



Slutevaluering af frikommuneforsøget

02 Vederlagsfri fysioterapi

Forsøget er udført af: Sundhedstaben, Genoptræningscentret,
v/ ledende terapeut Ellen E. Schultz Pedersen og
teamleder Heidi Pedersen, heidi.pedersen@fredericia.dk, 7210 6675.

Forfatter: Signe Pedersen, Strategisk sundhedskonsulent, Sundhedsstaben.

20-04-2016

Sag 16/978



Indhold

Evalueringen af forsøget i Fredericia følger systematisk evalueringsprotokollen for frikommuneprojektet omkring vederlagsfri fysioterapi. Evalueringsprotokollen er udarbejdet af evalueringsgruppen nedsat af styregruppen og tilsluttet i fællesskab med de øvrige deltagende kommuner: Vejle, Vesthimmerlands, Gentofte, Fredensborg og Viborg kommuner.

- 1. Forord**
- 2. Mål og forventede resultater for frikommuneprojektet**
- 3. Justering af målsætning**
- 4. Evalueringsdesign**
- 5. Beskrivelse af målgruppen i projektet**
 - 5.1. Forsørgelsesgrundlag blandt projektets deltagere.
 - 5.2. Diagnosekoder og diagnosegrupper blandt projektdeltagerne
 - 5.3. Diagnosegrupper blandt projektdeltagerne
- 6. Kontakt til samarbejdspartnere som resultat af helhedsvurderingen.**
- 7. Øget kvalitet med fokus på kommunikation og samarbejde.**
- 8. Korrekt udfyldelse af henvisninger med speciale 62 vederlagsfri fysioterapi og speciale 65 ride-fysioterapi.**
 - 8.1. Korrekt udfyldelse af undtagelsesafgørelser
- 9. Den oplevede kvalitet set og vurderet fra de fagprofessionelles perspektiver.**
 - 9.1. Hvad er det egentlig borgerne vil? – fokus på borgernes mål.
 - 9.2. Kendskab og samarbejde.
 - 9.3. Den koordinerede indsats – videndeling på tværs.
 - 9.4. Oprydning i ydelser og bedre statusreddegørelser.
 - 9.5. Hæmmende faktorer.
 - 9.6. De rette tilbud til de rette borgere.
 - 9.7. Fejlkategorisering.
- 10. Den oplevede borgerkvalitet.**
 - 10.1. Borger cases
- 11. Fremme af sammenhæng og koordinering.**
- 12. Den oplevede kvalitet i sammenhængen set i frikommuneprojektet fra den relevante afdeling eller koordinerende fysioterapeut**
- 13. Økonomisk udvikling og konsekvenser**
- 14. Den samlede pris pr. borger for vederlagsfri fysioterapi og ride-fysioterapi**
- 15. Udvikling i antal og arten af ydelser**

1. Forord – Frikommuneansøgning omkring vederlagsfri fysioterapi

Ansøgningen om forsøget er udformet 1. november 2012 af Fredericia Kommune og tiltrådt som kopiforsøg af Vejle, Vesthimmerlands, Gentofte, Fredericia, Fredensborg og Viborg Kommuner.

Baggrunden for ansøgningen var, at Fredericia Kommune siden kommunalreformen i 2007 oplevede en stigning i antallet af borgere, der blev tilknyttet ordningen omkring vederlagsfri fysioterapi. Idéen og formålet med frikommuneansøgningen var derfor at styrke kvaliteten af den vederlagsfri fysioterapi. Dette skulle gøres ved at understøtte en sammenhængende opgaveløsning på tværs af sektorer og lovgivninger med det fokus at tilpasse og justere ydelserne til borgernes aktuelle behov og funktionsevne.

I projektet blev der etableret et koordinerende team. Det koordinerende team havde til opgave at modtage alle henvisninger fra de praktiserende læger omhandlende speciale 62 vederlagsfri fysioterapi og speciale 65 ridefysioterapi.

Den nye henvisningspraksis betød, at alle henvisninger og godkendelse af undtagelsesredegørelser i projektet skulle vurderes af et koordinerende team bestående af henholdsvis fysioterapeuter og ergoterapeuter inden behandling og/eller træning kunne iværksættes. I projektet blev den praktiserende læges henvisning suppleret med en kommunal vurdering af borgerens funktionsevne, der blev udarbejdet en plan for træning i fællesskab med borgerne, og borgerne blev informeret omkring andre relevante tiltag. Desuden var det teamets opgave at koordinere indsatserne.

I Fredericia Kommune bestod det koordinerende team af én fysioterapeut, der var ansat på Fredericia Kommunes GenoptræningsCenter samt én privat praktiserende fysioterapeut. Den privat praktiserende fysioterapeut blev i projektperioden ansat 6 timer til at varetage den koordinerende funktion.

2. Mål og forventede resultater for frikommuneprojektet

Frikommuneprojektet om vederlagsfri fysioterapi tager afsæt i det fælles grundlag for alle frikommuneforsøgene.

Det fælles grundlag for alle forsøg

- *Alle deltagende kommuner i frikommuneforsøget vedrørende vederlagsfri fysioterapi tager afsæt i frikommunebekendtgørelsen.*
- *Ingen kommuner godkender henvisninger inden indsats påbegyndes.*
- *Nogle af de deltagende kommuner udarbejder og anvender helhedsvurderinger. Det er forskelligt fra kommune til en kommune, hvad helhedsvurderingen indeholder og i hvilket omfang borgerne er blevet involveret i udarbejdelsen af denne.*

Lovteksten i det vedtagne forsøg lyder som følger:

”Kommunalbestyrelsen i en frikommune kan stille krav om, at alment praktiserende læger skal videregive oplysninger om henvisninger [herunder henvisninger i form af de såkaldte undtagelsesredegørelser jf. bemærkningen til lovteksten] i henhold til § 140 a, stk. 1, i sundhedsloven om vederlagsfri fysioterapi til frikommunen”.

Målsætning i den oprindelige ansøgning i frikommuneprojektet om vederlagsfri fysioterapi

1. *Styrke kvaliteten af vederlagsfri fysioterapi, målrette indsatsen og sikre sammenhængende opgaveløsning til gavn for borgerne.*
2. *Borgerne med svært fysisk handicap eller progressive lidelser ville opleve en bedring i deres funktions- evne og helbred i hverdagen og i deres arbejdsliv.*
3. *Undgå fejlhenvisninger til vederlagsfri fysioterapi.*

3. Justering af målsætning

Ved implementering af frikommuneforsøget i de forskellige kommuner opstod praktiske hindringer, uhensigtsmæssigheder og ressourcemæssige udfordringer, der bevirkede, at indsatsen i den tiltænkte form ikke kunne – eller ønskedes – indfriet fuldt ud og/eller ensartet i deltagerkommunerne.

Fravigelse af målsætninger i forhold til den oprindelige ansøgning

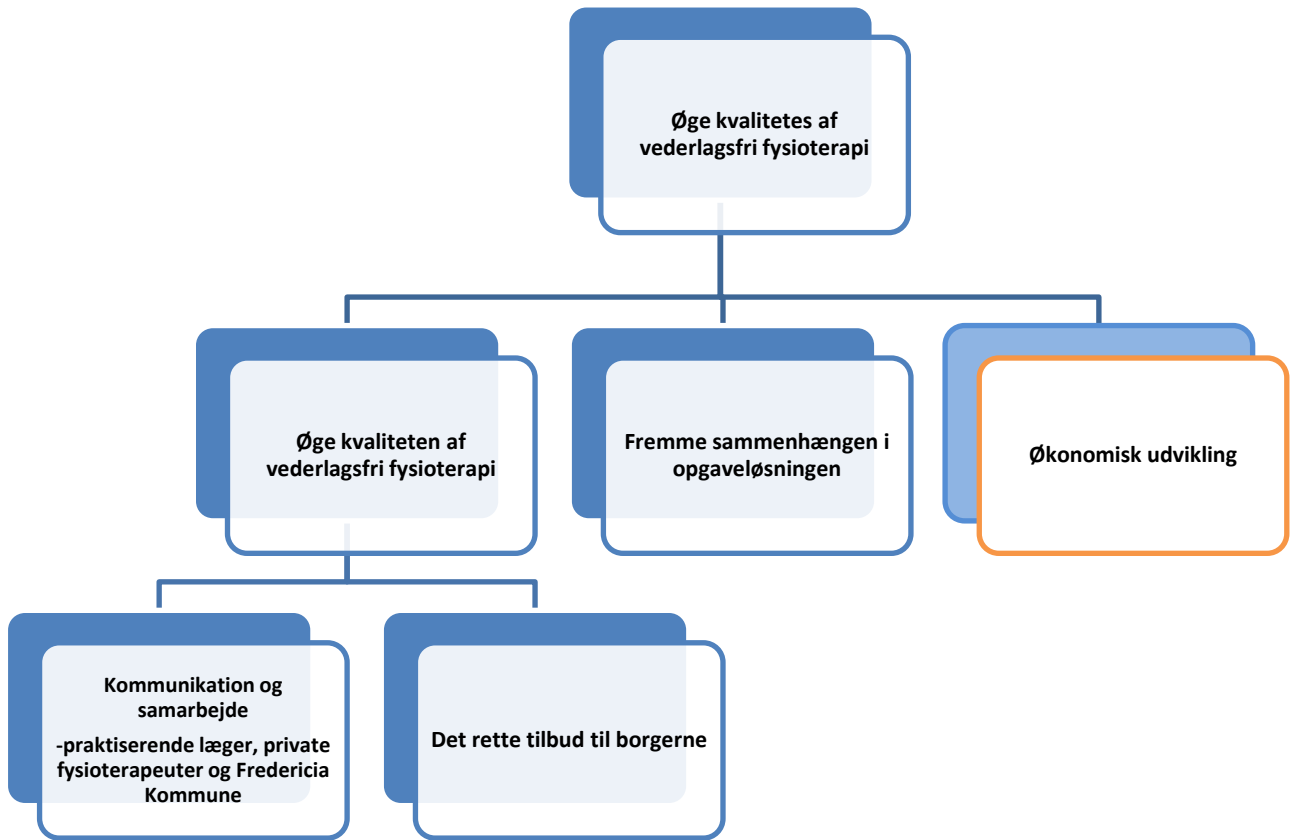
Under implementering af frikommuneforsøget var det ikke muligt i fællesskab at måle på, hvorvidt borgerne oplevede en forbedring af deres funktionsevne.

De overordnede målsætninger i den oprindelige ansøgning om 1) ”at styrke kvaliteten af den vederlagsfri fysioterapi og fremme den sammenhængende opgaveløsning” og 3) at ”undgå fejlhenvisninger” blev af styregruppen slået sammen og yderligere udfoldet under indtryk af den faktiske implementering af forsøgene. I ansøgningen var det ikke en målsætning, hverken i ansøgningen eller frikommuneloven, at antallet af borgere, der får vederlagsfri fysioterapi skulle falde, eller at udgifter til ordningen skal falde. Dog var der et klart ønske at afdække, om frikommuneforsøget førte til strukturelle ændringer af økonomisk art og i arten af ydelser i ordningen om vederlagsfri fysioterapi, ligesom der i bekendtgørelsen stk. 3c kræves, at forsøgets økonomiske konsekvenser evalueres.

Frikommuneforsøgets formål og målsætning

Formål	<i>Øge kvaliteten af vederlagsfri fysioterapi</i>		
Mål	<i>Kommunikation og samarbejde mellem fag professionelle styrkes</i>	<i>Fremme sammenhæng i opgaveløsningen</i>	<i>Økonomisk udvikling for vederlagsfri fysioterapi</i>
Måling	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kvaliteten af henvisninger og undtagelsesredegørelser målt over tid 2. Den oplevede kvalitet af kommunikation og samarbejde fra lægernes perspektiv 3. Den oplevede kvalitet af kommunikation og samarbejde fra fysioterapeuternes perspektiv 4. Den oplevede kvalitet fra koordinatorernes og lederperspektivet i Fredericia Kommune <p>Rette tilbud til rette borgere</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Antal borgere, der efter sagsbehandling, der ikke er berettiget til vederlagsfri fysioterapi 6. Antal borgere, der er fejkategoriseret i forhold til ”progressiv lidelse” og ”svært fysisk handicap” 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antal og andel af borgere, der får udarbejdet en helhedsplan 2. Den oplevede kvalitet i sammenhængen set fra de praktiserende lægers perspektiv 3. Den oplevede kvalitet i sammenhæng set fra fysioterapeuters perspektiv 4. Den oplevede kvalitet i sammenhængen set fra borgernes perspektiv 5. Den oplevede kvalitet i sammenhængen set fra koordinatorernes perspektiv 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antal borgere, der modtager VF før forsøgets start og årligt under forsøgets løbetid 2. Samlet pris for VF og pris pr. borger før forsøgets start og årligt under forsøgets løbetid 3. Antal og art af ydelser samlet og pr. borger før forsøgets start og årligt under forsøgets løbetid

Grafisk fremstilling af projektets målsætning



4. Evalueringsdesign

Evalueringen af frikommuneprojektet om vederlagsfri fysioterapi er en kombination af en effektevaluering med fokus på effekterne af frikommuneforsøget for vederlagsfri fysioterapi og en procesevaluering med fokus på processer, relationer og sammenhænge blandt aktørerne.

Evalueringen har et komparativt element i sammenligningen mellem de deltagende kommuner. En komparation i forhold til kommuner uden for frikommuneforsøget er ikke mulig inden for rammerne af de deltagende kommuners evaluering, da adgang til henvisninger og undtagelsesredegørelser – som er det afgørende element i forsøget – ikke er muligt i de øvrige kommuner. Denne evaluering har derfor udelukkende fokus på udviklingen i Fredericia Kommune.

Opbygning i evalueringen følger strukturen fra evalueringsprotokollen.

