.

Gentagne evalueringer har fundet denne ordning meget relevant for at sikre målet.

Den nuværende praksiskonsulentordning omfatter **ikke** samarbejdet med kommunerne og de kommunale praksiskonsulenter. Det har tidligere været drøftet at tage initiativer til tættere samarbejde i forhold til kommunerne og deres praksiskonsulenter. Dette er aktualiseret med udspil til ny sundhedsreform med styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

Forslag om styrket koordination på tværs af almen praksis, kommuner og hospitaler

Der er generelt behov for at styrke koordination, samarbejde og udvikling i og med det nære sundhedsvæsen for at sikre rettidigt sammenhængende patientforløb, i en tid med øget patientflow og opgaveoverdragelse til primærsektoren. Rehabilitering af den enkelte bliver afgørende i en aldrende befolkning med mere kronisk sygdom.

Almen praksis er en afgørende aktør i det nære sundhedsvæsen, hvor 90 % af kontakterne varetages af almen praksis evt. i samarbejde med de kommunale tilbud (arbejdsmarked, hjemmesygepleje og kommunale sundhedstilbud) og uden berøring med hospitalerne. Ca. 10 % af kontakterne vedrører behandlingsforløb, der også involverer hospitalerne.

Der er fokus på patientforløb, der går på tværs af sektorerne.

Deres succes forudsætter aftalte procedurer mellem kommune, hospital og almen praksis. Dette omfatter samarbejdet om ex:

- den akutte patient
- den ældre behandlingskrævende patient
- den psykiatriske patient
- patienter med multisygdom og polyfarmaci
- den komplekse patient
- den sårbare patient
- forebyggende og sundhedsfremmende indsatser fra vugge til grav.

Når der ikke sker optimal samordning af patientforløb, kan det få alvorlige konsekvenser med unødvendige indlæggelser og genindlæggelser og uhensigtsmæssige behandlingsforløb med konsekvenser for patienterne og samfundsøkonomien.

Eksemplet er i dette oplæg akutte Patienter:

Der er et stigende antal akutte patienter og en stor del af disse indlæggelser er indlæggelser, der teoretisk set kunne have været undgået ved tidligere intervention. Der er ligeledes et højt antal genindlæggelser

Eksempelvis er kun ca. 50% af de indlagte i risikogruppen for influenzarelateret sygdom vaccineret.

Kommunerne har fået akutteams – disse bliver dog ikke altid brugt rettidigt og ofte først inddraget, når borgeren er meget indlæggelsestruet. Et forsøgsprojekt i Randers kommune med såkaldt "kommunalt TK" øger samarbejdet mellem akutteamet og almen praksis og giver bedre indlæggelse til akutmodtagelsen, men indikerer også, at der er mange potentielle indlæggelser der håndteres.

Mange af disse borgere vurderes først af lægevagten på et tidspunkt, hvor chancen for at give et behandlingsforløb i hjemmet / på aflastningsplads er væsentligt forringet. Lægevagten er ligeledes en suboptimal løsning i mange tilfælde, alene af den grund at lægevagten ikke kender patienten og IKKE har adgang til egen læges journal m.m. Der er manglende ensartethed i tilbuddene til borgerne og det gør det svært for akutmodtagelser og vagtlæger at vælge en indsats i borgerens hjem.

Der er kun et sparsomt samarbejde mellem de 3 kørende teams i primærsektoren, vagtlæge, AMK og akutteams.

Samtidig er mange af disse patienter ældre med multimorbiditet, og ofte udredes de ikke i bund, men bliver kun behandlet for den primære indlæggelsesgrund, fx dehydrering, men de underliggende årsager håndteres ikke.

Kommunen får kun besked om de indlæggelser, hvor kommunen i forvejen har en sygeplejesag. Kommunen er derfor uvidende om gentagne indlæggelser af "rising risk" patienter.

Der er ikke aftaler om en koordineret indsats for "high risk" patienter med stor risiko for genindlæggelse.

En tidligere indsats omkring forebyggende hjemmebesøg i løbet af en uge påviste, at 25-30% af disse patienter var indlagt igen, inden lægen nåede at besøge dem.

Det er velkendt at belastede pårørende, uvished om fremtiden, nedsat egenomsorg og færdighedstab er drivere i denne udvikling.

Det er for omfattende at give en udtømmende beskrivelse og ovenstående eksempel er alene med for at beskrive omfanget af opgaverne.

Med henblik på at styrke samarbejde, koordination og udvikling af det nære sundhedsvæsen og mellem kommune, almen praksis og hospital foreslås det, at hospitalspraksiskoordinator ved akutsygehusene tillægges en opgave med koordination i forhold til kommunernes kommunepraksiskonsulenter i en hospitalsklynge.

Opgaven kunne omfatte:

- Afholde 2- 4 årlige møder mellem klyngens kommunepraksiskonsulenter og evt. repræsentanter fra kommunerne med henblik på gensidig orientering samt nye opgaver og idéer af fælles interesse, herunder KLU -orientering.
Herved kan opnås mulighed for større ensartethed i samarbejdet indenfor klyngen ligesom nye idéer fra en kommune let overføres til en anden kommune.
- Tovholder i forhold til områdets kommunepraksiskonsulenter i forhold til at drøfte nye opgaver set i forhold til klynge-samarbejdet, herunder Overenskomst/PLO forhold i øvrigt, idet praksiskoordinatoren i forvejen har ansvar for kontakt til PLO ved behov herfor.
Dette med henblik på sikre implementering og følge op på mangel på samme fx henvisninger til kommunal rehabilitering.
- Indgå i tværgående grupper/udvalg i samarbejde med hospital, kommuner og praksis ex på akutområdet.
- Medvirke til at bringe emner fra praksis- kommunesamarbejdet ind i hospitalsklynge-styregruppen med henblik på at udbrede viden, projekter etc., herunder at forsøge at sikre ensartede forløb på sundhedsområdet.
- Praksiskontaktperson for kommunerne i forhold til de nye kvalitetsklynger.
- Modtage referater fra kommunernes KLU i hospitalsklyngen med henblik på at vurdere fælles emner/problemer/løsninger.

Det foreslås, at praksiskoordinatorerne samlet tillægges 300 timer årligt til varetagelse af denne opgave, finansieret af kommunerne i regionen efter følgende fordelingsnøgle:

Kommune i RM	Befolkningstal pr. 2018	Udgift pr. kommune
Aarhus	340.421	77.746
Randers	98.265	22.442
Viborg	96.883	22.126
Silkeborg	92.024	21.017
Horsens	89.598	20.462
Herning	88.733	20.265
Skanderborg	61.158	13.967
Holstebro	58.418	13.342
Ringkøbing-Skjern	57.005	13.019
Favrskov	48.271	11.024
Hedensted	46.616	10.646
Skive	46.599	10.642
Syddjurs	42.468	9.699
Ikast-Brande	41.191	9.407
Norddjurs	38.197	8.723
Odder	22.626	5.167
Struer	21.270	4.858
Lemvig	20.133	4.598
Samsø	3.720	850
Total	1.313.596	300.000

En mulighed kunne være at foretage en prøvehandling i en af hospitalsklyngerne fra foråret og året ud med tilførsel af timer. Spillereglerne for samarbejdet skal beskrives og tilrettes efterhånden, som samarbejdet udvikler sig.

Udkast



Overordnet koordination af kvalitetsarbejdet i forhold til almen praksis og samarbejdsfeltet

Dato 26-02-2019

Steen Vestergaard-Madsen

Tel. +4521493047

Steen.Vestergaard-

Madsen@STAB.RM.DK

Indledning

Det er afgørende, at der i alle dele af sundhedsvæsenet er høj faglig kvalitet i forhold til diagnostik, behandling og effektive behandlingsforløb på tværs af almen praksis, hospitaler og kommuner. Praksiskvalitetsorganisationen MidtKraft er en vigtig aktør i implementering af nye tiltag i almen praksis og i samarbejdet i det nære sundhedsvæsen. Opgaverne i MidtKraft tilpasses løbende ud fra behov og prioriteres i forhold til implementering af ny overenskomst, sundhedsaftale samt nationale og regionale planer.

Side 1

Der er behov for større synlighed og et tydeligere fokus i MidtKraft i arbejdet med kvalitetsudvikling i forhold til almen praksis. Neden for beskrives tilpasninger i organisationen i forhold til ændrede opgaver.

I notatet beskrives hovedopgaver og organisering af arbejdet med indsatser på kvalitetsarbejdet, herunder efteruddannelse.

Hovedopgaver i MidtKraft

Hovedopgaverne, som vedrører både opgaver ind i almen praksis og i samarbejdsfeltet mellem almen praksis, hospitaler og kommuner, er oplistet neden for:

- Stabsarbejde og strategiudvikling vedr. kvalitet i praksissektor
- Samarbejde almen praksis – hospitaler - kommuner
- Implementering af indsatser, nationale, regionale og fra overenskomster
- Kvalitetsudvikling (klynger og praksis)
- Faglig efteruddannelse
- Rationel lægemiddelanvendelse
- Patientsikkerhed
- Sundheds-it

Organisering af MidtKraft

Der skal fremadrettet ske en bedre koordination på tværs i MidtKraft og mere synlighed i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. Der skal endvidere administrativt på tværs af stabene skabes bedre sammenhængskraft.

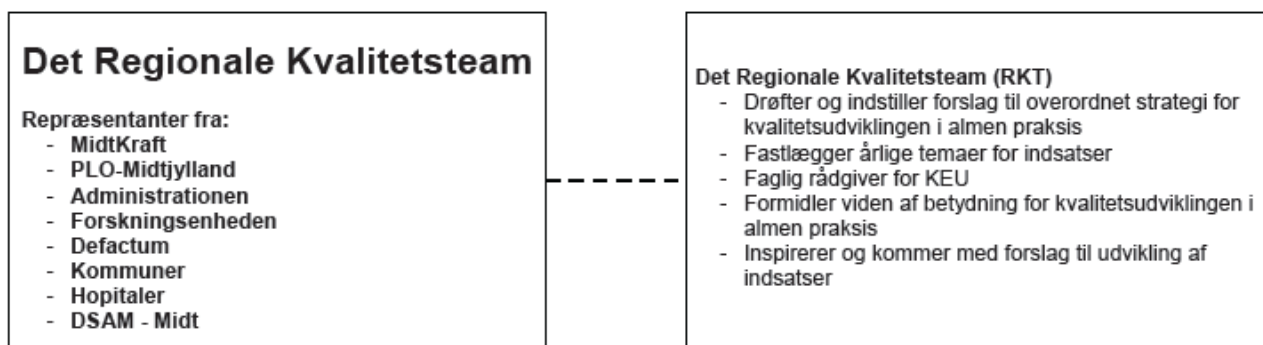
Overordnet koordination af indsatser på kvalitetsområdet i almen praksis

Kvalitet og Lægemedler, Koncern Kvalitet, har det overordnede ansvar for koordination og ledelse i forhold til arbejdet med kvalitetsudvikling i almen praksis og på tværs med udgangspunkt i de vilkår, som kendetegner almen praksis.

PLO-Midtjylland inddrages tidligere i forhold til initiativer, koordination og implementeringstiltag. PLO-M medvirker endvidere i at formulere handlingsplaner og konkrete initiativer på området. PLO-M deltager i møderne i det Regionale Kvalitetsteam og medvirker i tilrettelæggelsen af dagsordener til møderne med inddragelse af øvrige stabe, kommunerne og hospitalerne.

Det Regionale Kvalitetsteam (RKT)

RKT spiller en central rolle i den overordnede udvikling af initiativer og har følgende repræsentation og opgaver:

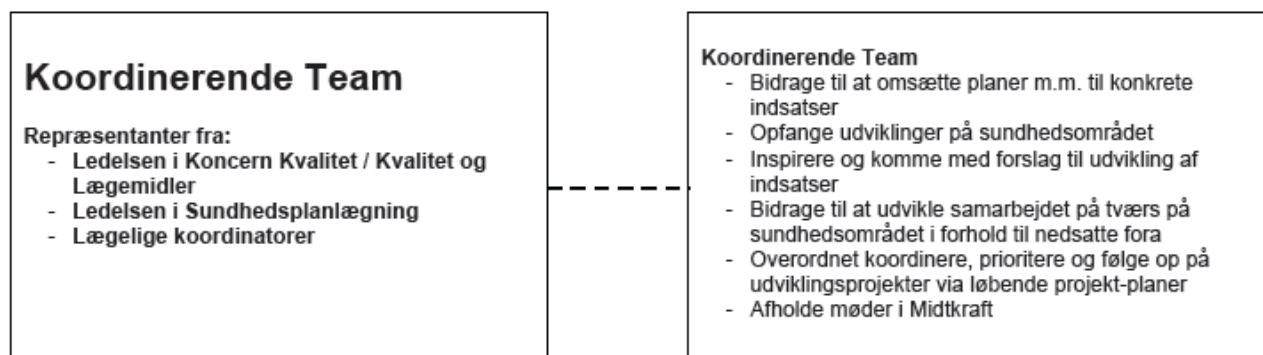


Der afholdes 4 møder årligt forud for møderne i Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget, KEU. På 1. møde i et nyt år drøftes indsatser 1-2 år frem til forelæggelse for KEU. 3. møde afholdes som en udviklingsworkshop med deltagelse af konsulentkorpset.

Teamet udvides med 2 repræsentanter fra PLO-M, en kvalitetschef fra hospitalerne og en kommunerepræsentant udpeget via KOSU. Ad hoc repræsentation af en datakonsulent efter behov. Se sammensætningen i boksen ovenfor.

Det Koordinerende team (DKT)

DKT koordinerer og adresserer udfordringer på området. Teamet har en vigtig opgave i at omsætte planer til konkrete indsatser, koordinere indsatser og følge op på indsatser. DKT har følgende repræsentation og opgaver:



Der afholdes 6 møder årligt.

De lægelige koordinatore

De 2 lægelige koordinatore har uændret ansvaret for ledelse af henholdsvis samarbejdet på tværs (Praksiskonsulentordningen) og udvikling ind i praksis (vedr. efteruddannelses- og organisationsudviklingsaktiviteter).

Konsulent	Antal timer	Pulje
1 Lægelig koordinator for samarbejde på tværs	640	320 timer finansieres af DGE midler (KEU)
1 Lægelig koordinator for udvikling ind i praksis	480	

Ledelse, planlægning og koordination af MidtKraft

Medarbejdere og ledelsen i Kvalitet og Lægemidler har en særlig opgave i forhold til at tage de fornødne initiativer, der med udgangspunkt i almen praksis understøtter et veltilrettelagt sundhedsvæsen.

Sundhedsplanlægning og Kvalitet og Lægemidler/Koncern Kvalitet understøtter beslutningstagning politisk, administrativt og fagligt i forhold til udviklingen af sundhedsområdet med særligt fokus på almen praksis og samarbejdet på tværs. Der skal sikres effektiv koordination mellem Koncern Kvalitet og Sundhedsplanlægning samt sikres inddragelse af KOSU og hospitalernes kvalitetschefer, hvor det er relevant.

Kvalitet og Lægemidler har ansvaret for, at aftalte indsatser implementeres og løbende monitoreres.

Ved udvikling af indsatser skal det sikres, at de rette kompetencer fra MidtKraft inddrages, og at implementeringsindsatser målrettet gør brug af forskellige værktøjer, som der er evidens for virker.

Målet er, at almen praksis indgår som en forpligtende medspiller i udviklingen af det nære sundhedsvæsen og på tværs i sundhedsvæsenet, og at der sker en løbende afvejning og udvikling af de behandlingsopgaver, der kan foregå i det nære sundhedsvæsen.

I implementeringen af tværgående indsatser er det vigtigt at benytte praksiskonsulentordningen, de kommunalt lægelige udvalg (KLU), hospitalsklyngerne og kvalitetsklyngerne.

Praksiskoordinatorerne

Hovedopgaven er at medvirke til sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis samt at aftale hensigtsmæssige snitflader på tværs, som tilgodeser et konstruktivt fagligt samarbejde. Arbejdet sker i tæt samarbejde med hospitalsledelser og afdelingsledelser, kommuner og almen praksis i hospitalsenhedernes optageområde. Praksiskoordinatorerne koordinerer endvidere de praksiskonsulenter, der er tilknyttet. Teamet består ligeledes af medicinpraksiskoordinator, der i samarbejde med lægemiddelteamet udvikler og implementerer medicinindsatser i almen praksis koordineret med hospitalerne.

Målet er at træffe aftaler om sammenhængende og effektive patientforløb samt smidige snitflader på tværs af sektorer til gavn for patienterne og samfundsøkonomien.

Til styrkelse af koordinatorfunktionen forslås afsat en pulje på 300.000 kr., finansieret af KEU med henblik på, at koordinatore/praksiskonsulenter i højere grad kan indgå i arbejdsgrupper regionalt eller nationalt, tværfaglige specialeråd m.m.

Der er ligeledes behov for at styrke koordinatorfunktionen, så den udbygges til også at styrke samarbejde med kommunerne og at medvirke til et stærkt nært sundhedsvæsen med følgende opgaver:

- 2- 4 årlige møder mellem praksiskoordinator og klyngens kommunepraksiskonsulenter med henblik på at udveksle erfaringer om samarbejdet samt nye opgaver, mulighed for at opnå større ensartethed i samarbejdet indenfor klyngen ligesom gode ideer fra en kommune let overføres til en anden kommune i klyngen.
- Tovholder i forhold til områdets kommunepraksiskonsulenter i forhold til at drøfte nye opgaver
- Medvirke til at bringe emner fra praksis-kommunesamarbejdet ind i klyngestyregruppen med henblik på at sikre ensartede forløb på sundhedsområdet.
- Praksiskontaktperson for kommunerne på klyngeniveau.

Efter nærmere aftale medfinansierer kommunerne i Region Midtjylland, at hver somatisk praksiskoordinator tillægges 50 timer årligt til at koordinere på tværs af kommune, praksis og hospital. Kommunerne forventes at finansiere de 300 timer efter en fordelingsnøgle på grundlag af befolkningstal.

Med henblik på generelt at styrke koordinatorrollen tilknyttes AC- medarbejder fra Kvalitet og Lægemidler i forhold til analyser, oplæg m.m.

I dialog med hospitalerne lægges der op til en evaluering af tilrettelæggelsen af praksiskonsulentordningen på hospitalerne, hvor der samlet er ansat ca. 50 praksiskonsulenter.

Konsulent	Antal timer	Pulje
6 praksiskoordinatorer somatik	AUH 2 x 200 Horsens 200 Randers 200 Midt 250 Vest 250 I alt 1.300	+ 300.000 kr. til deltagelse i tværgående arbejdsgrupper (KEU) + 300 timer til styrket koordination i det nære sundhedsvæsen (finansieret af kommunerne)
1 praksiskoordinator psykiatri	300	
1 medicinpraksiskoordinator	160	

Praksisudviklingskonsulenter

Praksisudviklingskonsulenterne varetager opgaver med organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis. Der har hidtil været udbudt kurser i ledelse og udvikling af praksis (LUP). Der vil fremover være et styrket fokus på udvikle og give tilbud rettet mod enkelte praksis i forhold til:

- aktiviteter vedr. organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis
- støtte til praksis, der på forskellig vis er udfordret med henblik på at kunne fastholde praktiserende læger i almen praksis i alle områder af regionen.

Til de 2 opgaver er der afsat særlige midler udmøntet fra Fonden for almen praksis.

Konsulenterne har herudover opgaver i forhold til at medvirke i implementering af større forandringer fx. større indsatser ind i praksis, ny teknologi m.m. Konsulenterne har endvidere opgaver i forhold til akkreditering, udviklingspraksis, kvalitetsudvikling og udvikling af praksis, patientsikkerhed, borgerrettede kampagner m.m.

Målet er, at understøtte og udvikle de praksis, der af forskellige grunde har behov for støtte til effektiv drift. Dette skal bl.a. muliggøre, at praktiserende læger ikke opgiver praksis før påtænkt pensionering. Praktiserende læger kan fastholdes, og dermed bidrage til at sikre lægekapaciteten i regionen.

Der afsættes i første omgang en udviklingspulje på 300.000 kr. for 2019 – 2020 fra fondsmidlerne til udvikling af tilbud inden for organisations- og ledelsesudvikling og støtte til udsatte praksis. Herunder afsættes timer til en praksisudviklingskonsulent, der kan koordinere i forhold til denne nye udviklingsopgave. Der foretages i 2020 en evaluering af opgaverne med henblik på stillingtagen til rammerne for det videre tilbud til almen praksis fra 2021.

Praksisudviklingskonsulenternes fremtidige opgaver og omfang beskrives nærmere i forbindelse med udviklingen af de nye tilbud til praksis.

Konsulent	Antal timer	Pulje
5 praksisudviklingskonsulenter	800	+ 300.000 kr. til udvikling af tilbud til praksis (finansieret af Fonden for almen praksis i 2019 – 2020)

Efteruddannelsesvejlederne

Efteruddannelsesvejlederne har fokus på at fremme faglig udvikling af almen praksis, hvilket omfatter både kompetenceudvikling af læger og af praksispersonale. Tilrettelæggelse og udbud af kurser og aktiviteter tager udgangspunkt i det regionale behov for den frivillige efteruddannelse, den systematiske efteruddannelse af læger og praksispersonale og den gruppebaserede efteruddannelse. Efteruddannelsesstilbuddene tager endvidere udgangspunkt i den enkeltes efteruddannelsesbehov og skal kunne anvendes i den kliniske hverdag. Et regionalt efteruddannelsesstilbud sigter på at få kurser og aktiviteter bredt ud geografisk og med brug af faglige kompetencer i lokalområdet.

Målet er et udbud af kurser/aktiviteter på højt fagligt niveau, som praksis efterspørger og som kommer bredt ud i regionen.

Konsulent	Antal timer	Pulje
5 efteruddannelsesvejledere	800	Timerne finansieres af DGE puljen (KEU)

I forbindelse med efteruddannelsesaktiviteter kan der afsættes ekstra ressourcer til EUV til kursusledelse finansieret af kursusafgifter.

Lægelig konsulent Cancer i Praksis

Den lægelige konsulent har ansvaret for at udvikle og understøtte indsatser på kræftområdet og følge op på initiativer i forbindelse af implementering af Kræftplanerne.

Konsulent	Antal timer	Pulje
1 lægelig konsulent	160	-

Lægemiddelkonsulenterne

Kernefunktionen er fokus på rationel farmakoterapi samt at informere almen praksis om ny faglig viden i forhold til korrekt medicinordination både ud fra et patientperspektiv og samfundsøkonomien. Konsulenterne understøtter praksis med vejledning og redskaber til at gennemføre medicingennemgang og seponering, særligt i forhold til polyfarmacipatienter. Lægemiddelkonsulenterne afvikler praksisbesøg efter nærmere aftale med praksis, udfører medicingennemgang og udarbejder klyngepakker og datapakker med medicin som emner.

Målet er at understøtte praksis i korrekt medicinordination og mindske unødigt praksisvariation i ordinationsmønstre.

Konsulent	Antal stillinger	Pulje
Regionale lægemiddelkonsulenter	4	-

Datakonsulenterne

Konsulenterne understøtter og rådgiver almen praksis i hensigtsmæssig brug af it i almen praksis, implementering og anvendelse af nye digitale værktøjer til diagnostik, behandling og

elektronisk kommunikation på tværs af sektorer på baggrund af de faciliteter og standarder, der aftales nationalt. Konsulenterne spiller en rolle i implementeringen af "digital almen praksis", PRO, videokommunikation, forløbsplaner, og Fælles Medicinkort.

Målet er, at alle praksis tager de nye faciliteter i anvendelse som en integreret del af den kliniske hverdag, hvilket muliggør, at der kan stilles gensidige forventninger til anvendelsen af digitale værktøjer på tværs i sundhedsvæsenet.

Konsulent	Antal stillinger	Pulje
datakonsulenter	2	-

Ikrafttræden

En tilpasset praksiskvalitetsorganisation træder i kraft fra 1. juli 2019. Det bemærkes, at de nuværende lægelige konsulentstillinger skal genopslås til nybesættelse juli 2020.

Skema over de samlede ressourcer:

Konsulent	Antal stillinger/timer	Pulje
1 Lægelig koordinator for samarbejde på tværs	640	320 timer finansieres af DGE midler (KEU)
1 Lægelig koordinator for udvikling ind i praksis	480	
6 praksiskoordinatorer somatik	AUH 2 x 200 Horsens 200 Randers 200 Midt 250 Vest 250 I alt 1.300	+ 300.000 kr. til deltagelse i tværgående arbejdsgrupper (KEU) - NYT + 300 timer til styrket koordination i det nære sundhedsvæsen (finansieret af kommunerne?) - NYT
1 praksiskoordinator psykiatri	300	
1 medicinpraksiskoordinator	160	
5 praksisudviklingskonsulenter	800	+ 300.000 kr. til udvikling af tilbud til praksis (finansieret af Fonden for almen praksis i 2019 – 2020) - NYT
5 efteruddannelsesvejledere	800	Timerne finansieres af DGE puljen (KEU)
1 lægelig konsulent, cancer i praksis	160	-
I alt – afsat til lægelige konsulenter	Ca. 4,5 mio. kr.	
Datakonsulenter	2 årsværk	-
Lægemiddelkonsulenter	4 årsværk	



Strategi for kvalitetsarbejdet i almen praksis

Dato 26-02-2019

Steen Vestergaard-Madsen

Tel. +4521493047

Steen.Vestergaard-

Madsen@STAB.RM.DK

1-01-72-9-18

Side 1

Styrket indsats i almen praksis med fokus på det nære sundhedsvæsen

En strategi for arbejdet med kvalitetsudvikling i almen praksis i Region Midtjylland skal sikre, at almen praksis har fokus på kvalitet og samarbejde - med henblik på, at almen praksis indgår som en central part i et nært sundhedsvæsen til gavn for regionens borgere i tæt samspil med det øvrige sundhedsvæsen.

Strategien beskriver de tiltag, der skal foregå i almen praksis – ofte i samarbejde med eller koordineret med indsatser i kommuner eller hospital. Som led i strategien styrkes almen praksis' rolle i tværgående indsatser med flere ressourcer og bedre koordination.

Indsatsområder

Udvikling tæt på almen praksis

Kvalitetsudvikling og samarbejde i almen praksis skal ske med afsæt i og respekt for den struktur, som i dag kendetegner almen praksis med mindre enheder. Udviklingen sker i 2 hovedspor:

1. Datadrevet kvalitetsudvikling i kvalitetsklynger

- Kvalitetsudvikling i kvalitetsklynger understøttes af MidtKraft koordineret med KIAP med tilbud om klyngepakker m.m.

2. Særlige kvalitetsindsatser i almen praksis

- Kompetenceudvikling af praktiserende læger og praksispersonale på udvalgte områder, til udvikling af et stærkt fagligt miljø i almen praksis, hvilket også er med til at sikre rekruttering og fastholdelse.
- Tilbud til alle praksis om organisations- og ledelsesudvikling samt støtte til praksis, der på forskellig vis er udfordret med henblik på at kunne fastholde praktiserende læger i almen praksis.

- Almen praksis skal have mulighed for praksisnært at udvikle nye måder at tilrettelægge diagnostik, behandling og samarbejde på tværs. Udviklingspraksis og midler til spirekassen bidrager til udvikling nedefra med et skærpet fokus på spredning til andre praksis.
- På centrale kerneområder understøtter Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget forskning og kvalitetsudvikling i almen praksis med henblik på at forbedre diagnostik, behandling og samarbejde.
- Almen praksis er omfattet af det nationale kvalitetsprogram og 8 nationale mål og på sigt af nye nationale indikatorer for almen praksis samt samarbejde i lærings- og kvalitetsteams.
- Digital udvikling af almen praksis kan optimere og lette arbejdsgange og kommunikation i almen praksis og i samarbejdet med hospitaler og kommuner.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggende indsatser i almen praksis og i et tværgående samarbejde skal foretages, hvor der vil være sundhedsfremmende gevinster for borgerne og samfundet.

- indsatser inden for eksempelvis rygning, overvægt, mistrivsel i forhold til psykisk lidelse.
- tidlig og målrettet opsporing, diagnostik og udredning (fx patienter med lungesygdom og kræft).

Indsatser på særlige områder

Almen praksis arbejder med indsatser på særlige områder, herunder for særlige patientgrupper, der er behandlingskrævende og komplekse.

- ældre borgere med kronisk sygdom og multisygdom, herunder samarbejde om akutte patienter, forebyggelse af akutte indlæggelser, medicinindsatser m.m.
- mental sundhed hos børn og unge samt borgere med svær psykisk sygdom - på tværs af kommuner, almen praksis og region.
- patienter med KOL og diabetes2.
- patienter med kræft, herunder tidlig opsporing, behandling og opfølgning.
- rationel farmakoterapi eksempelvis reduktion i forbruget af antibiotika.
- patientsikkerhed

Hvordan arbejder vi med strategisporene for kvalitetsudvikling

De enkelte strategispor implementeres af praksiskvalitetsorganisationen MidtKraft, som er en netværksbaseret organisation, som varetager såvel udvikling som implementering af nye tiltag i almen praksis i samarbejde med resten af sundhedsvæsenet. Midtkraft er organiseret under Koncern Kvalitet, der varetager den daglige ledelse med baggrund i beslutninger i det regionale kvalitetsteam (RKT) samt Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget (KEU). Arbejdet har herudover input fra regionens politiske og administrative fora - herunder udvalget for nære sundhedstilbud, praksisplanudvalget (PPU) og sundhedsstyregruppen (SSG). Der følges løbende op på indsatser samt monitorering af målopfyldelse.

For en uddybning af Midtkraft og organiseringen rundt om kvalitetsarbejdet i forhold til almen praksis og samarbejdsfeltet henvises til notat af 22.2.2019.



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 03-12-2018
Enhed: AELSAM
Sagsbeh.: SUMLFI
Sagsnr.: 1809283
Dok. nr.: 757117

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 5. november 2018 stillet følgende spørgsmål nr. 114 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kirsten Normann Andersen (SF).

Spørgsmål nr. 114:

"I forlængelse af en række sager, hvor borgere er kommet i klemme i forhold til intravenøs behandling (IV-behandling) med f.eks. parenteral ernæring bedes ministeren redegøre for, hvordan ministeren vil sikre sig, at patienter ikke falder ned mellem to stole, fordi kommune og region ikke kan blive enige om det økonomiske ansvar? Der henvises til artiklen "KL: Folketinget skal afgøre strid om intravenøs behandling" på DK-nyt den 2. november 2018. (<https://www.dknyt.dk/artikel/98814/kl-folketinget-skal-afgre-strid-om-intravens-behandling/?nb=1>)"

Svar:

Det er altid myndighedernes ansvar at sikre, at borgere, der udskrives fra sygehus enten med en henvisning til hjemmesygepleje eller til videre sygehusbehandling i hjemmet, modtager den sygepleje eller behandling, der er aftalt, og at det økonomiske ansvar i den forbindelse afklares mellem myndighederne.

Jeg bakker fuldt ud op om en udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der betyder, at flere borgere kan modtage behandling enten i eget hjem eller tæt på eget hjem – såfremt en behandling uden for sygehus er patientsikkerhedsmæssig forsvarlig.

IV-behandling, herunder parenteral ernæring, er lægeforbeholdt virksomhed. IV-behandling vil derfor skulle ordineres og iværksættes på sygehus under ansvar af lægen¹.

Et sygehus kan derfor heller ikke udskrive patienter med eksempelvis fortsat behov for IV-behandling efter udskrivning, uden enten selv at stille med det relevante personale eller at indgå aftale med kommunen om, at den pågældende opgave kan løses af personalet i hjemmesygeplejen.

Hvis en borger udskrives fra sygehus til fortsat IV-behandling i hjemmet, er der tale om fortsat sygehusbehandling i hjemmet. Det betyder, at lægen på sygehuset, fortsat er ansvarlig for den iværksatte behandling. Det betyder også, at det er regionen, der er ansvarlig for at afholde udgifter til behandlingen.

¹ Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser", 2017.

Som led i udviklingen af sundhedsvæsenet tilbyder nogle sygehuse i dag, at borgere kan færdigbehandles med IV-behandling i hjemmet. Det kan ske enten som en udkørende sygehusfunktion eller ved henvisning til hjemmesygeplejen.

Henvisning til hjemmesygeplejen forudsætter imidlertid en konkret aftale med den pågældende kommune om, at hjemmesygeplejen kan påtage sig den pågældende opgave, da IV-behandling kræver særlige kompetencer hos det sundhedsfaglige personale og særligt udstyr, som ikke nødvendigvis er til stede i kommunen.

Hvis en kommune påtager sig at tilbyde fx IV-behandling, er kommunen ansvarlig for at sikre, at personalet har de fornødne kompetencer til at udføre opgaven, at der er udarbejdet de nødvendige instrukser for personalets udførelse af den delegerede opgave og at føre et overordnet tilsyn med personalets opgaveløsning.

I forlængelse heraf bemærkes, at det ikke fremgår af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen", 2017, som kommunale akutfunktioner skal leve op til fra 2018, at IV-behandling er en af de sygeplejefaglige opgaver, som en kommunal akutfunktion forventes at kunne varetage.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Louise Filt

Retningslinje:

Intravenøs behandling i kommunalt regi – antibiotika og isotone væsker

Formål

Formålet med IV-behandling i kommunalt regi er:

- At optimere patientforløb
- At patienten får mulighed for behandling i kommunalt regi
- At sikre ensartet praksis på tværs af region og kommuner til gavn for patienterne

Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe

Målgruppen er patienter over 15 år, som er:

- Patienter fra et af Region Midtjyllands hospitaler, der efter udskrivelsen skal fortsætte intravenøs behandling, og hvor det ud fra en lægefaglig vurdering findes forsvarligt og hensigtsmæssigt, at behandlingen foregår i kommunalt regi (herunder plejebolig, ældrebolig, sundhedsklinik/akutplads/midlertidig plads i kommunen og eget hjem)
- Patienter som sættes i behandling af hospitalet, men hvor der ikke forud har været en indlæggelse, f.eks. via ambulatorium, geriatrisk team mv.

Da risiko for anafylaktisk chok er størst ved de to første injektioner, sker de to første indgifte i hospitalsregi.

For at kunne færdiggøre IV-behandling i patientens nærmiljø, skal patienten være stabil og vurderet lægefagligt egnet. Borgerens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en lægefaglig vurdering efter samtale mellem patient, kommunal sygeplejerske og hospital.

Afgrænsning

Retningslinjerne gælder for IV-antibiotikabehandling og IV-behandling med isotone væsker og knytter sig til samarbejdsaftale for intravenøs behandling i kommunen – antibiotika og isotone væsker.

Samarbejdsaftalen omfatter alle slags antibiotika, som kan leveres til IV-behandling i lukkede systemer og som gives op til fire gange i døgnet, afhængigt af, hvilken antibiotika patienten udskrives med.

Medicinadministrationen kan foregå gennem perifert venekateter (PVK), centralt venekateter (CVK eller PICC-line) og vaskulær injektionsport (VIP). Der kan endvidere anvendes elastomerisk pumpe.

Definition af begreber

Intravenøs behandling (IV-behandling): Medicin eller væske, der gives intravenøst.

Intravenøse adgange (IV-adgange): Perifert venekateter (PVK), centralt venekateter (CVK eller PICC-line), vaskulær injektionsport (VIP)

Lukket system: Overføringsdevice og infusions- og blandesæt, som bruges ved opblanding kort før brug.

To-kammer-system: Lukket system med antibiotika tørstof og blandingsvæske til infusion

Elastomerisk pumpe: Bærbar medicinpumpe til éngangsbrug, der virker ved, at et elastisk reservoir eller "ballon" tømmes med et bestemt volumen i timen

Serieproduktion: infusionsblandinger uden patientnavn i standardposer. Posen er til direkte ophæng.

Sam-pak: Kasser med remedier til patienter, der modtager IV-behandling i nærmiljøet.

Fremgangsmåde

Administration i kommunalt regi ved kommunal sygeplejerske er et tilbud til patienten, som er et alternativ til indlæggelse eller IV-behandling i ambulatorium.

Tilbuddet omhandler IV-behandling med antibiotika og væske, der startes op ved to behandlinger på hospitalet og fortsættes i nærmiljøet (i hjemmet/sygeplejeklinik/plejebolig).

1. Information til patient

Hospitalerne skal:

- Informere patienterne om medicinens virkning og bivirkning samt tegn på allergisk reaktion.
- Informere patienten og eventuelt pårørende og kommunal sygeplejerske om at kontakte behandlende afdeling, hvis der i behandlingsforløbet opstår problemer relateret til IV-behandlingen.
- Informere patienten om, at det er borgerens eget ansvar at bortskaffe medicinrester.

Ved udskrivelse medsendes:

1. Medicinliste fra Fælles Medicin Kort (FMK)
2. Ved antibiotikabehandling: Vejledning fra www.iv-vejledninger.dk (med henblik på indløbshastighed)
3. Kontaktkort med døgndækket telefonnummer til den behandlende afdeling til brug for kommunal sygeplejerske og patient
4. Relevante skriftlige vejledninger (se næste afsnit)

2. Planlægning ved udskrivelse til behandling i kommunalt regi:

	Bemærkning	Vejledninger relateret til den aktuelle ordination
1. Ordination	IV-behandling og evt. lukkevæske til lukning af IV-adgang ordineres i FMK jf retningslinje for den konkrete IV-adgang. Ved antibiotikabehandling medsendes givningsvejledning fra www.iv-vejledninger.dk	<i>Link til:</i> <i>www.iv-vejledninger.dk</i> (antibiotika) <i>Promed (isotone væsker)</i>
2. Administrationsform	Ud fra arbejdsmiljømæssige hensyn leveres medicinen i lukkede systemer. Færdigblandet medicin, der skal gives i kommunalt regi, skal blandes af Hospitalsapoteket og leveres som infusionsposer eller elastomeriske pumper (til udvalgte medicintyper). Se sortiment og bestillingssedler antibiotika klar til brug på e-dok. Apoteket leverer med Codan Mix Ad blandesæt, som giver mulighed for lukket system, hvor kommunal sygeplejerske blander htgl. + inf-pose.	Infusion <i>Vejledning om 2-kammer pose</i> <i>Medicin i elastomerisk pumpe givet over 24 timer</i>
3. Medicinadministrator	Behandlingen kan administreres af kommunalsygeplejersker eller akutteam Kommunale sygeplejersker / akutteam må give IV-behandling med antibiotika og isotone væsker. IV-behandling administreret af kommunale sygeplejersker skal aftales telefonisk og medsendes skriftligt eller sendes som korrespondance	Kommunal sygeplejerske <i>Link til samarbejdsaftale</i>
4. IV-adgang	Kommunale sygeplejersker eller akutteam kan anlægge PVK.	PVK <i>Behandling i hjemmet i perifert venekateter (PVK)</i>

		2. <i>Fjernelse af perifert venekateter</i>
		PICC-line <i>Behandling i hjemmet i perifert indsat centralt venekateter (PICC-line)</i>
		CVK <i>Behandling i hjemmet i centralt venekateter (CVK)</i>
		VIP 1. <i>Behandling i hjemmet i vaskulær injektionsport (VIP)</i> 2. <i>Fjernelse af nål fra vaskulær injektionsport</i>
5. Opbevaring	Medicin, evt. antikoagulation udleveres uden betaling for kommunen af behandlende afdeling. Evt. transport af medicin arrangeres og betales af afdelingen. Skal medicinen opbevares på køl, medsendes temperaturløbere og vejledning. Temperaturløbere kan rekvireres på hospitalsapoteket og betales af afdelingen.	På køl <i>Vedhæftet:</i> 1. <i>Opbevaring af medicin på køl</i>
6. Registrering	Hospitalet følger lokal registreringsvejledning. Kommunerne registrerer sygeplejeindsatsen i omsorgssystemet.	

3. Opgave- og ansvarsfordeling

3.1. Hospitalslægens opgaver:

- Foretager en lægefaglig vurdering af, om patienten kan behandles i kommunalt regi
- Informerer patienten om virkning og bivirkninger af medicinen, herunder anafylaksi
- Indhenter informeret samtykke hos patienten

Udarbejder behandlingsplan hvor det fremgår hvornår behandlingen ophører eller kan ændres til anden administrationsform. Behandlingsplanen medsendes til kommunal sygeplejerske.

- Hvordan lukning af IV-adgang skal foregå.
 - I særlige tilfælde kan der være behov for andet og i så fald skal det angives
 - Plan for evt. kontrol på hospitalet
- Vurderer om sygeplejersken må forlade patienten under behandlingen og / eller om pårørende må varetage observationsopgaven (tilladelse skal foreligge elektronisk)
- Revurderer behandlingen, senest på tredjedagen
- Udarbejder lægefaglig epikrise og sikrer, at den indeholder en udførlig, letforståelig plan
- Ordinerer medicin og evt. antikoagulation til lukning af IV-adgang i EPJ. Ordination skal fremgå af fælles medicinkort (FMK)
- Gennemgår medicin med patienten

3.2. Hospitalssygeplejerskens opgaver:

- Kontakter kommunalsygeplejersken telefonisk
- Udleverer relevant informationsmateriale, medicinliste, vejledning på præparatet (fra samnet), og kontaktkort med telefonnummer til den behandlende afdeling/afsnit til patienten
- Informerer patienten og kommunalsygeplejerske om:
 - Kontaktmuligheder og evt. opfølgning på hospitalet
 - Levering og opbevaring af medicin
- Sikrer at patienten sendes hjem med en velfungerende IV-adgang
- Administrerer som minimum de to første doser medicin, inden patienten tager hjem
- Medsender den ordinerede medicin herunder temperaturfølere, hvis medicinen skal på køl
- Kontakter Hospitalsapoteket ved behov for bestilling af medicin
- Giver besked til Hospitalsapoteket om seponering af behandlingen, hvis apoteket står for levering af medicin i kommunalt regi
- Specifikke anvendte sygeplejeartikler og remedier til medicinadministration og skift af forbindelse ved IV-adgang – (forpakkede kasser fra apoteket)
- Kommunikerer via MEDCOM, jf. gældende aftaler

- Udarbejder udskrivningsrapport i MEDCOM

3.3. Hospitalsapotekets opgaver

- Leverer antibiotika i lukkede systemer
- Leverer antibiotika blandet i infusionsposer, sprøjter eller elastomeriske pumper (ballon). Se [e-dok](#) retningslinje "[30.1.1.5 Sortiment og bestillingssedler antibiotika klar til brug](#)".
- Udlevering af "sampak", hvor apoteket udleverer antibiotika, tilhørende infusionsposer og utensilier i en samlekasse.
- Patient/pårørende tager som udgangspunkt selv medicinen med fra udskrivende afdeling. Når det ikke er muligt, sørger Hospitalsapoteket for forsendelse af antibiotikablandinger hjem til patienten. Hvis medicinen skal opbevares i køleskab, medsendes temperaturløbere i form af Vaccine Monitor Card Temp dot. Se vejledning

3.4. Kommunalsygeplejerskens opgaver

- Leverer almindelige og ofte anvendte sygeplejeartikler og remedier, som ikke indgår som en del af sampak-kasser fra apoteket.
- Administrerer medicin og lukning af IV-adgang, og dokumenterer dette i kommunens omsorgsjournal
- Observerer patienten med afsæt i Region Midtjyllands vejledning¹ til kommunale sygeplejersker om behandling af anafylaksi/anafylaktisk chok med intramuskulært injektion af adrenalin, med mindre andet er aftalt med ansvarshavende læge
- Skifter forbindelse ved IV-adgang med mindre andet er aftalt
- Omlægger og fjerner PVK med mindre andet er aftalt
- Sætter medicin, der skal opbevares på køl i køleskab, aktiverer kort med temperaturløbere og kontrollerer dem før hver indgift
- Vejlede borgeren om bortskaffelse af medicinrester og øvrige remedier

Dokumentation

Ordination, behandlingsplan, medicinindgift, information til patient og pårørende, informeret samtykke samt andre observationer, handlinger og aftaler omkring behandling dokumenteres i EPJ, FMK og kommunens Omsorgsjournal.

Ansvar

Stamafdelingen har ansvaret for:

- Patientens behandling indtil IV-behandlingen er afsluttet

¹ Er i proces – på vej ud til kommentering i kommunalt regi.

- At foretage en lægefaglig vurdering af, om patienten kan behandles i kommunalt regi
- At foretage lægefaglig vurdering af, hvilken IV-behandling, der er mest hensigtsmæssig for den pågældende patient og samtidig begrænser brugen af bredspektret antibiotika.
- At udarbejde en behandlingsplan, hvor det tydeligt fremgår, om der skal tages kontrolprøver og hvornår der skal følges op, så patienten ikke behandles længere tid end nødvendigt. Behandlingsplanen medsendes til kommunen.
- At patienten eller pårørende informeres
- At sikre adgang til rådgivning på døgnbasis for kommunalsygeplejersker, der har behov for vejledning i forbindelse med IV-behandlingen
 - **Telefonnumre til alle hospitaler indsættes**
- At der foreligger et sluttidspunkt for behandlingen og eventuelt kontroltid
- Følge de retningslinjer, der er aftalt på området

Kommunalsygeplejersker har ansvaret for:

- At efterleve ordination herunder opsætning af isotonisk væske og/eller antibiotika, observation af infusionen og patientens tilstand samt lukning af IV-adgang
- Følge de retningslinjer, der er aftalt på området
- Levere sygeplejeartikler til IV-behandling

Praktiserende læge/vagtlæge har ansvaret for:

Ved øvrig og nyopstået anden sygdom under behandlingsperioden har patientens praktiserende læge/vagtlægen behandlingsansvaret, medmindre andet er aftalt.

Referencer

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer \(NIR\) for brug af intravaskulære katetre fra SSI , 2. udgave 2015](#)
- [Centralt venekateter - Infektionshygiejniske forholdsregler, regional instruks](#)
- [Central Veneport \(CVP\) - hygiejniske forholdsregler, regional instruks](#)
- [Perifert venekateter – Infektionshygiejniske forholdsregler, regional instruks](#)
- [DS 2451-3. Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren - Del 3: Krav til brug af intravaskulære katetre. Dansk Standard København 2012.](#)
- [Medicin.dk](#)
- [Vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin](#)
- [Hospitalsapotekets Region Midtjylland: 30.1.1.5. Sortiment og bestillingssedler antibiotika klar-til-brug](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr 1219 af 11/12/2009](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp\(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr 115 af 11/12/2009](#)

UDL

8. april 2019

Kommissorium for arbejdsgruppen vedr. den gode udskrivelse

Baggrund og formål

Aftale om kommunal forberedelsestid i forbindelse med udskrivelse af patienter mellem regionens hospitaler og kommunerne tyder på at være forældet. Derfor nedsættes en tværsektoriel midlertidig arbejdsgruppe med reference til Sundhedsstyregruppen. Arbejdsgruppen får til opgave at se på, hvordan den gode udskrivelse sikres, hvis den eksisterende aftale om kommunal forberedelsestid afskaffes. Arbejdet involverer hospitaler og kommuner i Region Midtjylland. En arbejdsgruppe nedsat af Klinikforum og som refererer til KITA (Styregruppen for den kliniske IT-arbejdsplads) udarbejder et forslag til faglig og organisatorisk implementering af nye standarder for epikriser fra hospitaler til almen praksis. Ved behov sikres der koordination mellem de to gruppers arbejde.

Opdrag

Gruppens opdrag er at udarbejde forslag til principper/hensyn for vores samarbejde om den gode udskrivelse, som kan danne ramme for drøftelser og aftaler lokalt i klyngerne.

Organisering

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra hospitaler og fra kommuner.

Der lægges op til følgende:

- 5 repræsentanter fra kommunerne (sundheds- og ældrechef, visitationsleder)
- 3 repræsentanter fra hospitalerne (fx 1 oversygeplejerske og 2 afdelingssygeplejersker)

Der udpeges et formandskab for gruppen bestående af en regional og en kommunal formand, som vælges blandt de kommunale og de regionale medlemmer. Formandskabet er på afdelingsledelses-/sundheds- og ældrechefniveau.

Sekretariatsbetjeningen varetages af en kommunal repræsentant fra KOSU og en regional repræsentant fra Sundhedsplanlægning.

Tidsplan

Tidspunkt	Handling
Maj 2019	Sundhedsstyregruppen får skriftlig orientering om nedsættelse af gruppen samt kommissorium med procesplan
Medio maj 2019	Arbejdsgruppemedlemmer udpeges
Ultimo maj 2019	Formandskab og sekretariat afstemmer plan for gruppens arbejde
Primo juni 2019	1. arbejdsgruppemøde
August 2019	2. arbejdsgruppemøde
Medio september 2019	Faglig kommentering i Patientinddragelsesudvalget, Chefforum/kommunerne (18. september), Klinikforum/hospitalerne
Oktober 2019	Formandskab og sekretariatet behandler evt. tilretninger på baggrund af faglig kommentering
November 2019	6. november materiale til godkendelse i Sundhedsstyregruppen
December 2019	13. december Materiale til godkendelse i SKU
Januar 2020	Til godkendelse i kommuner og region

Kommissorium for beskrivelse af kernen i én fælles model for fælles visitationsenheder i de fem klynger i Region Midtjylland

Baggrund

I Sundhedsaftalen er det et mål at reducere behovet for akutte indlæggelser. Samme ambition fremgår af det budgetforlig, Regionsrådet har indgået om budget 2019. Samtidig ønsker Regionsrådet at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. I den forbindelse har Regionsrådet afsat midler til enkel og koordineret visitation til rette tilbud. Konkret fremgår af forligsteksten til aftale om budget 2019 for Region Midtjylland:

"Der afsættes 4,5 mio. kr. til etablering af fælles visitation ved alle fem akuthospitaler/klynger. Med afsæt i erfaringer fra Midt- og Randersklyngerne udvikles én fælles model. De fælles visitationsenheder vejleder praktiserende læger og vagtlæger om både regionale og kommunale akuttilbud – både ift. somatik og psykiatri. Fælles visitationsenheder skal understøtte sammenhæng og sikre, at patienten altid får det rette tilbud. Herunder bidrage til, at flest mulige borgere kan behandles i eget hjem eller i det kommunale akuttilbud, hvis der ikke er behov for en akut indlæggelse. De fælles visitationer etableres i samarbejde med kommuner og almen praksis."

Sundhedsstyregruppen har med udgangspunkt i ovenstående efterfølgende på møde 23. november 2018 besluttet, at der skal nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe til at beskrive kernen i én fælles model for fælles visitationsenhed. Modellen skal bygge på de nuværende erfaringer med hospitalsvisitationer, herunder erfaringer med tværsektorielt samarbejde, og skal kunne danne baggrund for en efterfølgende samarbejdsaftale, om etablering af fælles visitationsenheder i alle fem klynger.

Etablering af fælles visitationsenheder også et prioriteret initiativ i alliancen om den nære psykiatri.

Eksisterende erfaringer

På alle fem akuthospitaler er etableret hospitalsvisitationer, der fungerer som en fælles indgang til akutindlæggelse for egen læge, vagtlæge og ambulancepersonale. I alle fem hospitalsvisitationer er der udover mulighed for at indlægge patienter også mulighed for at få en subakut tid senere samme eller næste dag, og der er alle steder mulighed for sparring med relevant speciallæge om forhold i forbindelse med akut indlæggelse eller subakut undersøgelse.

I forbindelse med det løbende kvalitets- og udviklingsarbejde i Region Midtjylland har der netop været nedsat en regional arbejdsgruppe, der har set på kvalitets- og kompetencekrav til hospitalsvisitationerne. Arbejdsgruppens anbefalinger er vedlagt som bilag.

Derudover har Midtklyngen i en årrække arbejdet med udvikling af mulighederne for, at hospitalsvisitationen kan vejlede de praktiserende læger om de kommunale tilbud, der kan fungere som alternativ til en indlæggelse. I første omgang i projektform, hvor opgaven blev varetaget af projektansatte sygeplejersker. Opgaverne med at sikre viden om og formidle samarbejde mellem de kommunale akuttilbud og de praktiserende læger er dog de seneste år blevet en helt integreret del af hospitalsvisitationen og varetages af alle de ansatte. Kommunernes bidrag til opgaveløsningen består af samarbejde omkring løbende opdatering af hospitalsvisitationen viden om de kommunale akuttilbud samt løbende dagligt samarbejde i forbindelse med konkrete forløb, hvor hospitalsvisitation og egen læge finder det relevant at overveje et kommunalt

tilbud. Kommunerne stiller sig således til rådighed for opbringninger og dialog om alternativer til indlæggelse. Indgangen til dialogen med kommunerne om de konkrete patientforløb sker typisk gennem kommunernes akutteams.

Tilbuddet i hospitalsvisitationen på Hospitalsenheden Midt om rådgivning og vejledning om kommunale tilbud, der kan fungere som alternativ til indlæggelse er principielt døgndækkende (fordi opgaven kan varetages af alle ansatte i hospitalsvisitationen). Erfaringen er dog, at det er vanskeligere at få samarbejdet til at fungere, når samarbejdet skal ske med vagtlæge end når det er egen læge, der ringer. Der er derfor igangsat et satspuljeprosjekt i Midtjylland, der skal understøtte et udbygget samarbejde i vagttiden.

Også i Randersregionen er iværksat et satspuljeprosjekt, der omhandler en udvidelse af hospitalsvisitationen traditionelle opgave med at visitere til hospitalets akutte og subakutte tilbud. Projektet omhandler samarbejde mellem egen læge/vagtlæge, hospitalsvisitation og de kommunale akutteams. Her arbejder man med to spor vedrørende kommunikation. I det ene spor arbejder man med at etablere en fælles samtale mellem egen læge, den kommunale sygeplejerske og hospitalsvisitation, så man med det samme kan koordinere hvilket tilbud, der skal gives patienten, når der opstår situationer, hvor kommunale tilbud kunne være et alternativ til indlæggelse. I det andet spor arbejder man med at udvikle et fælles it-overblik over ledige tilbud i kommune og på hospital (som så kan bruge i den direkte koordination). Samtidig har hospitalsvisitationen i Randers siden 2015 forestået visitationen af akutte psykiatriske indlæggelser og subakutte tider på lige fod med øvrig akut aktivitet.

Begge satspuljeprosjekter evalueres i første kvartal 2019.

Aftalemæssig og organisatorisk ramme:

Arbejdet med at beskrive kernen i én fælles model for fælles visitationsenhed igangsættes inden for rammerne af den nuværende sundhedsaftale. Samtidig vil arbejdet være et forberedende arbejde i forhold til udmøntningen af den næste sundhedsaftale, hvor der lægges op til, at den ældre borger og herunder forebyggelse og behandling af akut sygdom bliver et fælles indsatsområde.

Arbejdet forankres i en midlertidig tværsektoriel arbejdsgruppe.

Præmisser for arbejdet

Arbejdsgruppen arbejder med afsæt i nedenstående præmisser:

- De fælles visitationsenheder skal som hospitalsvisitationerne hidtil visitere akutte indlæggelser og øvrige akutte og subakutte tilbud på hospitalerne
- De fælles visitationsenheder skal vejlede praktiserende læger og vagtlæger om både regionale og kommunale akuttilbud – både ift. somatik og psykiatri
- De fælles visitationsenheder skal understøtte sammenhæng og sikre, at patienten altid får det rette tilbud
- De fælles visitationsenheder skal bidrage til, at flest mulige borgere kan behandles i eget hjem eller på kommunal akutplads, hvis der ikke er behov for en akut indlæggelse

Opgaver

Arbejdsgruppen har til opgave:

- at beskrive opgaver og kerne i én fælles model for fælles visitationsenhed i hver af de fem regioner
- at beskrive hvilke implikationer dette vil have for organisation og økonomi på tværs af sektorer

- at beskrive udviklingspotentiale med udgangspunkt i den fælles visitationsenhed

Materialet skal danne grundlag for en samarbejdsaftale om etablering af fælles visitationsenheder i alle fem klynger.

Rammerne for arbejdsgruppen

Arbejdet skal tage udgangspunkt i de eksisterende hospitalsvisitationer. Arbejdet skal tage udgangspunkt i eksisterende erfaringer med udvidede opgaver og samarbejde omkring hospitalsvisitationerne i henholdsvis Midtklyngen og Randersklyngen. Herunder også de erfaringer, der er indhentet i forbindelse med igangværende satspuljeprojekter.

Af rapportering fra regional arbejdsgruppe om kvalitet i Hospitalsvisitationerne skal også indgå som baggrund for arbejdet.

Herudover skal arbejdet tage afsæt i Overenskomst for almen praksis 2018, evt. relevante lokalaftaler med PLO-M, samt regionens plangrundlag for regionale akutfunktioner, præhospitals indsats og det nære sundhedsvæsen.

Regionsrådet har afsat 4,5 mio. kr. til de fem akuthospitaler til varetagelse af den udvidede opgave.

Sammensætning af arbejdsgruppe

Gruppen er sammensat tværfagligt og tværsektorielt med den tilstrækkelige faglige kompetence til at løse opdraget.

Medlemmer

- Marianne Jensen, sygeplejefaglig direktør, Regionshospital Randers (medformand)
- Anders Kjærulff, direktør Silkeborg Kommune (medformand)
- Per Sabro, lægefaglig direktør, Præhospitalet
- Søren Svenningsen, formand for lægevagtudvalget
- Trine Agerskov, oversygeplejerske, Hospitalsenhed Midt
- Susanne Maaløe, sygeplejerske Akutafdelingen, Regionshospital Horsens
- Alice Rokkjær Linderøth, Afdelingssygeplejerske, Akutafdelingen HE Midt
- Hanne Boyles, afdelingssygeplejerske, Akutafdelingen AUH
- Luwanna Simonne Velling, sygeplejerske, Akutafdelingen Randers
- Hanne Lone Gerdes, Oversygeplejerske, Regionspsykiatrien Randers
- Mette Norup Frøjk, oversygeplejerske, Hospitalsenhed Vest
- Trine Brøcker, sundhedschef, Skive Kommune
- Christina Bjerking, leder af Sundhed, Hedensted Kommune
- Anne Ahrensbach, souschef for sundheds- og omsorgsområdet, Norddjurs Kommune
- Mette Grandjean, Centerchef, Center for Akut- og Opsøgende Indsatser, Aarhus Kommune
- Helle Haunstrup Krog, leder af Akutteamet, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune
- Helle Lauersen, Holstebro Kommune
- Ann Kirketerp Sørensen, afdelingsleder på Harebakken, Favrskov Kommune

Sekretariat

- Anne Brøcker, chefkonsulent, Sundhedsplanlægning Region Midtjylland
- Sine Møller Sørensen, specialkonsulent, KOSU-sekretariatet

De regionale medlemmer udpeges således, at de kan fungere som bindeled til Akutfagligt Råd og Akutstyregruppen.

Formandskab og sekretariat

Der er delt formandskab og sekretariat mellem region og kommuner. Formandskabet er ansvarligt for fremdriften i gruppens arbejde.

Kompetence

Gruppen har reference til Sundhedsstyregruppen

Gruppens leverancer vil blive præsenteret for Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

Arbejdsplan

Gruppen mødes efter behov og nedlægges, når opgaven er løst.

Tidsplan

Dato	Handling
November 2018	Godkendelse af arbejdsgruppe i Sundhedsstyregruppen
Februar- marts	Udpegning af formandskab, deltagere til gruppen og planlægning af møderække
18. marts kl. 13-16	Indledende læringsseminar med deltagelse en bred kreds af repræsentanter med erfaring fra hospitalsvisitationer og visitationsarbejde i alle 19 kommuner og almen praksis.
Marts – juni	2. og 3. møde i arbejdsgruppen – første forslag til model udarbejdes. Mødedatoer: • 4. april 2019, kl. 13-15, Randers • 29. april 2019, kl. 12.00-13.30, Århus N Inddragelse af klyngerne (9/5-21/6) Sidste møde i arbejdsgruppen i uge 26 - forslag til model færdiggøres og beskrives i et forslag til samarbejdsaftale. Mødedato: • 27. juni 2019, kl.15-17, Silkeborg
25. september 2019	Modellen og forslag til samarbejdsaftale forelægges Sundhedsstyregruppen til godkendelse
30. oktober 2019	Samarbejdsaftale behandles i Sundhedskoordinationsudvalget

Notat: Opgaveglidning fra hospitalerne til kommunerne

Baggrund

Chefforum for sundhed- og ældrechefer drøftede på møde den 11. oktober situationen omkring opgaveglidning. På baggrund af drøftelserne har KOSU formandskabet bedt sekretariatet om at indsamle eksempler på opgaveglidning. Nærværende notat er en kondensering af denne indsamling. Samtlige 19 midtjyske kommuner har bidraget til notatet.

Opgaveglidning fra hospitalerne til kommunerne

Af sundhedsaftalens side 7 fremgår det, at opgaveoverdragelse skal ske på et oplyst grundlag således, at de faglige og økonomiske konsekvenser såvel som den borgeroplevede kvalitet indgår som en del af beslutningsgrundlaget. Et eksempel på en god opgaveoverdragelse i den nuværende sundhedsaftaleperiode er overdragelsen af fase 2 hjerterehabilitering fra hospitalerne til kommunerne i forbindelse med revisionen af forløbsprogrammet for hjertesygdom.

På baggrund af drøftelserne i Chefforum og den efterfølgende indsamling i kommunerne kan det konstateres, at der er nogle udfordringer med ikke-aftalte opgaveglidninger og/eller mangelfuld kommunikation herom.

Overordnet set kan tilbagemeldingerne rubriceres i tre kategorier:

- 1) *Samarbejdet med Hammel Neurocenter*
- 2) *Komplekse og behandlingskrævende borgere*
- 3) *Konkrete eksempler på opgaveglidning*

Ad 1) Samarbejdet med Hammel Neurocenter

Flere af tilbagemeldingerne fra kommunerne indikerer, at der er udfordringer med, at patienter fra Hammel Neurocenter udskrives hurtigere med genoptræningsplaner end tilfældet var for få år siden. Disse patienters tilstand er generelt set mere komplekse og stiller øgede krav til bl.a. kompetenceniveau i de kommunale genoptræning- og rehabiliteringsenheder. Konkret opleves et stigende antal uhensigtsmæssige borgerforløb, hvor borgere, der i forlængelse af en ind

Aarhus, d. 19. februar 2019

læggelse på akuthospital, skal overflyttes til videre specialiseret neurorehabilitering på Hammel Neurocenter, ønskes udskrevet til kommunen i ventetiden til der er plads på Hammel Neurocenter. Baggrunden er manglende kapacitet på Hammel Neurocenter og udfordringer med et hensigtsmæssigt flow mellem hovedfunktionen på de somatiske hospitaler og det højt specialiserede tilbud på Hammel Neurocenter. Kommunerne kan ikke levere tilbud på dette specialiseringsniveau i ventetiden. Konsekvensen er, at borgerne ikke modtager den optimal behandling og risikere funktionstab.

Endvidere opleves, at Hammel Neurocenter aktivt arbejder på at opgaveflytte konkrete ydelser fra Hammel Neurocenter til kommunerne. Et eksempel herpå er CIMT-metoden. Sundhedslovens §140 med tilhørende bekendtgørelse, angiver at det er et lægeligt ansvar at udarbejde genoptræningsplaner og herunder specificere niveauet for genoptræning. Der er således ikke nogen juridisk hindring for, at hospitalerne kan pålægge de kommunale trænings- og rehabiliteringsenheder et øget antal opgaver. Imidlertid er det en fælles ambition for Region Midtjylland og kommunerne, i den nuværende sundhedsaftale, at sikre gode og sammenhængende tilbud til borgerne. Der er derfor en dialog med regionen og i særdeleshed Hammel Neurocenter om, hvordan det gode patientforløb sikres. Denne dialog tages bl.a. i hjerneskaadesamarbejdene, hvor man på baggrund af det nationale servicetjek af hjerneskaadesamrådet har iværksat forskellige aktiviteter. På baggrund af tilbagemeldingerne fra kommunerne kan det overvejes, hvorvidt denne dialog med fordel også kunne finde sted i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget i forhold til de mere principielle aspekter.

Ad 2) Komplekse og behandlingskrævende borgere

Et generelt opmærksomhedspunkt for kommunerne er det øgede antal borgere, der udskrives stadig hurtigere og med mere komplekse problemstillinger. Det øger trykket på de kommunale tilbud og stiller bl.a. større krav til kompetencer i den kommunale hjemmesygepleje. Samtidig øges risikoen alt andet lige for unødvendige genindlæggelser. Konkret opleves et stigende antal borgere, der har brug for ophold på akutpladser. Det er centralt for det gode patientforløb, at der løbende sker en afstemning mellem den udskrivende hospitalsenhed og den kommunale sektor. Denne indsats udvikles bl.a. via udskrivningskoordinatorer og forsøg med call-center funktion. På trods heraf kan der på baggrund af tilbagemeldingerne fra kommunerne konstateres en række specifikke eksempler, hvor der er opstået udfordringer i patientforløbet:

Aarhus, d. 19. februar 2019

- Manglende og/eller mangelfulde behandlingsplaner fra hospitalerne, der resulterer i genindlæggelser.
- Borgere udskrives med ekstra/anderledes medicin, der udfordrer hjemmesygeplejerskerne.
- FMK (fælles medicin kort) er ikke opdaterede ved udskrivelse, hvilket betyder stort merforbrug hos hjemmesygeplejersker i forhold til at udrede medicin og få opdatering sat i værk.
- Meget syge borgere, der går til ambulant behandling, kan have svært ved at overskue behandlingsforløbet. Her kan hjemmesygeplejersken få en ekstra stor opgave i at sikre koordinering til alm. praksis og hospitalsambulatoriet.
- Hospitaler melder patienten til udskrivelse for en sikkerheds skyld. Det ændres op til flere gange, hvilket betyder, at der i kommunen iværksættes unødige planer for udskrivelse og modtagelse af flere omgange, som efterfølgende må aflyses.

Ad 3) Konkrete eksempler på opgaveglidning

Kommunerne peger i tilbagemeldingerne på nogle konkret eksempler på opgave, der mere eller mindre ukoordineret, er blevet flyttet fra hospitalerne til kommunerne:

- Ønske fra hospitalerne om, at kommunerne varetager flere og mere komplekse IV-behandlinger over længere tid i kommunalt regi.
- Større krav til hjælpemidler, der skal stilles til rådighed, personaleforbrug i forbindelse med indstilling af fx kørestole. Tidligere blev indstilling af hjælpemidler i højere grad varetaget under indlæggelse. Derudover er der flere akut udkørsler af hjælpemidler grundet kortere varsel.
- Pres for at kommunerne skal varetage diætistbehandling i forbindelse med operationer.
- Et generelt stigende pres på genoptræningsområdet, da flere genoptræningsopgaver går fra specialiseret til alm. genoptræningsniveau. Det gælder bl.a. indenfor knædiagnoser og forskellige typer af kræftrehabilitering.
- Pres på at flytte patientuddannelse/patientskoler i retning af primær sektor.

**Høringsudkast til praksisplan for
fysioterapi i Region Midtjylland 2019
23. april 2019**

UDKAST

Indhold

1. Indledning	3
2. Overblik over tiltag i praksisplanen	5
3. Fysioterapi i praksissektoren	8
4. Udgifter til fysioterapi i praksissektoren	15
5. Udvikling i ydelser	23
6. Kapacitet og praksisforhold – praktiserende fysioterapeuter	29
7. Kapacitet og praksisforhold – ridefysioterapi	33
9. Samarbejde	36
10. Kommunegennemgang	39

Oversigt over bilag:

Bilag 1: Udvikling i udgifter og andel af befolkningen der går til fysioterapi fra 2015-2017

Bilag 2: Oversigt over ridefysioterapeuter i Region Midtjylland

Bilag 3: Oversigt og status over initiativer i tidligere praksisplan for fysioterapi

1. Indledning

Borgere kan med en henvisning fra en læge modtage fysioterapi, som en del af deres behandling. Borgere kan henvises til fysioterapi, hvis det vurderes, at fysioterapi eksempelvis kan bidrage til at mindske/fjerne smerter og hævelser, øge bevægelighed i led, løsne fastlåste muskler og styrke svage muskler samt øge kropsbevidsthed og kropsfunktion. Hvis en række kriterier er opfyldt, kan borgeren få den fysioterapeutiske behandling ved en praktiserende fysioterapeut enten med tilskud eller vederlagsfrit. Formålet med behandlingen er at vedligeholde eller genoprette borgerens funktionsevne.

Fysioterapi ved en praktiserende fysioterapeut reguleres af de nationale overenskomster om fysioterapi, og disse fastsætter også rammerne for praktiserende fysioterapeuter i Region Midtjylland. Overenskomsterne beskriver indhold, vilkår og kvalitetsmål mv. for de behandlingsopgaver, der udføres af praktiserende fysioterapeuter.

Ifølge overenskomsterne har Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner ansvaret for at planlægge og tilrettelægge kapaciteten af fysioterapi i praksissektoren. Regionen og kommunerne i regionen skal derfor udarbejde en fælles praksisplan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fysioterapeutiske betjening i regionen.

Praksisplanen omfatter både vederlagsfri fysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi (der er et kommunalt myndighedsområde) samt almen fysioterapi og almen ridefysioterapi (der er et regionalt myndighedsområde).

Praksisplanen skal

- danne grundlag for beslutninger om overenskomstmæssige forhold
- sikre den rette kapacitet i hele regionen
- fremme kvalitetsudvikling af fysioterapi i praksissektoren
- fremme udviklingen i samarbejdet mellem praktiserende fysioterapeuter og øvrige sundhedstilbud

Formålet er at sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening i alle områder i regionen og kommunerne i regionen under hensyntagen til andre sociale og sundhedsmæssige tilbud samt den regionale og kommunale økonomi.

Praksisplanen er en politisk plan, der giver mulighed for at sætte fokus på konkrete problemstillinger og ønsker i Region Midtjylland. I Region Midtjylland ønsker regionen og kommunerne at sætte særligt fokus på:

- At sikre en effektiv fysioterapi af høj kvalitet
- At der ikke sker en udvidelse af kapaciteten
- At udgifter pr. patient bringes ned på niveau med landsgennemsnittet
- At styrke dialogen på tværs af sektorer

Denne praksisplan erstatter den praksisplan, der blev udarbejdet i 2015. Den tidligere praksisplan indeholdte en række tiltag og anbefalinger til udviklingen af området, som i forskellig grad er blevet udmøntet. Flere af disse initiativer videreføres med denne praksisplan, da de fortsat er aktuelle. Oversigt over initiativer i den tidligere praksisplan fremgår af bilag 3.

Denne praksisplans aftaleperiode følger overenskomstperioden.

Dette forslag til praksisplan for fysioterapi i Region Midtjylland er udarbejdet i et samarbejde mellem repræsentanter fra Region Midtjylland, de 19 midtjyske kommuner og praktiserende fysioterapeuter i regionen.

Forslaget til praksisplan har været forelagt Samarbejdsudvalget for Fysioterapi i Region Midtjylland. Samarbejdsudvalget havde ingen bemærkninger til planen.

Når regionsrådet og kommunerne har godkendt forslaget til praksisplanen, sendes denne til Samarbejdsudvalget og Landssamarbejdsudvalget til orientering.

Arbejdsdeling og organisering af fysioterapi i praksissektoren

- Den almene fysioterapi og ridefysioterapi er regionalt myndighedsområde. Borgeren betaler selv 60,7 % af honoraret til fysioterapeuten, mens regionen betaler de resterende 39,3%
- Den vederlagsfrie fysioterapi og ridefysioterapi er kommunalt myndighedsområde. Borgerens bopælskommune afholder udgifterne for behandlingen.
- Regionen administrerer begge myndighedsområder og udbetaler også honorarer for begge myndighedsområder.
- Der er et fælles samarbejdsudvalg for fysioterapi med repræsentation af regionale og kommunale politikere samt formand for Danske Fysioterapeuter i Region Midtjylland og praktiserende fysioterapeuter.

2. Overblik over tiltag i praksisplanen

I praksisplanen lægges der op til, at Region Midtjylland og kommunerne i regionen sætter særligt fokus på:

- At sikre en effektiv fysioterapi af høj kvalitet
- At der ikke sker en udvidelse af kapaciteten
- At udgifter pr. patient bringes ned på niveau med landsgennemsnittet
- At styrke dialogen og samarbejde på tværs af sektorer

Praksisplan indeholder i forlængelse heraf en række tiltag i forhold til økonomi, kapacitet, kvalitetsudvikling og samarbejde. Linjen fra den tidligere praksisplan om, at der ikke må ske kapacitetsudvidelser på området, og at udgifterne skal nærme sig landsgennemsnittet, fastholdes.

Økonomi

- Med de nye overenskomster for fysioterapi i praksissektoren, der trådte i kraft 1. januar 2019, er der indført en fast økonomisk ramme, som de samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi på landsplan skal holdes indenfor. På samme måde er der indført en fast økonomisk ramme for vederlagsfri ridefysioterapi. Der har fra 2017 været en fast økonomisk ramme for almen fysioterapi. Overholdelsen af de faste rammer følges af de nationale parter på området.

Det er fortsat målet, at den gennemsnitlige udgift pr. patient samt omfanget af borgere (andel), der modtager fysioterapi i Region Midtjylland, skal nærme sig landsgennemsnittet. Fokus er på at sikre, at det er de rette patienter, der henvises til fysioterapi, og at der gives den fagligt set rette behandling. Vigtige elementer er holdtræning og at understøtte borgerens ressourcer i forhold til egen træning.

Det sker blandt andet gennem en række tiltag på regionalt niveau som kontrolstatistik, brug af omsætningsløfter, validering af regninger og vejledning af fysioterapeuter og ad hoc analyser af anvendelsen af overenskomstens ydelser.

Desuden videreføres initiativer fra den tidligere praksisplan, herunder

- Samarbejdsudvalget for Fysioterapi følger aktivitet og økonomi i Region Midtjylland. Samarbejdsudvalget præsenteres to gange årligt for opdaterede data vedr. økonomi og aktivitet. Disse data vil også blive sendt til de 19 midtjyske kommuner og kan indgå i dialogen mellem kommune og praktiserende fysioterapeuter lokalt.
- De regionale praksiskonsulenter for fysioterapi fortsætter med at vejlede klinikker med høje udgifter pr. patient i, hvordan behandlingen optimeres – fx omlægning fra individuel behandling til holdtræning, hvor relevant.
- Der gennemføres en analyse af praktiserende lægers henvisningspraksis i regionen til den vederlagsfrie ordning.
- Opfølgende analyse af udviklingen med hensyn til brug af ansatte fysioterapeuter ud over den eksisterende kapacitet på et ydernummer i fysioterapipraksis.