Datamateriale

Dataudtræk baseret på aktiviteter og handlinger gennemhørt af det koordinerende team	Alle 463 henvisninger
Interview med frikommunekoordinatoren tilknyttet vederlagsfri fysioterapi	
Logsbogsnoter i forhold til alle henvisninger	
Interviews med borgere tilknyttet vederlagsfri fysioterapi	<ul style="list-style-type: none">• Seks borgere• Udvælgelseskriterier: accepteret en helhedsvurdering. I perioden 1. juli til 31. sep. 2015. I denne periode blev hver tredje udvalgt.
Fokusgruppe interviews med privatpraktiserende fysioterapeuter	<ul style="list-style-type: none">• Fire interviewdeltagere.• En repræsentant for de fire klinikker, hvor der er tilknyttet borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi
Interviews med privatpraktiserende læger	<ul style="list-style-type: none">• Tre læger• Udvalgt i gruppen af de 10 læger, der har videresendt flest henvisninger i ordningen i projektperioden
Økonomiske udtræk fra e-sundhed i perioden 2012-2015	Udtræk i forhold til antal ydelser, antal cpr.-numre samt arten af ydelser

5. Beskrivelse af målgruppen i projektet

Ordningen om vederlagsfri fysioterapi målrettet personer med svært fysisk handicap eller en progressiv lidelse. Formålet med ordningen er at forbedre målgruppens funktionsevne, vedligeholde funktioner eller forhale forringelse af funktioner. Vederlagsfri fysioterapi kan efter en lægehenvi sning gives til børn og voksne, som opfylder en række fastsatte kriterier.

Kriterier for vederlagsfri fysioterapi

Svært fysisk handicap	Progressiv sygdom
<ul style="list-style-type: none">• Har et svært fysisk handicap• Tilstanden er varig• Har en diagnose, som er omfattet af diagnoselisten	<ul style="list-style-type: none">• Funktionsnedsættelse som følge af en progressiv sygdom• Tilstanden er varig• En diagnose, som på diagnoselisten er klassificeret som en progressiv sygdom• Diagnosen er stillet af sygehusafdeling eller speciallæge i neurologi, reumatologi eller andet relevant speciale

Baseline ved projektets opstart

Datamaterialet i frikommuneprojektet er indsamlet i projektperioden fra 1. januar 2014 til 31. september 2015.

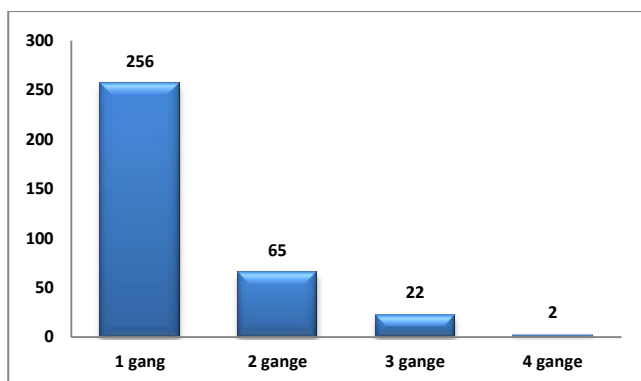
Tal fra E-sundhed viser, at 685 borgere var tilknyttet og benyttede sig af tilbuddet omkring vederlagsfri fysioterapi eller ride-fysioterapi i 2013. De samlede udgift til både speciale 62 vederlagsfri fysioterapi samt speciale 65 ride-fysioterapi udgjorde 5.048.291 kr. i 2013.

I perioden 2010 til 2013 forekom en stigning på 38,7 % i forhold til antallet af borgere, der anvendte vederlagsfri fysioterapi. I 2010 benyttede 494 borgere sig af tilbuddet. I sammen periode forekom der en udgiftsstigning på 28,4 % fra 3.930.852 kr. i 2010 til 5.048.291 kr. 2013.

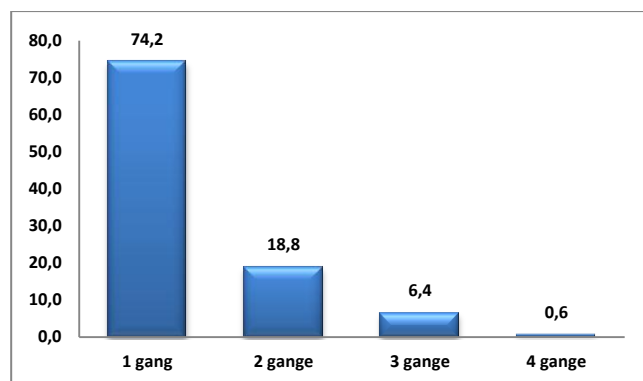
Beskrivelse af projektdeltagere

I projektperioden fra 1. jan. 2014 til 31. sep. 2015 har 345 borgere bosiddende i Fredericia Kommune deltaget i frikommune projektet omkring vederlagsfri fysioterapi. Der har i alt været 463 henvisninger. Det betyder, at flere deltagere er blevet henvist flere gange i projektperioden.

Graf 1: Henvisningsgange (antal)



Graf 2: Henvisningsgange (procent)



Størstedelen af deltagerne har været henvist en gang i projektperioden (74,2 %) til den koordinerende fysioterapeut. 18,8 % har været henvist to gange, 6,4 % har været henvist tre gange og blot 0,6 % har været henvist fire gange i projektperioden. I projektet forefindes der ikke data i forhold til, hvorvidt borgerne er nyhenviste til ordningen eller information i forhold til, hvor længe deltagerne har anvendt tilbuddet omkring vederlagsfri fysioterapi.

Hvis antallet af projektdeltagere sammenholdes med antallet af borgere tilknyttet ydelsen i 2013, svarer det til, at vi i projektet møder 50,4 % af de borgere, der er modtagere vederlagsfri fysioterapi. Dog er der kendskab til, hvorvidt samtlige 345 deltagerne borgere har været tilknyttet ordningen omkring vederlagsfri fysioterapi og ride-fysioterapi i 2013.

Kønsfordelingen blandt projektdeltagerne

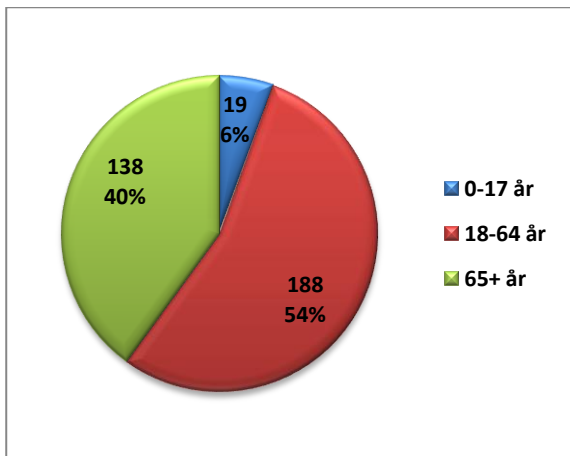
Evalueringen viser, at projektdeltagerne udgøres af 226 (65,5 %) kvinder og 119 (34,5 %) mænd. Kønsfordelingen blandt projektdeltagerne varierer ikke væsentligt fra kønsfordelingen blandt alle borgerne, der i 2014 modtog vederlagsfri fysioterapi. Blandt de 635 borgere, der modtog vederlagsfri fysioterapi var 409 kvinder (64,4 %) og 226 (35,6 %) var mænd.

Aldersfordeling blandt projektdeltagerne

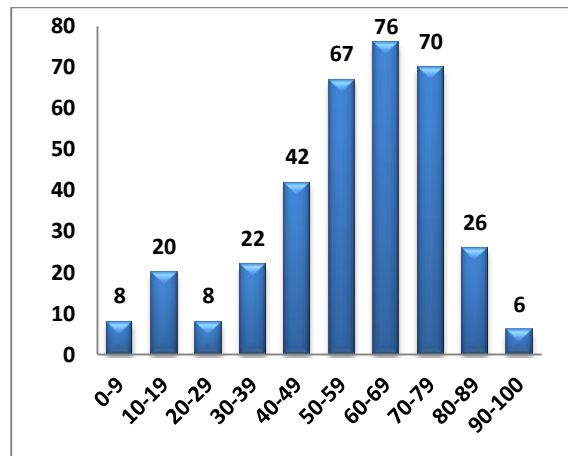
På tværs af de involverede kommuner i frikommuneprojektet inddeles projektets deltagere i alderskategorierne 0-17 år, 18-64 år og 65 år eller ældre. I Fredericia Kommune udgør aldersgruppen 0-17 år 19 deltagere. Dette svarer til 6 % af de samlede deltagere. 188 deltagere tilhører aldersgruppen 18-64 år. Dette svarer til 54 % af den samlede gruppe. 138 deltagere tilhører aldersgruppen 65 + svarende til 40 % af den samlede gruppe.

Når deltagerne aldersinddeles i 10 års grupperinger, ses det, at der er flest deltagere (76 deltagere), der tilhører aldersgruppen 60-69 år. Størsteparten (61,7 %) af deltagerne befinder sig i aldersgruppeintervallerne 50-79 år. Graf 3 viser, at antallet af deltagere øges med stigende alder frem til aldersgruppen 60-69 år. Derefter falder antallet med stigende alder.

Figur 1: Aldersfordelingen blandt projektdeltagerne (Procent)



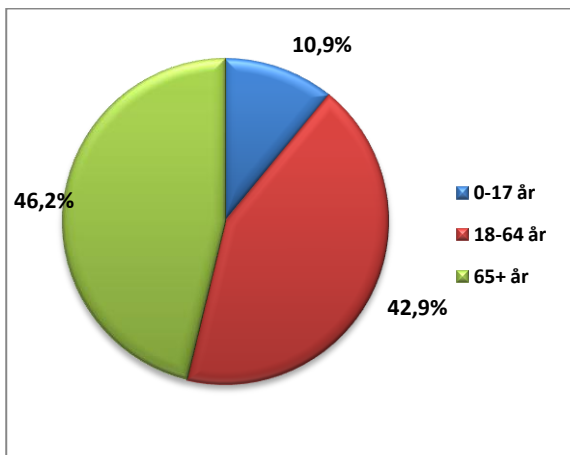
Graf 3: Aldersgruppefordelingen blandt deltagerne (antal)



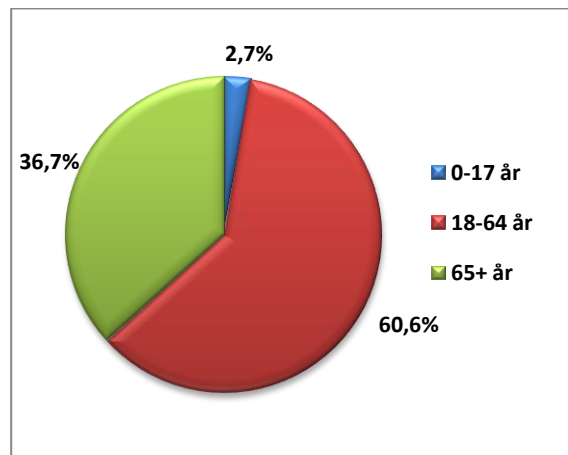
Kønsfordelingen i forhold til aldersgruppeinddeling

Den procentmæssige største andel af kvinder (60,6 %) tilhører alderskategorien 18-64 år. Blandt mændene tilhører den procentmæssige største andel (46,2 %) aldersgruppen 65 år eller ældre.

Figur 2: Aldersfordelingen blandt mænd (Procent)

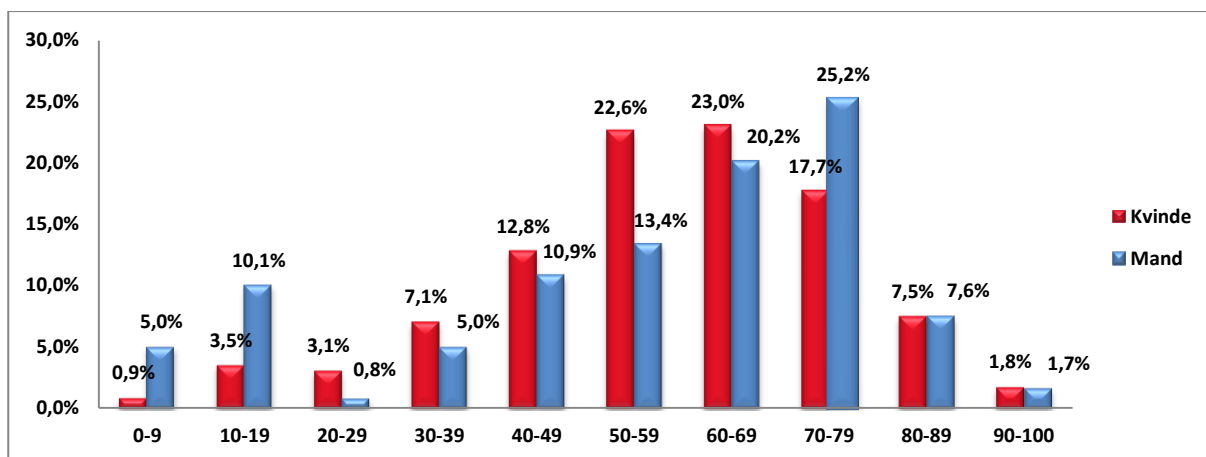


Figur 3: Aldersfordelingen blandt kvinder (procent)



Ved inddeling i 10- års intervaller ses det, at der er en større andel af mænd i aldersintervallerne 0-9 år og 10-19 sammenlignet med kvinder. 15,1 % af mændene sammenholdt med 4,4 % af kvinderne tilhører dette aldersinterval. Aldersgrupperne 50-59 år og 60-69 år udgør de to alderskategorier, hvor der forekommer den største procentmæssige andel af kvinder. Blandt mændene er det aldersgrupperne 69-69 år og 70-79 år, som er de to aldersgrupper, hvor der procentmæssigt er flest mænd.