- Analyse af og opfølgning på omsætningsforhold for ydernumre med kapaciteter under 30 timer. Målet er at sikre et rimeligt forhold mellem registreret kapacitet og faktisk omsætning.
- Der er enighed om, at individuel behandling ønskes ændret til holdtræning, når det giver kvalitetsmæssig og økonomisk mening og er relevant for patientens situation. Dermed vil holdtræning ikke være et supplement til individuel behandling, men det vil være en erstatning heraf, når dette findes relevant.

Kapacitet

- Der er fysioterapeutiske tilbud tilgængeligt i alle 19 kommuner i regionen. Det vurderes, at der er tilstrækkelig med kapacitet i Region Midtjylland. Samtidig er det afgørende for region og kommuner, at der ikke sker en udvidelse af kapaciteten. Der vil derfor ikke blive udstedt ny kapacitet (ingen nye ydernumre med ny kapacitet) i planperioden.
- Ændringer i den geografiske fordeling og placering af den nuværende kapacitet kræver godkendelse af regionen. Er der tale om en flytning inden for samme mindre geografiske område, er det praksis, at administrationen i Region Midtjylland behandler ansøgningen. Det er praksis, at ansøgning om flytning af kapaciteter, herunder flytning af klinik inden for større geografiske områder behandles i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi, som kan afgive indstilling til regionen. De berørte kommuner høres.
- Som udgangspunkt flyttes der ikke kapacitet på tværs af kommuner
- Der er udarbejdet retningslinjer for evt. flytning af kapacitet

Det fremgår af overenskomsten, at fysioterapeuter som hovedregel har én praksisadresse. Det princip fastholdes i Region Midtjylland. Regionen skal orienteres inden ibrugtagning af den nye praksisadresse. Regionen vil på baggrund heraf vurdere, hvorvidt etablering af anden praksisadresse er i overensstemmelse med praksisplanen. Det er praksis, at ansøgningen forelægges Samarbejdsudvalget for Fysioterapi, som kan afgive indstilling til regionen. De berørte kommuner høres. I vurderingen af en ansøgning om ekstra praksisadresse lægges der vægt på højere faglig kvalitet i behandlingen og bedre geografisk dækning af de befolkningsmæssige og demografiske forhold. Regionen vil have mulighed for at tidsbegrænse en fysioterapeuts adgang til at praktisere fra mere end én adresse.

- Der tages initiativ til, at overenskomstens bestemmelser om registrering af ventetider overholdes.

Ridefysioterapi

- Det vurderes, at der er en god tilgængelighed til tilbud om ridefysioterapi i hele regionen, og at kapaciteten i regionen er tilstrækkelig. Der opslås derfor ikke nye kapaciteter (ingen nye ydernumre med ny kapacitet) til ridefysioterapi. Hvis en ridefysioterapeut ophører med at praktisere og ikke overdrager sin kapacitet, vil der ikke blive opslået ny kapacitet (nyt ydernummer). Det er afgørende for region og kommuner, at der ikke sker en udvidelse af kapaciteten for ridefysioterapi.

- En ridefysioterapeut har et geografisk område, hvor ridefysioterapeuten må tilbyde behandling indenfor (geografisk dækningsområde). Dækningsområdet kan være en eller flere angivne kommuner og afhænger af, hvornår den enkelte ridefysioterapeut er tiltrådt som ridefysioterapeut under overenskomsten på området. Alle ridefysioterapeuter skal søge om tilladelse til at praktisere på en rideskole eller flytte til en anden rideskole. Ridefysioterapeuten ansøger regionen, som lægger sagen op i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi med henblik på, at Samarbejdsudvalget afgiver indstilling til regionen. De berørte kommuner høres.
- Når en ridefysioterapeut overtager en kapacitet fra en anden ridefysioterapeut skal den ridefysioterapeut, der overtager kapaciteten, sikre, at der fortsat er et tilbud til de borgere, der hidtil har fået ridefysioterapi på kapaciteten.
- Ridefysioterapeuter, som ønsker flere praksisadresser eller at flytte deres praksisadresser (rideskole) skal søge regionen om tilladelse. Ridefysioterapeuter, som ønsker ændringer i deres kapacitet skal ligeledes søge regionen om tilladelse hertil. En eventuel godkendelse af ansøgning om flere praksisadresser eller flytning af praksisadresse må ikke betyde en udvidelse af den ridefysioterapeutiske kapacitet i regionen.
- De berørte kommuner høres i forbindelse med ansøgninger, der indebærer flytning og/eller ændring af kapacitet.

Kvalitetsudvikling

- Et særligt fokusområde i den midtjyske region er at få styrket viden om resultaterne af god fysioterapi. Fx hvilke effekter borgeren kan forvente af forskellige typer af fysioterapi, og om der er typer af behandling, som skal prioriteres frem for andre. Region og kommuner vil derfor prioritere, at der igangsættes forskning inden for dette område.
- Som en del af overenskomsten er det også aftalt, at der på landsplan skal gennemføres et udviklingsprojekt vedr. effektmåling og datadrevet kvalitet. Formålet er at beskrive metoder og værktøjer til effektmåling herunder anvendelse af tests. Parterne i den midtjyske region ser frem til resultaterne af dette initiativ og bidrager gerne til arbejdet.

Samarbejde

- Det er vigtigt at sikre sammenhæng i de forløb, hvor borgeren både har kontakt til praktiserende fysioterapeuter og kommunale indsatser. Kommuner, fysioterapiklinikker og ridefysioterapeuter opfordres således til at etablere en fast og formel samarbejdsstruktur. Formålet er at
 - drøfte principielle sager og problemstillinger
 - følge udviklingen i praksissektoren og kommunen
 - bidrage til at fremme dialogen og opnå større forståelse og indsigt i hinandens områder

De lokale samarbejdsfora kan fx sætte fokus på

- Samarbejde om og tilbud til udvalgte målgrupper – fx borgere med komplekse forløb

- Udvikling i økonomi og henvisningspraksis på kommuneniveau ved hjælp af aggregerede data
 - Kommunikation og herunder elektronisk kommunikation (MedCom-standarder) mellem kommune og fysioterapipraksis. Her kan der fx bygges videre på de gode erfaringer, der er med brug af elektronisk kommunikation med praktiserende læger.
 - Lokale samarbejdsaftaler
- Initiativer, der kan fremme fælles sprog og faglige tilgange, kan også bidrage positivt til øget sammenhæng og samarbejde på tværs. Region, kommuner og fysioterapeuter ser derfor positivt på tiltag, der kan fremme brug af fælles metoder og test på tværs af praksissektoren, hospitaler og kommuner.
 - Der arbejdes videre med at forbedre kommunikationen mellem fysioterapien og almen praksis, herunder at praktiserende fysioterapeuter får redskaber, som forbedrer og effektiviserer processen med at udfærdige epikriser, samt at antallet af epikriser stiger.
 - Samarbejde mellem fysioterapi og kiropraktik:
Det er et fælles ønske fra Region Midtjylland, fysioterapien og kiropraktikken at styrke samarbejdet mellem fysioterapeuter og kiropraktorer for de patienter, der kan møde begge faggrupper. I forhold til fysioterapi er målgruppen patienter i den almindelige fysioterapi. Det vurderes, at kiropraktisk behandling ikke er relevant i forhold til patienter indenfor den vederlagsfri fysioterapi. Der arbejdes videre med følgende to spor:
 1. Kommunikation mellem faggrupper og til patienter som et fælles indsatsområde. Dette kan eksempelvis indebære fælles skolebænk, fælles journalsystem og fælles kvalitetsudvikling.
 2. Fælles team/fælles klinik: en fælles fysioterapi- og kiropraktikklinik

3. Fysioterapi i praksissektoren

Fremtidens fysioterapipraksis

I overenskomsten for fysioterapi i praksissektoren opstilles følgende visioner og målsætninger, som også vil udgøre rammen for udviklingen af fysioterapipraksis i Region Midtjylland:

Fremtidens fysioterapipraksis er en fysioterapipraksis, der

- er et nært og tilgængeligt tilbud til patienter med behov for fysioterapeutisk behandling
- gennem kvalitetsarbejde og efteruddannelse sikrer de bedste forudsætninger for god behandling til patienterne
- er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i et gensidigt forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet
- kontinuerligt udvikler sig i takt med ny viden om fysioterapeutiske behandlingsmetoder og -former
- varetager effektive og tidsafgrænsede behandlingsforløb

Udviklingen på sundhedsområdet er kendetegnet ved, at der bliver flere ældre borgere og flere mennesker med kroniske sygdomme. Vores levetid er også blevet længere, og det betyder, at den enkelte borger kan have behov for behandling i sundhedsvæsenet over en længere periode end tidligere. Det presser hele sundhedsvæsenet. Samtidig stiller borgerne højere krav og forventninger til kvaliteten i sundhedsvæsenet, og nye teknologiske muligheder og digitale løsninger opstår hele tiden.

Udfordringerne for sundhedsvæsenet bliver derfor at sikre en indsats af høj kvalitet til alle borgere med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og vilkår, uanset hvor i landet de bor, samtidig med at de sundhedsfaglige ressourcer udnyttes bedst muligt. En forudsætning for at imødekomme disse udfordringer er at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Kvalitetsarbejdet i regionen skal også bidrage til at sikre en fremtidig fysioterapipraksis, der kan imødekomme de udfordringer, sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden. Dette sker blandt andet via forskellige forsknings- og udviklingsprojekter samt ved samarbejde mellem de regionale praksiskonsulenter for fysioterapi og kvalitetsklyngerne for almen praksis. Kvalitetsarbejdet udfoldes nærmere i kapitel 6.

Fremtidige demografiske udfordringer

Hvordan har du det? 2017 præsenterer en sundhedsprofil, der giver et overblik over sundhed, sygdom og trivsel blandt borgerne i Region Midtjylland. Rapporten baserer sig på selvrapporterede data. Sundhedsprofilen kan pege på hvilke geografiske områder, der har de største udfordringer på sundhedsområdet og kan tydeliggøre demografiske forskelle mellem de midtjyske kommuner ¹.

Hvordan har du det? 2017 indeholder også en sygdomsprofil for Region Midtjylland, som viser forekomsten af de 17 største kroniske sygdomme på kommunalt niveau. Ud af de 17 kroniske sygdomme er de hyppigst forekommende allergi, slidgigt og dernæst forhøjet blodtryk. 18 % af befolkningen i Region Midtjylland har forhøjet blodtryk, hvilket er en tilstand, der kan give følgesygdomme og funktionsnedsættelse, der kan give anledning til, at dissepatiser kommer til fysioterapi. Muskel-skelet-sygdomme (slidgigt, diskusprolaps, leddegigt og knogleskørhed) fylder også meget, da det er hver femte borger i Region Midtjylland, der har en af disse. Muskel-skelet-sygdomme kan også give anledning til, at patienter henvises til fysioterapi.

Der er forskel på, hvor meget den enkelte kommunes sygdomsprofil afviger fra den samlede sygdomsprofil for regionen. De kommuner, der afviger mest fra den samlede sygdomsprofil for regionen i både positiv og negativ retning, er Aarhus, Lemvig, Norddjurs, Skive og Struer. Aarhus kommune har fx en lavere sygdomsforekomst ved 12 ud af 14 af de kroniske sygdomme sammenlignet med den gennemsnitlige regionale sygdomsforekomst. Mens Lemvig, Norddjurs, Skive og Struer Kommuner har en større sygdomsforekomst. Det gælder især sygdommene forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet og slidgigt. Den højere sygdomsforekomst i Lemvig, Norddjurs, Skive og Struer Kommuner kan have en sammenhæng med den ældre befolkning i disse kommuner².

Sygdomsforekomsten er altså forskellig på tværs af regionen, og nogle kommuner kan i højere grad end andre kommuner være præget af, at mange borgere lider af kroniske sygdomme. De demografiske forskelle på tværs af kommunerne i Region Midtjylland kan betyde, at der er forskelligt behov for fysioterapi til borgerne.

Den Nationale Sundhedsprofil

Den Nationale sundhedsprofil (2017) viser danskernes sundhed, sygdom og trivsel i hele landet³.

¹ www.defactum.dk/hvordan-har-du-det/hhdd-2017/bind-1

² www.ae.dk/et_aldrende_danmarkskort

³ Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Sundhedsprofilen beskriver, at der i hele landet er en stigende andel danskere, der kommer til at leve med kroniske sygdomme. Hvis der ses på forekomsten af personer med kronisk sygdom, så afviger ingen af regionerne betydeligt fra landsgennemsnittet, dog ligger Region Nordjylland højt mens Region Midtjylland og Region Sjælland har en lavere andel af borgere med kroniske sygdomme.⁴. På landsplan er de hyppigst forekommende kroniske sygdomme også allergi, slidgigt og forhøjet blodtryk, ligesom det er i Region Midtjylland.

Forskellige former for fysioterapi

Fysioterapi hos en praktiserende fysioterapeut omfatter fire forskellige specialer:

- Almen fysioterapi
- Vederlagsfri fysioterapi
- Almen ridefysioterapi
- Vederlagsfri ridefysioterapi

Alle fire former for fysioterapi kræver henvisning fra en læge. Men målgruppen, indholdet i behandlingen og mulighederne for tilskud er forskellige for de fire specialer.

Myndighedsansvaret for almen fysioterapi og almen ridefysioterapi varetages af regionerne, mens kommunerne har myndighedsansvaret for den vederlagsfrie fysioterapi og vederlagsfrie ridefysioterapi.

Indenfor almen og vederlagsfri fysioterapi vil fysioterapeutens ydelser overordnet indeholde undersøgelse, information og vejledning samt behandling og træning. Ridefysioterapi foregår som holdtræning på rideskoler og i rideklubber.

For at en praktiserende fysioterapeut kan tilbyde almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi eller ridefysioterapi skal fysioterapeuten have et ydernummer.

I Region Midtjylland er der registreret 414 ydernumre, som praktiserer under overenskomsterne for almindelig fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi. Herudover praktiserer 22 ydernumre under overenskomsten for almen og vederlagsfri ridefysioterapi.

Borgere, der er henvist til fysioterapi, kan frit vælge blandt praktiserende fysioterapeuter, der har et ydernummer. I forhold til vederlagsfri fysioterapi kan patienter også vælge et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi, såfremt kommunerne tilbyder det. Borgere, der er henvist til ridefysioterapi, kan også frit vælge mellem ridefysioterapeuter, der har et ydernummer.

Forsøg med direkte adgang til almen fysioterapi i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har indsendt en ansøgning til Sundheds- og Ældreministeriet vedr. dispensation fra § 67 i Sundhedsloven, der foreskriver, at en lægehenvvisning er forudsætning for, at en borger kan få adgang til almen fysioterapi. Formålet med projektet er at undersøge, om direkte adgang til almen fysioterapi i Region Hovedstaden har fordele i forhold til bedre økonomi bedre og kortere patientforløb, aflastning af almen praksis samt færre henvisninger til billeddiagnostik og speciallægehjælp.

I Region Midtjylland vil Samarbejdsudvalget for Fysioterapi følge dette projekt.

⁴ danskernessundhed.dk/SASVisualAnalyticsViewer/

Almen fysioterapi

Patienter, der henvises til almen fysioterapi, kan få de ydelser, der er angivet i overenskomsten om almen fysioterapi under ydelsesbeskrivelser. De ydelser, patienten kan modtage, skal relateres til patientens aktuelle behov. Endvidere vil fysioterapeutisk undersøgelse og information altid indgå i patientens første konsultation. Den praktiserende fysioterapeut skal kunne tilbyde holdtræning til patienten. Hvis en fysioterapeut har flere praksisadresser, skal der tilbydes holdtræning på alle praksisadresser.

I 2017 fik 112.643 borgere i Region Midtjylland almen fysioterapi. Det svarer til 8,64 % af befolkningen i Region Midtjylland.

Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark har i en undersøgelse indsamlet informationer om patientgruppen, der får almen fysioterapi (henvist under speciale 51)⁵.

Undersøgelsen kan bidrage med følgende fakta, som kan skitsere patientgruppens karakteristika.

- 66 % af patienterne i undersøgelsen, som fik almen fysioterapi, er kvinder.
- Gennemsnitsalderen er 48 år for patienterne i undersøgelsen.
- Størstedelen af patienterne har en mellemlang videregående uddannelse (30 %).
- 53 % af patienterne var i arbejde ved henvisning, men 18 % af disse var ved 1 konsultation sygemeldte.
- De hyppigste diagnoser, patienterne henvises med, er lænderyg- og nakkebesvær.
- 48 % af patienterne havde haft smerter varende i mere end 3 måneder, 40 % tog dagligt smertestillende medicin og 46 % havde søvnbesvær pga. smerterne.
- I forhold til den almene befolkning i Danmark scorer patienterne i undersøgelsen lavere på mål for mental sundhed og livskvalitet.

I Pilotprojektet *Monitoreringsprojekt fysioterapipraksis 2016* er der indsamlet informationer om patienter med henholdsvis nakke-, lænderyg- og skulderledstilstande, som er de tre største grupper i fysioterapipraksis. Projektet leverer de nyeste tilgængelige data fra praksis. Nedenstående figurer viser, hvordan de tre patientgrupper angiver bevægeangst, funktionsbegrænsninger, psykisk helbred og smerteniveau ved opstart i fysioterapi og efter tre og seks måneder efter behandling.

Det ses i figur 1 nedenfor, at alle tre patientgrupper oplever et fald i bevægeangst efter opstart i fysioterapi. Det mest markante fald ses ved patienter med lændeproblemer.

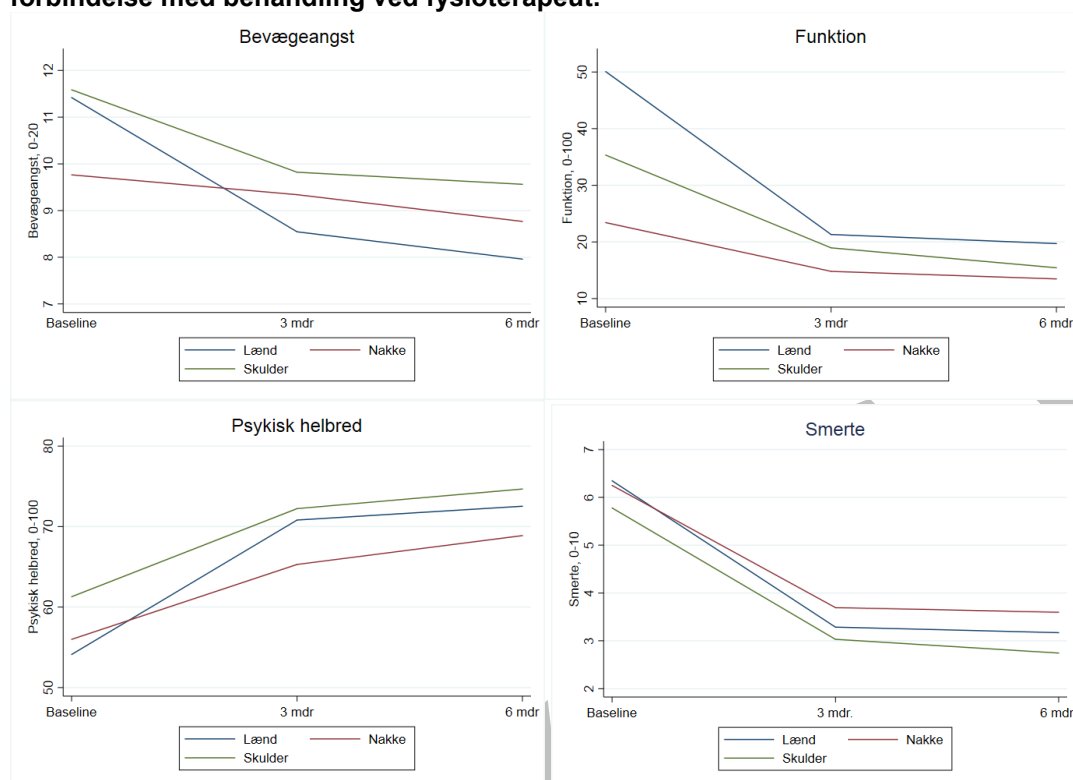
Hvad angår funktionsbegrænsninger ses det ligeledes, at patientgrupperne oplever fald i funktionsbegrænsningerne. Der er særligt en stor ændring i løbet af de tre første måneder, hvor patienterne er til fysioterapi. I forhold til psykisk helbred så ses der en stigning hos de tre patientgrupper. Således oplever patienterne, at deres psykiske helbred bedres i løbet af fysioterapiforløbet.

Den sidste del af figuren angiver, hvordan patientgrupperne oplever ændringer i deres smerter. Figuren viser, at der er et mindre fald i smerteniveau hos alle patientgrupperne fra tre til seks måneder efter endt behandling, men at faldet er størst efter tre måneder.

⁵ Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark, april 2014

Undersøgelsen bygger på spørgeskemaer og kliniske data på nyhenviste patienter fra 201 praktiserende fysioterapeuter fordelt på 30 klinikker i 4 regioner i perioden januar 2012 til maj 2012. Der var 3.281 patienter der deltog i spørgeskemaundersøgelsen og der var 2.773 patienter hvor også kliniske data var indsamlet.

Figur 1: udvikling i patienternes angivelse af bevægeangst, funktion, psykisk helbred og smerter i forbindelse med behandling ved fysioterapeut.



Kilde: Pilotprojektet Monitoreringsprojekt fysioterapi praksis 2016

Patienter får tilskud på 39,3 % af fysioterapeutens honorar ved almindelig fysioterapi. Region Midtjyllands udgifter til almen fysioterapi var i 2017 104,3 mio. kr.

Vederlagsfri fysioterapi

Vederlagsfri fysioterapi gives efter lægehenvielse til borgere med funktionsnedsættelse. Lægen henviser patienten på baggrund af en individuel vurdering.

Patientgruppen kan inddeles i to overordnede grupper:

- Borgere med et varigt, svært fysisk handicap som følge af bestemte sygdomme som fx lammelser efter hjerneblødning og spasticitet
- Borgere med funktionsnedsættelse pga. bestemte progressive sygdomme som fx Parkinsons sygdom og multipel sklerose

Sundhedsstyrelsen har fastsat hvilke sygdomme (diagnoser), der, hvis de giver funktionsnedsættelse, kan give anledning til, at en borger kan henvises til vederlagsfri fysioterapi. Dette er beskrevet i følgende link, kapitel 1.7: www.sst.dk

Formålet med den vederlagsfri fysioterapi er at forbedre, vedligeholde eller forhale forringelse af borgerens funktioner. Der kan ikke henvises til vederlagsfri fysioterapi, hvis borgeren allerede får et tilsvarende tilbud efter anden lovgivning.

De ydelser patienten kan modtage skal kunne relateres til patientens aktuelle behov. En fysioterapeutisk undersøgelse og information i forbindelse hermed vil altid indgå i patientens første konsultation. Endvidere skal den praktiserende fysioterapeut kunne tilbyde holdtræning. Hvis en fysioterapeut har flere praksisadresser, skal der tilbydes holdtræning på alle praksisadresser.

I 2017 fik 17.461 borgere i Region Midtjylland vederlagsfri fysioterapi. Det svarer til 1,33 % af befolkningen i Region Midtjylland. Udgifterne til vederlagsfri fysioterapi afholdes af borgerens bopælskommune. Udgifterne til vederlagsfri fysioterapi til borgere i Region Midtjylland i 2017 var 239 mio. kr. (faste priser 2017-PL).

Almen og vederlagsfri ridefysioterapi

Ridefysioterapi udføres efter lægehenvielse og foregår som holdtræning på rideskoler og rideklubber. Den konkrete aftalekontrakt, retningslinjer for godkendelse af rideskoler til ridefysioterapi mv. fremgår af overenskomsten.

Formålet med ridefysioterapi er at anvende heste som fysioterapeutisk redskab til bevægelse i forhold til at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller forhale forringelse af funktioner hos voksne og børn med varigt svært fysisk handicap. Ridefysioterapi giver blandt andet mulighed for at træne balance, muskelstyrke, kropsbevidsthed mv. samt sansemotorisk og psykomotorisk kunnen.

Når ridefysioterapeuten tilrettelægger behandlingen, vurderes det, hvor mange medhjælpere den enkelte patient har brug for. Der er fx en medhjælper, som trækker hesten, og der kan også gå en medhjælper ved siden af patienten eller sidde bagved (bagrytter). Hestene er en væsentlig del af udstyret og skal vælges, så de passer til målgruppens behov.

Behandlingen foregår på hold med op til fem patienter på holdet. Rideskolen skal stille egnede heste, trækkere, bagstøtte/sidestøtte og en handicapriderinstruktør til rådighed. Behandlingen kan enten gives som 1 times samlet behandling pr. gang pr. uge eller som 2 gange ½ times behandling pr. uge.

Patienter kan frit vælge mellem ridefysioterapeuter med et ydernummer.

Behandling hos praktiserende ridefysioterapeuter er opdelt i to specialer:

- Almen ridefysioterapi (regionalt myndighedsområde)
- Vederlagsfri ridefysioterapi (kommunalt myndighedsområde)

Målgruppe for almen ridefysioterapi

Almen ridefysioterapi er ridefysioterapi, hvor borgeren har en egenbetaling på 60,7 %, og hvor der er et tilskud fra regionen på 39,3 %. Målgruppen for almen ridefysioterapi er beskrevet i overenskomsten og omfatter:

- a) Blinde og svagtseende
- b) Personer med Downs Syndrom og autisme, hvis regionen træffer særskilt beslutning herom (se nedenfor).
- c) Personer, som har funktionsnedsættelse på grund af en af de følgende seks diagnoser, hvis regionen træffer særskilt beslutning herom (se nedenfor):
 - Rheumatoid arthritis
 - Muskelsvind
 - Cystisk Fibrose
 - Handicap efter polio
 - Amputationer og ulykkestilfælde

- Fysisk handicap som følge af medfødte eller arvelige sygdomme, hvis regionen træffer særskilt beslutning herom.

I Region Midtjylland kan patienter i målgruppe B få tilskud til almen ridefysioterapi, hvis de bor i det tidligere Ringkjøbing, Viborg eller Aarhus Amt. Patienter i målgruppe C kan få tilskud til almen ridefysioterapi, hvis de bor i det tidligere Ringkjøbing eller Aarhus Amt. Der er ikke truffet beslutning om eventuel harmonisering på området.

I 2017 fik 414 borgere i Region Midtjylland almen ridefysioterapi. Andelen af borgere i Region Midtjylland, der modtager almen ridefysioterapi, er steget med ca. 9 % i perioden 2015 til 2017, hvormed der sker en udvikling indenfor dette område (jf. tabel 6 i bilag 1). Udgifter i 2017 var 4,1 mio. kr.

Målgruppe for vederlagsfri ridefysioterapi

Målgruppen for vederlagsfri ridefysioterapi er udelukkende patienter med funktionsnedsættelse pga. svært fysisk handicap.

Vederlagsfri fysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi kan i nogle tilfælde supplere hinanden til at opretholde en borgers fysik og helbred. Der må dog ikke forekomme dublerende tilbud. Der kan således ikke henvises til vederlagsfri ridefysioterapi, hvis der alene er tale om en dublering af eksisterende tilbud, som personen modtager efter andre bestemmelser.

I 2017 fik 1.845 borgere i Region Midtjylland vederlagsfri ridefysioterapi. Andelen af borgere i Region Midtjylland, der modtager vederlagsfri ridefysioterapi, er faldet 3% i perioden 2015 til 2017 (jf. tabel 7 i bilag 1). Borgerens bopælskommune afholder udgifterne til vederlagsfri ridefysioterapi. I 2017 var de samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi for kommunerne i Region Midtjylland 30 mio. kr. (faste priser 2017-PL)

Forebyggelse

Almen og vederlagsfri fysioterapi har et forebyggende sigte, idet behandlingen medvirker til, at borgerens sygdom eller funktionsnedsættelse ikke forværres eller medfører følgevirkninger. Der er således tale om sekundær forebyggelse, idet borgerne, der modtager almen eller vederlagsfri fysioterapi, allerede har fået en sygdom og funktionsnedsættelse.

Inden for almen og vederlagsfri fysioterapi er der således ikke tale om primær forebyggelse – dvs. forebyggelse af, at skader sker eller sygdom opstår. Den primære forebyggelse ligger i kommunerne. Den enkelte fysioterapipraksis har mulighed for at gå i dialog med kommunerne om aftaler på forebyggelsesområdet, såfremt dette er et ønske.

Praktiserende fysioterapeuter uden ydernummer:

Inden for fysioterapiområdet praktiserer mange fysioterapeuter uden for den offentlige overenskomst. Dels er der fysioterapeutklinikker, som ikke har et ydernummer, og dermed ikke kan praktisere under den offentlige overenskomst. Disse klinikker kan både behandle borgere, der henvender sig selv og borgere, der har fået en henvisning fra egen læge. Borgeren afholder dog i begge tilfælde selv den fulde betaling af fysioterapiydelse. Også fysioterapeuter med et ydernummer kan tilbyde behandling, der ikke er omfattet af overenskomsten, som borgeren selv betaler for.

4. Udgifter til fysioterapi i praksissektoren

I de følgende afsnit gennemgås udviklingen i udgifter til fysioterapi i praksissektoren i Region Midtjylland for perioden 2015 - 2017. Udgifterne og udviklingen i udgifterne til fysioterapi sammenlignes med de øvrige regioner og landsgennemsnittet i bilag 1.

De regionale udgifter til den almindelige fysioterapi og ridefysioterapi bliver medfinansieret af kommunerne med 10 %. Udgifterne til den vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi er fuldt ud kommunalt finansieret.

Udgiftsstyring på praksisområdet

Nationalt niveau

Overenskomsterne fastlægger de overordnede rammer for styring af udgifterne på fysioterapiområdet. Som en del af overenskomsten er der aftalt et særskilt økonomiprotokollat for hvert af de fire specialer (almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi, almen ridefysioterapi og vederlagsfri fysioterapi). For hvert speciale er der aftalt en fast økonomisk ramme, som udgifterne til specialet på landsplan skal holde sig indenfor.

Udgiftsudviklingen inden for overenskomstens område følges på nationalt niveau af overenskomstens parter på baggrund af månedlige opgørelser. Hvis opgørelserne viser tegn på, at udgifterne ikke kan holdes inden for den aftalte ramme, skal parterne drøfte mulighederne for udgiftsdæmpende tiltag.

Hvis udgifterne inden for et speciale alligevel overstiger den aftalte ramme, vil der ske en modregning i fysioterapeuternes honorarer. Denne modregning sker fra nationalt hold.

Der har ikke tidligere været en fast ramme for vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi (almen og vederlagsfri), men det er der fra 1. januar 2019, hvor de nye overenskomster trådte i kraft. Forventningen er, at de faste økonomirammer vil betyde, at de samlede udgifter på nationalt plan vil stagnere. Men udgifterne kan godt stige i nogle dele af landet, hvis udgifterne falder tilsvarende andre steder. Der har fra 2017 været fast ramme for udgifter til almen fysioterapi.

Regionalt niveau

Der er fortsat behov for at følge udviklingen i udgifterne til fysioterapi i praksissektoren i Region Midtjylland. Den løbende opfølgning på udviklingen sker i regi af Samarbejdsudvalget for Fysioterapi, som to gange årligt præsenteres for opdaterede data vedr. økonomi og aktivitet. Disse data vil også blive sendt til de 19 midtjyske kommuner og kan indgå i dialogen mellem kommune og praktiserende fysioterapeuter lokalt.

Det er fortsat målet, at den gennemsnitlige udgift pr. patient samt omfanget af borgere (andel) til den vederlagsfri fysioterapi i Region Midtjylland skal nærme sig landsgennemsnittet.

På regionalt niveau gøres derfor brug af en række forskellige redskaber i forhold til styring og opfølgning på udgifter på området:

- **Kontrolstatistik**

Samarbejdsudvalget for Fysioterapi gennemfører årligt kontrolstatistik på alle praktiserende fysioterapeuter (ydere). Kontrolstatistikken omfatter en vurdering af den enkelte fysioterapeuts gennemsnitlige udgifter pr. patient. Hvis Samarbejdsudvalget finder grundlag for det, kan den enkelte fysioterapeut få en henstilling eller pålægges en højestegrænse. Dvs. en grænse for regionens udbetaling til fysioterapeuten pr. patient i behandling. Med den nye overenskomst ændres bestemmelserne om kontrolstatistik således, at statistikken skal udarbejdes på klinikniveau ligesom

eventuelle sanktioner kan pålægges på klinikniveau. Det er region og kommuners ambition, at kontrolstatistikkerne skal anvendes til at sikre et ensartet rimeligt serviceniveau og sikre, at der ikke afholdes udgifter til behandling, som ikke er fagligt velbegrundet.

- **Brug af omsætningslofter ved ansættelser**

Fysioterapeuter, der ansætter ekstra fysioterapeuter, pålægges et omsætningsloft. Overskrides omsætningsloftet skal yderen tilbagebetale den del af omsætningen (tilskudsdelen), der overstiger loftet. For at undgå uønsket kapacitetsudvidelse er det praksis i Region Midtjylland, at der altid pålægges omsætningsloft, hvor overenskomsten giver mulighed for det.

- **Afregning, validering af regninger og vejledning af fysioterapeuter**

Kommunerne har indgået aftale med regionerne om varetagelse af afregningsopgaven i forhold til fysioterapi i praksissektoren. Aftalen indebærer, at regionerne varetager afregning, yderadministration og stiller statistisk materiale til rådighed for kommunerne. I forbindelse med regionens afregning af ydelser på praksisområdet gennemgår alle afregninger en automatisk valideringsproces før udbetaling af honorarer til praksissektorens ydere. Region Midtjylland vejleder desuden de enkelte fysioterapeuter i korrekt brug af bestemmelserne i overenskomsten.

- **Controlling**

Som led i en opfølgende kontrol af udbetalte honorarer foretager den regionale administration ad hoc analyser af anvendelsen af overenskomstens ydelser. Uretmæssig brug af overenskomstens ydelser vil blive forelagt Samarbejdsudvalget for Fysioterapi, som eventuel kan sende en sådan sag videre til Landsamarbejdsudvalget, der består af repræsentanter fra Danske Regioner, KL og Danske Fysioterapeuter.

Yderligere tiltag

Derudover blev der i den tidligere praksisplan aftalt en række initiativer i forhold til økonomi og kapacitet, idet analyser af økonomi og kapacitet viste, at Region Midtjylland og kommunerne har haft stigende udgifter til fysioterapi, herunder især vederlagsfri fysioterapi.

En række af disse anbefalinger er udmøntet i den tidligere periode (se oversigt over anbefalinger fra den tidligere praksisplan i bilag 3). Blandt disse videreføres følgende tiltag:

- Praksiskonsulenterne for fysioterapi fortsætter med at vejlede klinikker med høje udgifter pr. patient i, hvordan behandlingen optimeres – fx omlægning fra individuel behandling til holdtræning, hvor relevant.
- Samarbejdsudvalget følger aktivitet og økonomi i Region Midtjylland

Andre anbefalinger er endnu ikke udmøntet, men videreføres i denne praksisplan. Det drejer sig om følgende initiativer:

- Analyse af praktiserende lægers henvisningspraksis i regionen til den vederlagsfrie ordning. Formålet er at afdække eventuelle forskelle i henvisningspraksis på tværs af kommunerne og målrette information om kriterier for henvisning m.v. til de involverede parter.
- Opfølgende analyse af udviklingen med hensyn til brug af ansatte fysioterapeuter ud over den eksisterende kapacitet på et ydernummer i fysioterapipraksis.

- Analyse af og opfølgning på omsætningsforhold for ydernumre med kapaciteter under 30 timer. Målet er at sikre et rimeligt forhold mellem registreret kapacitet og faktisk omsætning.

I de følgende afsnit vil der være fokus på udviklingen i udgifter til både almen og vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi i Region Midtjylland.