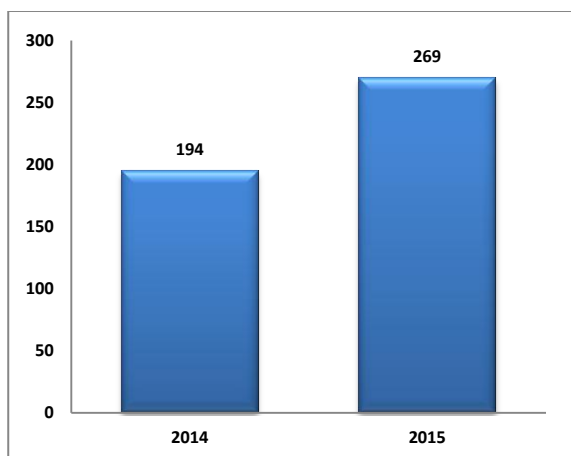
Graf 4: Køns- og aldersgruppefordeling (Procent)



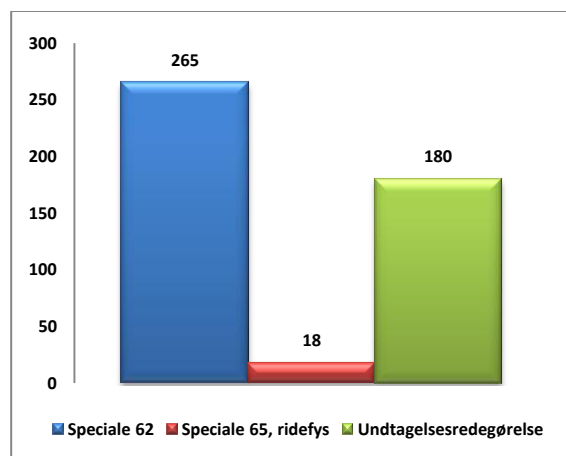
Henviingspecialer

I projektperioden var der i alt 463 henvisninger. 194 (41,9 %) henvisninger kom i 2014 og 269 (58,1 %) henvisninger kom i 2015. Dvs., at der fra 2014 til 2015 er sket en stigning i antal af henvisninger.

Graf 5: Henvisninger fordelt på år (antal)



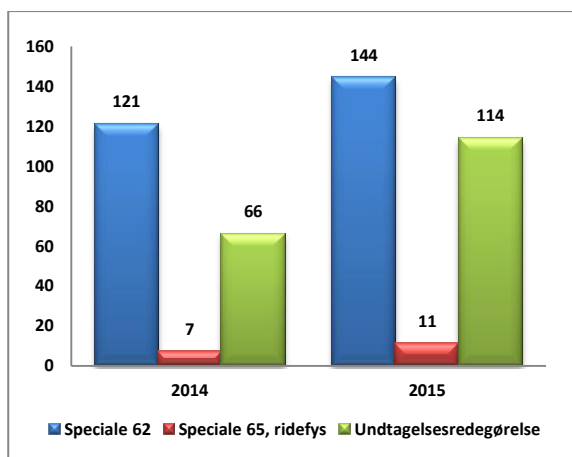
Graf 6: Henvisninger fordelt på speciale (antal)



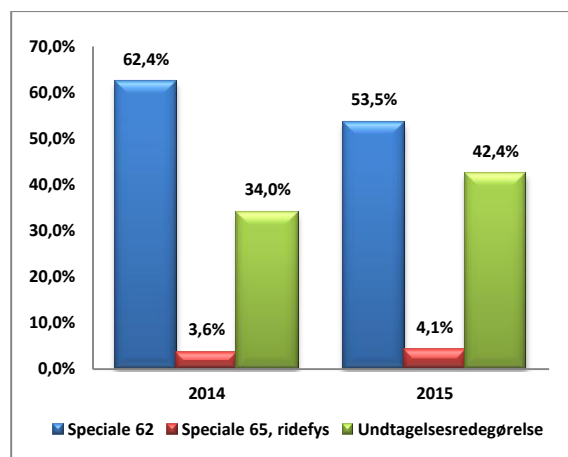
265 (57,2 %) af de samlede henvisninger omhandlede speciale 62, 180 (38,9 %) af henvisningerne er undtagelsesredegørelser og knap 3,9 % af henvisningerne er til speciale 65 ride-fysioterapi.

I projektet ses en forskel i fordelingen af antallet af henvisningsspecialer fra 2014 til 2015. I 2014 omhandlede 62,4 % af henvisninger speciale 62. Dette faldt til 53,5 % af de samlede henvisninger i 2015. Evalueringen viser, at der er en procentmæssig større andel af henvisninger, der omhandler undtagelsesredegørelser i 2015 sammenholdt med 2014.

Graf 7: Henvisningsspecialer fordelt på år (antal)



Graf 8: Henvisningsspecialer fordelt år (procent)

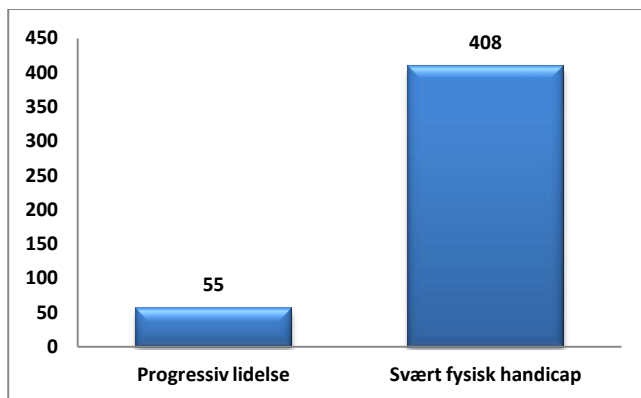


Henvisningskategori i forhold til progressiv lidelse eller svært fysisk handicap

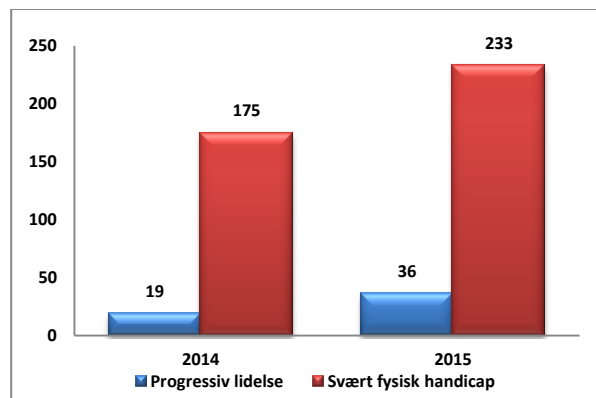
De fleste henvisninger i projektet skyldes svært fysisk handicap (88,2 %). Der er procentmæssigt en lidt større andel af mænd (90,1 %) sammenholdt med kvinder (87 %), der henvises med et svært fysisk handicap se graf 13.

I 2014 og 2015 er der forskel på fordelingen af henvisningskategorierne progressiv lidelse og svært fysisk handicap. Af de 55 henvisninger grundet en progressiv lidelse kom 65,5 % af henvisningerne i 2014. De progressive lidelser udgør 9,8 % af henvisningerne i 2014. Dette tal steg til 13,4 % af henvisninger i 2015.

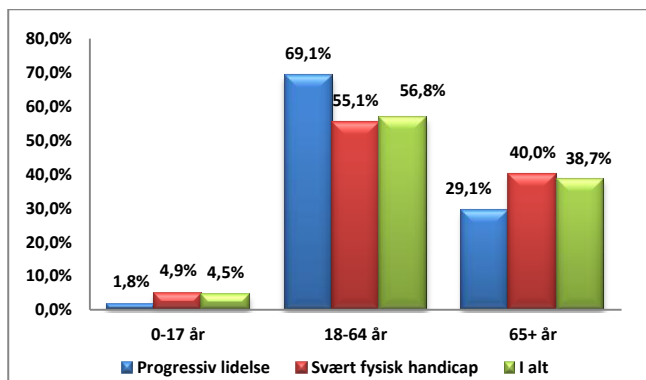
Graf 9: Henvisninger fordelt på kategori (antal)



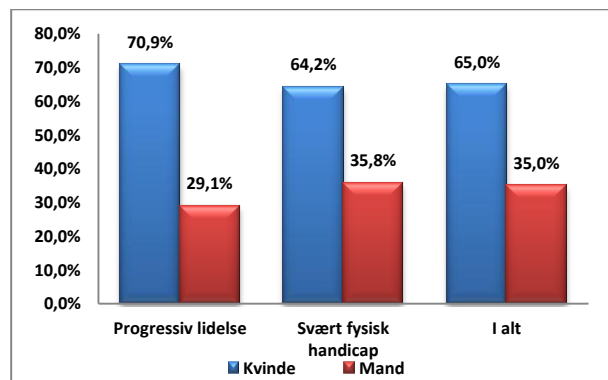
Graf 10: Henvisninger fordelt på kategori og år (antal)



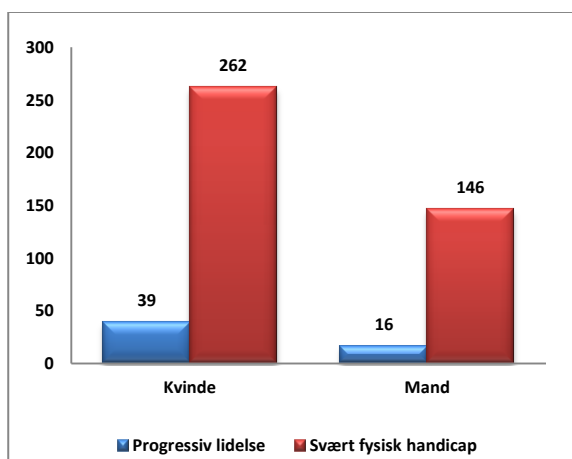
Graf 11: Henvisningskategori fordelt på alder (procent)



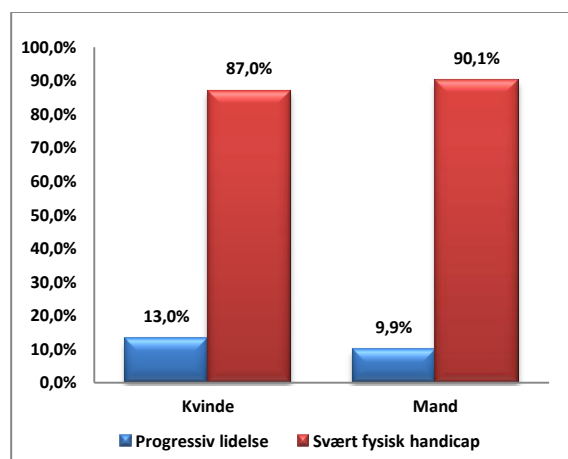
Graf 12: Henvisningskategori fordelt på køn (procent)



Graf 13: Henvisningskategori fordelt på køn (antal)



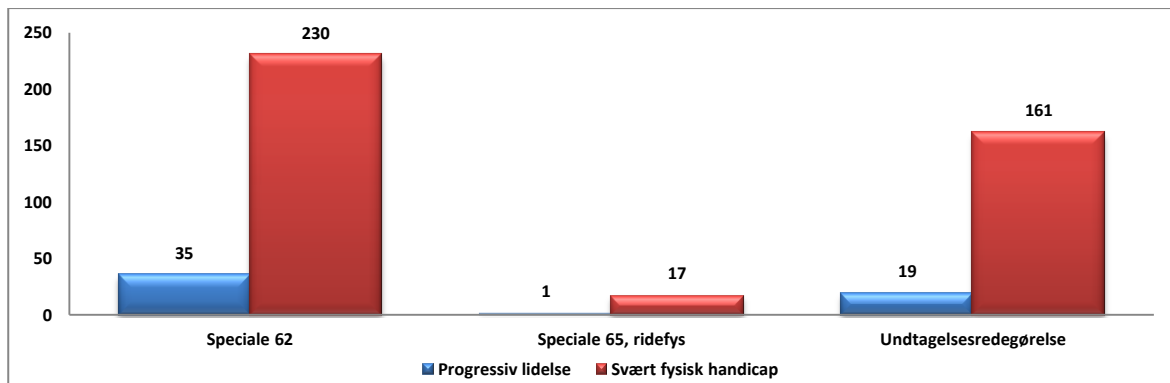
Graf 14: Henvisningskategori fordelt på køn (procent)



Henvisningskategori og henvisningsspeciale

I projektet har 35(13,2 %) deltagere, der henvises under speciale 62, en progressiv lidelse. 230 (86,8 %) har et svært fysisk handicap. 17 (94,4 %) af henvisningerne til speciale 65 – ride-fysioterapi er grundet svært fysisk handicap. Én enkelt henvisning omhandler progressiv lidelse.

Graf 15: Henvisningskategori fordelt på henvisningsspeciale (antal)

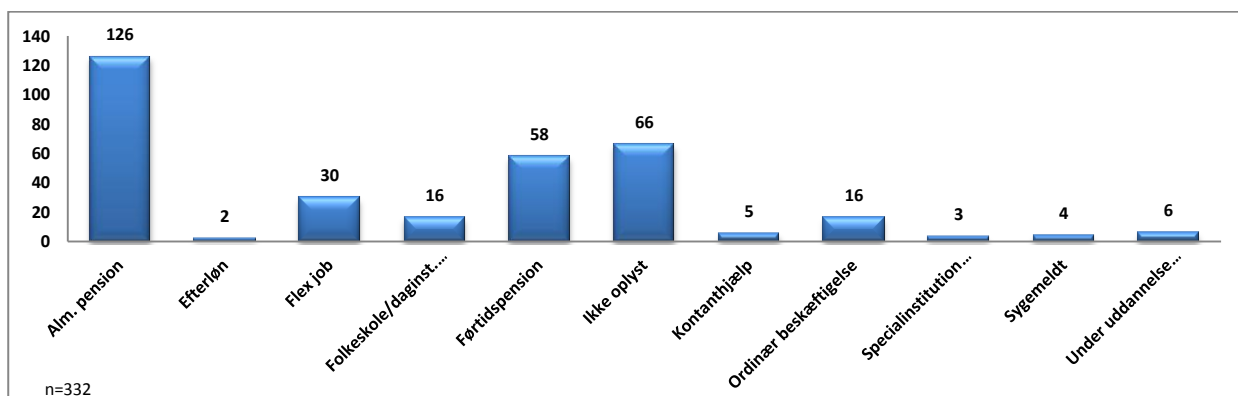


Fordelingen viser, at 161(89,4 %) af undtagelserne omhandler deltagere, der er kategoriseret med et svært fysisk handicap. 19 (10,6 %) har en progressiv lidelse.

5.1. Forsørgelsesgrundlag blandt projektets deltagere

Evalueringen viser, at 126 (38 %) deltagere får almindelig pension, 58 (17,5 %) får førtidspension, 30 (9 %) er i flexjob og 16 (4,8 %) er i ordinær beskæftigelse. En stor udfordring ved datamaterialet er, at deltagernes forsørgelsesgrundlag ikke er oplyst ved 66 (19,6 %) deltagere.

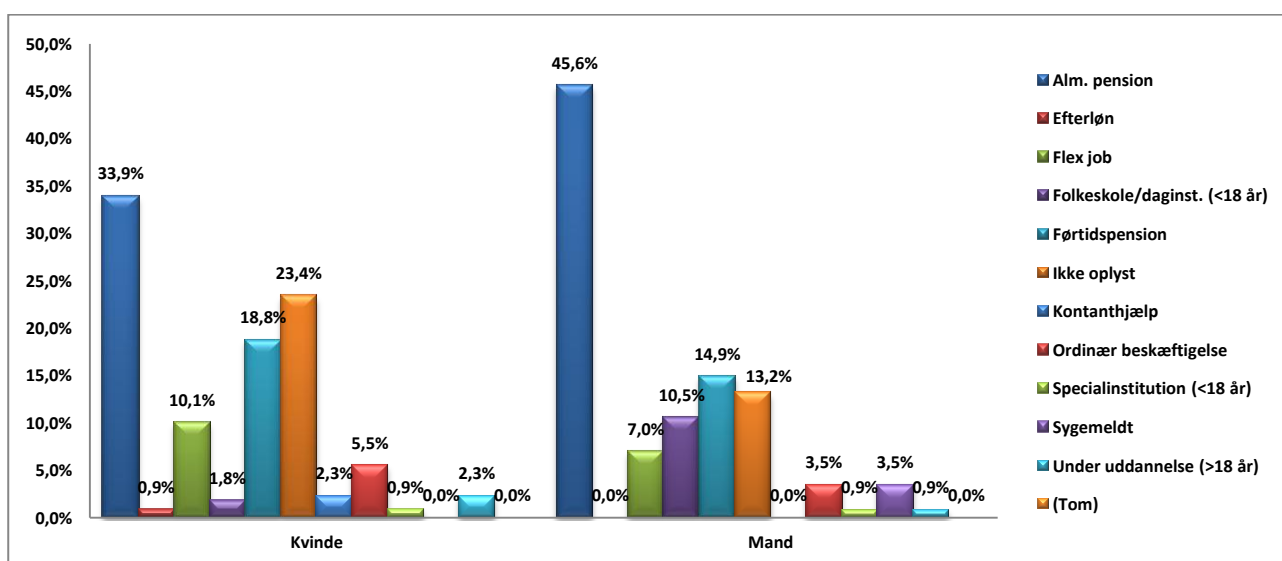
Graf 16: Forsørgelsesgrundlag blandt deltagerne (antal)



Der forekommer kønsforskel i deltagernes forsørgelsesgrundlag. Blandt projektdeltagerne er der en procentmæssig større andel af mændene (45,6 %) sammenlignet med kvinderne (33,9 %), der modtager almindelig pension. 10,1 % af kvinderne sammenlignet med 7 % af mændene er i flexjob, 18,8 % af kvinderne sammenlignet med 14,9 % af mændene får førtidspension. 5,5 % af kvinderne og 3,5 % af mændene er tilknyttet ordinær beskæftigelse.

Ved 23,4 % af kvinderne og 13,2 % af mændene er forsørgelsesgrundlaget ikke oplyst.

Graf 17: Forsørgelsesgrundlag fordelt på køn (procent)

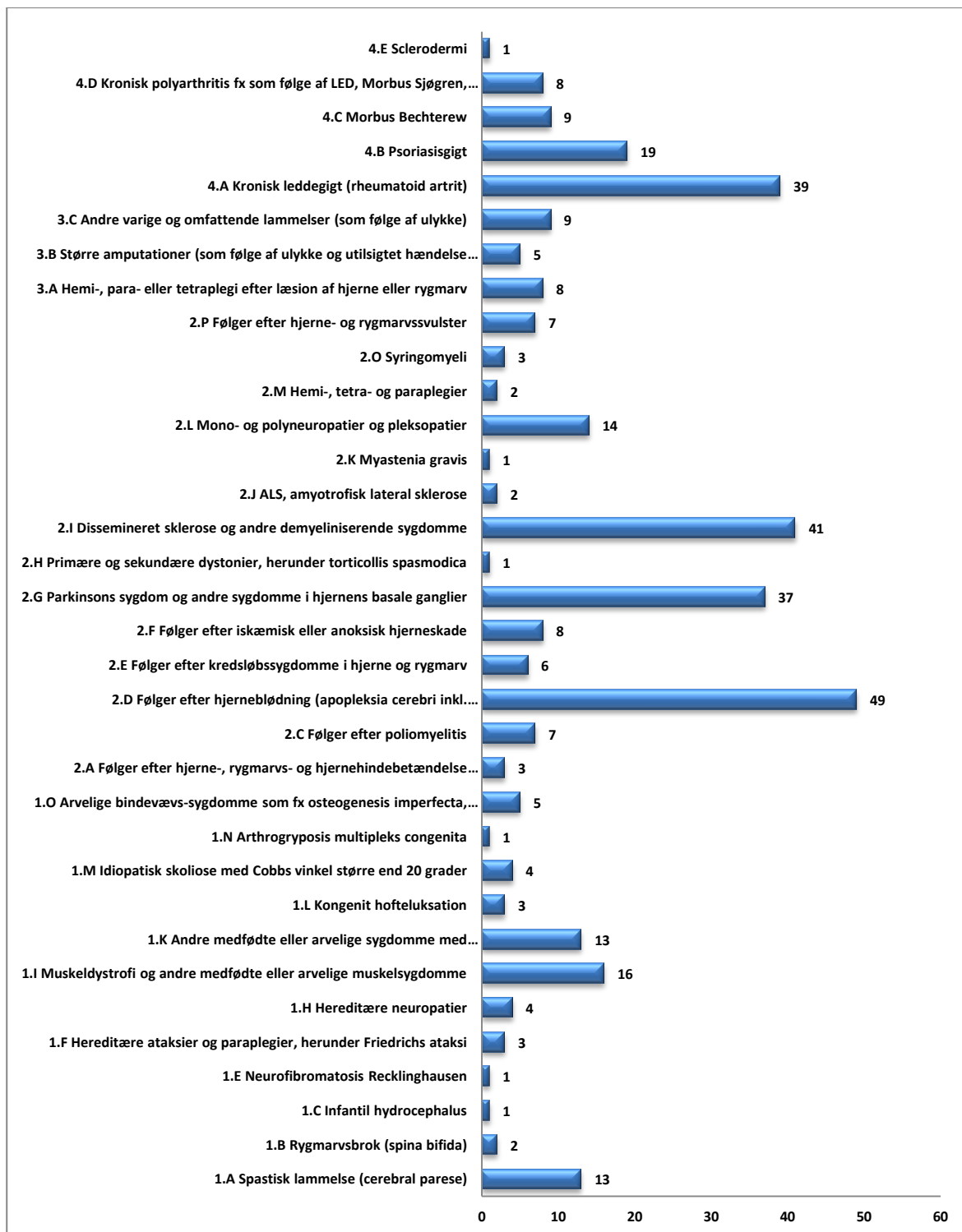


Note: TOM betyder, at diagnosen ikke er oplyst.

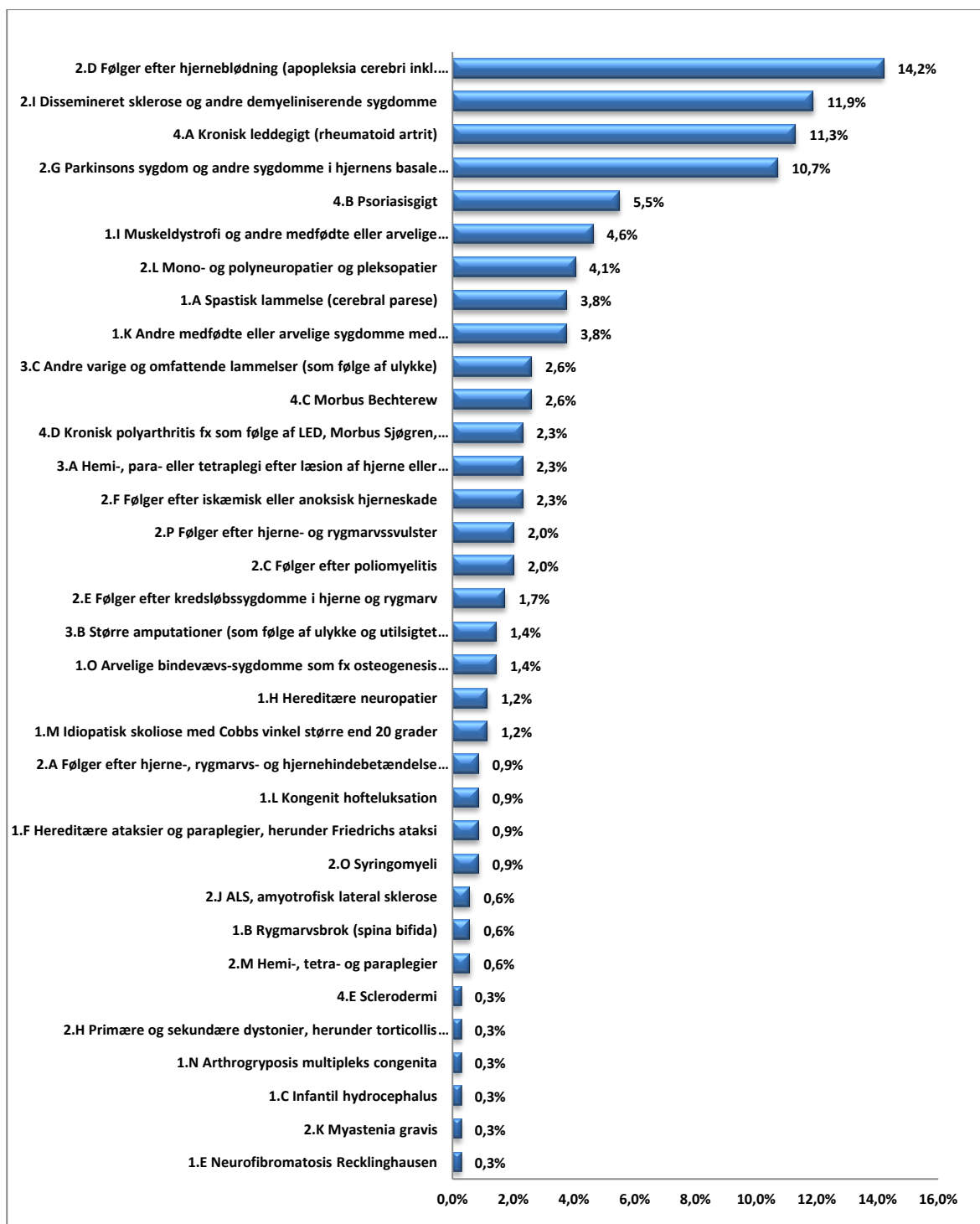
5.2. Diagnosekoder og diagnosegrupper blandt projektdeltagerne

I projektet er der 34 forskellige diagnosegrupper repræsenteret. Der er flest projektdeltagere (14,2 %) henvises pga. en hjerneblødning. 11,9 % henvises pga. dissemineret sklerose, 11,3 % henvises grundet kronisk leddegigt og 10,7 % henvises med Parkinson Sygdom.

Graf 18: Fordeling af diagnosekoder efter diagnosegrupper (antal)



Graf 19: Fordeling af diagnosekoder i størrelsesorden (procent)



Blandt mænd og kvinder, er der lidt variation i forhold til hvilke sygdomsdiagnose koder, der er hyppigst repræsenteret. Blandt kvinderne er der flest henvisninger pga. kronisk leddegigt (15 %) og dissemineret sklerose (14,2 %), mens det blandt mænd er følger efter hjerneskade (21 %) og Parkinson Sygdom (16 %).

Tabel 1: Diagnosekoder fordelt efter flest henvendelser for kvinder (antal og procent)

Nr.	Diagnose	Antal	%
1	4.A Kronisk leddegigt (rheumatoid artrit)	34	15,0
2	2.I Dissemineret sklerose og andre demyeliniserende sygdomme	32	14,2
3	2.D Følger efter hjerneblødning (apopleksia cerebri inkl. subarachnoidalblødning)	24	10,6
4	2.G Parkinsons sygdom og andre sygdomme i hjernens basale ganglier	18	8,0
5	4.B Psoriasisgigt	16	7,1
I alt		114	54,9

Tabel 2: Diagnosekoder fordelt efter flest henvendelser fordelt på mænd (antal og procent)

Nr.	Diagnose	Antal	%
1	2.D Følger efter hjerneblødning (apopleksia cerebri inkl. Subarachnoidalblødning)	25	21,0
2	2.G Parkinsons sygdom og andre sygdomme i hjernens basale ganglier	19	16,0
3	1.I Muskeldystrofi og andre medfødte eller arvelige muskelsygdomme	9	7,6
4	2.I Dissemineret sklerose og andre demyeliniserende sygdomme	9	7,6
5	1.A Spastisk lammelse (cerebral parese)	7	5,9
I alt		69	58,1

Diagnosekoder fordelt på aldersgrupper

I projektet forekommer der i forhold til de tre aldersgruppe kategorier en forskel på tilstedeværelsen af de enkelte diagnosekoder. Tabel 3 viser de diagnosekoder, der er hyppigst repræsenteret i forhold til de tre aldersgrupper. Dog nævnes der kun to ved børn.