Denne udvikling er illustreret i henholdsvis en figur og en tabel for hvert af de fire områder. Figuren viser indextal for udviklingen i:

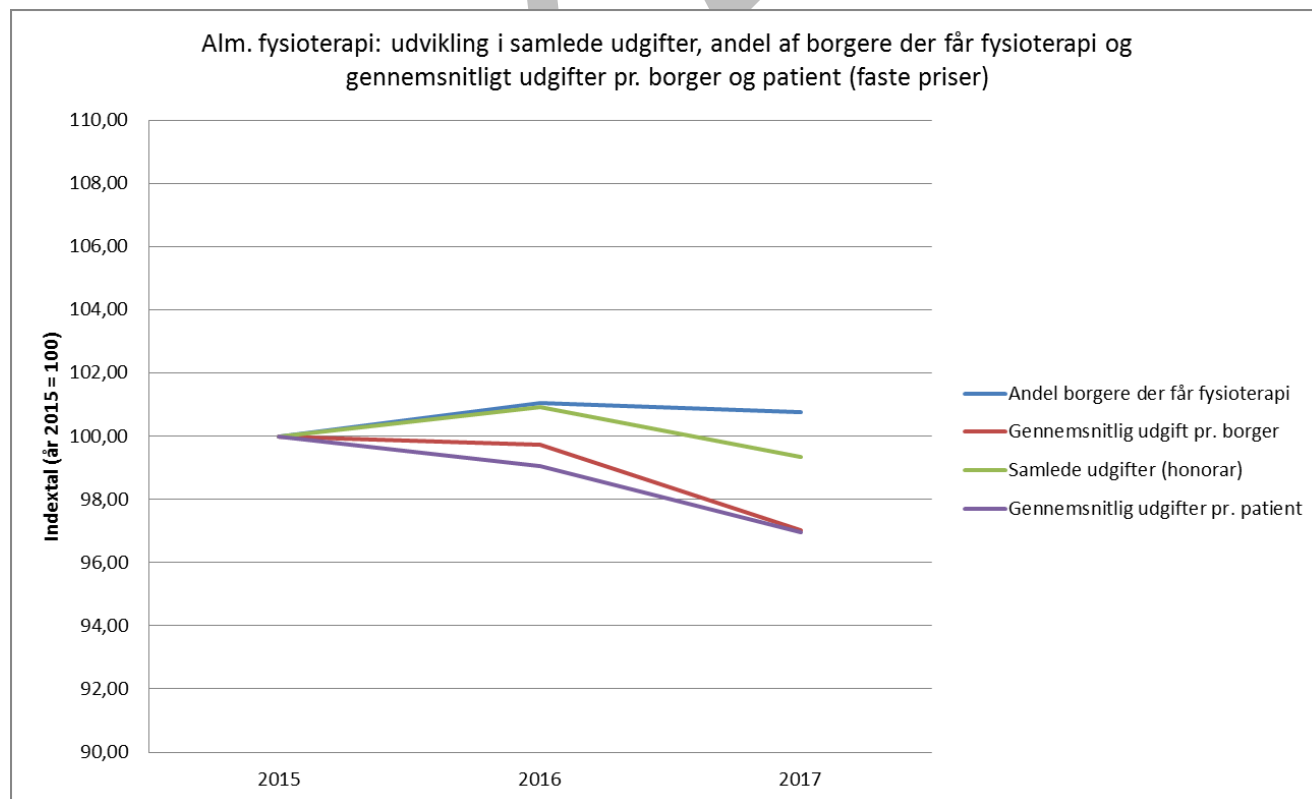
- De samlede udgifter for fysioterapi inden for det givne speciale
- Andel af borgere, der får fysioterapi
- Gennemsnitlige udgifter pr. borger (altså hele befolkningen og ikke blot de borgere, der modtager fysioterapi)
- Gennemsnitlige udgifter pr. patient (altså de borgere, der får fysioterapi).

Figuren viser udviklingen inden for de fire indikatorer. Tabellen viser andelen af borgere der får fysioterapi, de gennemsnitlige udgifter pr. behandlet patient og pr. borger og de samlede udgifter i faste priser, 2017-PL.

Almen fysioterapi

Figur 2 illustrerer udviklingen i de samlede udgifter (bruttohonorar), andelen af borgere, der modtager almen fysioterapi, udgifter pr. borger og udgifter pr. patient fra 2015 til 2017 i Region Midtjylland.

Figur 2: Udvikling i Region Midtjylland ift. samlede udgifter, andel borgere og gennemsnitlig udgift pr. borger og patient for almen fysioterapi i 2015-2017 (faste priser 2017-PL).



Note til figur 2: indextal viser de procentvise ændringer, og er udregnet på baggrund af de absolutte tal, der kan findes i tabel 1.

Tabel 1: Udvikling i Region Midtjylland indenfor almen fysioterapi

Alm. fysioterapi	2015	2016	2017
Andel af borgere der får alm. fysioterapi	8,57 %	8,66 %	8,64 %
Udgifter pr. behandlet patient	955 kr.	946 kr.	926 kr.
Gennemsnitlige udgifter pr. borger	75,9 kr.	75,7 kr.	74 kr.
Samlede udgifter	104.981.983 kr.	105.957.767 kr.	104.274.322 kr.

Note: Alle priser i tabellen er faste priser (2017-PL)

Figur 2 viser, at de samlede udgifter til almen fysioterapi i perioden 2015-2017 er faldet. Konkret er de samlede udgifter faldet fra 104,9 mio. kr. i 2015 til 104,2 mio. kr. i 2017 (jf. tabel 1).

I perioden 2015 til 2017 er der sket en stigning i andelen af borgere i Region Midtjylland, der har modtaget behandling. Tabel 1 ovenfor viser, at 8,64 % af borgerne i Region Midtjylland modtog almen fysioterapeutisk behandling i 2017, hvilket også er over landsgennemsnittet (jf. figurS 1, bilag 1). Generelt har Region Midtjyllands procentvise andel af borgere, som har modtaget almen fysioterapi, været uændret over de seneste tre år.

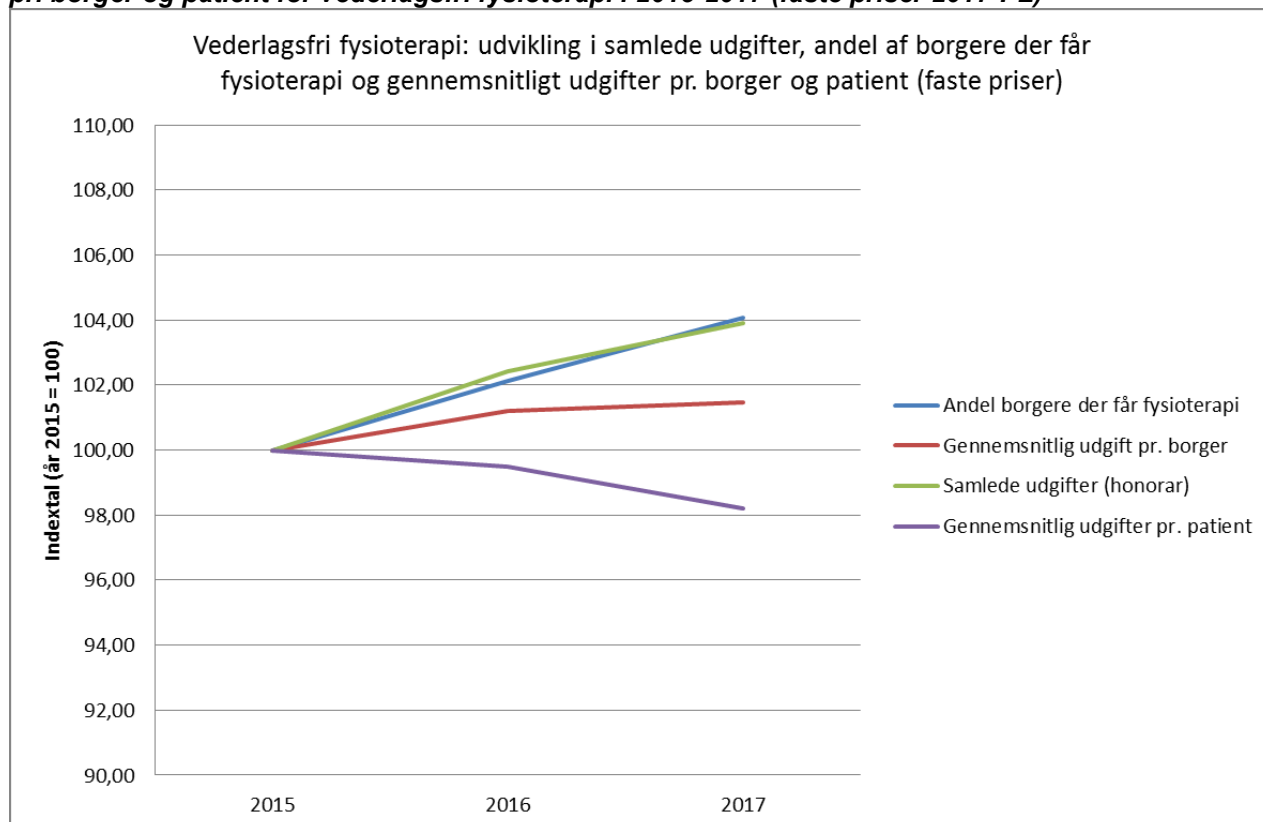
Ovenstående figur 2 viser, at der er sket et fald i de gennemsnitlige udgifter pr. patient i Region Midtjylland fra 955 kr. i 2015 til 926 kr. i 2017 (jf. tabel 1 ovenfor). Dette følger landsgennemsnittet ift. udviklingen i udgifter pr. patient, der var på 956 kr. i 2015 og 926 kr. i 2017 (jf. figur 1 i bilag 1).

Det fremgår af figur 2, at der er sket et fald i den gennemsnitlige udgift pr. borger i perioden 2015-2017 i Region Midtjylland fra 75,9 kr. pr. borger til 74 kr. (jf. tabel 1 ovenfor). I hele perioden har Region Midtjylland haft højere udgifter pr. borger, end de øvrige regioner, hvilket kan skyldes den højere andel af borgere, der modtager almen fysioterapi. I 2017 var landsgennemsnittet på 68 kr. pr. borger, mens det gennemsnitligt i Region Midtjylland var 74 kr. pr. borger (jf. figur 3 i bilag 1).

Vederlagsfri fysioterapi

Nedenstående figur 3 illustrerer udviklingen i de samlede udgifter (honorar), andelen af borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, udgifter pr. borger og udgifter pr. patient fra 2015 til 2017 i Region Midtjylland.

Figur 3: Udvikling i Region Midtjylland ift. samlede udgifter, andel patienter og gennemsnitlig udgift pr. borger og patient for vederlagsfri fysioterapi i 2015-2017 (faste priser 2017-PL)



Note til figur 3: indextal viser de procentvise ændringer, og er udregnet på baggrund af de absolutte tal, der kan findes i tabel 2.

Tabel 2: Udvikling i Region Midtjylland indenfor vederlagsfri fysioterapi

Vederlagsfri fysioterapi	2015	2016	2017
Andel af borgere, der får vederlagsfri fysioterapi	1,28 %	1,30 %	1,33 %
Udgifter pr. behandlet patient	13.926 kr.	13.843 kr.	13.688 kr.
Gennemsnitlige udgifter pr. borger	169,8 kr.	173,7 kr.	176,3 kr.
Samlede udgifter	229.588.609 kr.	235.172.978 kr.	238.553.513 kr.

Note: Alle priser i tabellen er faste priser (2017-PL)

Figur 3 viser, at de samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi er steget i perioden 2015-2017. De samlede udgifter er steget fra 229 mio. kr. i 2015 til 238 mio. kr. i 2017 (jf. tabel 2).

I perioden 2015 til 2017 er der sket en stigning i andelen af borgere i Region Midtjylland, der har modtaget vederlagsfri fysioterapeutisk behandling. Tabel 2 viser, at 1,33 % af borgerne i Region Midtjylland modtog behandling i 2017, hvilket er over landsgennemsnittet. Region Midtjylland oplever dog i perioden en af de laveste procentvise stigninger blandt regionerne (5,7 %), hvilket ligger under den landsgennemsnitlige stigning på 6,9 % (jf. tabel 4, bilag 1).

Ovenstående figur 3 viser, at der sket et fald i de gennemsnitlige udgifter pr. patient indenfor vederlagsfri fysioterapi i Region Midtjylland. Faldet er fra 13.926 kr. i 2015 til 13.688 kr. i 2017 (jf. tabel 2). Region Midtjylland har de højeste udgifter pr. patient sammenlignet med de andre regioner og ligger over landsgennemsnittet på 12.889 kr. i 2017 (jf. figur 2 i bilag 1).

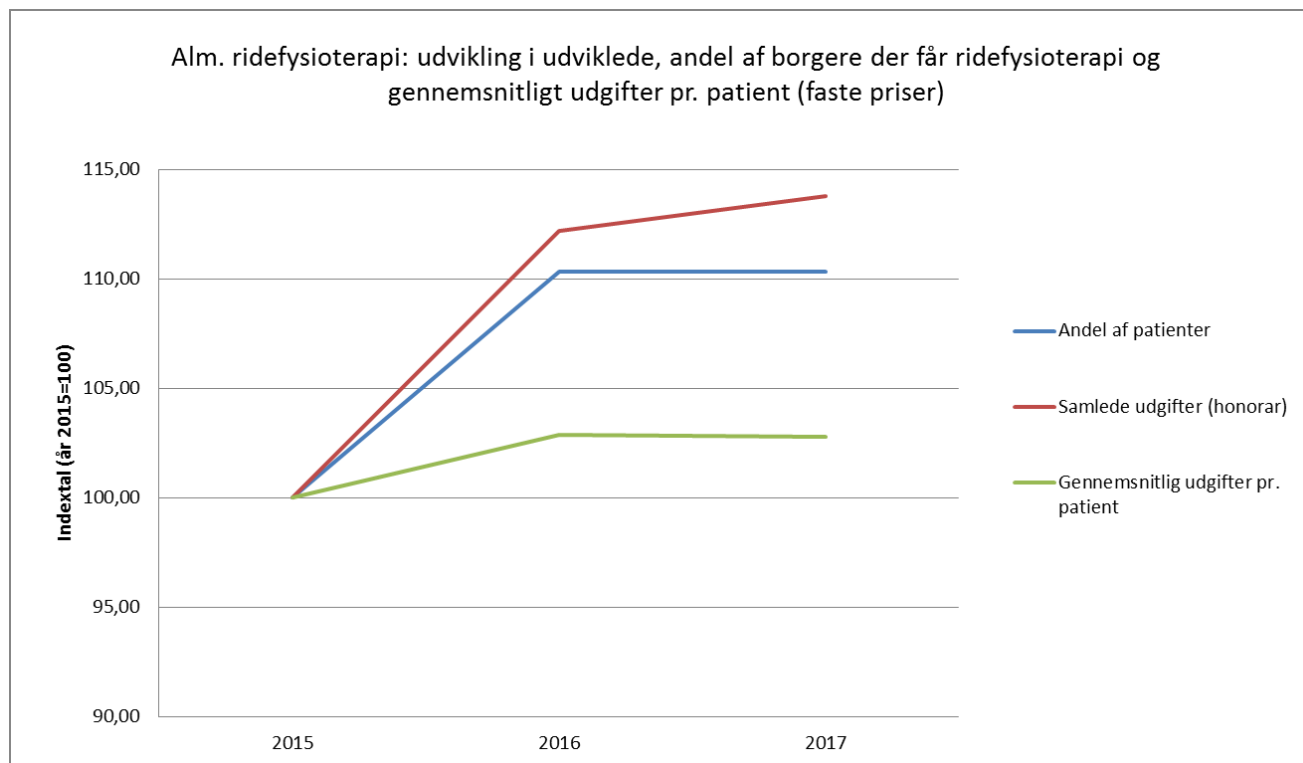
Det ses i figur 3, at der har været en stigning ift. gennemsnitlige udgifter pr. borger i Region Midtjylland fra 170 kr. i 2015 til 176 kr. i 2017 (jf. tabel 2). Region Midtjylland ligger over landsgennemsnittet, som er på 149 kr. pr. borger i 2017. Sammen med Region Nordjylland har Region Midtjylland de højeste udgifter pr. borger til vederlagsfri fysioterapi (jf. figur 4 i bilag 1).

UDKAST

Almen ridefysioterapi

Nedenstående figur 4 illustrerer udviklingen i de samlede udgifter, andelen af borgere, der modtager almen ridefysioterapi og udgifter pr. patient fra 2015 til 2017 i Region Midtjylland.

Figur 4: Udvikling i Region Midtjylland ift. udgifter, andel af patienter og gennemsnitlig udgift pr. patient for almen ridefysioterapi i 2015-2017 (faste priser 2017-PL).



Note til figur 4: indextal viser de procentvise ændringer, og er udregnet på baggrund af de absolutte tal, der kan findes i tabel 3.

Tabel 3: Udvikling i Region Midtjylland indenfor almen ridefysioterapi

Almen ridefysioterapi	2015	2016	2017
Andel af borgere	0,29 ‰	0,32 ‰	0,32 ‰
Udgifter pr. behandlet patient	9.653,7 kr.	9.929,5 kr.	9.923,2 kr.
Samlede udgifter	3.610.477 kr.	4.051.230 kr.	4.108.193 kr.

Note: Alle priser i tabellen er faste priser (2017-PL)

Figur 4 viser, at de samlede udgifter til almen ridefysioterapi er steget i perioden 2015-2017. De samlede udgifter er steget fra 3,6 mio. kr. i 2015 til 4,1 mio. kr. i 2017.

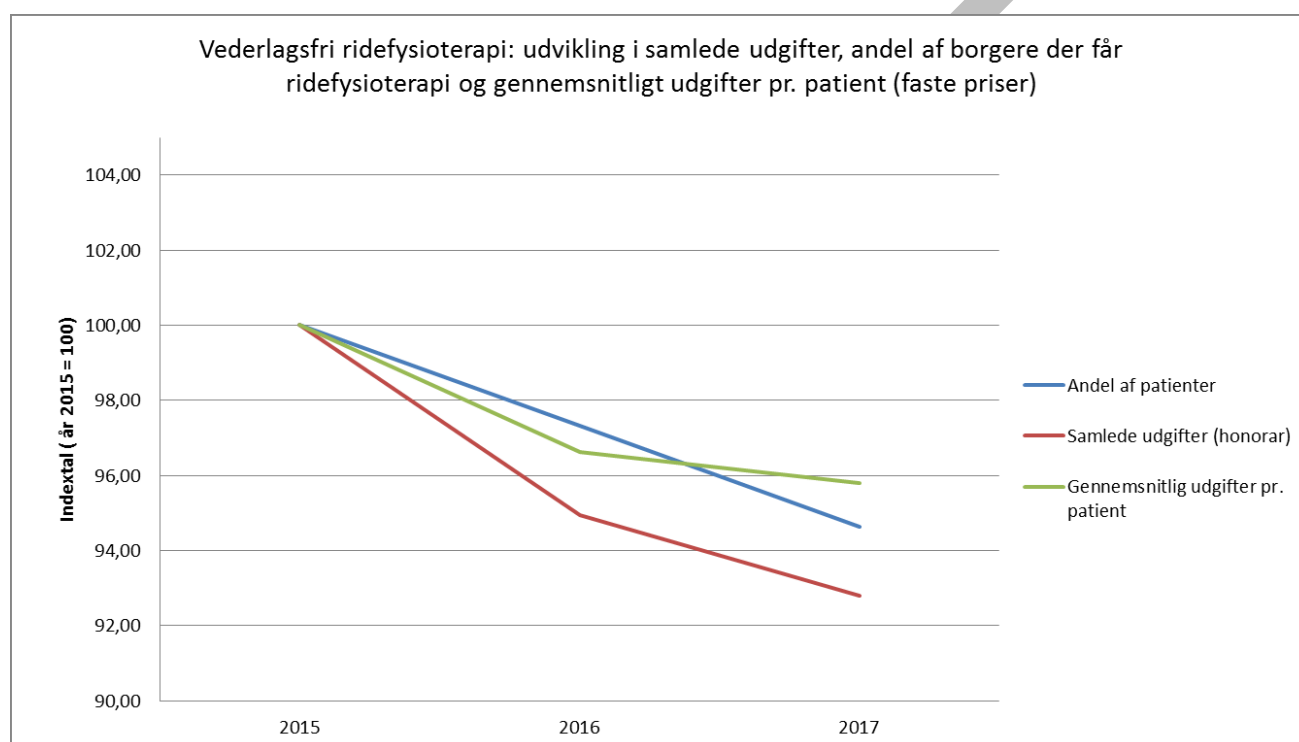
Fra 2015 til 2017 er der sket en stigning i andelen af borgere i Region Midtjylland, der modtager almen ridefysioterapi. Tabel 3 viser dog, at stigningen ikke har været stor, da andelen på 0,29 promille i 2015 var steget til 0,32 promille i 2017. En større andel borgere får almen ridefysioterapi i Region Midtjylland (0,32 promille) end i de øvrige regioner og ligger over landsgennemsnittet på 0,13 promille (jf. tabel 6 i bilag 1).

Ovenstående figur 4 viser, at der sket en stigning i de gennemsnitlige udgifter pr. patient indenfor almen ridefysioterapi i Region Midtjylland. Stigningen er fra 9.654 kr. i 2015 til 9.923 kr. i 2017 (jf. tabel 3). Region Midtjylland følger landsgennemsnittet for udgifter pr. patient (jf. figur 5 i bilag 1).

Vederlagsfri ridefysioterapi

Nedenstående figur 5 illustrerer udviklingen i de samlede udgifter, andelen af borgere, der modtager vederlagsfri ridefysioterapi og udgifter pr. patient fra 2015 til 2017 i Region Midtjylland.

Figur 5: Udvikling i Region Midtjylland ift. samlede udgifter, andel af patienter og gennemsnitlig udgift pr. patient for vederlagsfri ridefysioterapi i 2015-2017 (faste priser 2017-PL).



Note til figur 5: indextal viser de procentvise ændringer, og er udregnet på baggrund af de absolutte tal, der kan findes i tabel 4.

Tabel 4: Udvikling i Region Midtjylland indenfor vederlagsfri ridefysioterapi

Vederlagsfri ridefysioterapi	2015	2016	2017
Andel af borgere	1,47 ‰	1,44 ‰	1,41 ‰
Udgifter pr. behandlet patient	16.925 kr.	16.242 kr.	16.325 kr.
Samlede udgifter	32.106.439 kr.	30.484.348 kr.	29.790.520 kr.

Note: Alle priser i tabellen er faste priser (2017-PL)

Figur 5 viser, at de samlede udgifter til vederlagsfri ridefysioterapi er faldet i perioden 2015-2017. De samlede udgifter er faldet fra 32 mio. kr. i 2015 til 29,8 mio. kr. i 2017 (jf. tabel 4).

Fra 2015 til 2017 er der sket et fald i andelen af borgere i Region Midtjylland, der modtager vederlagsfri ridefysioterapi. Tabel 4 viser, at andelen på 1,47 promille i 2015 var faldet til 1,41 promille i 2017. Andelen af borgere, der får vederlagsfri ridefysioterapi i Region Midtjylland, er højere end landsgennemsnittet, hvor andelen er 1,06 promille i 2017 (jf. tabel 7 i bilag 1).

Ovenstående figur 5 viser, at der er sket et fald i de gennemsnitlige udgifter pr. patient indenfor vederlagsfri ridefysioterapi i Region Midtjylland fra 16.925 kr. i 2015 til 16.325 kr. i 2017 (jf. tabel 4). Region Midtjylland er den region, der har de laveste udgifter pr. patient til vederlagsfri ridefysioterapi og ligger dermed også under landsgennemsnittet, som var 16.918 kr. pr. patient i 2017 (jf. figur 6 i bilag 1).

5. Udvikling i ydelser

Fremtidens fysioterapipraksis er en fysioterapipraksis, der

- kontinuerligt udvikler sig i takt med ny viden om fysioterapeutiske behandlingsmetoder og -former
- varetager effektive og tidsafgrænsede behandlingsforløb

Nedenstående tabel viser antallet af ydelser pr. behandlet patient på almen fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi.

Som det fremgår af tabel 5 nedenfor, ligger Region Midtjylland på landsgennemsnittet hvad angår antal ydelser pr. patient for almen fysioterapi, både hvad angår holdtræning og individuelle ydelser.

For den vederlagsfrie fysioterapi gælder, at Region Midtjylland ligger over landsgennemsnittet hvad angår antal ydelser. Hvis antallet af ydelser nedbringes med to ydelser pr. patient i gennemsnit, vil Region Midtjylland komme på niveau med landsgennemsnittet.

Der skal derfor fortsat være fokus på at nedbringe antallet af ydelser pr. patient for vederlagsfri fysioterapi.

For både almen og vederlagsfri fysioterapi anbefales det, at der fortsat er fokus på at konvertere individuel behandling til holdtræning.

Tabel 5: Antal ydelser pr. patient 2017

	Lands- gennemsnit	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	Region Nordjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland
Fysioterapi	8,4	8,4	8,9	8,0	7,8	8,2
Individuel Behandl.	6,9	6,9	6,0	6,9	6,7	7,1
Holdtræning	1,5	1,5	1,9	1,1	1,1	1,1
Vederlagsfri fysioterapi	44,8	46,7	44,5	47,2	43,2	41,9
Individuel Behandl.	27,4	29,4	26,3	28,1	26,7	26,2
Holdtræning	17,4	17,4	18,2	19,1	16,5	15,7

Note: Inkluderede ydelser: Speciale 51: 0110, 0111, 0112, 0113, 0120, 0121, 0122. Speciale 62: 0110, 0111, 0112, 0113, 0120, 0121, 0122. De individuelle behandlinger er vægtet efter bestemmelserne i overenskomsten. Eksempelvis er en kort behandling vægtet 2/3-dele i forhold til en normalbehandling.

Patienter henvist til almen fysioterapi har på landsplan gennemsnitligt fået 6,9 individuelle ydelser i 2017. Patienter henvist til almen fysioterapi har gennemsnitligt fået 1,5 holdydelser i 2017. Indenfor almen fysioterapi ligger Region Midtjylland på linje med landsgennemsnittet både for individuel behandling og holdydelser.

Patienter henvist til vederlagsfri fysioterapi har på landsplan i gennemsnit fået 27,4 individuelle behandlinger i 2017. Patienter henvist til vederlagsfri fysioterapi har på landsplan fået 17,4 holdydelser i 2017. Indenfor individuel behandling i vederlagsfri fysioterapi ligger Region Midtjylland med 29,4 ydelser pr. patient over landsgennemsnittet. Region Midtjylland ligger dog på linje med landsgennemsnittet indenfor holdtræning i vederlagsfri fysioterapi.

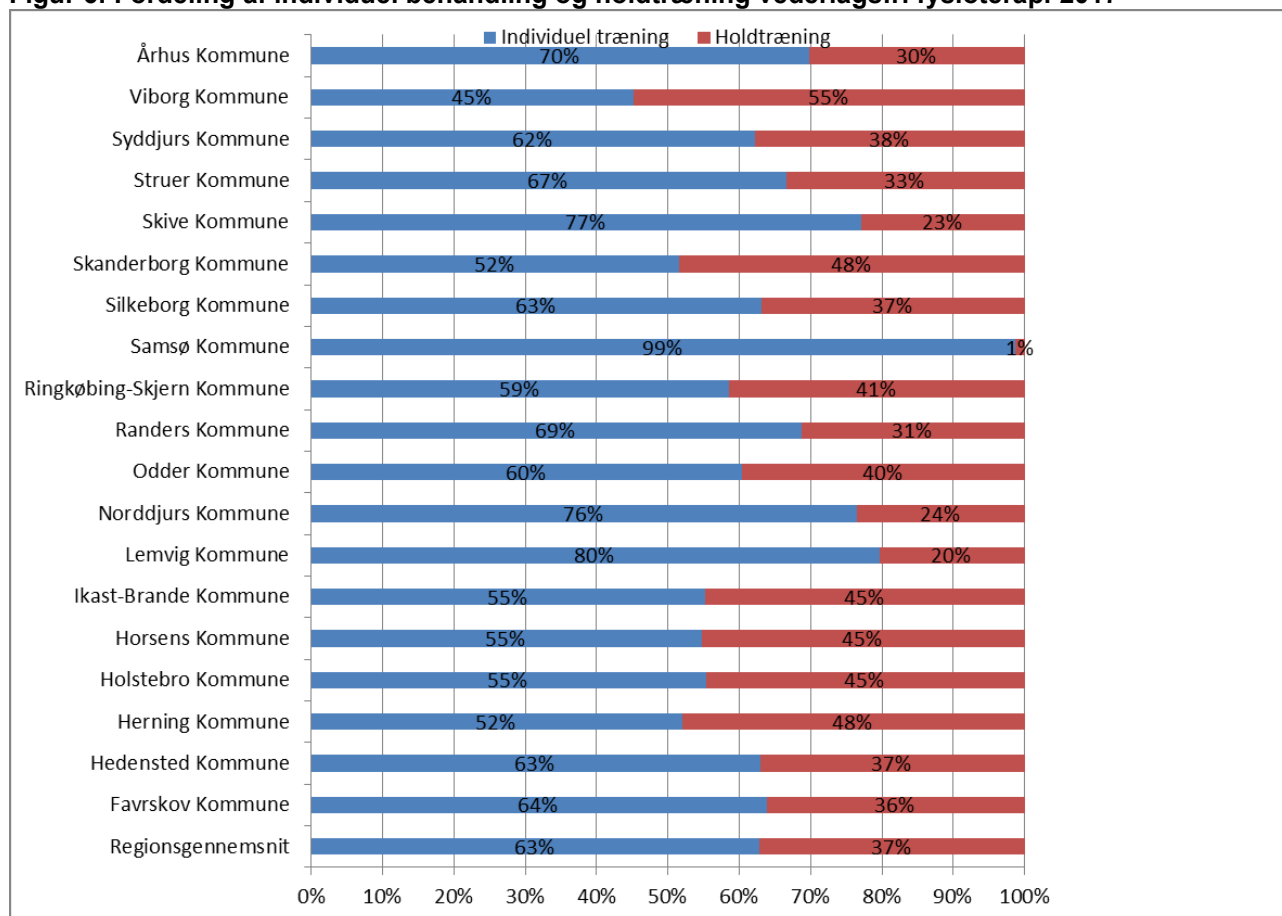
Holdtræning

Region Midtjylland, kommunerne i regionen og fysioterapeuterne er enige om, at individuel behandling ønskes ændret til holdtræning, når det giver kvalitetsmæssig og økonomisk mening og er relevant for patientens situation. Dermed vil holdtræning ikke være et supplement til individuel behandling, men det vil være en erstatning heraf, når dette findes relevant.

Holdtræning indebærer træning på et hold med flere end en person, hvor der er supervision af en fysioterapeut samt løbende tilpasning af træningen.

Nedenstående figurer viser fordelingen mellem individuel behandling og holdtræning i forhold til vederlagsfri fysioterapi opgjort henholdsvis samlet for alle patienter, for patienter med varigt svært fysisk handicap og for patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom.

Figur 6: Fordeling af individuel behandling og holdtræning vederlagsfri fysioterapi 2017



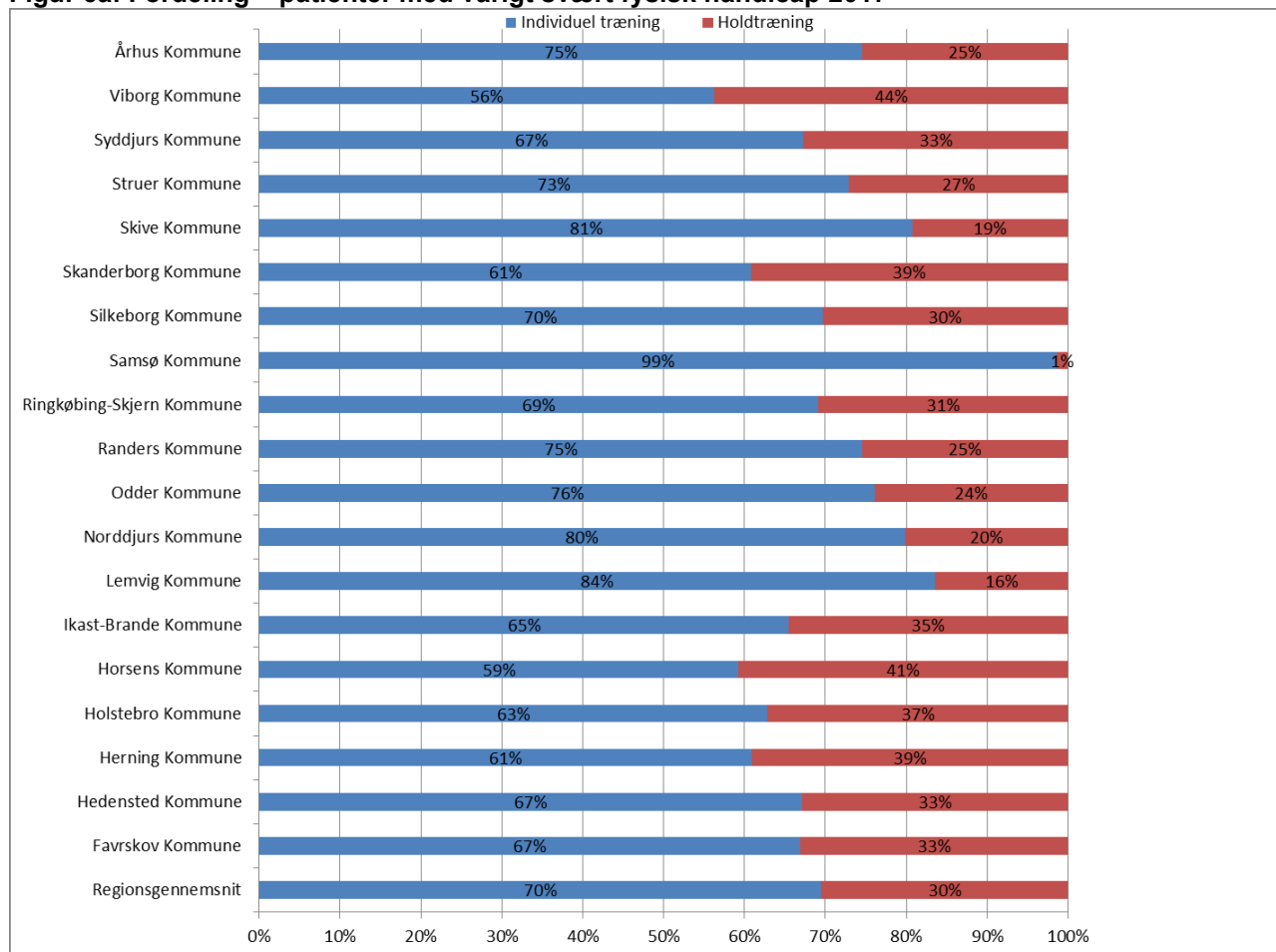
Note: Data fra 2017. Individuelle ydelser: 0110, 0111, 0112, 0113, 0120, 0121, 0122. Individuelle behandlinger er vægtet efter bestemmelserne i overenskomsten. Eksempelvis er en kort behandling vægtet 2/3-dele i forhold til en normalbehandling. Holdydelse: 4001-4009, 4101-4105, 5001-5008, 5101-5108, 6001-6008, 6101-6107, 7001-7008, 7101-7108.

Det ses af figur 6, at holdtræning anvendes i varierende grad i kommunerne. Den højeste andel af holdydelse ses i Viborg Kommune, hvor 55 % af behandlingen i vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren består af holdtræning. Den laveste andel af holdydelse (udover Samsø Kommune) ses i Lemvig Kommune, hvor 20 % af behandlingen i vederlagsfri fysioterapi består af holdtræning. Den gennemsnitlige anvendelse af holdydelser som en del af behandlingen i vederlagsfri fysioterapi i hele Region Midtjylland ligger på 37 %.

Fordelingen mellem holdtræning og individuel træning har udviklet sig således, at en større andel af fysioterapibehandlingen i dag foregår på hold, sammenlignet med data fra seneste praksisplan (data fra 2014). I 2017 lå regionsgennemsnittet således, at 37 % af alle behandlinger foregik som holdtræning mens det i 2014 var 32 % af alle behandlinger. Alle kommuner i regionen med undtagelse af Syddjurs og Horsens har set en stigning i andelen af holdtræning.

I det følgende ses på fordelingen mellem individuel behandling og holdtræning i forhold til de to målgrupper for vederlagsfri fysioterapi. Dvs. henholdsvis borgere med et varigt svært fysisk handicap, og borgere med funktionsnedsættelse pga. bestemte progressive sygdomme som fx Parkinsons sygdom og multipel sklerose.