Tabel 3: Tre hyppigste diagnosekoder fordelt på aldersgrupper (antal)

Børn i aldersgruppen 0-17 år (19 deltagere)	Voksne i aldersgruppen 18-64 år	Ældre i aldersgruppen 65 år eller ældre
<ul style="list-style-type: none"> Fem er henvist i forhold til diagnosekoden 1.L muskeldystrofi og andre medfødte eller arvelige muskelsygdomme 1. K andre medfødte eller arvelige sygdomme med funktionsnedsættelser som fx adreno-leukodystrofi, spielmeyer-Vogts syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> 33 deltagere med diagnosekoden 2I dissemineret sklerose og andre af de myeliniserende sygdomme 25 deltagere med diagnosekoden 4. A kronisk leddegigt 15 deltagere med diagnosekoden 4.B Psoriasisgigt 	<ul style="list-style-type: none"> 35 deltager med diagnosekoden 2.D følgende efter en hjerneblødning 31 deltagere med diagnosekoden 2.G Parkinsons sygdom 14 med diagnosekoden 4.A Kronisk leddegigt

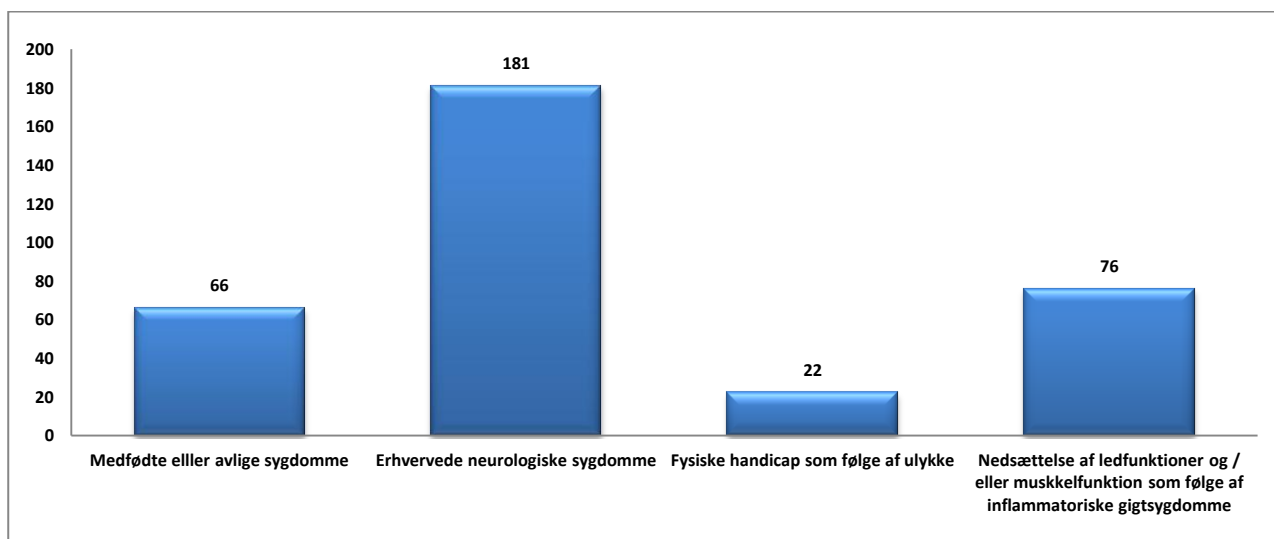
5.3. Diagnosegrupper blandt projektdeltagerne

Der er 43 diagnosekoder, der er omfattet af ordningen omkring vederlagsfri fysioterapi speciale 62 og ride-fysioterapi speciale 65. De 43 diagnosekoder fordeler sig på fire overordnede diagnosegrupper.

Diagnosegrupper omfattet af vederlagsfri fysioterapi og ride-fysioterapi

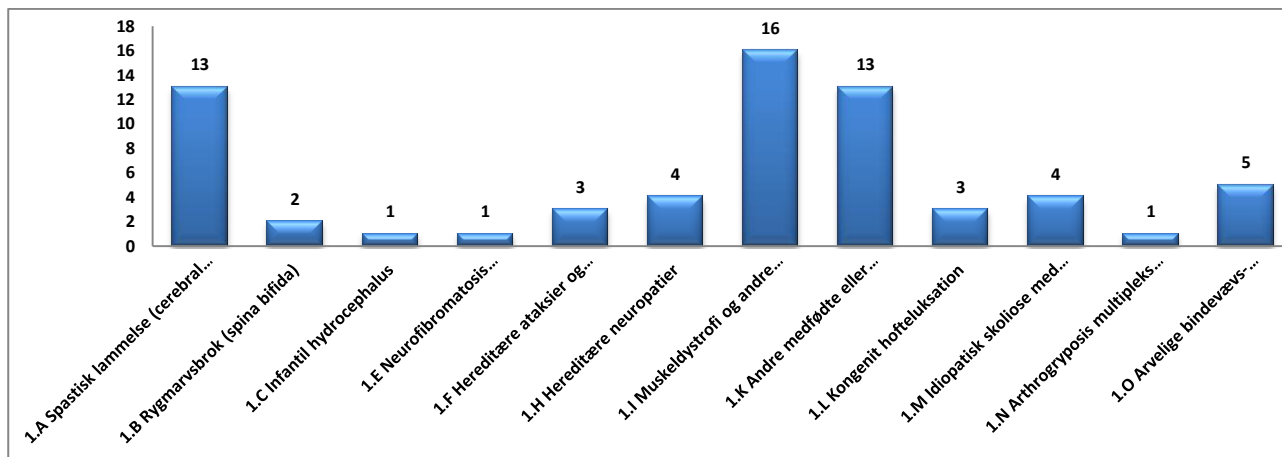
1. Medfødte og arvelige sygdomme
2. Erhvervede neurologiske lidelser
3. Fysiske handicap som følge af ulykke
4. Nedsættelse af ledfunktioner og / eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme

Graf 20: Diagnosegrupper i forhold til henvisninger (antal)



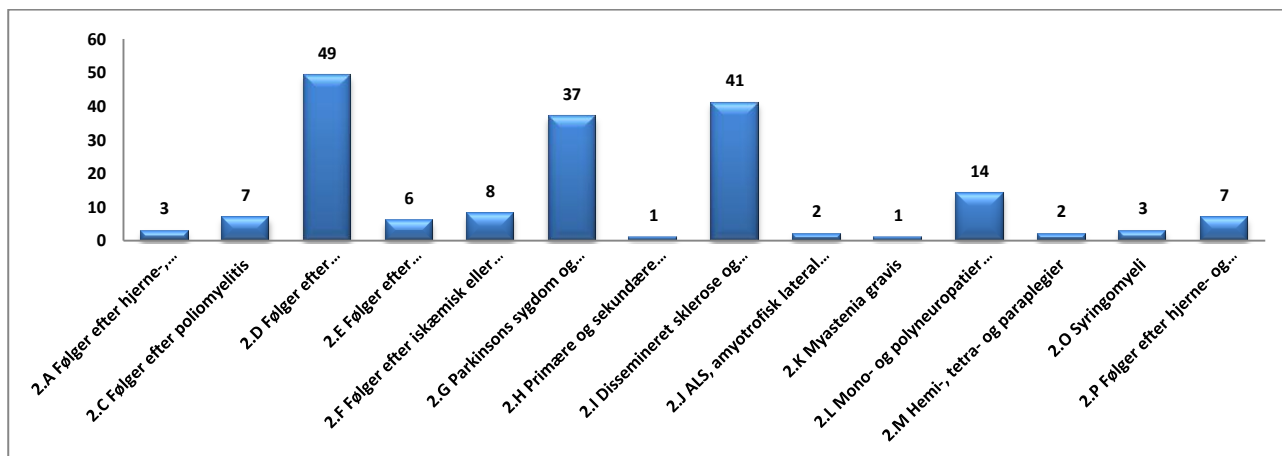
181 (52,5 %) er tilknyttet projektet pga. erhvervede neurologiske sygdomme, 76 (22 %) har nedsættelser i led-funktioner og / eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme. 66 (19,1 %) er inkluderet i projektet pga. medfødte eller arvelige sygdomme. 22 (6,4 %) har fysisk handicap som følge af en ulykke.

Graf 21: Medfødte eller arvelige sygdomme (antal)



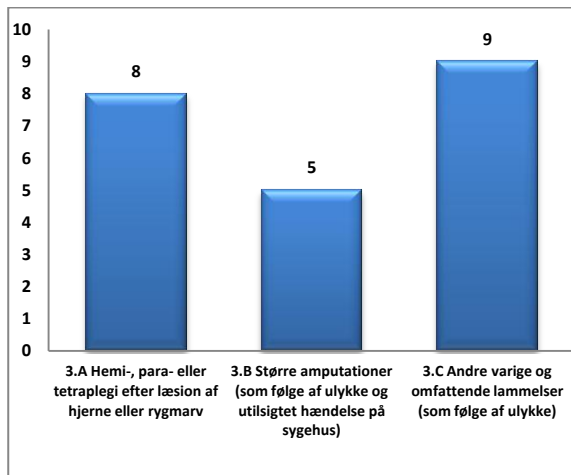
Blandt de 66 projektdeltagere med en medfødt sygdom er der tre diagnosekoder, hvor der forekommer flere en 10 deltagere. 16 deltagere har muskeldystrofi, 13 deltagere har spastisk lammelse og 13 har andre medfødte eller arvelige sygdomme.

Graf 22: Erhvervede neurologiske sygdomme (antal)

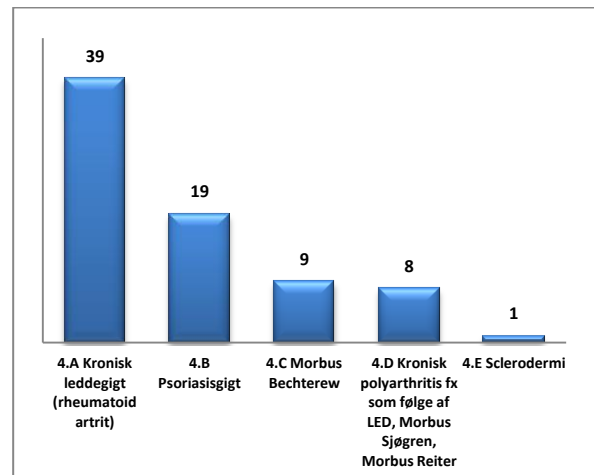


Erhvervede neurologiske sygdomme er den største diagnosegruppe med 181 deltagere. De diagnosekoder under denne diagnosegruppe, hvor der er flest deltagere repræsenteret, er henholdsvis følge efter hjerneskade (49 deltagere), dissemineret sklerose (41 deltagere), Parkinson Sygdom (37 deltagere) samt mono- og polyneuropatier (14 deltagere).

Graf 23: Fysiske handicap som følge af ulykke (antal)



Graf 24: Nedsættelser af ledfunktion og / eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme (antal)



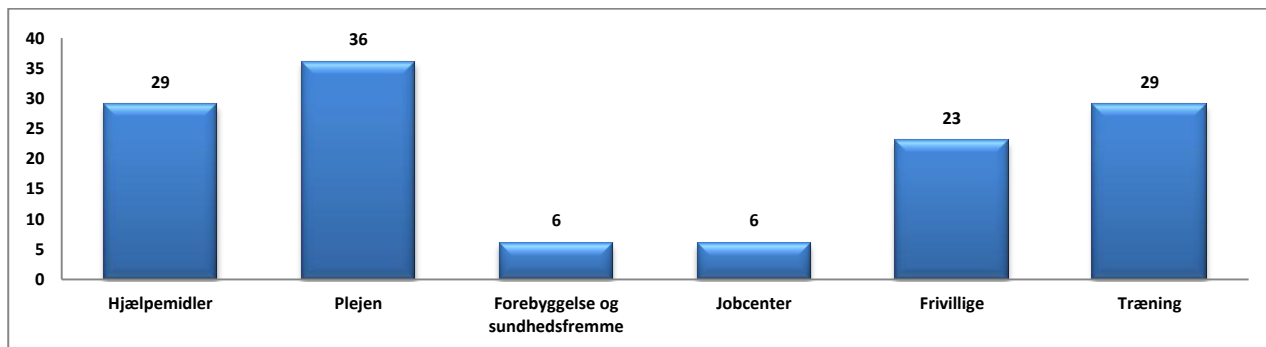
22 projektdeltagere har et fysisk handicap som følge af en ulykke. Ni deltagere har varige eller omfattende lammelser, otte deltagere har lammelse i dele eller i hele kroppen som følge af læsion af hjerne eller rygmarv. Fem deltagere har fået foretaget større amputationer.

76 projektdeltagere har nedsættelser i led og / eller muskelfunktioner som følger af en inflammatorisk gigtsygdom. De to diagnosekoder, hvor der er flest deltagere tilknyttet, er kronisk leddegigt (39 deltagere) og psoriasisgigt (19 deltagere).

6. Kontakt til samarbejdspartnere som resultat af helhedsvurderingen

Projektet har fokus på at koordinere og igangsætte indsatser, der styrker borgernes funktionsevne og afhjælper problematikker relateret til hverdagsaktiviteter. Det betyder, at der kan iværksættes andre støttende indsatser, som en del af tilbuddet. I projektperioden har den koordinerende fysioterapeut rettet henvendelse 129 gange til en samarbejdspartner. Størstedelen af henvendelserne har været til plejen (27,9 %) i Fredericia Kommune, hjælpemidler (22,5 %), træning (22,5 %) eller frivillige (17,8 %). Henvendelserne har udelukkende omhandlet aldersgrupperne 18-64 år og 65 år eller ældre.

Graf 25: Ekstra kontakt i forbindelse med helhedsvurderingen (antal)



I aldersgruppen 0-17 år har kontakten med koordinatoren medført et begrænset antal af kontakter til andre fagafdelinger i Fredericia Kommune eller til øvrige samarbejdspartnere.

Tabel 4: Antal ekstra kontakter fordelt på aldersgrupper (antal)

Aldersgrupper	Hjælpemidler	Plejen	Forebyggelse og sundhedsfremme	Jobcentret	Frivillige	Træning	I alt	%
0-17 år	0	0	0	0	1	0	1	0,8
18-64 år	13	14	3	6	15	15	66	51,2
65+ år	16	22	3	0	7	14	62	48,1
I alt	29	36	6	6	23	29	129	100

Ved en relativ stor andel af henvendelserne har deltagerne i forvejen kontakt til en eller flere kommunale fagafdelinger. I projektet bliver kendskabet målt på, om deltagerne er registreret i det kommunale omsorgssystem KMD CARE. I forhold til de i alt 463 henvendelser i projektperioden sker 89,4 % af henvendelserne for deltagere, som i forvejen er registreret i omsorgssystemet KMD CARE.