Figur 6a: Fordeling – patienter med varigt svært fysisk handicap 2017



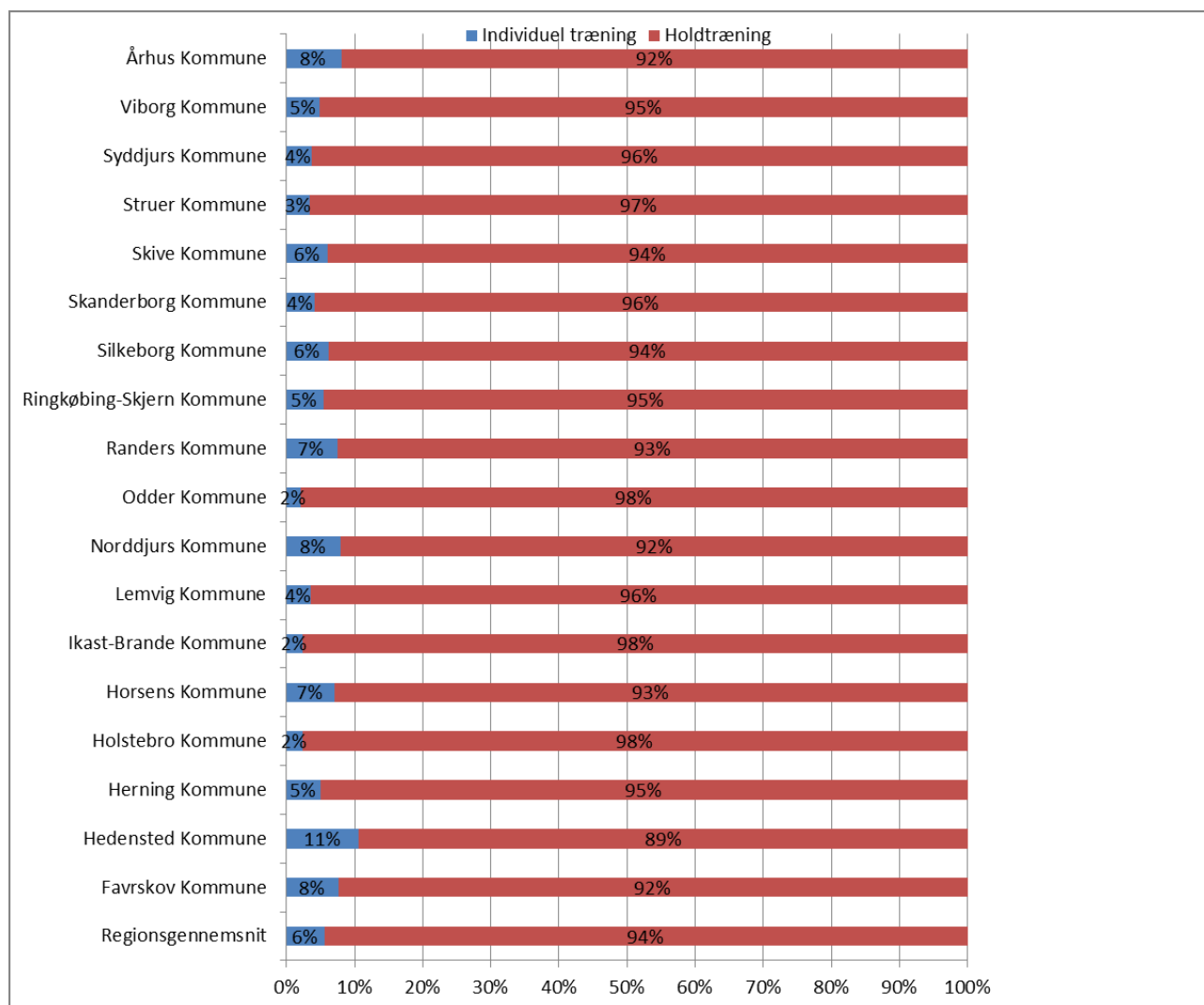
Note: Se figur 6

Sammenlignes figur 6 og 6a fremgår det, at der i lavere grad anvendes holdtræning til patienter med varigt svært fysisk handicap end til den samlede patientgruppe, der tilbydes vederlagsfri fysioterapi.

Det ses af figur 6a, at holdtræning til patienter med varigt svært fysisk handicap anvendes i varierende grad. Den højeste andel er i Viborg, hvor 44 % behandlingen til patienter med varigt svært fysisk handicap består af holdtræning. Den laveste andel af holdydelse (udover Samsø Kommune) ses i Lemvig, hvor 16 % af behandlingerne til patienter med varigt svært fysisk handicap foregår som holdtræning.

Fordelingen mellem holdtræning og individuel træning har udviklet sig således, at en større andel af fysioterapibehandlingen til patienter med varigt svært fysisk handicap i dag foregår på hold, sammenlignet med data fra seneste praksisplan (data fra 2014). I 2017 lå regionsgennemsnittet således, at 30 % af alle behandlinger foregik som holdtræning mens det i 2014 var 27 % af alle behandlinger. Alle kommuner i regionen med undtagelse af Odder, Ikast-Brande og Horsens Kommuner har set en stigning i andelen af holdtræning til patienter med varigt svært fysisk handicap.

Figur 6b: Fordeling – patienter uden svært fysisk handicap m. progressiv sygdom 2017



Note: se figur 6. Obs: Der er ikke data for Samsø Kommune.

Sammenlignes figur 6b med figur 6 og 6a fremgår det, at der i højere grad anvendes holdtræning til patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom end til resten af patientgruppen, der modtager vederlagsfri fysioterapi.

Det ses af figur 6b, at holdtræning til patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom anvendes i varierende grad. Den højeste andel er i Odder, Ikast-Brande og Holstebro Kommune, hvor 98 % af behandlingen til patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom består af holdtræning. Den laveste andel af holdydelse ses i Lemvig Kommune, hvor 89 % af behandlingerne til patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom foregår som holdtræning.

Fordelingen mellem holdtræning og individuel træning for denne målgruppe har udviklet sig således, at en større andel af fysioterapibehandlingen i dag foregår på hold, sammenlignet med data fra seneste praksisplan (data fra 2014). I 2017 lå regionsgennemsnittet således, at 94 % af alle behandlinger foregik som holdtræning mens det i 2014 var 83 % af alle behandlinger. Alle kommuner i regionen har set en stigning i andelen af holdtræning til patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom.

Den højere andel af holdtræning for patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom i forhold til patienter med varigt svært fysisk handicap afspejler overenskomstens bestemmelser om begrænsninger i tilbuddet om vederlagsfri fysioterapi, hvor der står, at patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom som udgangspunkt kun kan få henvisning til holdtræning.

UDKAST

6. Kapacitet og praksisforhold – praktiserende fysioterapeuter

Fremtidens fysioterapipraksis er en fysioterapipraksis, der

- er et nært og tilgængeligt tilbud til patienter med behov for fysioterapeutisk behandling

Hvis en praktiserende fysioterapeut skal give behandling med tilskud fra region eller kommuner, skal fysioterapeuten godkendes som yder af offentlig behandling. Godkendte ydere får tildelt et ydernummer af regionen. Ydernummeret fungerer som et identifikationsnummer, der fx bruges når regionen udbetaler honorar til fysioterapeuten for behandling med offentligt tilskud.

I Region Midtjylland har 414 fysioterapeuter et ydernummer. 159 af disse ejer en klinik, mens 255 har lejet sig ind hos andre klinikker. Endelig fungerer 4 fysioterapeuter som mobile fysioterapeuter uden fast klinikadresse. Derudover er der 10 klinikejere som ejer mere end én klinik.

Til hvert ydernummer er der knyttet en bestemt kapacitet, der er et udtryk for, hvor mange timers behandling, der må gives med tilskud fra det offentlige. En kapacitet kan enten være under 30 timer eller over 30 timer. Hvis kapaciteten er under 30 timer, skal fysioterapeuten holde sig under 30 behandlingstimer pr. uge i gennemsnit på årsplan. Hvis kapaciteten er over 30 timer, er der ingen specifik grænse for fysioterapeutens behandlingsaktivitet.

En fysioterapeut med ydernummer kan ansætte andre fysioterapeuter til at behandle på ydernummeret. En ansat får altså ikke sit eget ydernummer, men arbejder under en anden fysioterapeuts ydernummer og må også gerne arbejde på flere forskellige ydernumre. Den samlede behandlingsaktivitet på et ydernummer skal altid holde sig inden for det samlede antal behandlingstimer på kapaciteten.

I Region Midtjylland er der 135 kapaciteter over 30 timer og 338 kapaciteter under 30 timer.

Antallet af kapaciteter kan omregnes til et mål, der angiver antal fuldtidskapaciteter pr. indbygger. Det er et mål for, hvor mange indbyggere der skal deles om den kapacitet, der er for fysioterapi med offentligt tilskud. Som det ses af tabel 6 skal 4.457 indbyggere i gennemsnit deles om en fuldtidskapacitet. På landsplan er der 4.598 indbyggere pr. omregnet fuldtidskapacitet.

Tabel 6: Indbyggere pr. fuldtidskapacitet hele landet

Region	Antal fuldtidskapaciteter	Indbyggere	Indbyggere pr. fuldtidskapacitet
Landsgennemsnit	1.275	5.785.864	4.598
Region Midtjylland	295	1.314.898	4.457
Region Hovedstaden	409	1.826.010	4.465
Region Nordjylland	129,5	588.766	4.546
Region Syddanmark	242,5	1.221.083	5.035
Region Sjælland	199	835.107	4.197

Note: Kapaciteter i Region Midtjylland er trukket i target. Øvrige regioner har meldt ind med deres tal. Indbyggertal er taget fra Danmarks Statistik 2018 K2. Kapaciteter under 30 timer indgår med 1/2 vægtning. Kapaciteter der er registreret med 1/3 indgår med en vægtning på 1/3.

I alle 19 midtjyske kommuner er der en eller flere fysioterapiklinikker. Borgere, der er henvist af deres læge til fysioterapi, kan frit vælge hvilken fysioterapeut/klinik, de ønsker at blive behandlet af. Borgere kan således både vælge klinikker i sin hjemkommune eller klinikker i andre kommuner.

Der er en tendens til, at der i den vestlige del af regionen er en bedre dækning (idet færre borgere i gennemsnit skal om hver omregnet fuldtidskapacitet). Der er desuden en tendens til, at der i dele af den østlige del af regionen er en mindre grad af dækning. Dvs. der er flere borgere pr. fuldtidskapacitet i fx, Horsens, Odder og Favrskov Kommuner. Den lavere grad af dækning betyder dog ikke, at kommunerne i disse områder har lavere udgifter til fysioterapi ved praktiserende fysioterapeuter.

Som supplement til den behandling, som henviste borgere kan få ved en praktiserende fysioterapeut har 11 af de 19 midtjyske kommuner etableret egne tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Det drejer sig om Favrskov, Horsens, Lemvig, Randers, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Struer, Syddjurs, Viborg og Aarhus Kommuner. (Se også kapitel 10, hvor kapacitet og tilbud i den enkelte kommune er beskrevet)

Service og ventetider

Det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdspartnere at komme i kontakt med en fysioterapeutpraksis og få viden om tilgængelighed hos den enkelte fysioterapeutpraksis. Derfor skal fysioterapeutpraksisser have fokus på at informere om serviceniveau, tilgængelighed og ventetider.

Ventetider skal registreres på sundhed.dk minimum hver anden måned. Desværre har mange fysioterapeutpraksisser i Region Midtjylland pr. 18. december 2018 ikke registreret ventetid for ikke akutte patienter på sundhed.dk. De fysioterapeutpraksisser, der har registreret ventetiden for ikke akutte patienter på sundhed.dk, har registreret 0-2 ugers ventetid. Region og kommuner vil tage initiativ til, at overenskomstens bestemmelser om registrering af ventetider fremover bliver overholdt.

Kapacitet og omsætning

En kapacitet kan enten være over 30 timer eller under 30 timer. Kapaciteten angiver hvor mange behandlingstimer, der kan gives med offentligt tilskud.

Det varierer meget, hvor stor en omsætning, der er på en kapacitet. Omsætningen på en kapacitet over 30 timer afhænger fx af, hvor mange timer fysioterapeuten vælger at behandle pr. uge, hvor mange patienter fysioterapeuten behandler i timen, samt hvor effektivt behandlingen kan tilrettelægges. Antallet af behandlingstimer kan også stige eller falde over tid på den enkelte kapacitet. Det varierer således også, hvor stor en udgift region og kommuner har til behandling på de enkelte kapaciteter.

Omsætningsloft

En kapacitet kan i nogle tilfælde pålægges en omsætningsgrænse – fx hvis en fysioterapeut med et ydernummer ansætter ekstra fysioterapeuter inden for den kapacitet, der knytter sig til ydernummet. Praksis i Region Midtjylland er, at alle ydere, der gør brug af ekstra fysioterapeuter, pålægges et omsætningsloft. Der kan endvidere pålægges et omsætningsloft, hvis fysioterapeuter deler kapaciteter mellem flere ydernumre. Overskrider omsætningsloftet skal yderen tilbagebetale en del af omsætningen (tilskudsdelen), der overstiger loftet.

I Region Midtjylland er der på 65 ydernumre ansat en fysioterapeut ud over antallet af kapaciteter på ydernummeret og har i den forbindelse fået et omsætningsloft. 52 ydernumre har et loft fordi deres kapacitet er blevet delt på to eller flere fysioterapeuter. Der er et vist overlap mellem de to grupper.

For at undgå uønsket kapacitetsudvidelse er det praksis i Region Midtjylland, at der altid pålægges omsætningsloft, hvor overenskomsten giver mulighed for det.

Vurdering af kapacitet

Der er fysioterapeutiske tilbud tilgængeligt i alle 19 kommuner i regionen, og alle borgere har derfor adgang til fysioterapi. Det vurderes, at der er tilstrækkelig med kapacitet i Region Midtjylland. Samtidig er det afgørende for Region og kommuner, at der ikke sker en udvidelse af kapaciteten. Der vil derfor ikke blive udstedt ny kapacitet (ingen nye ydernumre med ny kapacitet).

Ændringer i den geografiske fordeling og placering af den nuværende kapacitet kræver godkendelse af regionen. Er der tale om en flytning inden for samme mindre geografiske område, er det praksis, at administrationen i Region Midtjylland behandler ansøgningen. Det er praksis, at ansøgning om flytning af kapaciteter, herunder flytning af klinik inden for større geografiske områder behandles i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi, som kan afgive indstilling til regionen. De berørte kommuner høres.

Som udgangspunkt flyttes der ikke kapacitet på tværs af kommuner

Når en fysioterapeut ansøger om ændringer, der indebærer, at kapacitet flyttes, at der oprettes flere praksisadresser eller mobile fysioterapeuter tilknyttes en klinik følges de følgende retningslinjer.

Retningslinjer vedrørende flytning, anden praksisadresse og mobile fysioterapeuter

Ved en evt. flytning af kapacitet inden for en kommune skal det sikres, at der fortsat er en hensigtsmæssig geografisk spredning af de fysioterapeutiske tilbud ved praktiserende fysioterapeut inden for kommunen. Her vil der ske en vurdering af den geografiske fordeling på postnumre inden for kommunen.

Ved beslutninger, der indebærer, at kapacitet flyttes, skal de berørte kommuner inddrages.

Flytninger

Ansøgninger om flytning af klinik vurderes ud fra følgende principper:

- Det vurderes positivt, hvis en flytning giver en mere jævn fordeling af klinikker i forhold til de geografiske og demografiske forhold i region og kommuner, eller hvis en flytning ikke forringer den eksisterende geografiske fordeling eksempelvis, hvis flytning sker til en adresse i samme bydel/kvarter.
- Det vurderes positivt, hvis flytning sker til en adresse, hvor klinikken bliver en del af et større sundhedscenter med mulighed for mere samarbejde og sparring med andre faggrupper med overenskomst med det offentlige, herunder specielt ved øget samarbejde med almen praksis.
- At der sikres bedre muligheder for holdtræning
- At tilgængeligheden for bevægelseshæmmede styrkes

Følgende forudsætninger skal være opfyldt:

- Overenskomstens bestemmelser vedrørende tilgængelighed for bevægelseshæmmede og handicappede skal være overholdt.

- Der skal være god mulighed for holdbehandling på den nye adresse.

Praktisere fra mere end én adresse

Det fremgår af overenskomsten, at fysioterapeuter som hovedregel har én praksisadresse. Det princip fastholdes i Region Midtjylland.

Det fremgår desuden af overenskomsten, at følgende skal være opfyldt:

- en fysioterapeut kan praktisere fra flere adresser, såfremt det er i overensstemmelse med praksisplanen, og at det sker ved anvendelse af den eksisterende kapacitet på klinikken.
- Regionen skal orienteres inden ibrugtagning af den nye praksisadresse. Regionen vil på baggrund heraf vurdere, hvorvidt etablering af anden praksisadresse er i overensstemmelse med praksisplanen. Det er praksis, at ansøgningen forelægges samarbejdsudvalget, som kan afgive indstilling til regionen. De berørte kommuner høres. Såfremt regionen når frem til, at det er i overensstemmelse med praksisplanen, kan fysioterapeuten praktisere fra to adresser. Brug af anden praksisadresse tilknyttes den enkelte kapacitet. Hvis flere ydere på samme klinik ønsker at kunne praktisere fra anden praksisadresse, skal der ske en vurdering for hver enkel kapacitet.

I regionens vurdering af en ansøgning om ekstra praksisadresse lægges der vægt på højere faglig kvalitet i behandlingen og bedre geografisk dækning af de befolkningsmæssige og demografiske forhold.

Tidsbegrænsning:

Regionen vil have mulighed for at tidsbegrænse en fysioterapeuts adgang til at praktisere fra mere end én adresse.

Mobile fysioterapeuter

De nationale parter har aftalt, at ordningen om, at en yder kan fungere som mobil fysioterapeut uden en fast klinikadresse udfases. Det betyder, at ydernumre med tilhørende kapaciteter på sigt skal tilknyttes en fast klinikadresse.

Ansøgning om at tilknytte et ydernummer på en mobilfysioterapeut til en fast klinikadresse behandles i samarbejdsudvalget, ud fra følgende kriterier:

- Tilknytning kan ske til en klinik (med fast klinikadresse) inden for mobilfysioterapeutens hidtidige område.
- Klinikken skal herefter tilbyde hjemmebehandling i hele mobilfysioterapeutens hidtidige område.
- Der skal være mulighed for faglig sparring på klinikken.

7. Kapacitet og praksisforhold – ridefysioterapi

I Region Midtjylland er der 22 ridefysioterapeuter (pr. 18. december 2018), der har et ydernummer og aftale om levering af ridefysioterapi. Ridefysioterapeuterne har aftaler, der lyder på enten over eller under 30 timer om ugen. 16 terapeuter har aftaler på over 30 timer, mens 6 har aftaler under 30 timer pr. uge.

9 ridefysioterapeuter varetager behandling på mere end én rideskole. Der er ikke kommunale tilbud om vederlagsfri ridefysioterapi. Oversigt over rideskoler med ridefysioterapi samt antallet af ydernumre tilknyttet den enkelte rideskole findes i bilag 2.

Ridefysioterapeuter, som ønsker flere praksisadresser eller at flytte deres praksisadresser (rideskole) skal søge regionen om tilladelse. Ridefysioterapeuter, som ønsker ændringer i deres kapacitet skal ligeledes søge regionen om tilladelse hertil (jf. beslutning fra Samarbejdsudvalget for Fysioterapi 3. september 2007). En eventuel godkendelse af ansøgning om flere praksisadresser eller flytning af praksisadresse må ikke betyde en udvidelse af den ridefysioterapeutiske kapacitet i regionen.

De berørte kommuner høres i forbindelse med ansøgninger, der indebærer flytning og/eller ændring af kapacitet.

Vurdering af kapacitet

Det vurderes, at der er en god tilgængelighed til tilbud om ridefysioterapi i hele regionen, og der opslås derfor ikke nye kapaciteter (ingen nye ydernumre med ny kapacitet) til ridefysioterapi. Hvis en ridefysioterapeut ophører med at praktisere og ikke overdrager sin kapacitet, vil der ikke blive opslået ny kapacitet (nyt ydernummer).

Det er afgørende for region og kommuner, at der ikke sker en udvidelse af kapaciteten for ridefysioterapi.

Dækningsområder

En ridefysioterapeut har et geografisk område, hvor ridefysioterapeuten må tilbyde behandling indenfor (geografisk dækningsområde). Dækningsområdet kan være en eller flere angivne kommuner, og afhænger af, hvornår den enkelte ridefysioterapeut er tiltrådt som ridefysioterapeut under overenskomsten på området.

Alle ridefysioterapeuter skal søge om tilladelse til at praktisere på en rideskole eller flytte til en anden rideskole. Ridefysioterapeuten ansøger regionen, som lægger sagen op i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi med henblik på, at Samarbejdsudvalget afgiver indstilling til regionen. De berørte kommuner høres. Når en ridefysioterapeut overtager en kapacitet fra en anden ridefysioterapeut skal den ridefysioterapeut, der overtager kapaciteten, sikre, at der fortsat er et tilbud til de borgere, der hidtil har fået ridefysioterapi på kapaciteten.

Der gives tilbagemelding på skrift. Ansøgningerne vurderes forskelligt, alt efter, hvornår ridefysioterapeuten er tiltrådt overenskomsten:

- **Tiltrådt før 2012**

Her gælder dækningsområderne fra de tidligere amter. I det tidligere Viborg Amt er der lavet aftaler, der begrænser det geografiske dækningsområde mens der i de tidligere Ringkøbing og Aarhus Amt var mulighed for praksis i hele amtet. Det har ikke været muligt at afdække praksis i det tidligere Vejle Amt. Når en ridefysioterapeut overtager et ydernummer skal der søges om tilladelse til praksis for hver praksisadresse, så der laves aftale om geografisk dækningsområde.

- **Tilrådt 2012- 25. november 2015**

Her gælder seks zoner, som regionen blev inddelt i, i forbindelse med "Redegørelse for ridefysioterapi i Region Midtjylland 2012". Ridefysioterapeuten godkendes inden for eget område og kapacitet. Et kort over de seks zoner kan findes på regionens hjemmeside under samarbejdsudvalget for fysioterapi.

- **Tilrådt efter 25. november 2015**

Ridefysioterapeuter i Region Midtjylland skal ansøge regionen om tilladelse til praksis for hver praksisadresse, således at der laves aftale om geografisk dækningsområde for det konkrete ydernummer. Det gælder, at den geografiske tilgængelighed med den nye kontrakt ikke må ændres væsentligt, og der må ikke ske udvidelse af den ridefysioterapeutiske kapacitet i regionen.

De involverede kommuner, den som flyttes til og den som flyttes fra, skal altid høres i forbindelse med behandling af ansøgninger, der involverer ændringer og flytning af kapacitet.

8. Kvalitetsudvikling

Fremtidens fysioterapipraksis er en fysioterapipraksis, der

- gennem kvalitetsarbejde og efteruddannelse sikrer de bedste forudsætninger for god behandling til patienterne

Den enkelte fysioterapeut er ansvarlig for at holde sig fagligt ajour gennem relevant efteruddannelse. Den enkelte fysioterapeut skal også følge og holde sig opdateret på nationale kliniske retningslinjer i forhold til fysioterapi samt orientere sig i nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Derudover indgår fysioterapiområdet i den øvrige kvalitetsorganisation i Region Midtjylland, og der arbejdes løbende med kvalitetsudvikling og forskning i forhold til fysioterapi. Fx varetager de regionale praksiskonsulenter for fysioterapi en række forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter på tværs af fysioterapiklinikker og sektorer.

Et særligt fokusområde i den midtjyske region er at få styrket viden om resultaterne af god fysioterapi. Eksempelvis hvilke effekter kan borgeren forvente at forskellige typer af fysioterapi, og er der typer af behandling som skal prioriteres frem for andet? Region og kommuner vil derfor prioritere, at der igangsættes forskning inden for dette område

Som en del af overenskomsten er det også aftalt, at der på landsplan skal gennemføres et udviklingsprojekt om effektmåling og datadrevet kvalitet. Formålet er at beskrive metoder og værktøjer til effektmåling herunder anvendelse af tests. Parterne i den midtjyske region ser frem til resultaterne af dette initiativ og bidrager gerne til arbejdet.

Kvalitetsudvikling og forskning i Region Midtjylland

I Region Midtjylland gennemføres løbende en række projekter med fokus på forskning og

kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis. Blandt andet

- **Pilotprojekt Monitorering Fysioterapipraksis 2016**
Test af implementering af en IT-baseret udrednings-, behandlings- og kommunikationsmodel inden for de tre største patientgrupper: Patienter med lænderyg-, nakke- og skulderbesvær henvist til almen fysioterapi. Resultater fra projektet kan læses på www.sundhed.dk
- **Undersøgelse af grundlæggende karakteristika, trivsel og livskvalitet for patienter henvist til vederlagsfri fysioterapi**
- **Projekt Udviklingsklinikker i fysioterapipraksis**
Etablering af udviklingsklinikker, der skal være pilotklinikker for kvalitetsudvikling-, innovations- og forskningsprojekter og dermed styrke den videre udvikling af primær fysioterapipraksis. Udviklingsklinikkerne arbejder fx med indsamling af data, kommunikation, journalisering og patientinddragelse.
- **Evalueringsfunktion og trivsel blandt borgere, der får vederlagsfri fysioterapi**
Evaluer funktion og trivsel efter et konditions- eller styrketræningsforløb. Måling af funktion og trivsel før og efter. Opstilling af vejledning til, hvordan et sådant forløb i praksis kan organiseres.
- **Udarbejdelse af øvelsesfilm**
Øvelser til borgere med smerter i skuldre. Er tilgængelig for alle i den elektroniske lægehåndbog.
- **Fysioterapeuter i lægepraksis**

Nationale indsatser i forhold til kvalitetsudvikling

Som en del af overenskomsterne for almen og vederlagsfri fysioterapi er der aftalt flere nationale indsatser om kvalitetsudvikling i forhold til fysioterapi i praksissektoren:

- **Akkreditering**
Alle fysioterapi klinikker skal i den kommende overenskomstperiode akkrediteres efter det kvalitetssæt, som er udviklet i nuværende periode.
- **Udviklingsprojekt om effektmåling og datadrevet kvalitet**
Formålet med udviklingsprojektet er at beskrive metoder og værktøjer til effektmåling herunder anvendelse af tests.
- **Implementering af nationale kliniske retningslinjer**

Fortsat implementering af eksisterende og kommende nationale kliniske retningslinjer

Moderniseringsprojekt

Formålet er at udarbejde nye ydelsesbeskrivelser. Projektet skal komme med anbefalinger om, hvor der er potentiale for at omlægge, justere og nytænke behandlingsformer og metoder. Projektet skal også bidrage til at frigive effektiviseringsgevinster for at overholde de faste økonomiske rammer for fysioterapi i praksissektoren.

9. Samarbejde

Fremtidens fysioterapipraksis er en fysioterapipraksis, der

- er en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i et gensidigt forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet

Region, kommuner og fysioterapipraksis har en gensidig forpligtelse til at etablere og fastholde et godt samarbejde mellem fysioterapipraksis og resten af sundhedsvæsenet. En forudsætning for dette er bl.a. gensidig respekt, tillid og dialog mellem sektorerne.

Udover behandling i fysioterapipraksis har mange borgere samtidig kontakter til det øvrige sundhedsvæsen, jobcentre, sociale indsatser m.v. Det skal derfor sikres, at der er et godt og effektivt samspil mellem fysioterapipraksis, det regionale sundhedsvæsen, kommunerne og den øvrige praksissektor. Det er vigtigt at sikre sammenhæng i de forløb, hvor borgeren både har kontakt til praktiserende fysioterapeuter og kommunale indsatser. Der kan fx være behov for at styrke dialogen mellem kommuner og praktiserende fysioterapeuter samt viden om de tilbud, der er i henholdsvis praksissektoren og kommunerne. Det kan ske via de lokale samarbejdsfora, som i forskellig grad er etableret i de midtjyske kommuner.

Kommuner, fysioterapiklinikker og ridefysioterapeuter opfordres således til at etablere en fast og formel samarbejdsstruktur. Formålet er at

- drøfte principielle sager og problemstillinger
- følge udviklingen i praksissektoren og kommunen
- bidrage til at fremme dialogen og opnå større forståelse og indsigt i hinandens områder

De lokale samarbejdsfora kan fx sætte fokus på

- Samarbejde om og tilbud til udvalgte målgrupper – fx borgere med komplekse forløb
- Udvikling i økonomi og henvisningspraksis på kommuneniveau ved hjælp af aggregerede data
- Kommunikation og herunder elektronisk kommunikation (MedCom-standarder) mellem kommune og fysioterapipraksis. Her kan der fx bygges videre på de gode erfaringer, der er med brug af elektronisk kommunikation med praktiserende læger.
- Lokale samarbejdsaftaler
- For at styrke dialogen mellem praktiserende fysioterapeuter og kommuner om den vederlagsfri fysioterapi igangsættes der på nationalt plan to udviklingsprojekter. De to nationale udviklingsprojekter er:

1. At der udarbejdes en vejledning, der beskriver hvilke situationer, hvor der er behov for dialog ml. kommune og fysioterapeut og evt. henvissende læge
2. At der udarbejdes en generel vejledning til fysioterapeuter og kommunale plejepersonale i forhold til at optimere samarbejdet omkring en patients forløb på et plejecentre

Initiativer, der kan fremme fælles sprog og faglige tilgange kan også bidrage positivt til øget sammenhæng og samarbejde på tværs. Region, kommuner og fysioterapeuter ser derfor positivt på tiltag, der kan fremme brug af fælles metoder og test på tværs af praksissektoren, hospitaler og kommuner.

Et særligt fokusområde for praksiskonsulenterne i regionen er at understøtte, at alle fysioterapeuter under overenskomsten sender epikriser retur til egen læge i forbindelse med alle henviste patienter.

Konkret er der ved etablering af to udviklingsklinikker i fysioterapipraksis planlagt kvalitetsudviklingsprojekter i en 2-årig pilotperiode. Herunder en journaliserings- og epikriseaudit, der har til formål at forbedre journaliseringsstandarder, udarbejde en basisjournal via databasen FysDB, samt opstille vejledninger og hjælpemidler (standardfraseringer) ved epikriseskrivning.

Særligt om kiropraktik og almen fysioterapi

Det er et fælles ønske fra Region Midtjylland, fysioterapien og kiropraktikken at styrke samarbejdet mellem fysioterapeuter og kiropraktorer for de patienter, der kan møde begge faggrupper. I forhold til fysioterapi er målgruppen patienter i den almindelige fysioterapi. Det vurderes, at Kiropraktisk behandling ikke er relevant i forhold til patienter indenfor den vederlagsfri fysioterapi.

Der har i februar og marts 2019 været afholdt dels et politisk, dels et administrativt møde mellem Region Midtjylland, praktiserende fysioterapeuter og praktiserende kiropraktorer. Der har på begge møder været enighed blandt alle tre parter om, at øget samarbejde mellem fysioterapi og kiropraktik vil være til gavn for patienterne.

Faggrupperne kan opnå stor indsigt i hinandens behandlingsformer og faglige muligheder og vil dermed kunne supplere hinanden i behandlingen af den enkelte patient. Et styrket samarbejde vil bidrage til et sammenhængende behandlingsforløb for patienterne. På samme tid vil patienterne opleve øget tryghed i, at de er blevet grundigt vurderet. Region Midtjylland ønsker derfor i samarbejde med praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer at gennemføre prøvehandling der muliggør et tættere samarbejde mellem fysioterapeuter og kiropraktorer med henblik på at undersøge, om dette kan bidrage til en større oplevelse af sammenhæng for patienten og eventuel medvirke til, at patienter kan undgå forløb i hospitalssektoren.

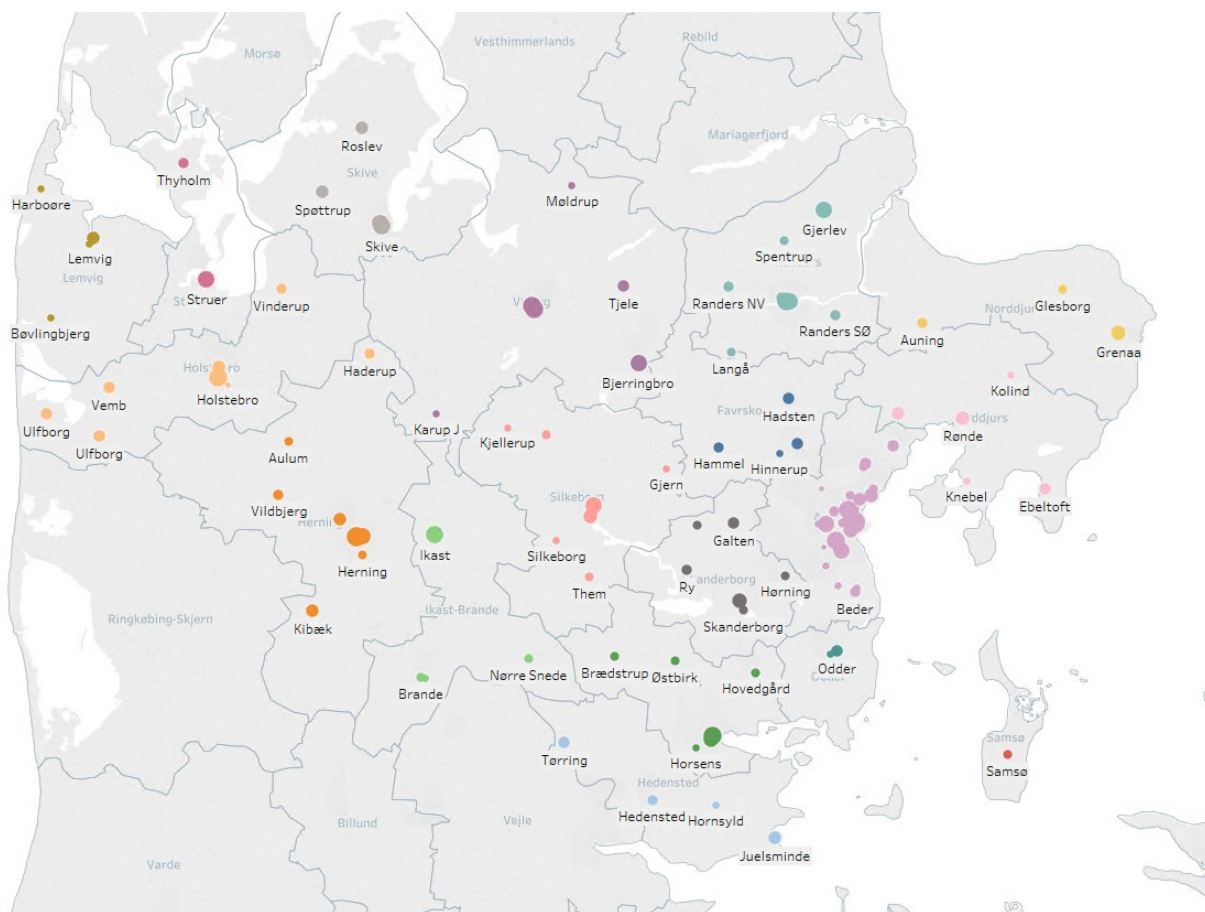
På møde mellem administrationen i Region Midtjylland, praktiserende fysioterapeuter og praktiserende kiropraktorer blev det aftalt, at der skal arbejdes videre med prøvehandling inden for nedenstående to spor:

1. Kommunikation mellem faggrupper og til patienter som et fælles indsatsområde. Dette kan eksempelvis indebære fælles skolebænk, fælles journalsystem og fælles kvalitetsudvikling.
2. Fælles team/fælles klinik: en fælles fysioterapi- og kiropraktikklinik

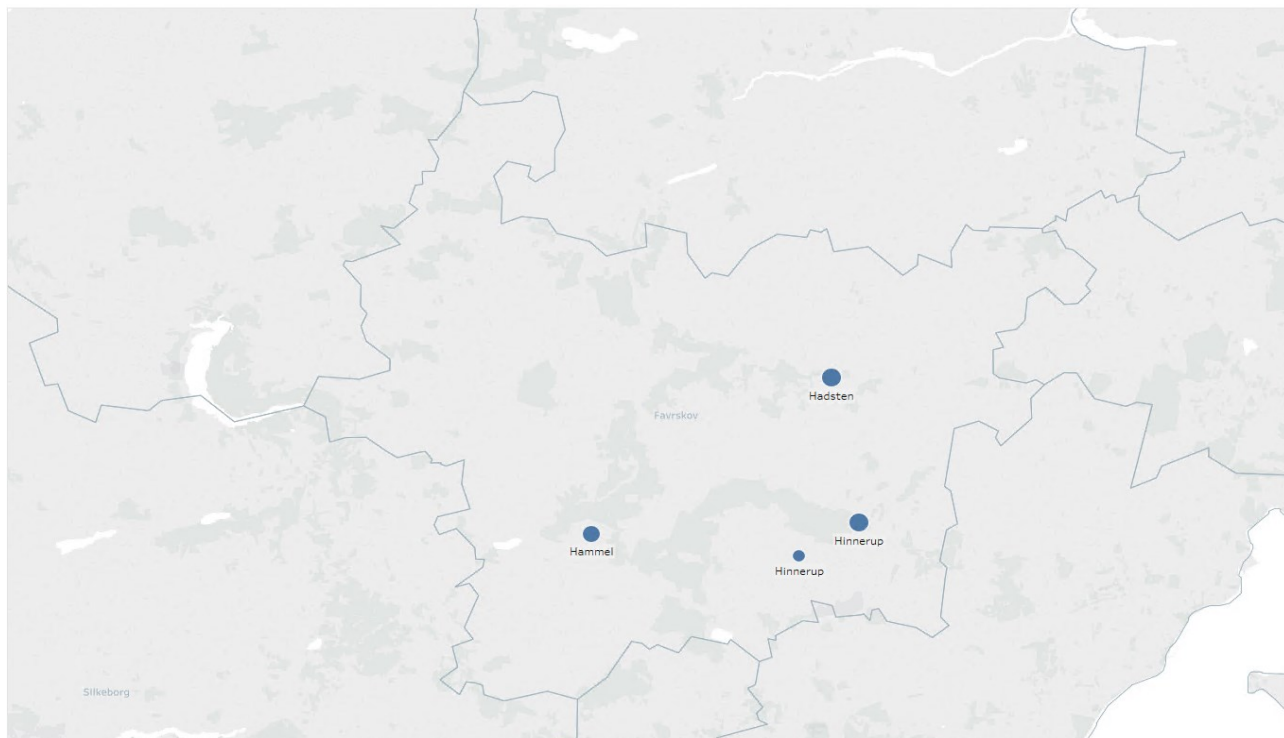
Det er vigtigt at være opmærksom på, at der kan være overenskomst- og lovgivningsmæssige udfordringer i at styrke samarbejdet mellem de to faggrupper. I prøvehandlingerne skal gældende overenskomst og lovgivning overholdes, men mulighed for at søge dispensation herfra undersøges.

UDKAST

10. Kommunegennemgang



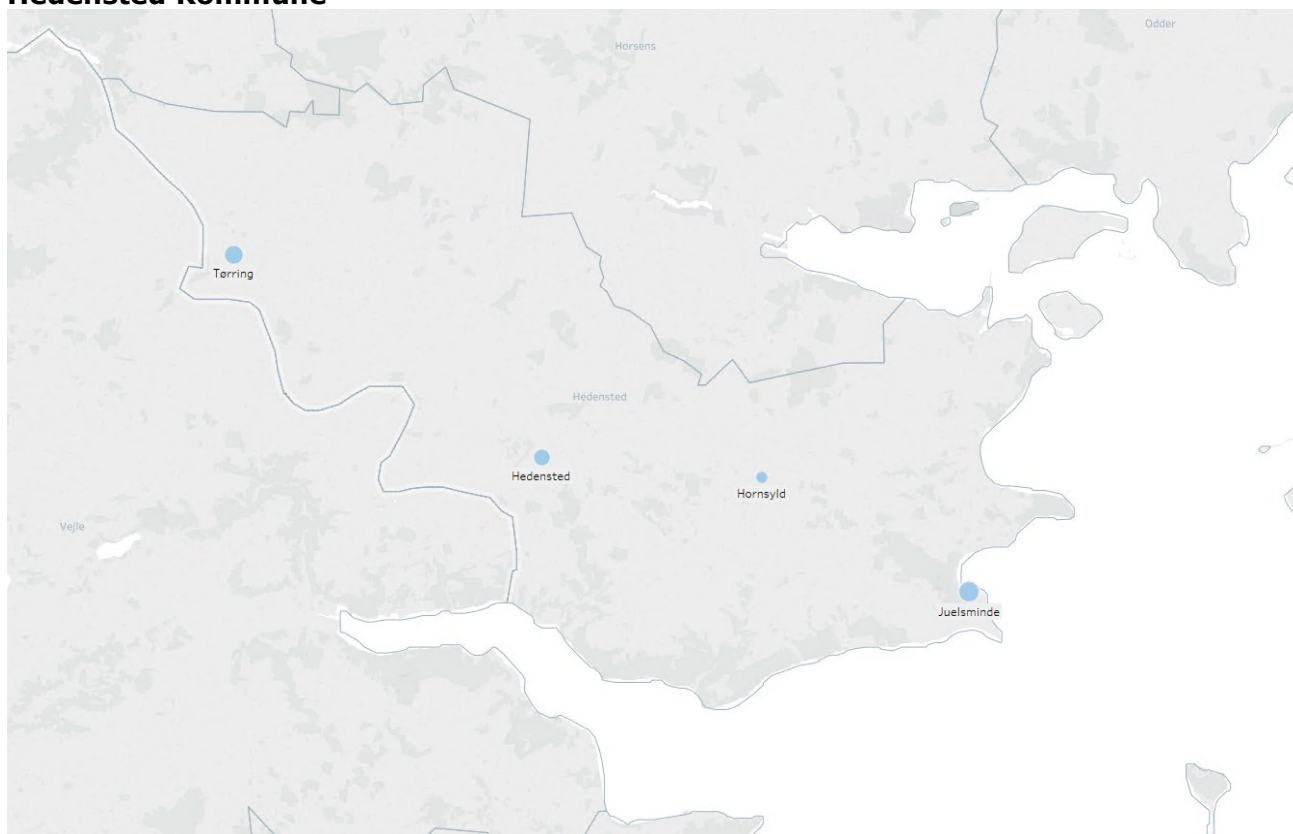
Favrskov Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Favrskov Fysioterapi & Træning	Thorsvej 6	8450	Hammel	Nej	Nej	2	1	2
Foldby Fysioterapi	Toftegårdsvej 3	8382	Hinnerup	Ja	Ja		1	1
Hadsten Fysioterapi & træning Aps	Ågade 97,st	8370	Hadsten	Ja	Ja	1	2	2,5
Hinnerup Fysioterapi & Træning ApS	Pakhusvej 3	8382	Hinnerup	Ja	Ja	3	1	2,5
								8

Favrskov Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er alle borgere, der er omfattet af den vederlagsfrie ordning.

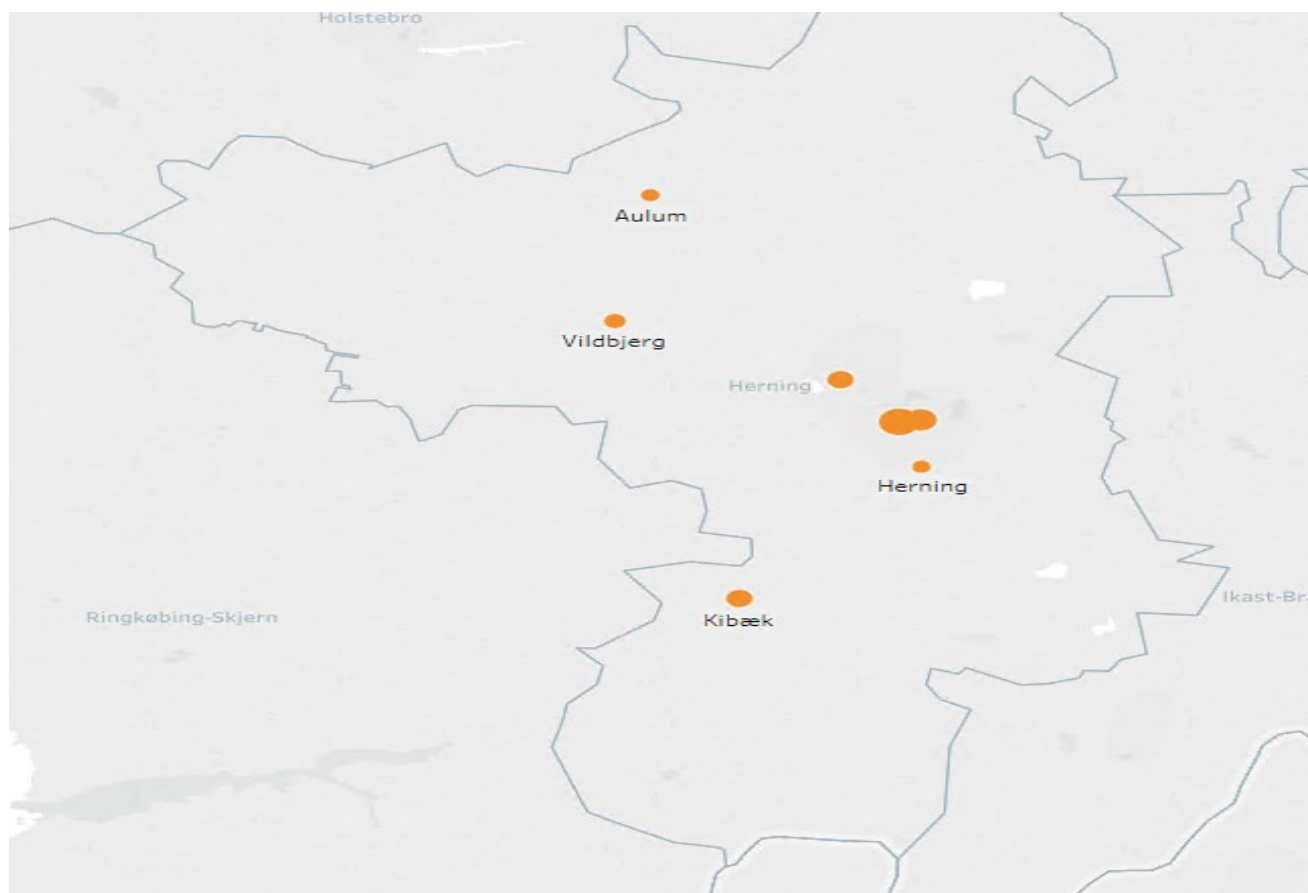
Hedensted Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Hedensted Fysioterapi & Træning	Bytorvet 27 C,1	8722	Hedensted	Ja	Ja		2	2
Hornsyld klinik for fysioterapi	Bjørnkærvej 16	8783	Hornsyld	Ja	Ja		1	1
Klinik for Fysioterapi i Juelsminde	Odelsgade 66	7130	Juelsminde	Nej	Nej	2	2	3
Tørring Fysioterapi & Træning I/S	Torvegade 13	7160	Tørring	Ja	Ja	1	2	2,5
								8,5

Hedensted Kommune har ikke et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Herning Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Aulum Fysioterapi og Træning	Rugbjergvej 14	7490	Aulum	Ja	Ja	3		1,5
Benefit Herning Fysioterapi I/S	Nørregade 44	7400	Herning	Ja	Ja	3***		1,5
BeneFit herning Fysioterapi, satellitklinik i Sundhedscenteret i Lind	Vejlevej 1	7400	Herning	Ja	Ja	Samme som Benefit Herning Fysioterapi I/S		
FysioDanmark Herning	Nørregade 18,1 th	7400	Herning	Ja	Ja	7**	1	4,5
Klinik for fysioterapi	Brogade 6 B	6933	Kibæk	Ja	Ja	6**	0	3
Klinik for Fysioterapi I/S	Bytoften 78	7400	Herning	Ja	Ja	2	2	3
Midtjysk Fysioterapi	Vestergade 27	7400	Herning	Ja	Ja	8**	3	7
Midtvest Osteopati & Fysioterapi	Sports Alle 4	7480	Vildbjerg	Ja	Ja	6*		2
								22,5

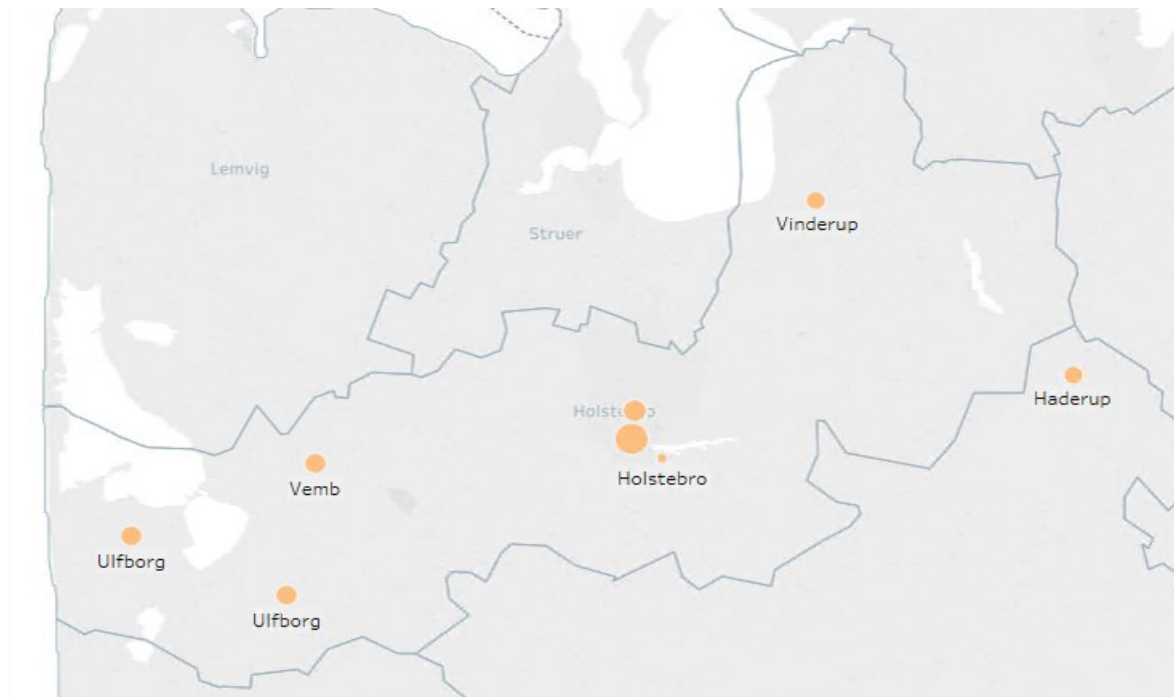
* 2 kap. delt til 6 ydernumre med omsætningsloft

** 3 kap. delt til 6 ydernumre med omsætningsloft

*** 1 kap. delt til 2 halve kapaciteter

Herning Kommune har ikke et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Holstebro Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
FysioDanmark Holstebro	Sønderlandsgade 9	7500	Holstebro	Ja	Ja	11**	1	6,5
BeneFiT Holstebro	Stationsvej 33 B	7500	Holstebro	Ja	Ja	7*		3
Klinik for Fysioterapi og Træning i Vinderup	Søndergade 54	7830	Vinderup	Ja	Ja	5*		2
Klinik for Fysioterapi og Træning i Vinderup, satellitklinik i Haderup	Nygade 9	7540	Haderup	Ja	Ja	Samme som Klinik for Fysioterapi og Træning i Vinderup		
Søren Dige	Mirabellevej 12	7500	Holstebro	N	N	1		0,5
Ulfborg klinik for fysioterapi	Holmegade 35	6990	Ulfborg	Ja	Ja	6***		2,5
Ulfborg klinik for fysioterapi v/Lene Dybdal, satellitklinik i Vemb Hallen	Stadionalle 2	7570	Vemb			Samme som Ulfborg klinik for fysioterapi		
Ulfborg klinik for fysioterapi v/Lene Dybdal, satellitklinik i Sdr. Nisum hallen	Kirkebyvej 11 A	6990	Ulfborg			Samme som Ulfborg klinik for fysioterapi		
								14,5

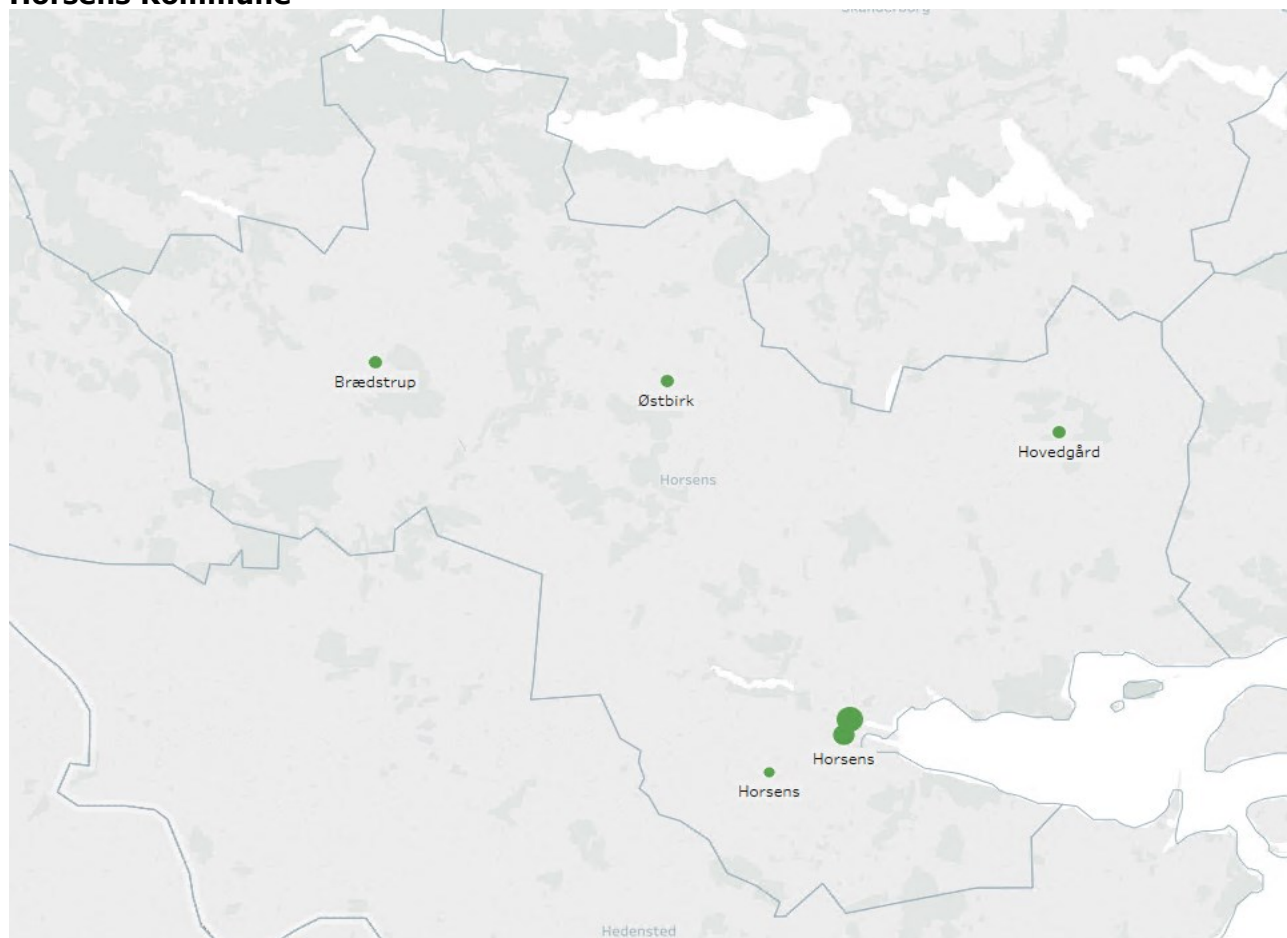
* 1 kap. delt til 3 ydernumre med omsætningsloft

** 4 kap. delt til 8 ydernumre med omsætningsloft

*** 2. kap. delt til 5 ydernumre med omsætningsloft

Holstebro Kommune har ikke et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Horsens Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap- venlig indgang	Handicap- toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet> 30t	Samlet kapacitet
Brædstrup Klinik for fysioterapi Aps	Søgade 52 B	8740	Brædstrup	Ja	Ja	1	1	1,5
FysioDanmark Horsens ApS	Høegh Guldborgs Gade 36	8700	Horsens	Nej	Nej	2	3	4
Fysioterapeuterne i Hovedgård	Vestergade 15,a	8732	Hovedgård	Ja	Ja	3		1,5
Fysioterapeuterne i Hovedgård, satellit klinik i Østbirkhallen	Storegade 47	8752	Østbirk	Ja	Ja	Samme som Fysioterapeuterne i Hovedgård		
Fysioterapien Horsens Sundhedshus	Grønlandsvej 1,2,-4	8700	Horsens	Ja	Ja	2*	5	6
Horsens Fysioterapi & Træning	Torstedalle 90	8700	Horsens	Ja	Ja		1	1
								14

* 1 kap. delt til 2 ydernumre m. omsætningsloft

Horsens Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er børn med cerebral parese.

Ikast-Brande Kommune

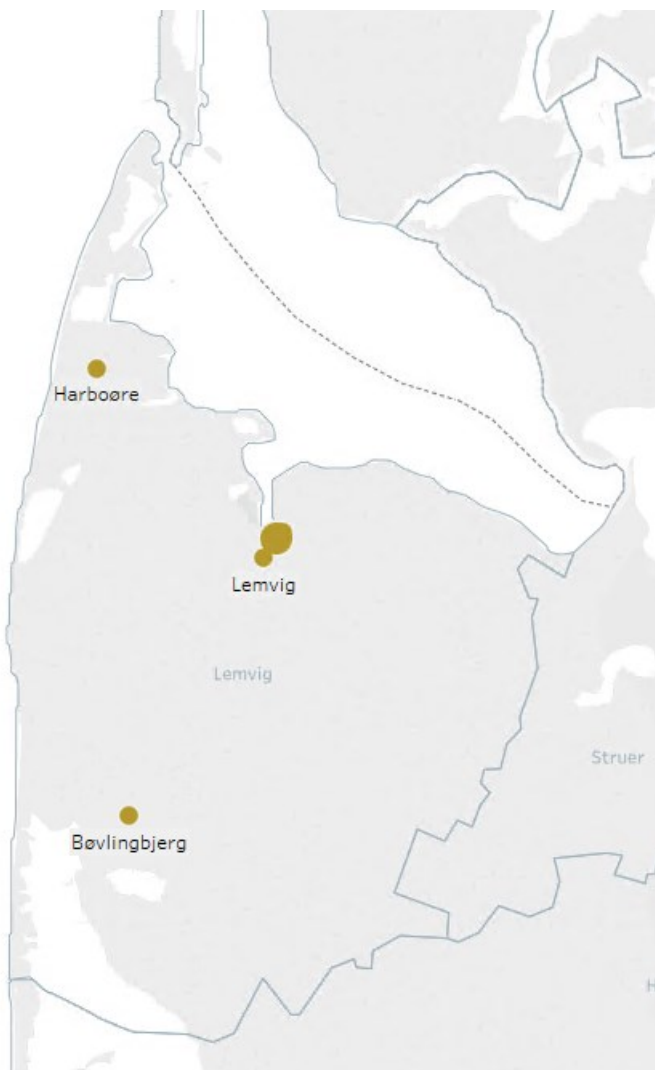


Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Brande Fysioterapi	Ole Bendix Vej 3	7330	Brande	Ja	Ja	3		1,5
Ikast Fysioterapi & Træning	Danmarksgade 5 D	7430	Ikast	Ja	Ja	3	4	5,5
Klinik for Fysioterapi	Engholmvej 9	8766	Nørre Snede	Ja	Ja	3		1,5
Sundhed Bevægelse og Fysioterapi	Chr. Bergs Vej 5	7330	Brande	Ja	Ja	3*		1
								9,5

* 1. kap. delt til 3 ydrenumre med omsætningsloft

Ikast-Brande Kommune har ikke et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Lemvig Kommune



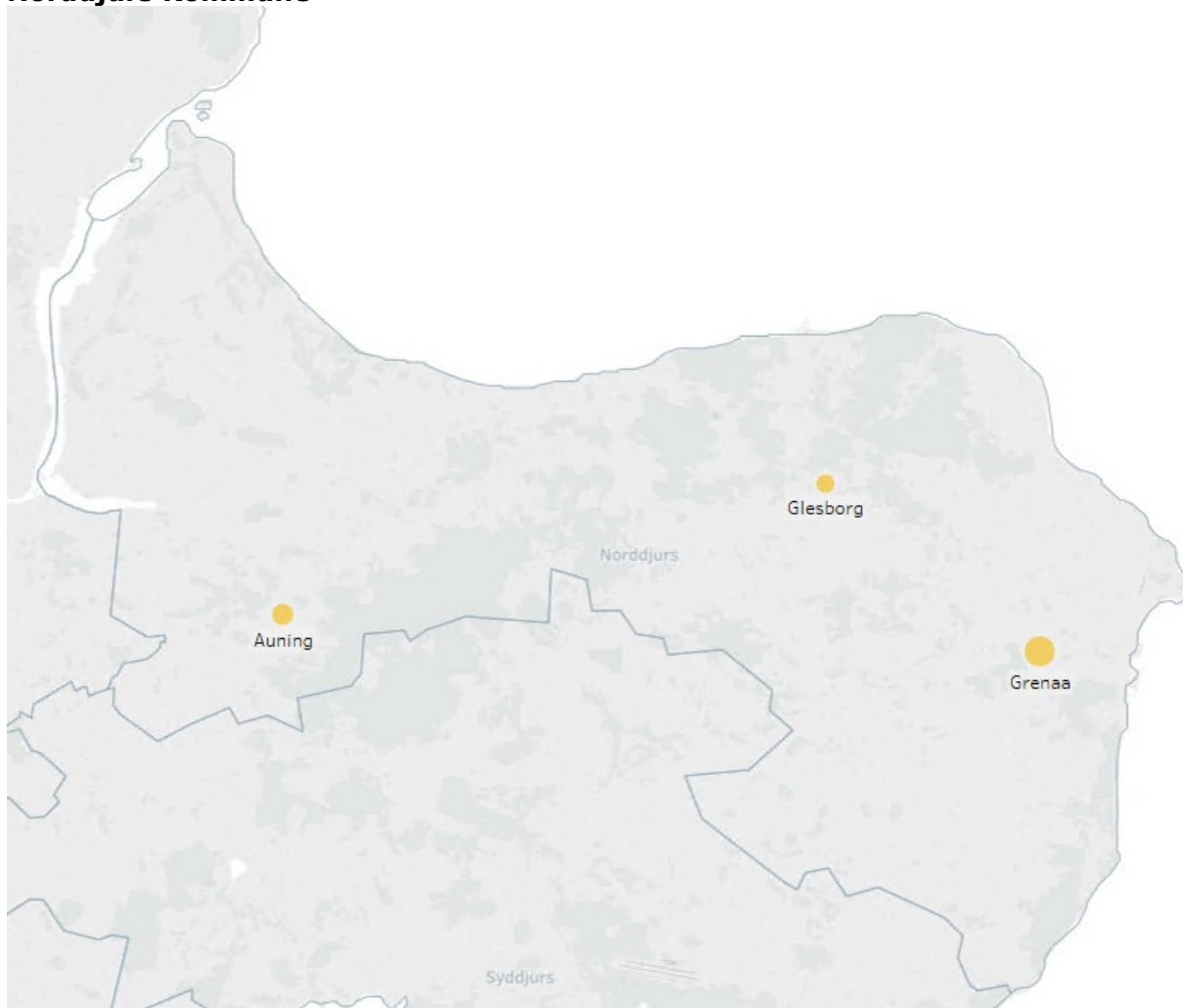
Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Bøvling Fysioterapi ApS	Fårevej 143	7650	Bøvlingbjerg	Ja	Ja	3*		1
Bøvling Fysioterapi ApS (Fysio Danmark), Bassintræning i satellitklinik i Lemvig Idræts- og Kulturcenter	Christinelystvej 8	7620	Lemvig	Ja	Ja	Samme som Fysio Danmark Bøvling		
Lemvig Fysioterapi	Andrupsgade 7	7620	Lemvig	Ja	Ja	6**	1	3
Klinik for Fysioterapi	Lemvigvej 9,a	7673	Harboøre	Ja	Ja		1	1
Ågades Fysioterapi	Ågade 19	7620	Lemvig	Nej	Nej	2		1
								6

* 1 kap. delt til 3 ydre numre med omsætningsloft

** 2 kap. delt til 6 ydre numre med omsætningsloft

Lemvig Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er alle borgere, der er omfattet af den vederlagsfrie ordning.

Norrdjurs Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Auning Fysioterapi & Træning	Centervej 4,a	8963	Auning	Ja	Ja		2	2
FysioDanmark - Grenaa Fysioterapi	Sygehusvej 15,1	8500	Grenaa	Ja	Ja	4	2	4
Norrdjurs Fysioterapi	Glesborg Bygade 55	8585	Glesborg	Ja	Ja	3		1,5
								7,5

Norrdjurs Kommune har ikke et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

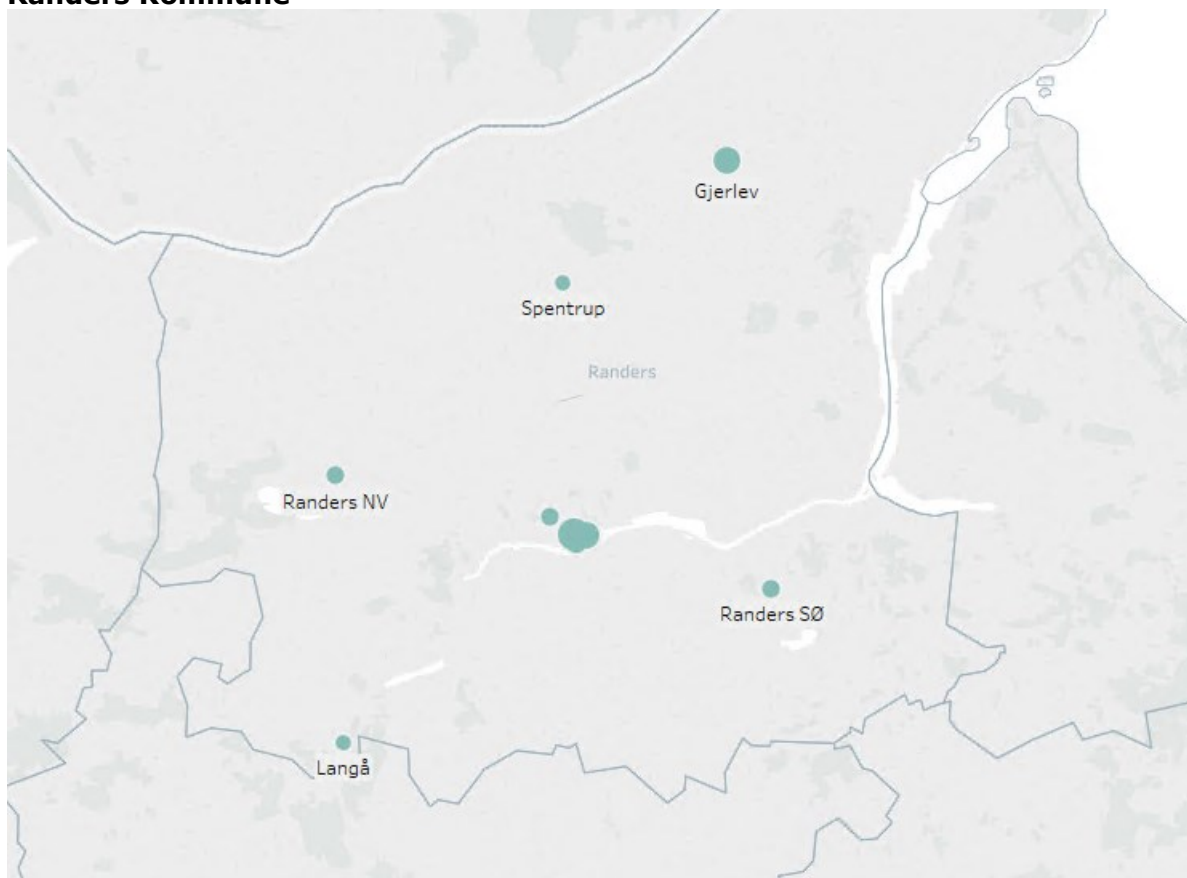
Odder Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Odder Fysioterapi	Parkvej 67	8300	Odder	Ja	Ja	5		2,5
Sund Fysik	Rosensgade 29,st	8300	Odder	Nej	Ja		1	1
								3,5

Odder Kommune har ikke et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Randers Kommune

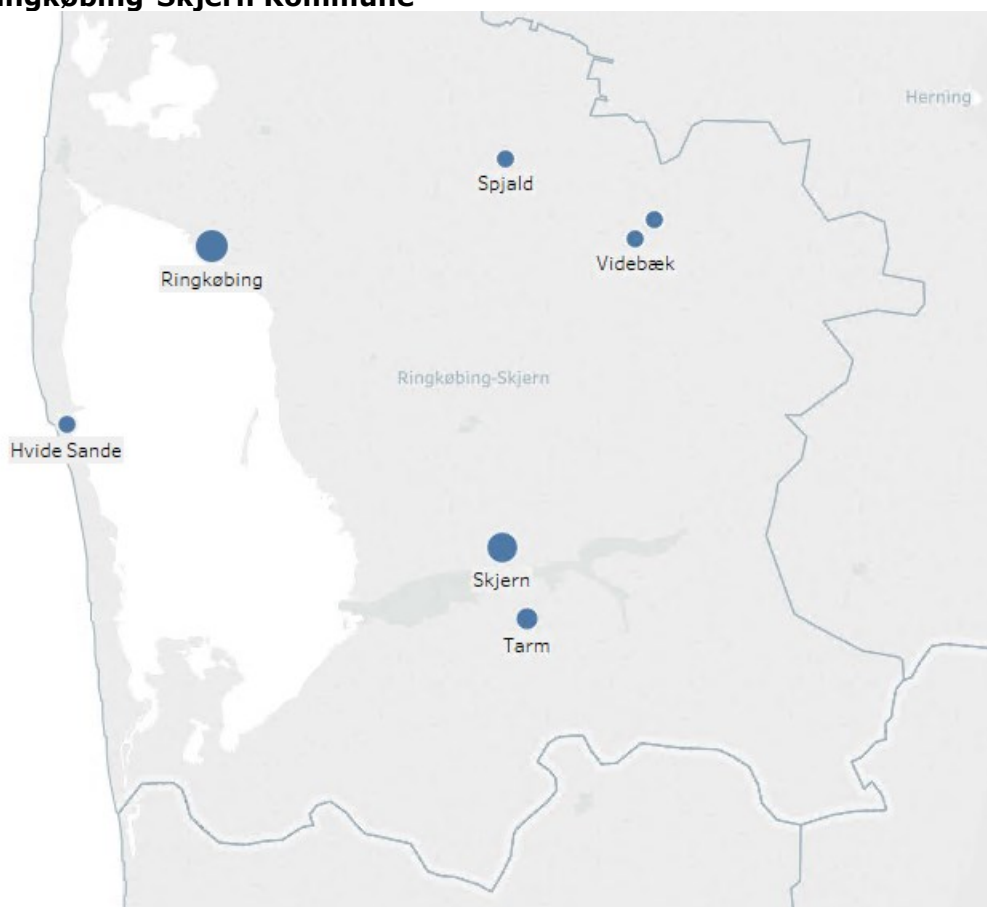


Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Klinik for Fysioterapi	Dytmærskens 10	8900	Randers C	Ja	Ja	5		2,5
Movellife	Fælledvej 1	8870	Langå	Ja	Ja	3		1,5
Spentrup Fysioterapi	Industrivej 9	8981	Spentrup	Ja	Ja	3*		1,5
FysioDanmark Randers ApS	Niels Brocks Gade 12,4	8900	Randers C	Ja	Ja	1	4	4,5
FysioDanmark Randers ApS v/Allan Petersen og Mikael Jørgensen, satellitklinik i Gjerlev	Vestergade 4,C	8983	Gjerlev	Ja	Ja	Samme som FysioDanmark Randers		
Fys & Sund	Provstegade 3	8900	Randers C	Ja	Ja	5*	4	6,5
Klinik for Fysioterapi	Skolevej 1	8900	Randers C	Nej	Ja		2	2
Klinik for Fysioterapi	Svalevej 1	8960	Randers SØ	Ja	Ja	4*		2
Thomsen Fysioterapi & Osteopati	Toldbodgade 3	8900	Randers C	Ja	Ja	6		3
FysioHuset, Autoriserede Fysioterape	Ved Vandværket 1	8920	Randers NV	Ja	Ja		2	2
								25,5

* 1 kap. delt til 2 ydernumre med omsætningsloft

Randers Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er alle borgere, der er omfattet af den vederlagsfrie ordning.