Tabel 5: Tilknytning til omsorgssystemet KMD CARE (antal og procent)

Aldersgrupper	Ja	%	Nej	%
0-17 år	20	95,2 %	1	4,8 %
18-64 år	227	86,3 %	36	13,7 %
65+ år	167	93,3 %	12	6,7 %
I alt	414	89,4 %	49	10,6 %

Henvist til anden træning end vederlagsfri fysioterapi

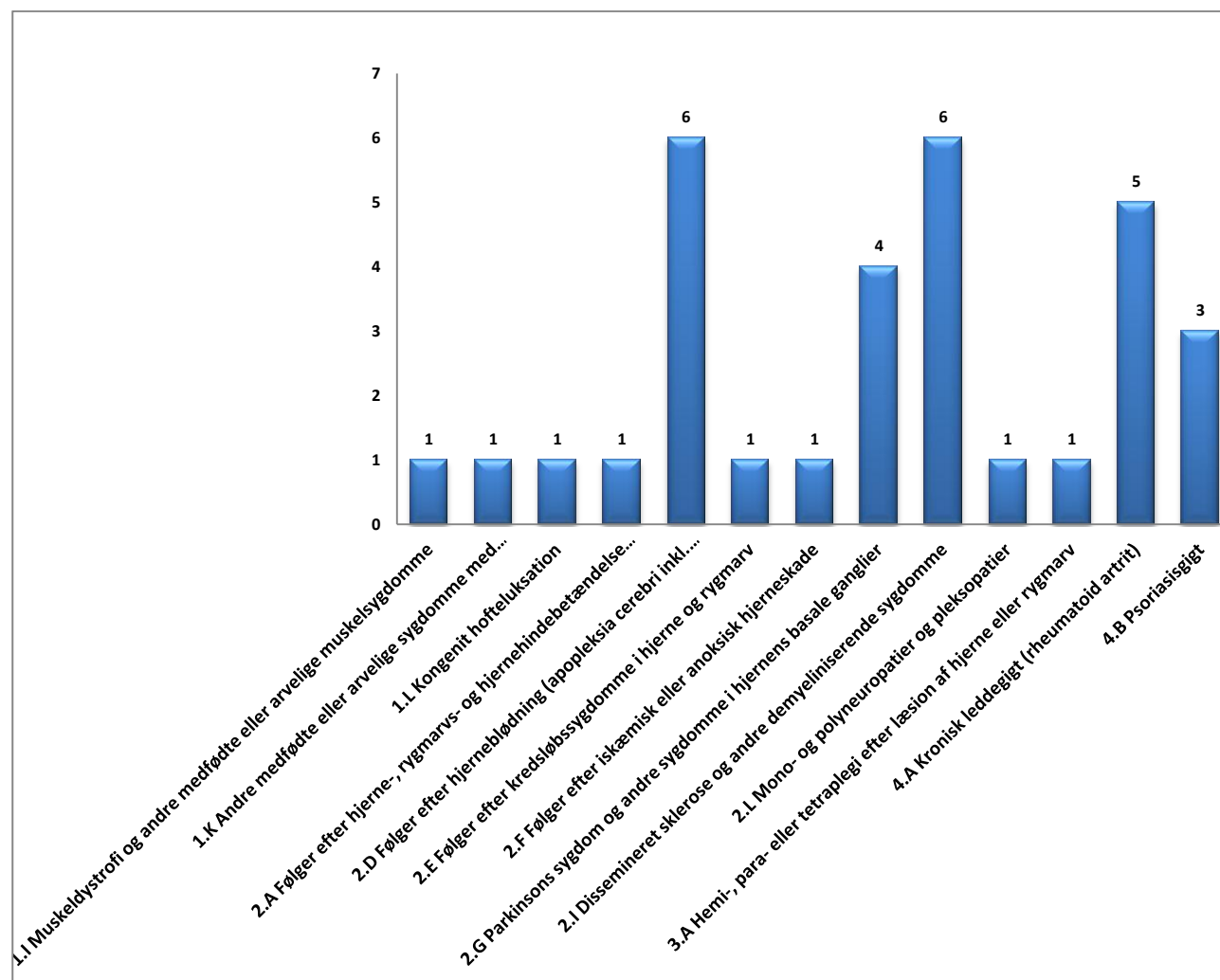
32 projektdeltagere blev vejledt til en anden træning efter en anden lovgivning end vederlagsfri fysioterapi. Der forekom i 2014 og 2015 lige mange henvisninger til andre træningsformer end vederlagsfri fysioterapi. Der er ligeledes lige mange mænd som kvinder, der henvises til en anden træningsform.

Blandt de 32 deltagere, der er henvist til en anden træningsform har seks af deltagerne følger efter en hjerneblødning, seks deltagere har dissemineret sklerose, fem har kronisk leddegigt og fire har Parkinson Sygdom.

Tabel 6: Vejledt til anden træning efter henvisningsspeciale (antal)

Henvisningsspeciale	Antal
Speciale 62	25
Undtagelsesredegørelse	7
I alt	32

Graf 26: Henvisning til anden træningsform fordelt på henvisningsdiagnose (antal)



7. Øget kvalitet med fokus på kommunikation og samarbejde

Formålet med frikommuneforsøget er at øge kvaliteten af henvisningerne og undtagelsesredegørelsen. I projektet forstås øget kvalitet i forhold til, hvorvidt henvisningerne og undtagelsesredegørelserne til speciale 62 vederlagsfri fysioterapi og til speciale 65 ride-fysioterapi er udfyldt korrekt.

Forventninger

- At kvaliteten af henvisninger vil stige under forsøget.

Resultat

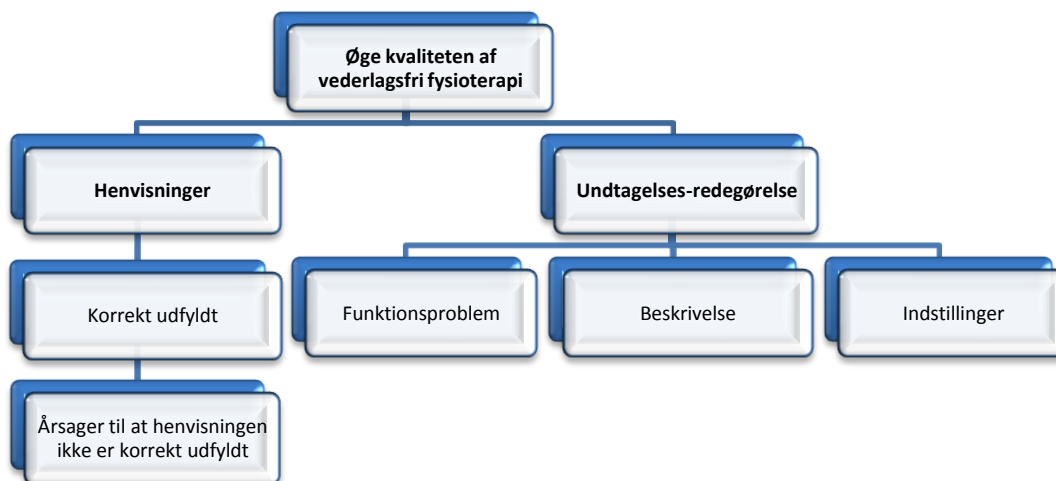
Henvisninger

- 34,3 % af henvisninger er udfyldt korrekt.
- Der forekommer en stigning i antal henvisninger, der er korrekt udfyldt fra 27,4 % i 2014 til 40 % i 2015.
- Den hyppigste årsag til fejlhenvvisninger (73,2 %) er, at der ikke er en beskrivelse af det aktuelle sygdomsbillede og/eller funktionsnedsættelse.

Undtagelsesredegørelser

- 70 % af undtagelsesredegørelserne indeholder tilstrækkelig information om deltagernes funktionsproblem.
- Kvaliteten af undtagelsesredegørelserne øges. I 2014 indeholder 54,5 % af undtagelsesredegørelserne tilstrækkelig information. I 2015 indeholder 78,9 % af undtagelsesredegørelserne tilstrækkelig information.
- 63,3 % af undtagelsesredegørelserne indeholder en tilstrækkelig beskrivelse. I projektperioden ses en fremgang fra 48,5 % i 2014 til 71,9 % i 2015.
- 57,2 % indstillingerne til undtagelsesredegørelserne indeholder tilstrækkelig oplysninger. I 2014 indeholder 42,4 % af indstillingerne tilstrækkelige oplysninger. Dette øges til 65,8 % i 2015.

Evalueringsparametre på måling af øget kvalitet



Projektet bygger på den antagelse, at kvaliteten af henvisninger vil forbedres i projektperioden. Det skyldes, at den koordinerende fysioterapeut har fokus på, at henvisningerne er udfyldt korrekt og løbende har dialog med samarbejdspartnerne omkring evt. fejl i henvisningerne.

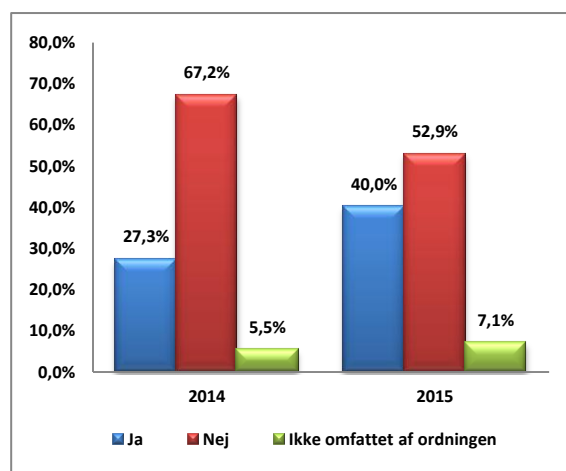
8. Korrekt udfyldelse af henvisninger til speciale 62 vederlagsfri fysioterapi og speciale 65 ride-fysioterapi

Evalueringen viser, at 34,3 % af henvisningerne til speciale 62 og speciale 65 er udfyldt korrekt. Ved 18 henvisninger er borgerne slet ikke omfattet af ordningen. Resultaterne viser samtidig, at kvaliteten af henvisninger øges i projektperioden. I 2014 var 27,3 % af henvisningen udfyldt korrekt. Dette stiger til 40 % i 2015. I 2014 var syv borgere på henvisningstidspunktet ikke omfattet af ordningen. I 2015 var der 11 borgere, som ikke var omfattet af ordningen. Dvs., at der i projektperioden er sket en øget forekomst af henvisninger på borgere, som ikke er omfattet af ordningen. Der er dog tale om få deltagere. Samtidig viser projektet, at mere en halvdelen af henvisningerne ikke er udfyldt korrekt. I 2014 var 67,2 % af henvisningerne ikke udfyldt korrekt. I 2015 var dette faldet til 52,9 %.

Tabel 7: Korrekt henvisning til speciale 62 og 65 (Antal og procent)

Korrekt henvisning	Antal	%
Ja	97	34,3 %
Nej	168	59,4 %
Ikke omfattet af ordningen	18	6,4 %
Hovedtotal	283	100,0 %

Graf 27: Korrekt henvisning fordelt på år (procent)



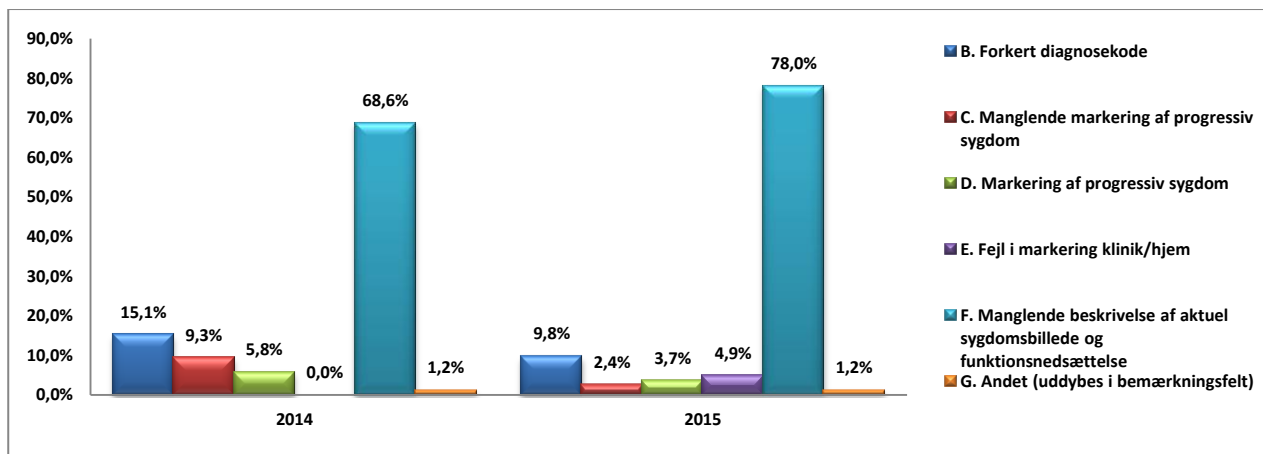
Der er flere årsager til, at henvisningen ikke er udfyldt korrekt. Størstedelen (73,2 %) skyldes, at der er en mangelfuld beskrivelse af deltagernes aktuelle sygdomsbillede og / eller beskrivelse af deres konkrete funktionsnedsættelse. Når dette ikke fremgår af henvisningen, er det svært at vurdere, hvilke tilbud deltagerne har behov for. Ved 12,5 % af deltagerne optræder der en forkert diagnosekode på henvisningen.

Tabel 8: Årsager til forkert udfyldt henvisning (antal og procent)

Fejl	Antal	%
Forkert diagnosekode	21	12,5 %
Manglende markering af progressiv sygdom	10	6,0 %
Markering af progressiv sygdom	8	4,8 %
Fejl i markering klinik/hjem	4	2,4 %
Manglende beskrivelse af det aktuelle sygdomsbillede og funktionsnedsættelse	123	73,2 %
Andet	2	1,2 %
Hovedtotal	168	100,0 %

Der sker i perioden en ændring i forhold til den procentmæssige fordeling af årsagerne til, at henvisningen ikke er udfyldt korrekt. I 2014 var årsagen til, at henvisningen ikke var udfyldt korrekt i 15,1 % tilfældene, at der var angivet en forkert diagnose. Dette var faldet til 9,8 % af fejlhenvisninger i 2015. Dvs., at der i projektperioden sker et fald i den procentmæssige andel af henvisninger, som ikke er udfyldt korrekt grundet forkert diagnose.

Graf 28: Årsager til forkert udfyldning af henvisning fordelt på år (procent)



Evalueringen viser, at manglende beskrivelse af det aktuelle sygdomsbillede eller funktionsevne udgør en større andel af årsagerne i 2015 sammenlignet med 2014. Blandt årsager til forkert udfyldning af henvisningen udgør manglende beskrivelse af sygdomsbilledet 78 % af årsagerne i 2015.