Ringkøbing-Skjern Kommune



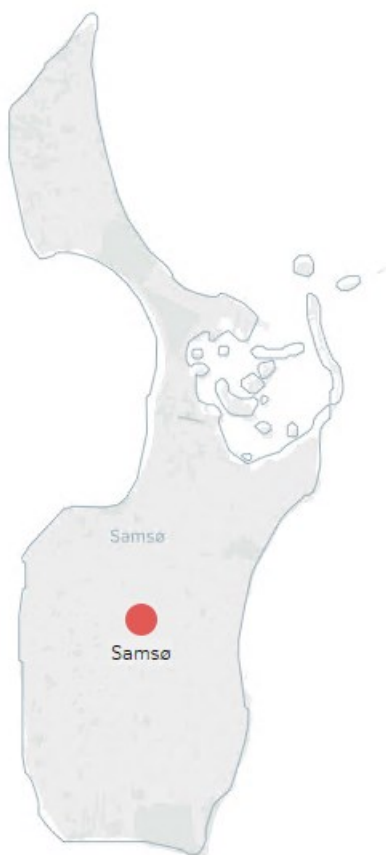
Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Spjald Fysioterapi Aps	Halvejen 4	6971	Spjald	Ja	Ja	3**		1
Fysioterapien-Lægehuset	Kirkegade 3	6880	Tarm	Ja	Ja	3*		1,5
FysioDanmark Ringkøbing	Kongevejen 51	6950	Ringkøbing	Nej	Nej	6**	1	3,5
FysioDanmark Videbæk	Nygade 15	6920	Videbæk	Ja	Nej		1	1
Klinik for Fysioterapi Skjern	Skovløkken 2	6900	Skjern	Ja	Ja	4	1	3
FysioDanmark Hvide Sande	Toldbodgade 4 B,1	6960	Hvide Sande	Ja	Ja	2		1
Videbæk Fysioterapi	Ørnevej 1 A	6920	Videbæk	Ja	Ja	3**		1
								12

*1 kap. delt til 2 ydernumre med omsætningsloft

** 1 kap. delt til 3 ydernumre med omsætningsloft

Ringkøbing-Skjern Kommune har ikke et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Samsø Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Klinik for Fysioterapi	Søtofte 31	8305	Samsø	Nej	Nej	1	1	1,5
								1,5

Samsø Kommune har ikke et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Silkeborg Kommune

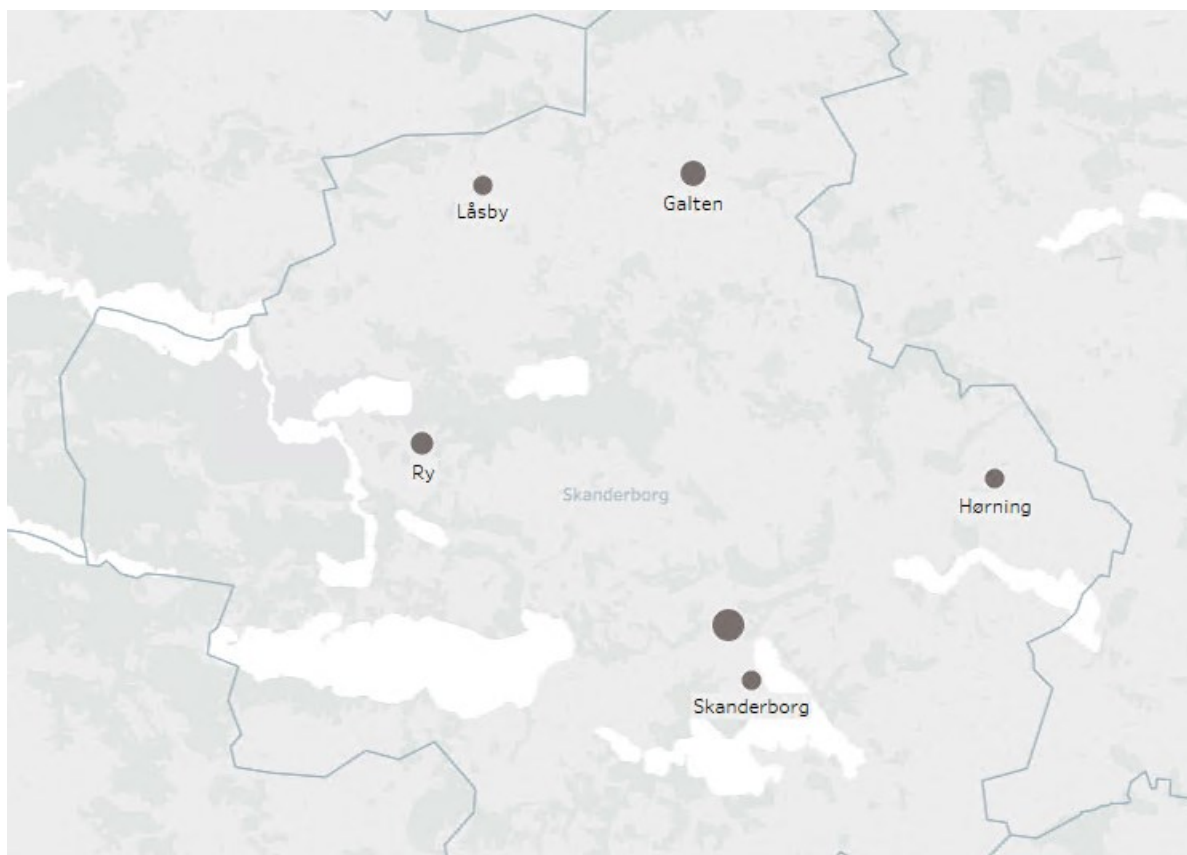


Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Kjellerup Fysioterapi & Træning	Almtoftvej 20	8620	Kjellerup	Ja	Ja	1	1	1,5
Them Klinik for Fysioterapi	Frisholmvej 13	8653	Them	Ja	Ja	3		1,5
Silkeborg Fysioterapi og Træning	Hostrupsgade 49	8600	Silkeborg	Ja	Ja	7*		3,5
FysioDanmark Silkeborg	Kejlstrupvej 28	8600	Silkeborg	Ja	Ja	6	2	5
Mobil fysioterapeut Lisbeth Alstrup Halsey	Løgagervej 17	8600	Silkeborg	Nej	Nej		1	1
Thorning Fysioterapi	Munkemarken 1	8620	Kjellerup	Ja	Ja		1	1
Fysioterapi og træning	Nygade 1,b	8600	Silkeborg	Ja	Ja	4		2
Gjern Fysioterapi	Stationsvej 8	8883	Gjern	Ja	Ja		1	1
								16,5

* 1 kap. delt til 2 ydernumre med omsætningsloft

Silkeborg Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er borgere, der bor på et plejecenter samt børn på Dybkjærskolen.

Skanderborg Kommune

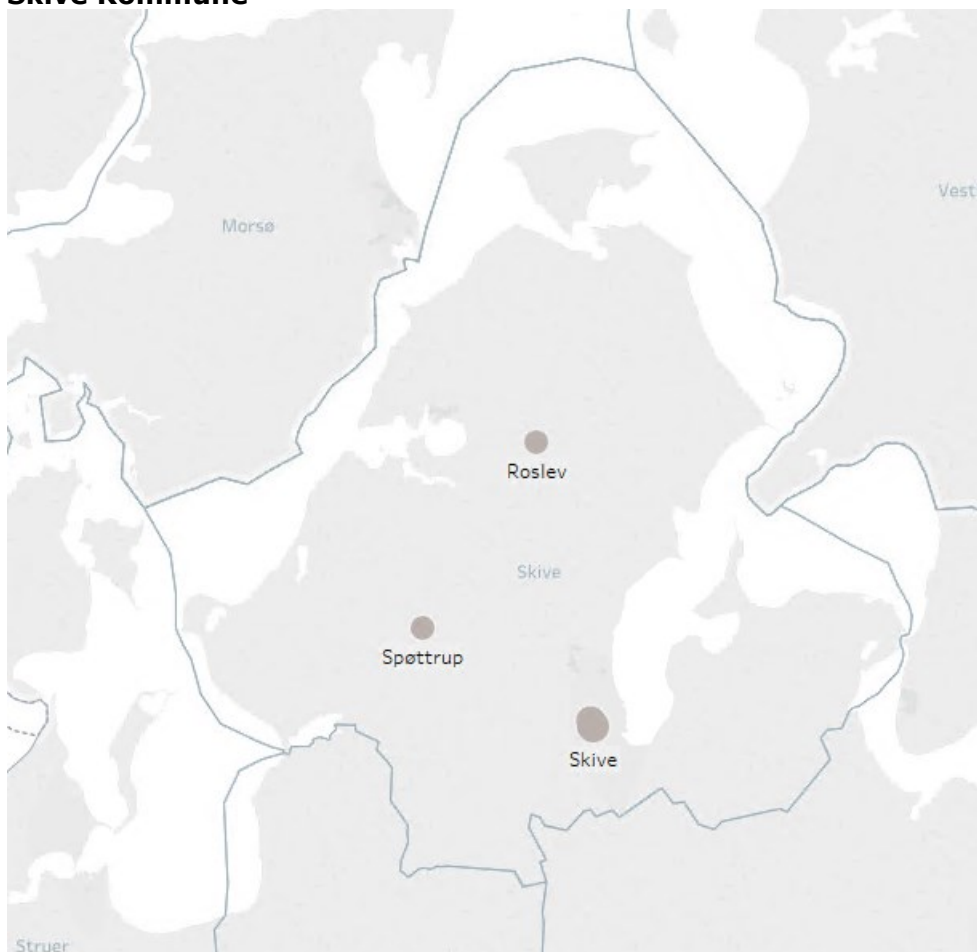


Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Klinik for fysioterapi Aps	Godthåbsvej 15	8660	Skanderborg	Ja	Ja	2*	3	4
Galten/Låsby Fysioterapi og Træning	Niels Bohrs Vej 22	8670	Låsby	Ja	Ja	1	1	1,5
Klinik for fysioterapi i Ry	Rugaarden 5	8680	Ry	Ja	Ja	2	1	2
Hørning Fysioterapi	Skanderborgvej 13 A	8362	Hørning	Ja	Ja	3		1,5
Klinik for Fysioterapi	Sygehusvej 7	8660	Skanderborg	Ja	Ja	1	1	1,5
Galten Fysioterapi og Træning Aps	Torvet 3,1	8464	Galten	Ja	Ja	5		2,5
								13

* 1 kap. delt til 2 ydernumre med omsætningsloft

Skanderborg Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er borgere, der bor på Sølund.

Skive Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
FysioDanmark Skive ApS	Christiansgade 15	7800	Skive	Ja	Ja	5*	2	4,5
Salling Fysioterapi	Helsevænget 6	7870	Roslev	Ja	Ja	4**	1	3
Salling Fysioterapi v/Gideon Hamat satellitklinik i Sundhedscentret i Balling	Søndergade 13 B, Balling	7860	Spøttrup			Samme som Salling Fysioterapi		
Fysioterapeuteme	Slotsgade 3	7800	Skive	Ja	Ja	1***	5	5,5
								13

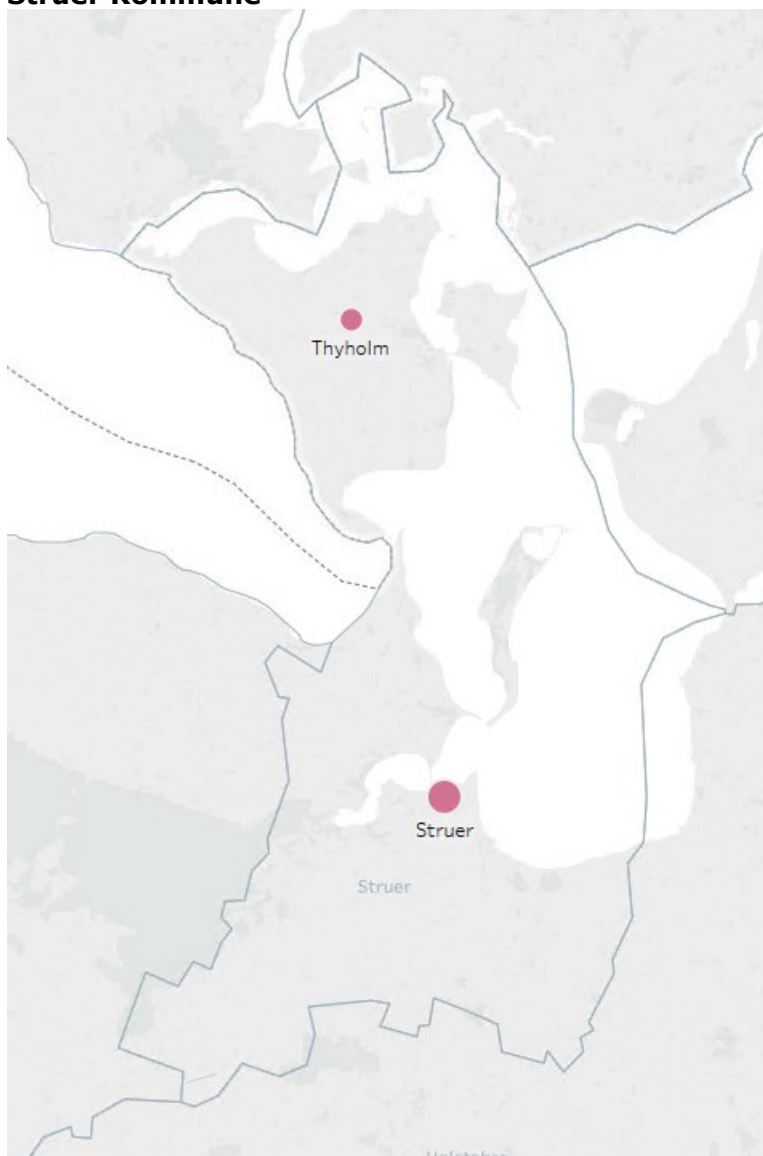
* 1 kap. delt med Slotsgade 3

**2 ydernumre med omsætningsloft

*** 1 kapacitet delt m. Christiansgade 15, 7800 Skive.

Skive Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er borgere med Parkinsons.

Struer Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap venlig indgang	Handicap- toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Thyholm Fysioterapi Aps	Rughavevej 5 A	7790	Thyholm	Ja	Ja	2	1	2
Struer Fysioterapi	Vestergade 11	7600	Struer	Ja	Ja	9*		4,5
								6,5

* 4 kap. delt til 8 ydernumre med omsætningsloft

Struer Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er borgere, der bor i en plejebolig samt børn.

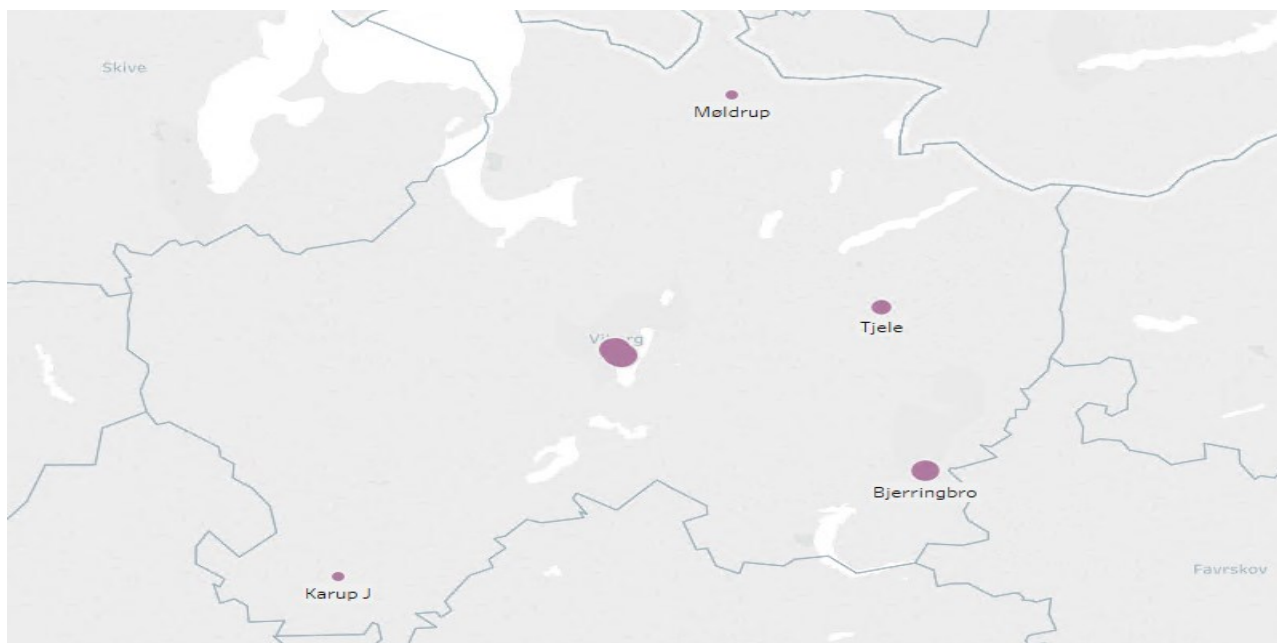
Syddjurs Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
Hornslet Fysioterapi	Dalgårdsparken 6	8543	Hornslet	Ja	Ja	6		3
FysioVital Rønde	Hovedgaden 40	8410	Rønde	Ja	Ja	1	3	3,5
Mols Fysioterapi & Træningscenter	Knebel Bygade 40,e	8420	Knebel	Ja	Ja	2		1
Sundhedshuset Fysioterapi og Træning	Nødagervej 9	8560	Kolind	Ja	Ja		1	1
Sundhedscentrets Fysioterapi	Nørreport 4	8400	Ebeltoft	Nej	Nej	5		2,5
								11

Syddjurs Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er alle borgere, der er omfattet af den vederlagsfrie ordning.

Viborg Kommune

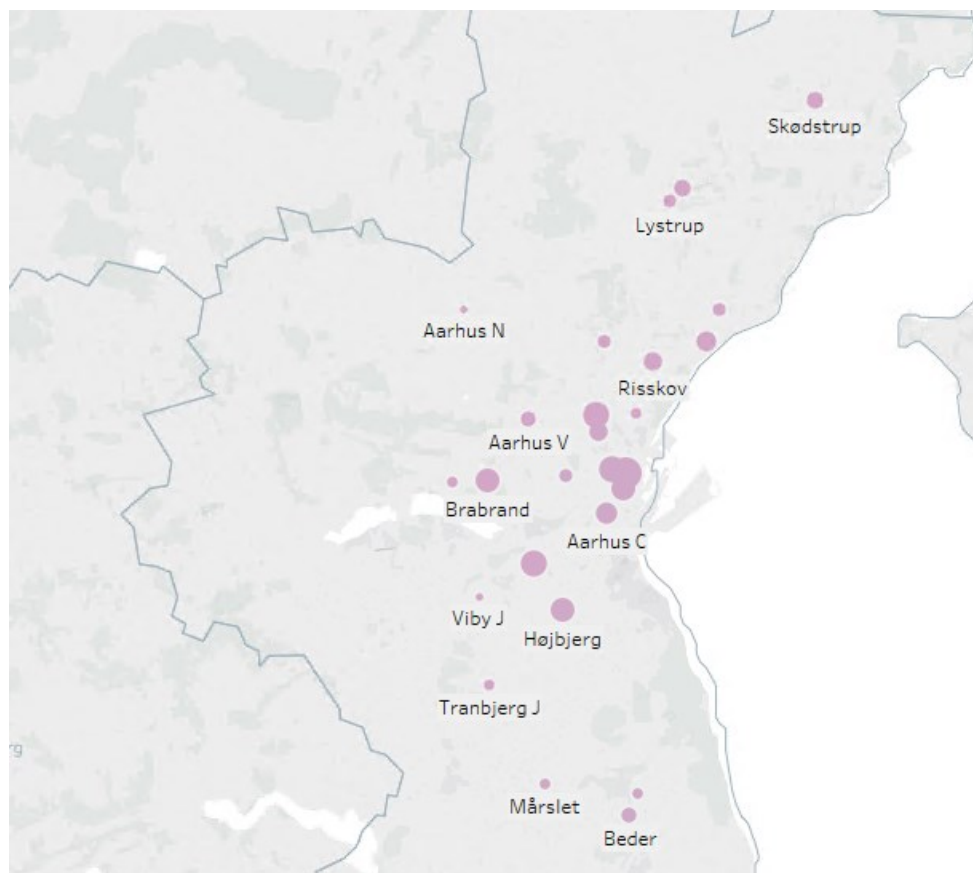


Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
BeneFIT Karup Fysioterapi	Bredgade 1	7470	Karup J	Ja	Ja		1	1
FysioDanmark Viborg	Gravene 28 G	8800	Viborg	Ja	Ja	1	6	6,5
Møldrup Fysioterapi	Nørregade 15	9632	Møldrup	Ja	Ja	2		1
BeneFIT Viborg Fysioterapi & Træning	Stadion Alle 21	8800	Viborg	Ja	Ja	5	4	6,5
Centrum Fysioterapi & Rygcenter	Vesterbrogade 8,3	8800	Viborg	Ja	Ja	5*		2,5
Ørum Fysioterapi & Træningscenter	Østergade 32,b	8830	Tjele	Ja	Ja	1	2	2,5
Gudenådalens Fysioterapi	Østergade 44	8850	Bjerringbro	Ja	Nej	4*	3	5
								25

* 1 kap. delt til 2 ydernumre med omsætningsloft

Viborg Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er alle borgere, der er omfattet af den vederlagsfrie ordning.

Aarhus Kommune



Klinik	Adresse	Postnr.	By	Handicap-venlig indgang	Handicap-toilet	Kapacitet <30t	Kapacitet >30t	Samlet kapacitet
FysioDanmark Risskov	Agerbæksvej 17	8240	Risskov	Ja	Ja	6		3
FysioDanmark Skejby	Skelagervej 7	8200	Aarhus N	Ja	Ja	3		1,5
FysioDanmark Aarhus	Vesterbro Torv 1,6	8000	Aarhus C	Ja	Ja	7	3	6,5
Trøjborg Fysioterapi	Aldersrovej 39	8200	Aarhus N	Nej	Nej		1	1
Skødstrup Fysioterapi	Bondehaven 17	8541	Skødstrup	Nej	Nej	3	1	2,5
Asger Gade og Anders Røjgaard-Riis	Bystævnet 5 C	8520	Lystrup	Ja	Ja	1	1	1,5
Charlottehøj Fysioterapi	Finlandsgade 33	8200	Aarhus N	Ja	Ja	6	3	6
Fysioterapeutisk Specialist Team	Grenåvej 372	8240	Risskov	Ja	Ja	3		1,5
Gellerup Fysioterapi Aps	Gudrunsvej 7	8220	Brabrand	Ja	Ja	5	2	4,5
Anny Homstrup	Bøgeskovparken 59	8260	Viby J	Nej	Nej	1		0,5
Mårslet Fysioterapi	Hørretvej 16 c	8320	Mårslet	Ja	Ja	2		1
Brabrand Fysioterapi	J.P. Larsens Vej 2	8220	Brabrand	Ja	Nej	2		1
Henrik Lauridsen	Kastedvej 37	8200	Aarhus N	Nej	Nej	1		0,5
Beder Fysioterapi	Kirkebakken 5	8330	Beder	Nej	Nej	4		2
Frederiksbjerg Fysioterapi	Lundingsgade 33,b	8000	Aarhus C	Nej	Nej	4**	2	4
Fysioterapeuteme Lystrup Centervej	Lystrup Centervej 85	8520	Lystrup	Ja	Ja	6*		2,5
Vestervang Fysioterapi	Paludan-Müllers Vej 24	8200	Aarhus N	Ja	Ja		3	3
Park Alléens Fysioterapi I/S	Park Allé 7	8000	Aarhus C	Nej	Nej	2***	4	5
BeneFIT Højbjerg Fysioterapi	Rundhøj Alle 147	8270	Højbjerg	Ja	Ja	4	3	5
ProTreatment Aarhus Aps	Silkeborgvej 202	8230	Åbyhøj	Ja	Ja	3		1,5
Esben Stubbe Østergaard	Skoleparken 141	8330	Beder	Nej	Nej		1	1
Hasle Fysioterapi	Sommervej 31,st f	8210	Aarhus V	Ja	Ja	2	1	2
Tranbjerg Fysioterapi	Tranbjerg Stationsv 2	8310	Tranbjerg J	Ja	Ja	3**		1
Risskov Fysioterapi	Vestre Strandallé 168	8240	Risskov	Ja	Ja	5	1	3,5
Viby Fysioterapi Aps	Viby Ringvej 24,1	8260	Viby J	Ja	Ja	6	3	6
Fysvadedstedet	Åboulevarden 39,2 th	8000	Aarhus C	Ja	Nej	2***		1
Fysioterapien Åboulevarden 70	Åboulevarden 70,4.	8000	Aarhus C	Ja	Nej	4	7	9
								77,5

* 4 yder med halv kapacitet og 2 yder med kvart kapacitet pga. seniorordning

** 1 kap. yder med 1 halv kapacitet og 2 kvarte kapaciteter.

*** 1 kap. delt til 2 ydernumre med omsætningsloft

Aarhus Kommune har et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Målgruppen er alle borgere, der bor på et plejehjem.

Bilag 1

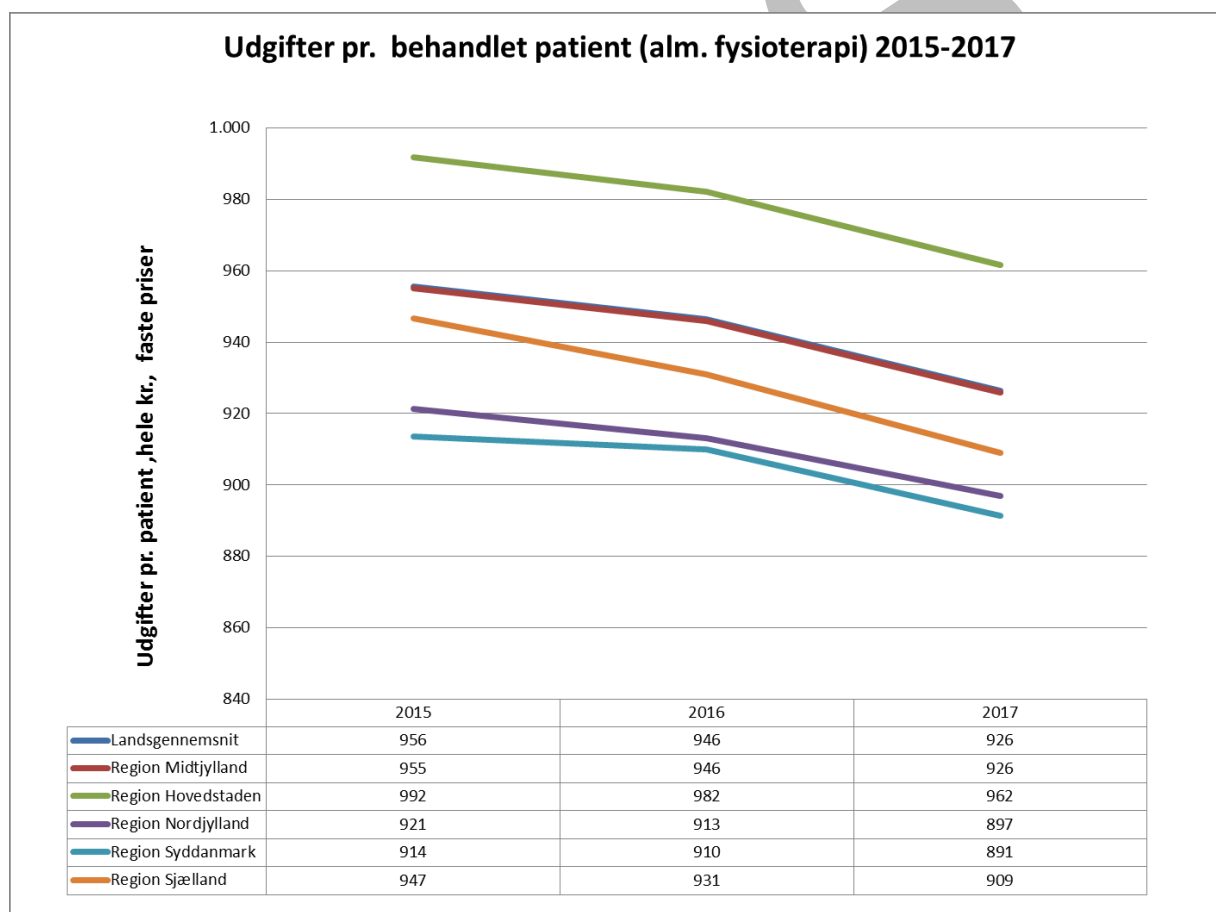
Bilag 1 viser udviklingen i de fem regioner og landsgennemsnittet fra 2015-2017 på følgende parametre:

- Udgifter pr. behandlet patient
- Udgifter pr. borger
- Andel af borgere, der har modtaget fysioterapi eller ridefysioterapi
- Udviklingen i andel patienter, der får vederlagsfri fysioterapi
- Udgifter pr. behandlet patient indenfor ridefysioterapi

Data vedr. vederlagsfri fysioterapi er også opgjort på kommuneniveau.

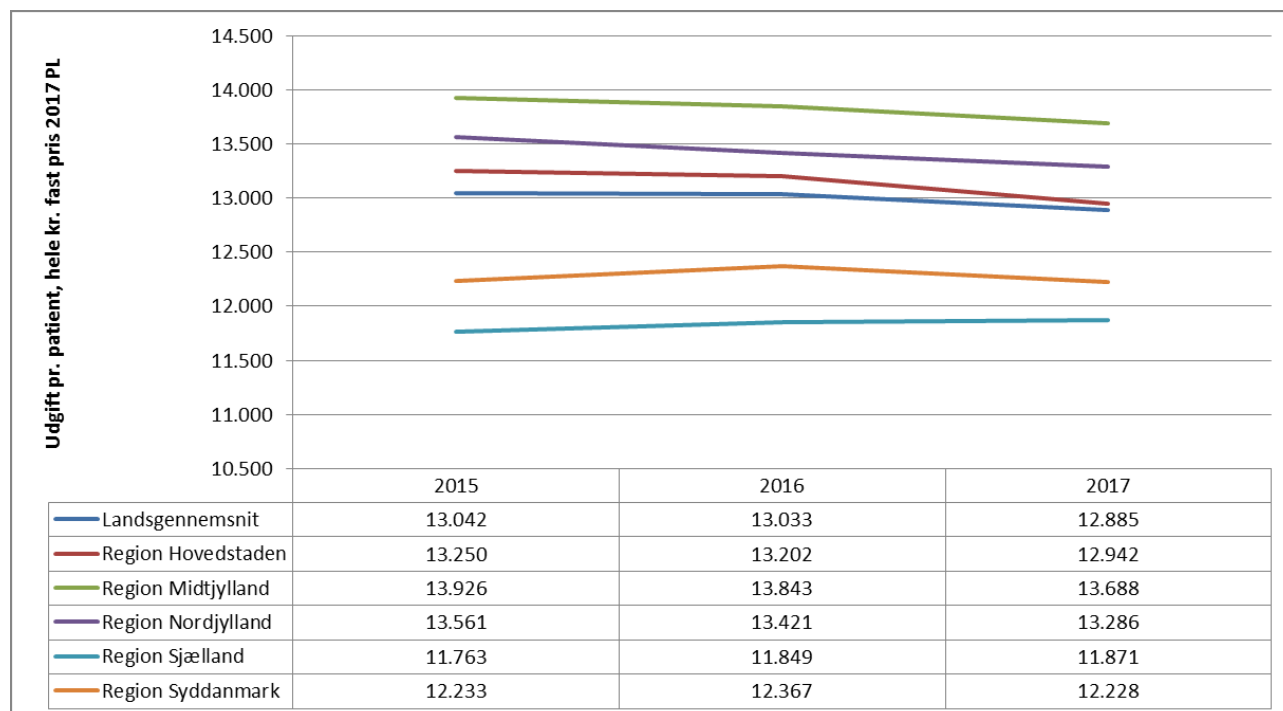
Opgørelserne viser udviklingen i fysioterapi i praksissektoren inden for overenskomsterne for fysioterapi. Dvs. udviklingen i aktiviteten i kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi indgår ikke i de følgende opgørelser.

Figur 1: Udgifter pr. behandlet patient indenfor almen fysioterapi 2015-2017.



Figur 1 viser, at udgifterne pr. behandlet patient i Region Midtjylland i perioden 2015-2017 er højere sammenlignet med Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Sjælland, men at udviklingen i Region Midtjylland følger landsgennemsnittet. Der ses et fald i udgifter pr. patient hos alle regionerne i perioden 2015-2017.

Figur 2: Udgifter pr. behandlet patient indenfor vederlagsfri fysioterapi 2015-2017, faste priser (2017 PL).

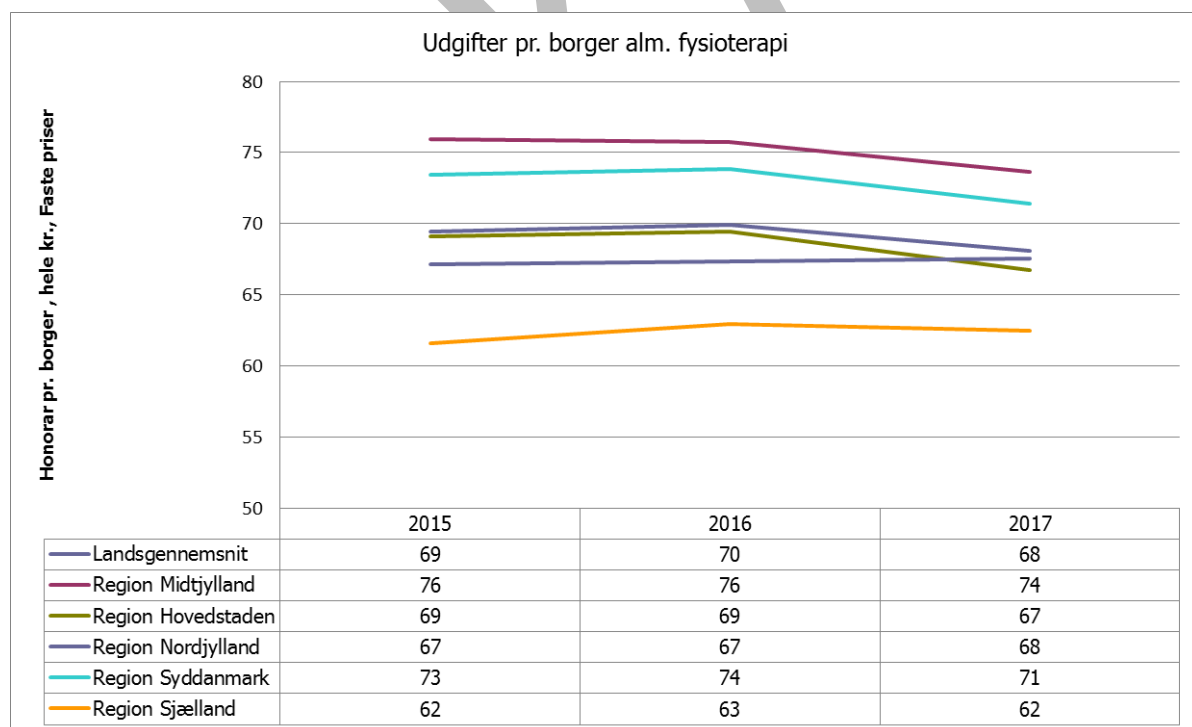


Figur 2 viser, at udgifterne pr. behandlet patient for vederlagsfri fysioterapi i Region Midtjylland i perioden 2015-2017 er højere sammenlignet med de andre regioner. Region Midtjylland har haft et fald i udgifter pr. patient i perioden.

Tabel 1: Udgifter pr. behandlet patient indenfor vederlagsfri fysioterapi 2015-2017 fordelt på kommune i faste priser (2017 PL).

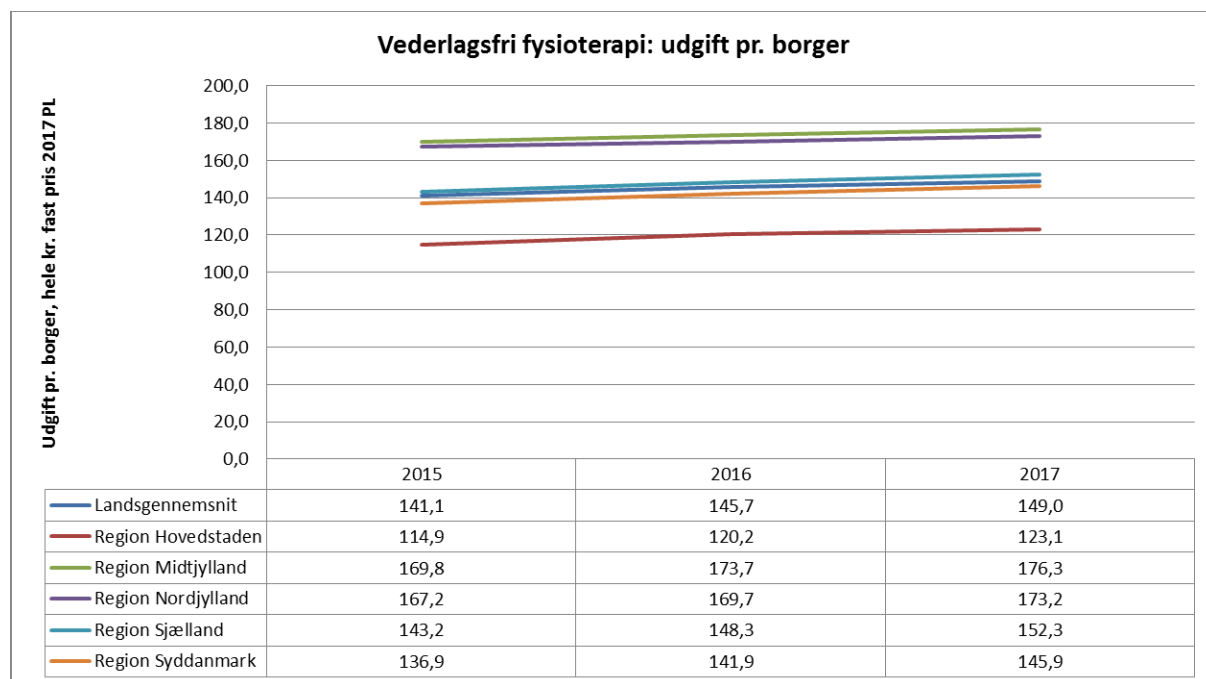
Udgift pr. patient fast pris (2017 - PL)	2015	2016	2017
Regionsgenemsnit	13.926	13.843	13.688
Favrskov Kommune	13.144	13.277	12.577
Hedensted Kommune	13.504	13.177	12.558
Herning Kommune	13.418	13.349	13.097
Holstebro Kommune	11.736	16.101	15.221
Horsens Kommune	12.534	12.377	12.565
Ikast-Brande Kommune	12.915	12.969	12.991
Lemvig Kommune	14.387	13.905	13.930
Norrdjurs Kommune	13.383	13.489	13.140
Odder Kommune	12.973	12.942	13.021
Randers Kommune	14.316	13.657	13.772
Ringkøbing-Skjern Kommune	11.022	11.436	11.764
Samsø Kommune	10.036	9.526	9.956
Silkeborg Kommune	13.814	13.521	13.105
Skanderborg Kommune	12.882	12.883	12.455
Skive Kommune	13.954	13.628	13.564
Struer Kommune	17.351	16.041	15.594
Syddjurs Kommune	15.406	15.007	15.125
Viborg Kommune	12.724	12.365	12.693
Århus Kommune	15.220	14.767	14.632

Figur 3: Udgift pr. borger til almen fysioterapi 2015-2017



Figur 3 viser, at indenfor almen fysioterapi (2015-2017) er udgifterne pr. borger i Region Midtjylland højere sammenlignet med alle de andre regioner. Region Midtjylland ligger også i hele perioden over landsgennemsnittet og i 2017 er udgiften på 74 kr. pr. borger i Region Midtjylland, mens landsgennemsnittet er på 68 kr. pr. borger. Figur 3 viser, at Region Midtjylland har haft et fald i udgifter pr. borger, hvorimod nogle af de andre regioner har haft en stigning i udgifter pr. borger.