8.1. Korrekt udfyldelse af undtagelsesredegørelser

I hele projektperioden modtog Fredericia Kommune 180 undtagelsesredegørelser. Ganske få undtagelsesredegørelser indeholdte ikke oplysninger omkring funktionsproblemet. 126 (70 %) af undtagelsesredegørelserne indeholder tilstrækkelige oplysninger omkring funktionsproblemet. 39 (21,7 %) af undtagelsesredegørelserne er udfyldt, men oplysningerne er mangelfulde.

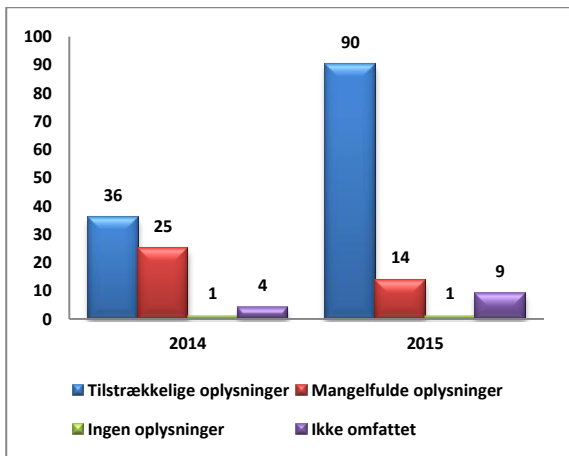
Tabel 9: Funktionsproblem på undtagelsesredegørelsen (antal og procent)

Funktionsproblem	Antal	%
Ingen oplysninger	2	1,1 %
Mangelfulde oplysninger	39	21,7 %
Tilstrækkelige oplysninger	126	70,0 %
Ikke omfattet eller ej udfyldt	13	7,2 %
I alt	180	100,0 %

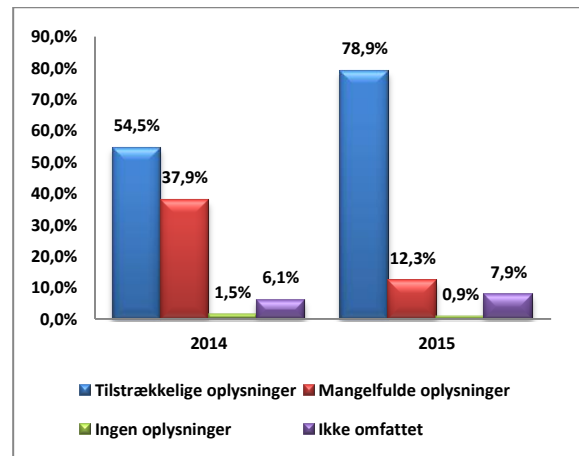
Note: i kategorien ikke omfattet eller ej udfyldt er der fem deltagere, der ikke opfylder kriterierne.

I projektperioden øges kvaliteten af undtagelsesredegørelserne. I 2014 forekom der tilstrækkelig information ved 54,5 % af undtagelsesredegørelserne. Dette var i 2015 steget til 78,9 %.

Graf 29: Funktionsproblem på undtagelsesredegørelsen fordelt på år (antal)



Graf 30: Funktionsproblem på undtagelsesredegørelsen fordelt på år (procent)



Beskrivelse af borgerne på undtagelsesredegørelsen

63,3 % af undtagelsesredegørelserne indeholder en tilstrækkelige beskrivelse af borgerne.

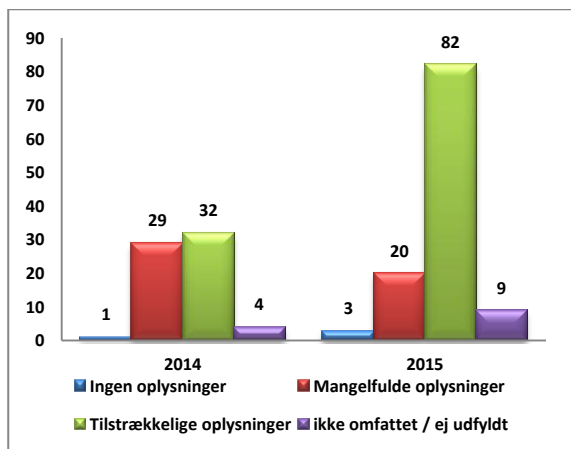
Tabel 10: Beskrivelse på undtagelsesredegørelserne (antal og procent)

Beskrivelse	Antal	%
Ingen oplysninger	4	2,2 %
Mangelfulde oplysninger	49	27,2 %
Tilstrækkelige oplysninger	114	63,3 %
Ikke omfattet / ej udfyldt	13	7,2 %
I alt	180	100,0 %

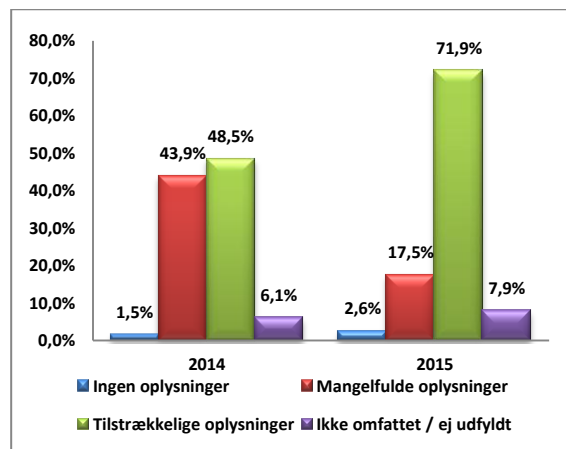
Evalueringen viser, at kvaliteten af beskrivelsen øges fra 2014 til 2015. I 2014 indeholder 32 (48,5 %) af beskrivelserne tilstrækkelige oplysninger. Dette tal er øget til 82 (71,9 %) i 2015.



Graf 31: Beskrivelse på undtagelsesredegørelsen fordelt på år (antal)



Graf 32: Beskrivelsen på undtagelsesredegørelsen fordelt på år (procent)



Indstilling på undtagelsesredegørelse

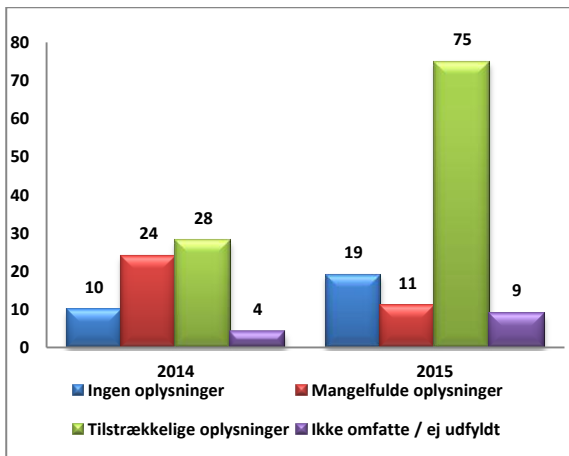
57,2 % af undtagelsesredegørelserne indeholder indstillingen tilstrækkelige oplysninger. 16,1 % af samtlige indstillinger i projektperioden indeholder ingen oplysninger.

I projektperioden ses en øget kvalitet i forhold til, hvorvidt indstillingen indeholder tilstrækkelige oplysninger. I 2014 indeholder 42,4 % af indstillingerne tilstrækkelige oplysninger. Dette øges til 68,8 % i 2015. Den procentmæssige andel af indstillingerne, som ikke indeholder oplysninger, er stort set uændret fra 2014 til 2015.

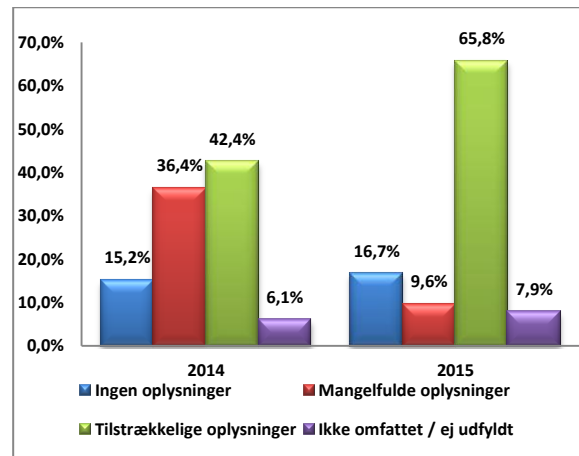
Tabel 11: Indstilling på undtagelsesredegørelsen (antal og procent)

Indstilling	Antal	Procent
Ingen oplysninger	29	16,1 %
Mangelfulde oplysninger	35	19,4 %
Tilstrækkelige oplysninger	103	57,2 %
Ikke omfattet/ej udfyldt	13	7,2 %
I alt	180	100,0 %

Graf 33: indstilling på undtagelsesredegørelsen fordelt på år (antal)



Graf 34: Indstilling på undtagelsesredegørelsen fordelt på år (procent)



9. Den oplevede kvalitet set og vurderet fra de fagprofessionelles perspektiver

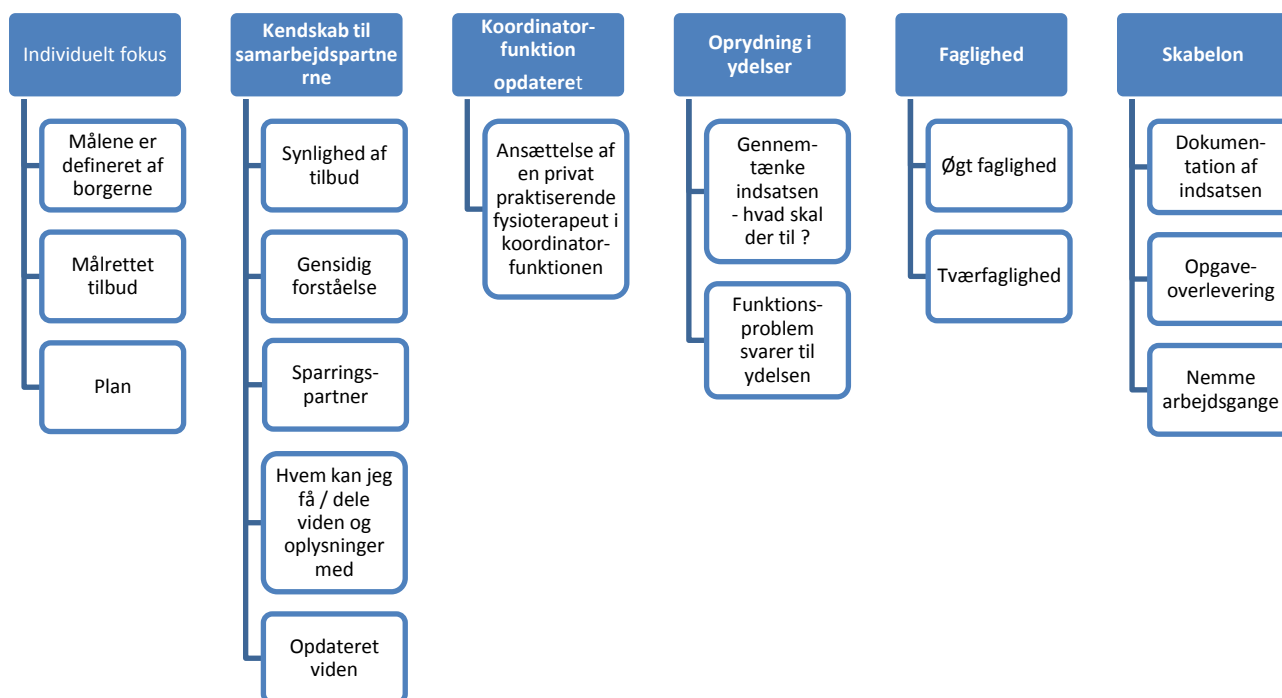
Det er en del af frikommuneprojektets kerne, at der kommer en **øget** (hyppigere) kommunikation både mellem den koordinerende fysioterapeut, de privatpraktiserende læger, de privatpraktiserende fysioterapeuter omkring indsatsen til borgerne.

Forventninger

- Øget kommunikation omkring indsatsen
- At den øgende kommunikation vil blive opfattet som et kvalitetsløft
- At koordinatorfunktionen muligvis vil blive opfattet som unødvendig ekstra arbejde

I interviewene med de privatpraktiserende læger, privatpraktiserende fysioterapeuterne og den koordinerende fysioterapeut fremhæves nedenstående temaer som enten at være fremmende eller hæmmende i forhold til at øge eller hæmme kvaliteten af vederlagsfri fysioterapi.

Fremmende faktorer og gevinster ved projektet ses fra de fagprofessionelles perspektiv



9.1. Hvad er det egentligt borgerne vil? – fokus på borgernes mål

Den koordinerende fysioterapeut fremhæver, at projektets fornemmeste resultat er, at der er kommet et fokus på borgernes egne mål frem for, hvad de fagprofessionelle har af ønsker og forventninger til, hvad borgerne skal kunne opnå. Det vil sige, at det er borgernes mål, der afgør, hvad den konkrete indsats kommer til at indeholde. Borgerne modtager ikke længere en standardpakke.

"Jamen fokus er på, at borgerne skal have det bedste... men også et målrettet tilbud ud fra, hvad borgernes mål er. Så det er altid borgernes mål, der afgør hvad tilbuddet bliver. Det synes jeg, er det vigtigste.... ()... Det der med at kommunikere med borgerne og høre, hvad de vil, i stedet for hele tiden at have den der behandlerrolle på sig, hvor man bestemmer for borgerne. Der glemmes nogen gange at høre, hvad borgerne gerne vil. Der er nok en forestilling om at eksperten ved bedst" (Koordinerede fysioterapeut).

I sundhedssamtalen med borgerne eller når den koordinerende fysioterapeut modtager en henvisning til vederlagsfri fysioterapi vurderer den koordinerende fysioterapeut, hvorvidt indsatsen skal suppleres med tilbud. Dette gøres for at understøtte borgernes funktionsevne bedst muligt.

"Ved vederlagsfri fysioterapi (ordningen) tænkes der kun træning og terapi. Derfor er det så vigtigt at borgerne får tilbuddet (om en sundhedssamtale), da man kigger på, hvordan de har det og om de kunne have behov for andre ting som eks. ergoterapi". (Koordinerende fysioterapeut).