Figur 4: Udgift pr. borger til vederlagsfri fysioterapi 2015-2017



Figur 4 viser, at for vederlagsfri fysioterapi (2015-2017) er udgifterne pr. borger i Region Midtjylland høje sammenlignet med de andre regioner. Udgifterne i Region Nordjylland er dog på niveau med udgifterne i Region Midtjylland. Landsgennemsnittet er lavere end i Region Midtjylland, hvor udgifterne i 2017 er henholdsvis 149 kr. pr. borger på landsplan og 176 kr. pr. borger i Midtjylland. Figur 4 viser, at der har været en overordnet stigning i udgifter pr. borger indenfor vederlagsfri fysioterapi i alle regioner i perioden.

Tabel 2: Udgift pr. borger til vederlagsfri fysioterapi 2015-2017 fordelt på kommuner i faste priser (2017-PL)

Udgift pr. sikret fast pris (2017 - PL)	2015	2016	2017
Regionsgennemsnit	169,7	173,6	176,3
Favrskov Kommune	144,4	148,8	147,5
Hedensted Kommune	159,8	161,4	165,9
Herning Kommune	161,2	160,7	156,1
Holstebro Kommune	147,1	214,7	210,3
Horsens Kommune	151,0	153,5	162,2
Ikast-Brande Kommune	179,6	177,1	182,2
Lemvig Kommune	188,2	176,3	188,6
Norddjurs Kommune	190,6	200,6	194,1
Odder Kommune	182,1	175,5	180,0
Randers Kommune	206,5	206,0	209,4
Ringkøbing-Skjern Kommune	133,9	139,7	148,3
Samsø Kommune	152,0	153,6	148,4
Silkeborg Kommune	158,3	155,5	151,6
Skanderborg Kommune	149,6	156,2	167,9
Skive Kommune	177,9	179,7	189,9
Struer Kommune	258,9	253,2	262,4
Syddjurs Kommune	240,8	234,5	233,3
Viborg Kommune	123,1	129,3	141,0
Århus Kommune	179,9	180,1	180,3

Tabel 3: Andel af borgere, som har modtaget almen fysioterapi i de fem regioner samt landsgennemsnitligt, 2015-2017

Fysioterapi	2015	2016	2017	Forandring i % 2015-2017
Landsgennemsnit	7,96 %	8,13 %	8,12 %	3,6%
Region Midtjylland	8,57 %	8,66 %	8,64 %	2,4%
Region Hovedstaden	8,02 %	8,20 %	8,10 %	3,2%
Region Nordjylland	7,74 %	7,86 %	8,05 %	4,9%
Region Syddanmark	7,29 %	7,51 %	7,62 %	5,6%
Region Sjælland	8,13 %	8,32 %	8,24 %	2,9%

Tabel 3 viser, at andelen af borgere, som modtager almen fysioterapi er steget i alle regioner. Region Midtjylland har den højeste andel af borgere, som har modtaget almen fysioterapi. Region Midtjylland har dog haft den mindste procentvise stigning i andel af borgere, der modtager almen fysioterapi.

Tabel 4: Andel af borgere, som har modtaget vederlagsfri fysioterapi i de fem regioner samt landsgennemsnitligt

	2015	2016	2017	Vækst 2015-2017
Landsgennemsnit	1,15%	1,18%	1,21%	6,94%
Region Midtjylland	1,28%	1,30%	1,33%	5,67%
Region Hovedstaden	0,95%	0,98%	1,02%	9,61%
Region Nordjylland	1,29%	1,32%	1,36%	5,87%
Region Syddanmark	1,19%	1,22%	1,26%	6,64%
Region Sjælland	1,26%	1,29%	1,31%	5,50%

Tabel 4 viser, at andelen af borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi er steget i alle regioner. Region Midtjylland ligger over landsgennemsnittet i hele perioden, men har haft en lavere stigning i perioden end landsgennemsnittet.

Tabel 5: Andel af borgere, som har modtaget vederlagsfri fysioterapi fordelt på kommuner

	2015	2016	2017	Vækst 2015-2017
Regionstotal	1,28%	1,30%	1,33%	5,67%
Favrskov Kommune	1,12%	1,14%	1,18%	6,75%
Hedensted Kommune	1,23%	1,26%	1,36%	11,64%
Herning Kommune	1,26%	1,25%	1,23%	-0,82%
Holstebro Kommune	1,31%	1,38%	1,42%	10,23%
Horsens Kommune	1,29%	1,31%	1,35%	7,17%
Ikast-Brande Kommune	1,47%	1,43%	1,46%	0,83%
Lemvig Kommune	1,41%	1,38%	1,48%	3,47%
Norddjurs Kommune	1,49%	1,55%	1,54%	3,70%
Odder Kommune	1,45%	1,39%	1,40%	-1,56%
Randers Kommune	1,47%	1,52%	1,53%	5,40%
Ringkøbing-Skjern Kommune	1,30%	1,31%	1,35%	3,77%
Samsø Kommune	1,66%	1,77%	1,64%	-1,61%
Silkeborg Kommune	1,18%	1,17%	1,17%	0,94%
Skanderborg Kommune	1,17%	1,21%	1,33%	16,07%
Skive Kommune	1,34%	1,38%	1,47%	9,81%
Struer Kommune	1,61%	1,70%	1,83%	12,79%
Syddjurs Kommune	1,64%	1,64%	1,60%	-1,31%
Viborg Kommune	1,01%	1,08%	1,14%	14,76%
Århus Kommune	1,26%	1,28%	1,28%	4,23%

Tabel 6: Andel af borgere i promille, som har modtaget almen ridefysioterapi i de fem regioner samt landsgennemsnitligt

	2015	2016	2017	Forandring i % 2015-2017
Landsgennemsnit	0,12 ‰	0,12 ‰	0,13 ‰	10 %
Region Hovedstaden	0,02 ‰	0,01 ‰	0,01 ‰	-35 %
Region Midtjylland	0,29 ‰	0,32 ‰	0,32 ‰	9 %
Region Nordjylland	0,08 ‰	0,1 ‰	0,1 ‰	27 %
Region Sjælland	0,12 ‰	0,14 ‰	0,17 ‰	48 %
Region Syddanmark	0,09 ‰	0,09 ‰	0,08 ‰	-12 %

Tabel 6 viser, at andelen af borgere, der modtager almen ridefysioterapi. Region Midtjylland har den højeste andel, men følger landsgennemsnittet ift. udviklingen i andelen af borgere, der modtager almen ridefysioterapi.

Tabel 7: Andel af borgere, som har modtaget vederlagsfri ridefysioterapi i de fem regioner samt landsgennemsnitligt

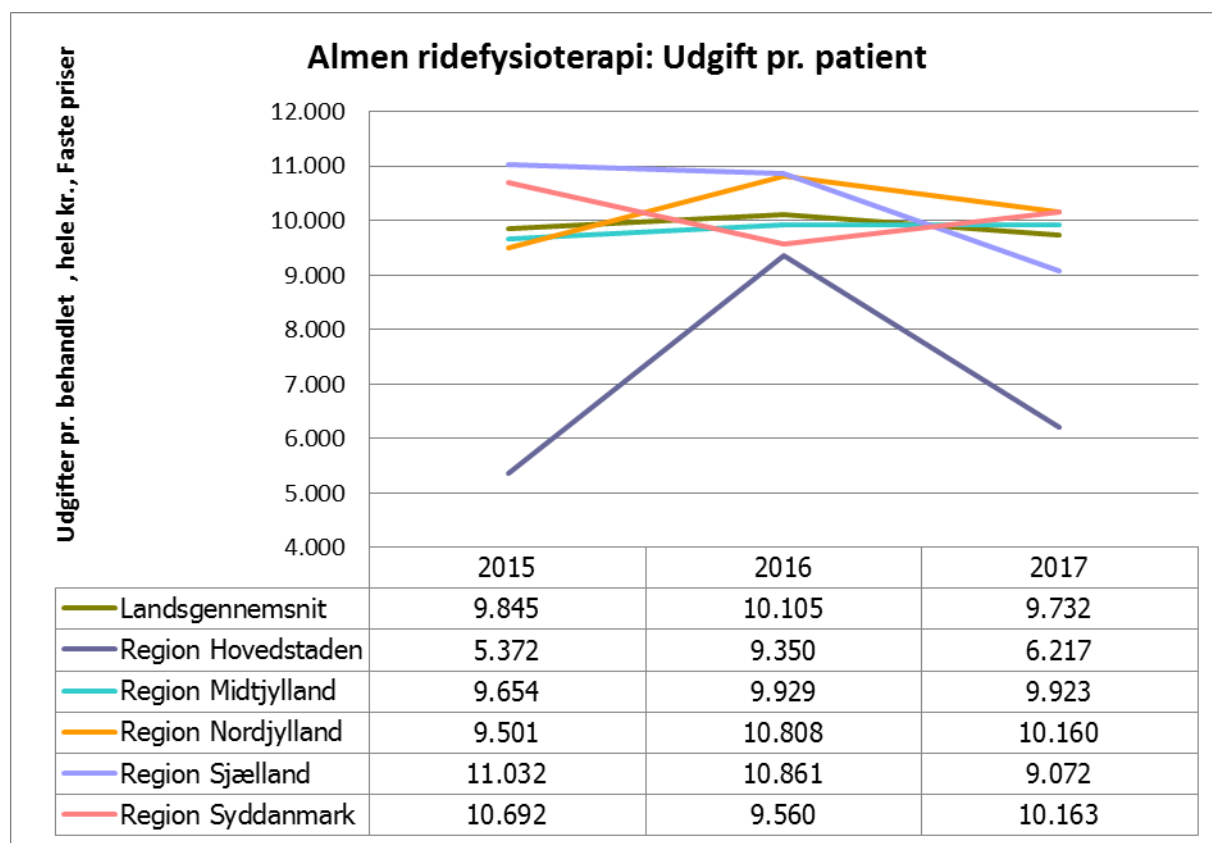
	2015	2016	2017	Forandring i % 2015-2017
Landsgennemsnit	1,05 ‰	1,06 ‰	1,06 ‰	2 %
Region Hovedstaden	0,36 ‰	0,36 ‰	0,36 ‰	3 %
Region Midtjylland	1,47 ‰	1,44 ‰	1,41 ‰	-3 %
Region Nordjylland	1,32 ‰	1,32 ‰	1,32 ‰	1 %
Region Sjælland	1,36 ‰	1,47 ‰	1,51 ‰	13 %
Region Syddanmark	1,3 ‰	1,3 ‰	1,3 ‰	1 %

Tabel 7 viser, at andelen af borgere, der modtager vederlagsfri ridefysioterapi er faldet mere i Region Midtjylland end i de andre regioner i perioden 2015-2017. Region Midtjylland ligger over landsgennemsnittet ift. andelen af borgere, der modtager vederlagsfri ridefysioterapi.

Tabel 8: Andel af borgere, som har modtaget vederlagsfri ridefysioterapi fordelt på kommuner

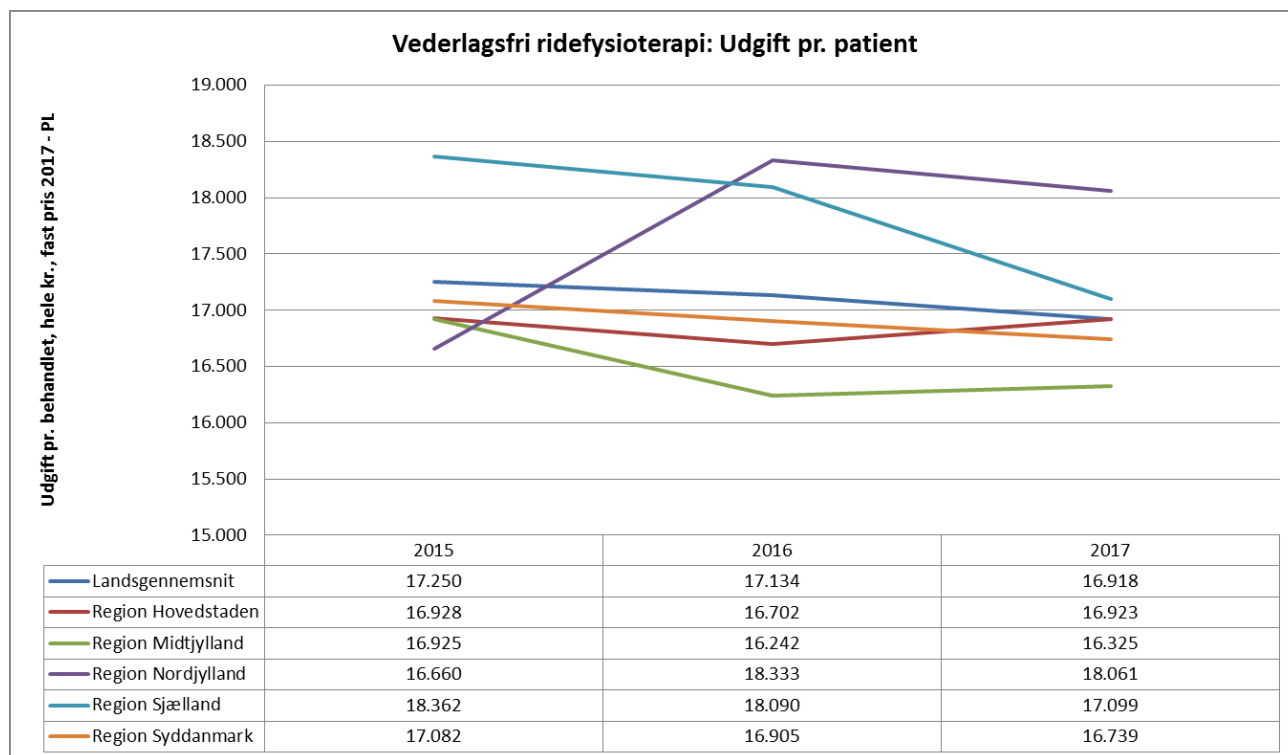
	2015	2016	2017	Vækst 2015-2017 i %
Regionstotal	1,47 ‰	1,44 ‰	1,41 ‰	-3 %
Favrskov Kommune	1,83 ‰	1,65 ‰	1,66 ‰	-8 %
Hedensted Kommune	1,82 ‰	1,94 ‰	1,8 ‰	0 %
Herning Kommune	1,64 ‰	1,71 ‰	1,78 ‰	10 %
Holstebro Kommune	1,56 ‰	1,64 ‰	1,64 ‰	7 %
Horsens Kommune	1,03 ‰	1,07 ‰	0,98 ‰	-2 %
Ikast-Brande Kommune	2,65 ‰	2,68 ‰	2,52 ‰	-4 %
Lemvig Kommune	2,69 ‰	2,22 ‰	2,14 ‰	-22 %
Norddjurs Kommune	3,01 ‰	3,07 ‰	2,85 ‰	-5 %
Odder Kommune	1,54 ‰	1,57 ‰	1,5 ‰	0 %
Randers Kommune	0,93 ‰	0,83 ‰	0,92 ‰	0 %
Ringkøbing-Skjern Kommune	1,66 ‰	1,69 ‰	1,47 ‰	-12 %
Silkeborg Kommune	2,25 ‰	2,21 ‰	2,13 ‰	-3 %
Skanderborg Kommune	1,65 ‰	1,53 ‰	1,51 ‰	-6 %
Skive Kommune	1,46 ‰	1,65 ‰	1,61 ‰	10 %
Struer Kommune	2,62 ‰	2,67 ‰	2,68 ‰	2 %
Syddjurs Kommune	1,6 ‰	0,95 ‰	0,97 ‰	-39 %
Viborg Kommune	1,97 ‰	1,97 ‰	1,87 ‰	-4 %
Århus Kommune	0,76 ‰	0,71 ‰	0,73 ‰	-1 %

Figur 5: Udgifter pr. patient indenfor almen ridefysioterapi 2015-2017.



Figur 5 viser, at ift. udgifter pr. behandlet patient indenfor almen ridefysioterapi fulgte Region Midtjylland landsgennemsnittet i perioden 2015-2017.

Figur 6: Udgifter pr. patient indenfor vederlagsfri ridefysioterapi 2015-2017 i faste priser, (2017-PL)



Figur 6 viser, at ift. udgifter pr. behandlet patient indenfor vederlagsfri ridefysioterapi ligger Region Midtjylland under landsgennemsnittet i perioden 2015-2017.

Tabel 9: Udgifter pr. behandlet patient indenfor vederlagsfri ridefysioterapi 2015-2017, fordelt på kommuner. Faste priser (2017-PL)

Udgift pr. patient, hele kr. fast pris (2017 - PL)	2015	2016	2017
Regionsgennemsnit	16.925	16.242	16.325
Favrskov Kommune	14.801	14.288	13.846
Hedensted Kommune	19.051	19.074	20.770
Herning Kommune	18.189	16.429	15.944
Holstebro Kommune	18.087	17.921	18.010
Horsens Kommune	18.359	16.355	17.071
Ikast-Brandø Kommune	15.138	14.510	15.105
Lemvig Kommune	18.597	17.933	17.793
Norrdjurs Kommune	12.312	12.425	12.591
Odder Kommune	16.215	15.311	14.579
Randers Kommune	14.577	12.887	14.573
Ringkøbing-Skjern Kommune	18.909	15.740	17.757
Silkeborg Kommune	19.018	18.698	17.653
Skanderborg Kommune	19.838	18.785	18.683
Skive Kommune	17.637	15.088	15.513
Struer Kommune	19.596	18.628	17.586
Syddjurs Kommune	12.448	11.654	10.371
Viborg Kommune	15.722	16.266	16.574
Århus Kommune	15.268	15.232	15.078

Bilag 2: Ridefysioterapeuter i Region Midtjylland

18. december 2018

Ydernr.	Navn	Kapacitet	Adresse	Postnr.	By	Rideskole	Antal hold	Postnr.	By
569348 (1. juli 2014)	Jette Stenholt (pr. 1. juli 2014 overtaget kap. efter 580457 Ulla Nielsen)	O/30 t	Ungstrupvej 29	8620	Kjellerup	Hylke ridecenter Hylkevej 46	16	8660	Skanderborg
						Rideskolen Skovfryd Rækkevej 4	9	8370	Hadsten
569860 (1. juni 2015)	Louise Normann Bay (pr. 1. juni 2015 overtaget kap. efter 574341 Nina Pedersen)	O/30 t	Røddingvej 28	7480	Vildbjerg	Brande Sportsrideklub Nordlundvej 53	5	7330	Brande
						Lille Asbjerg Bjalderbækvej 17	5	7400	Herning
569992 (1. nov. 2015)	Lene Friis (pr. 1. nov. 2015 overtag. kap. efter 579610 Elisabeth Karbo)	O/30 t	Ådalen 15	8961	Allingåbro	Rosenholm Ridecenter Amaliegårdsvej 54		8543	Hornslet
						Vasehus Rideklub Erikstrupvej 16 (su best. 25.09.18)	3	8830	Tjele
570117 (1. jan. 2016)	Susie Ø. Jensen (Pr. 1. jan. 2016 overtag. kap. efter 587567 Nikoline B. Pedersen)	U/30 t	Iglsøvej 53	7850	Stoholm	Hvidevej 13, Mønsted	14	8800	Viborg
571741 (1. okt. 1994)	Hanne Dahl Iversen	O/ 30 t	Vester Ringgade 10	7600	Struer	Center for Ridefysioterapi og Handicapridding Vester Ringgade 10	36	7600	Struer

571881 (1. aug. 2018)	Maria Pedholt Christensen	O/30 t	Asmild Hegn 3,c	8800	Viborg	Skive Rideklub Flyvej 18	12	7800	Skive
572462 (1. maj 1998)	Lone Kjer	O/ 30 t	Skovvej 5	7330	Brande	Herning Rideklub Godsbanevej 4	30	7400	Herning
						Brande Sportsrideklub Nordlundvej 53	3	7330	Brande
572608 (1. sept. 1999)	Helle Nedergaard	O/ 30 t	Klinkhøjvej 48	7400	Herning	Højris Rideklub Remmevej 25	20	7430	Ikast
572810 (1. jan. 2000)	Hanne Jensen	O/ 30 t	Skovvej 10,	6950	Ringkøbing	Handicaprideskolen Nr. Holmgård Holmgårdsvej 49	7	7660	Bækmarksbro
						Møllebækgård Handicaprideskole Skovvej 10	17	6950	Ringkøbing
572837 (1. feb. 2000)	Anja Hansen	O/ 30 t	Østertoften 35	7400	Herning	Handicapridecenter Lille Asbjerg Bjalderbækvej 17	11	7400	Herning
573906 (1. apr. 2005)	Johanne Holk Nielsen	U/ 30 t	Præstegårdsvej 66	6900	Skjern	Skjern Rideklub Skyggehusvej 2A	11	6900	Skjern
576255 (1. aug. 2007)	Gunhild Feddersen	U/ 30 t	Horsensvej 10	8740	Brædstrup	Midtjysk Ridecenter Brødkersmindevej 8	9	8620	Kjellerup
						Silkeborg Sportsrideklub Sortenborgvej 39	6	8600	Silkeborg
						Brædstrup Rideklub Ny Tønningsvej 3	12	8740	Brædstrup
576913 (1. nov. 2008)	Dorte Spanggaard	U/ 30 t	Bisgaardsvej 13	9610	Nørager	Ridecenteret Balgårdsvej 65	16	8990	Fårup

578576	Ledigt ydernummer pr. 28. septemebr 2018	O/ 30 t							Silkeborg Kommune
579696 (1. maj 1990)	Bente Nellemose	O/ 30 t	Niels Bohrs Vej 22	8670	Låsby	Sportsrideskolen Silkeborg Sortenborgvej 39	24	8600	Silkeborg
580260 (15. jan. 1992)	Helen Møller	O/ 30 t	Podøjvej 32	8860	Ulstrup	Rideskolen Skovfryd Rækkevej 4	28	8370	Hadsten
						Vasehus Rideklub Erikstrupvej 16	12	8869	Tjele
581550 (1. aug. 2008)	Hanne Andersen	U/ 30 t	Hasselbakken 17	8500	Grenaa	Dolmer Rideklub Dolmerbygade 11	29	8500	Grenaa
581836 (1. sep. 2010)	Lotte Nørby-Odgaard	U/ 30 t	Skovvangen 6	8722	Hedensted	Dannevangs Hesteri Skovvangen 6	25	8722	Hedensted
582050 (1. maj 1996)	Mette Bay Nielsen	O/ 30 t	Skovlykkevej 4	8660	Skanderborg	Hylke Ridecenter Hylkevej 46	13	8660	Skanderborg
582913 (1. nov. 1998)	Pia Munch Werlauff	O/ 30 t	Ny Himmelbjergvej 4	8680	Ry	Nørreskov Hestecenter Ny Himmelbjergvej 4	28	8680	Ry
583685 (1. maj 2012)	Annette Kuhr Mikkelsen	O/ 30 t	Højtoftevej 4	8960	Randers SØ	Vasehus Rideklub Erikstrupvej 16	5	8869	Tjele
						Helledige Rideskole Helledigevej 8	20	8464	Galten

586811 (1. jan. 1997)	Anne Lise Mortensen	O/ 30 t	Skjesbjergvej 25	8860	Ulstrup	"Frijsbak" Center for Ridefysioterapi Skjesbjergvej 25, Vellev	25	8860	Ulstrup
587087 (1. feb. 1999)	Rikke Torgersen	O/30 t	Bødgersmindevej 4	8620	Kjellerup	Midtjysk Ridecenter Bødgersmindevej 8	12	8620	Kjellerup
						Hvidevej 13, Mønsted	12	8800	Viborg
						Handicaprideskolen Nr. Holmgård Holmgårdsvej 49	12	7660	Bækmarksbro

Bilag 3: Oversigt og status initiativer i tidligere praksisplan for fysioterapi

17. januar 2019

Fokusområde	Initiativer i nuværende praksisplan	Vurdering
Henvisning	Der skal gennemføres en analyse af praktiserende lægers henvisningspraksis i regionen til den vederlagsfrie ordning. Formålet er at afdække eventuelle forskelle i henvisningspraksis på tværs af kommunerne og målrette information om kriterier for henvisning m.v. til de involverede parter.	Ikke opfyldt – videreføres i ny praksisplan
	Praktiserende fysioterapeuter og praktiserende læger i alle kommuner vil blive tilbudt undervisning i forhold til den vederlagsfri ordning. Undervisningen kan ske i et samarbejde med regionens praksiskonsulenter for fysioterapi samt konsulenter på almen lægeområdet og lægelige praksiskonsulenter i kommunerne. Der skal i regi af Samarbejdsudvalget for Fysioterapi gennemføres en opfølgning på erfaringer og resultater med undervisningen.	Opfyldt
	Erfaringerne fra frikommuneforsøget skal følges tæt, med henblik på efterfølgende at implementere de tiltag, hvor effekterne er gode, i hele regionen.	Opfyldt – men ej længere relevant
Kapacitetsstyring	Det er afgørende for region og kommuner, at der ikke ske en udvidelse af kapaciteten. Der udstedes derfor ikke nye ydernumre.	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
	Der flyttes som udgangspunkt ikke kapaciteter på tværs af kommunerne	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
	Opfølgende analyse af udviklingen med hensyn til brug af § 24 ansatte fysioterapeuter i fysioterapipraksis.	Ikke opfyldt – vurderes om med i ny praksisplan
	Fortsat brug af omsætningslofter ved ansættelse af ekstra fysioterapeuter (§ 24-ansættelser)	Ikke opfyldt – videreføres i ny praksisplan
	Analyse af og opfølgning på omsætningsforhold for ydernumre med kapaciteter under 30 timer. Målet er at sikre et rimeligt forhold mellem registreret kapacitet og faktisk omsætning.	Ikke opfyldt – videreføres i ny praksisplan
	Der er formuleret retningslinjer vedrørende flytninger, praksis fra mere	De retningslinjer, der er

	end én adresse og udfasning af mobile fysioterapeuter. Samarbejdsudvalget aftaler nærmere principper for etablering af ekstra praksisadresser, jf. overenskomstens § 26. Herunder også aftaler en enkel og holdbar metode til at sikre, at eksisterende kapacitet ikke overskrides ved brug af anden praksisadresse.	formuleret i praksisplanen har været tilstrækkelige i behandlingen af konkrete sager om flytning m.v. Der er ikke formuleret yderligere principper.
Reduktion af behandlingsudgifter pr. patient	Et særligt indsatsområde er at sikre, at ydelsesniveauet for individuelle ydelser i Region Midtjylland bringes ned på niveauet på landsplan. Vejledning og information om tilrettelæggelse af fagligt effektive behandlingsforløb vil derfor være et indsatsområde for de regionale praksiskonsulenter for fysioterapi. Der kan både være tale om generel vejledning fx via fælles fyraftensmøde for praktiserende fysioterapeuter og vejledning i forhold til udvalgte klinikker.	Initiativer er igangsat og videreføres i den ny praksisplan.
	Der er behov for at følge udviklingen i brugen af undtagelsesredegørelser i Samarbejdsudvalget for Fysioterapi. Det skal endvidere sikres, at de enkelte kommuner får adgang til data, der viser udviklingen på kommuneniveau.	Ikke længere relevant. Undtagelsesredegørelser afskaffes i ny overenskomst.
	Information om anvendelse af undtagelsesredegørelser målrettes praktiserende læger. Dette kan evt. ske via lokale samarbejdsfora.	Ikke længere relevant. Undtagelsesredegørelser afskaffes i ny overenskomst.
	Der iværksættes initiativer, der kan sikre, at patientgrupper under den vederlagsfri fysioterapi får behandlingstilbud, der svarer til det, som er gældende på landsplan. Der skal tilbydes behandling svarende til nationale faglige retningslinjer. Det anbefales at undersøge det samlede forløb for udvalgte patientgrupper, herunder hvilke snitflader, der er i forhold til de kommunale behandlingstilbud.	Ikke opfyldt. Med den nye overenskomst forankres arbejdet med nationale standarder i den nationale kvalitetsenhed for fysioterapi.
	Brugen af holdtræning i stedet for individuel behandling skal fremmes. Der skal derfor støttes op om de initiativer på området, der er aftalt centralt mellem parterne. Det betyder blandt andet, at den årlige kontrolstatistik udvides til også at omfatte brugen af henholdsvis hold- og individuel behandling til patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom.	Er opfyldt og videreføres i ny praksisplan.
	Udviklingen i brugen af holdtræning følges årligt i Samarbejdsudvalget	Årlig opfølgning i

	for fysioterapi. Der skal her være særlig opmærksomhed på, at en stigning i brugen af holdtræning skal modsvares af et fald i brugen af individuel behandling. Den gennemsnitlige udgift pr. patient må ikke stige. Muligheder for øget brug af holdbehandling kan være emne for dialogen i de lokale samarbejdsfora om fysioterapi i kommunerne, samt et indsatsområde for de regionale praksiskonsulenter for fysioterapi.	Samarbejdsudvalget for Fysioterapi er gennemført
	Det er et fælles mål, at andelen af holdydelse ved vederlagsfri fysioterapi i alle kommuner stiger og nærmer sig de kommuner, der har den højeste andel af holdydelse. Dette må ikke betyde, at de gennemsnitlige udgifter pr. patient stiger. Området analyseres med henblik på at sikre, at målet opfyldes.	Andelen af holdbehandling er steget.
	Der skal i regi af Samarbejdsudvalget for Fysioterapi følges op på brugen af hjemmebehandling, herunder samspillet med eventuelle øvrige træningstilbud i kommunalt regi. Det er endvidere vigtigt, at der ved henvisning til hjemmebehandling er fokus på, at hjemmebehandling ikke nødvendigvis er en varig behandling.	Delvist opfyldt.
	Udvidet brug af årlig kontrolstatistik med fokus på de gennemsnitlige udgifter på både yder- og kliniskniveau, samt brug af individuelle behandlinger til patienter med progressiv sygdom.	Opfyldt. Fremadrettet kommer kontrolstatistikken til at ske på kliniskniveau jf. ny overenskomst.
Databaseret opfølgning	Samarbejdsudvalget for Fysioterapi årligt laver en opfølgning i forhold til aktivitet og økonomi på fysioterapiområdet således, at der efter behov kan igangsættes yderligere udgiftsdæmpende tiltag. Nøgletal for aktivitet og økonomi udarbejdet af de centrale parter inddrages i videst muligt omfang i denne opfølgning.	Opfyldt
	For at kunne følge udviklingen i de kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi er der behov for at tilvejebringe sammenlignelige data vedrørende aktivitet og udgifter om de kommunale tilbud.	Delvist gennemført (KL opgør aktivitet m.v. men ikke udgifter på området)

Ridefysioterapi	
Hvad	Vurdering
Der vil ikke blive opslået nye ydernumre til ridefysioterapi. Hvis en fysioterapeut ophører med at praktisere og ikke overdrager ydernummeret, vil der ikke blive opslået nyt ydernummer.	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
Der skal være fokus på henvisningspraksis til vederlagsfri ridefysioterapi således, at henvisningspraksis er ensartet på tværs af kommuner og regionerne. Som ved en den vederlagsfri fysioterapi, tages initiativ til analyse af henvisningspraksis og tilbud om undervisning af praktiserende læger i forhold til vederlagsfri ridefysioterapi.	Opfyldt
Ridefysioterapeuter, som ønsker at udvide til flere praksisadresser, flytte deres praksisadresser (Rideskole) eller udvide deres kapacitet, skal søge Samarbejdsudvalget for fysioterapi om tilladelse hertil. For ridefysioterapeuter tiltrådt før 2007 gælder de geografiske dækningsområder aftalt i de tidligere amter. En eventuel godkendelse af ansøgning om flere praksisadresser eller flytning af praksisadresse må ikke betyde en udvidelse af den ridefysioterapeutiske kapacitet i regionen. Hvis ridefysioterapeuter overtager et ydernummer og dermed tiltræder overenskomsten, skal ridefysioterapeuten søge Samarbejdsudvalget om tilladelse til praksis for hver praksisadresse, således at der laves aftale om geografisk dækningsområde i form af, hvilken kommune rideskolen er placeret i. De involverede kommuner skal altid høres i forbindelse med behandling af ansøgninger vedrørende praksisadresser og kapacitet.	Opfyldt og videreføres i ny praksisplan
Det fremgår af overenskomsten for ridefysioterapi under anmærkning til § 14, stk. 3: "Af hensyn til kvaliteten af ydelsen bør det tilstræbes at der mindst udføres ridefysioterapi i 10 timer ugentligt på hver praksisadresse (rideskole), således at personalet opnår den nødvendige erfaring og rutine". Der støttes op om denne anbefaling.	Er fortsat en del af overenskomsten
Der iværksættes snarest et udredningsarbejde, der skal skabe mere klarhed over praksisforhold for ridefysioterapeuter, herunder mere klarhed om aftaler i forhold til geografisk dækningsområde for de enkelte ridefysioterapeuter. Region og Kommuner ønsker	Opfyldt.

at arbejde for at skabe bedre styrbarhed på området generelt.	
---	--

Kvalitetsudvikling – initiativer i nuværende praksisplan	
Hvad	Vurdering
Der skal tages initiativer med henblik på, at alle fysioterapipraksis i regionen anvender datarapporterne til løbende kvalitetsudvikling. Der forventes i forlængelse heraf udviklet indikatorsæt til monitorering på udvalgte behandlingsområder.	Opfyldt
At fysioterapipraksis i Region Midtjylland medvirker i pilotafprøvning, monitorering og videreudvikling af datafangst og brug af kvalitetsrapporter, herunder at praksiskonsulenter fra Region Midtjylland inddrages i arbejdet med at udarbejde nationale indikatorsæt på udvalgte områder.	Opfyldt
At Kvalitetsudviklingsudvalget medvirker til fastlæggelse af, hvordan der i Region Midtjylland skal arbejdes med implementering af faglige retningslinjer og nye udviklingstiltag. Et særligt indsatsområde er endvidere implementering af retningslinjer og faglig evidens i forhold til ridefysioterapi	Opfyldt
At der etableres et brugbart redskab til indsamling af patienternes oplevelse af fysioterapibehandlingen der angiver både resultater for den enkelte klinik såvel som for hele regionen.	Forventes at komme til at indgå i den danske kvalitetsmodel fremadrettet.
At der fortsat støttes op omkring den løbende udvikling af kvaliteten i fysioterapipraksis, herunder gennem brug af udviklingspraksis.	Opfyldt
At praksiskonsulenterne fortsætter arbejdet med igangsatte og planlagte kvalitets- og samarbejdsinitiativer i tæt samarbejde med Samarbejdsudvalg og Kvalitetsudviklingsudvalg.	Opfyldt
At forskning på det fysioterapeutiske område og særligt det muskuloskeletale og ridefysioterapeutiske område styrkes. Det kan med fordel ske i et tværsektorielt perspektiv.	Delvist opfyldt.

Samarbejde – initiativer i nuværende praksisplan	
Hvad	Vurdering
At arbejdsgange vedrørende kommunikation og koordinering i konkrete patientforløb aftales lokalt	Delvist opfyldt
At mulighederne for sikker, elektronisk kommunikation udbredes, herunder elektronisk korrespondance.	Delvist opfyldt
At der udvikles arbejdsgange, der sikrer, at fysioterapi ved praktiserende fysioterapeuter til borgere på plejecentre og bosteder dokumenteres i borgerens elektroniske journal.	Delvist opfyldt
At samarbejdet i de lokale samarbejdsfora fortsat udvikles, herunder at også ridefysioterapeuter deltager i de lokale samarbejdsfora.	Delvist opfyldt
At der arbejdes videre med at forbedre kommunikationen mellem fysioterapien og almen praksis, herunder at praktiserende fysioterapeuter får redskaber, som forbedrer og effektiviserer processen med at udfærdige epikriser, samt at antallet af epikriser stiger.	Ikke opfyldt. Videreføres i ny praksisplan.
At der arbejdes på at opstille standardformuleringer med henblik på at kvalificere tilbagemelding, når fysioterapeuterne anbefaler egen læge at viderehenvise patienter til behandling i hospitalsregi.	Opfyldt
At fysioterapeuter anvender ICPC 2 – DK diagnosekodning ved epikriser til almen praksis. ICPC 2 – DK er den danske udgave af et internationalt kodningssystem udviklet til praktiserende læger.	Opfyldt
At der foretages en opfølgende audit på kvaliteten i praktiserende lægers henvisninger til fysioterapi og epikriser fra de praktiserende fysioterapeuter ultimo 2015/primus 2016.	Ikke opfyldt. Videreføres i ny praksisplan.
At der fremadrettet afprøves modeller for tættere samarbejde mellem praktiserende fysioterapeuter og almen praksis, hvor parterne indgår i samarbejde med udgangspunkt i de respektive overenskomster.	Opfyldt
At der fortsat er fokus på, at ordningen for udvidet rygudredning bruges.	Opfyldt
At der i planperioden arbejdes på at forbedre kommunikationsmuligheder mellem rygcentre og praktiserende fysioterapeuter, herunder rygcentrets adgang til oplysninger om udredning og behandling foretaget i primærsektoren, samt praktiserende fysioterapeuters adgang til rygcentrets anbefaling for fremtidig behandling i praksissektoren.	Delvist opfyldt
At der arbejdes på at sikre praktik- og uddannelsesstilbud i praksissektoren inden for rammerne af den gældende overenskomst.	Delvist opfyldt. Vurderes positivt i forbindelse med behandling af konkrete sager og ansøgninger.

UDKAST