Det vil sige, at der ikke opstilles standardmål i forbindelse med vederlagsfri fysioterapi. Målene er individuelle. De tilrettes og justeres derved løbende i forhold til ændringer i borgernes funktionsevne og daglige behov. Den koordinerede fysioterapeut fremhæver ligeledes, at hun ser en tendens til, at målene nu tænkes i forhold til borgernes mulighed for at deltage i daglige aktiviteter. Før projektet blev igangsat, var der en tendens til udelukkende at fokusere på borgernes fysiske funktionsproblem.

9.2. Kendskab og samarbejde

"Vi har helt klart fået et lettere samarbejde med Kommunen (Fredericia Kommune) nu. Vi ved simpelthen, hvem vi skal snakke med – på en nem måde. Det er super godt. Vi har fået mere fokus på det samlede tilbud, altså får de andet end det, du får ved os. Det havde vi i mindre grad før. Vi har lavet et dokument, som en tjekliste vi bruger til vores statusredegørelser, hvor vi hver gang stiller spørgsmålet, om de (borgerne) modtager anden behandling end den, de får ved os". (privat praktiserende fysioterapeut)

Ovenstående citat tydeliggør flere gevinster ved projektet. De privatpraktiserende fysioterapeuter oplever for det første, at der er blevet etableret et bedre samarbejde. De privatpraktiserende fysioterapeuter ved nu, hvem de kan rette henvendelse til, når de har spørgsmål. De ved, hvem de kan kontakte, når der er behov for at justere indsatsen eksempelvis, når der forekommer ændringer i borgernes livssituation.

For det andet oplever de privatpraktiserende fysioterapeuter, at den indsats, som borgerne modtager, bliver sammenhængende og koordineret med andre indsatser. Det betyder, at tilbuddet er målrettet borgernes aktuelle behov. Derudover er fysioterapeuterne, som en del af projektet, begyndt at udarbejde en form for skabelon, som de anvender i forbindelse med udarbejdelse af statusredegørelserne. Skabelonen har den betydning, at de privatpraktiserende fysioterapeuter lettere får et systematisk overblik over, hvilke andre former for behandling, borgerne modtager. Skabelonen gør at en kollage kan overtage eksempelvis i forbindelse med sygdom eller ferie.

En anden fysioterapeut nævner ligeledes, at kvaliteten af statusredegørelserne er blevet bedre, fordi de nu anvendes som kommunikationsværktøj mellem de involverede samarbejdspartnere. Tidligere var det bare et formelt papir, der lovmæssigt skulle foreligge.

"Man kan se, at det, at vi er begyndt at lave nogle rigtig gode statusredegørelser er jo primært for at kunne kommunikere med Kommunen (Fredericia Kommune)". (Privat praktiserende fysioterapeut).

Statusredegørelserne bruges nu også som værktøj til at holde hinanden opdateret

"Jeg tænker, specielt de her undtagelsesredegørelser, der har vi jo faktisk forsynet kommunen (Fredericia Kommune) med et enormt godt materiale, om de her patienter. Det synes jeg da må være værdifuldt". (Privat praktiserende fysioterapeut)

En anden supplerer.

"Det må jo være vores fysiske beskrivelser, der danner baggrund for – og den tillid til, at det jo selvfølgelig er rigtigt, det der står i. Det er det I (Fredericia Kommune) bygger videre på "..... jeg har faktisk oplevet, at den kommunale koordinator har foreslået, at der skal nogle ekstra ydelser oven i". (privat praktiserende fysioterapeut)

Udover at statusredegørelserne fungerer som et kommunikationsværktøj samarbejdspartnerne imellem, oplever fysioterapeuterne også, at arbejdet med at udfylde statusredegørelserne konkret har bevirket, at der er opstået en form for tillid samarbejdspartnerne imellem. I begyndelsen havde de privatpraktiserende fysioterapeuter en bekymring i forhold til, hvorvidt borgerne ville få et ringere tilbud eller helt miste deres ydelser. Det er dog ikke længere en oplevelse eller en bekymring, der er fremherskende på evalueringstidspunktet.

9.3. Den koordinerede indsats – videndeling på tværs

Et betydningsfuldt element i projektet er fokus på informationsudveksling mellem de involverede partnere. Informationsudvekslingen gør, at samarbejdspartnerne får et bedre indblik i hinandens arbejdsfelt. Dette bevirker, at samarbejdspartnerne har fået større tillid, tiltro og tryghed. Derudover har det medført, at samarbejdspartnerne i højere grad har et overblik over, hvilke tilbud og indsatser, som borgerne i forvejen har afprøvet.

"Ja, jeg har meget fokus på, at det er vigtigt, at man giver alle de informationer, man har videre til fysioterapeuterne (privatpraktiserende fysioterapeuter). Og det giver mening for borgerne, så at de ikke skal afprøve nogen ting igen og igen" (Den koordinerende fysioterapeut).

Fysioterapeuterne italesætter gevinsten af, at der på tværs af samarbejdspartnerne er kommet et fælles fokus på de samme mål.

"Det vil være en fordel også at arbejde med de samme mål. Det er muligt nu, når man både kan kommunikere..... og man nu direkte kan ringe ud og snakke med nogle folk (fagfolk) og høre, hvad er det lige for nogle mål, vi arbejder hen imod. Er der noget at hente her....er der noget, vi har overset. Jo flere øjne, der er på – og det er der jo mange gange, men de snakker ikke sammen de forskellige ejermænd af de her øjne" (privatpraktiserende fysioterapeut).

Den koordinerende fysioterapeut udtrykker:

"Formålet er at prøve at koordinere indsatserne på tværs, så både borgerne, lægen og fysioterapeuterne og evt. Plejen ved, hvad hinanden har gang i. Når jeg informerer om det, så synes de alle sammen, at det er en super god idé, fordi flere savner, at der er lavet en plan, som alle kender til, så de ikke skal til at forklare det flere gange... ()....Jeg forsøger jo at lave planer og få beskrevet kontaktpersoner, så jeg opfordrer fysioterapeuterne (de privatpraktiserende fysioterapeuter) til at kontakte dem. Jeg beskriver måske også, hvad de arbejder med, og hvad der kunne være relevant"(koordinerende fysioterapeut).

9.4. Oprydning i ydelser og bedre statusredegørelser

"Jeg synes, at der er rigtig fint, at der bliver ryddet op – det har der trængt til. Det har jeg følt. Der har været meget. Jeg vil ikke kalde det rodet, men der har været nogen, der har fået noget, som de måske ikke har været berettiget til. Jeg tror ikke, at der er sket en voldsom koven-ding...()....Jeg tror, at nogen af dem, der måske ikke har været berettiget til individuel behandling f.eks. er blevet sorteret fra nu – og det synes jeg kun er godt".(Privat praktiserende fysioterapeut).

Et resultat af projektet er, at de privatpraktiserende fysioterapeuter mere eller mindre systematisk har gennemgået alle de borgerforløb de er tilknyttet. I gennemgangen har der været fokus på, hvorvidt borgerne har den rigtige diagnose, deres funktionsproblem og hvorvidt indsatsen er målrettet aktuelle behov. De har derved foreta-

get et kvalitetstjek af deres egne indsats og derved sikret, at borgerne får den indsats, som de har krav på og behov for.

”Vi har opgraderet vores undtagelsesredegørelser og statusser, så de er blevet super gode på klinikkerne. Vi har flyttet os meget”. (privatpraktiserende fysioterapeut)

Den koordinerende fysioterapeut fremhæver ligeledes, at statusredegørelserne i projektperioden er blevet markant bedre. I opstartsfasen var det vanskeligt at bruge de eksisterende statusredegørelser eller henvisninger til at vurdere, om borgerne fik en optimal indsats, da de var mangelfulde.

En anden praktiserende fysioterapeut siger:

”De er blevet markant mere fyldestgørende, fra hvor det næsten har været irrelevant, hvad der stod i det, så skrev lægen jo bare under, fordi det næsten var ligegyldigt. Det var jo bare en blanket, der skulle udfyldes og så var det jo næsten ligegyldigt, hvad der stod. Der er ligesom kommet fokus på nu, hvad der står i dem, om det er korrekt og sådan noget” (Privatpraktiserende fysioterapeut).

9.5. Hæmmende faktorer

Videreformidling af alle undtagelsesredegørelser

I projektet er det den koordinerende fysioterapeut, der kontakter borgerne i forhold til at foretage en helheds-vurdering. Dette sker, når den koordinerende fysioterapeut modtager en henvisning eller en undtagelsesredegørelse. Det er den praktiserende læge, der skal videreformidle undtagelsesredegørelsen til den koordinerende fysioterapeut. Hvis dette ikke sker, er der i projektet ikke mulighed for at foretage justering eller korrigerende indsats. Det betyder, at det ikke er alle borgere, der får mulighed for at få justeret deres indsats.

Et fremadrettet indsatsområde kunne være, at rette fokus på at alle undtagelsesredegørelser videresendes til den koordinerende fysioterapeut.

Når en ydelse forsvinder – eller erstattes af noget bedre

En hæmmende faktor er ligeledes, at det kan være vanskeligt, at formidle informationen til borgerne om, at en ydelse ændres eller forsvinder. De privatpraktiserende fysioterapeuter eller de praktiserende læger har ikke oplevet den store modstand fra borgerne, når det har været dem, der har informeret borgerne. Men de har dog alle oplevet, at der er borgere, der er blevet kedede af det eller sure.

”Jeg synes ikke, at jeg har oplevet de store problemer, men det er jo klart, at hvis man har været vant til at få noget gratis i flere år, og så skal lige pludselig til at betale for det så bliver man jo også fordi man har fået at vide, at man har krav på det, kan man sige” (Privatpraktiserende fysioterapeut).

Den koordinerende fysioterapeut forsøger altid at motivere borgerne til at deltage i sundhedssamtalen, selvom borgerne ikke er berettiget til ordningen. Sundhedssamtalen kan betyde, at der kan igangsættes en anden indsats, som har fokus på at bibeholde borgernes funktionsevne. Sundhedssamtalen har fokus på at målrette i forhold til borgernes behov

”Jeg tilbyder altid at vejlede borgere, der ikke er vurderet til at være omfattet af ordningen, til at komme i gang med noget andet – eller, at vi sammen kan finde frem til noget andet. Det kan også være, at borgerne kan have fordel af et forløb efter eksempelvis serviceloven...(!)... Vi har jo haft fokus på at skabe mere kvalitet for borgerne i træningen og skabe sammenhæng, så borgerne får det bedste tilbud. Og dem der ikke er omfattet, de skal så hjælpes eller vejledes til noget andet. (Koordinerende fysioterapeut)

Koordinerende funktion – hvordan gør vi det smartest fremadrettet?

I interviewene fremhæves det, at det har haft stor værdi, at der var ansat en privatpraktiserende fysioterapeut i den koordinerende funktion. Dette har været med til at skabe større forståelse for projektet og har bevirket, at der er opbygget tiltro og tillid samarbejdspartnerne i mellem

”Som Preben (privatpraktiserende fysioterapeut) siger, kunne det godt være nogle uafhængige, altså nogle fysioterapeuter, der bliver ansat til det (den koordinerende funktion) og som sad og styrede det Der er ingen tvivl om, at det har gavnet borgerne rigtig meget, og så kan det godt være, at det har været med til at spare lidt. Men jeg tror, at dét, der er sket er, at der er mange, der er blevet flyttet i de rigtige kasser ift. hvad de har behov for” (privat praktiserende fysioterapeut).

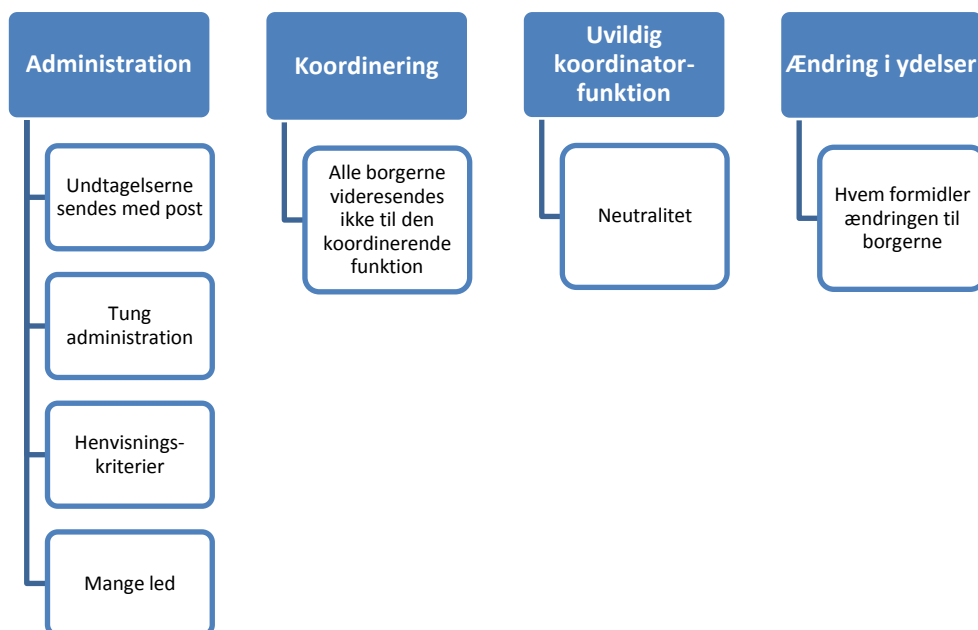
Status- og undtagelsesredegørelserne

De privatpraktiserende fysioterapeuter gør opmærksom på, at det tager tid at udarbejde statusredegørelserne. Lægerne fortæller, at de godt kan se, at statusredegørelserne er blevet mere detaljeret. De privatpraktiserende læger vurderer ikke, at det for dem er problemfyldt at udfylde undtagelsesredegørelserne. De gør dog opmærksom på, at de ikke har specifikt kendskab til eller viden om træning og træningsmetoder. Derfor kan det for dem være vanskeligt at vurdere, om borgerne modtager et optimalt tilbud eller hvad de konkret skal henvises til.

Administration og henvisningskriterier

Alle samarbejdspartnerne gør opmærksom på, at administrationen omkring ordningen er tung. Der er mange og hyppige sagsgange. Udvekslingen af dokumenter foregår fortsat via post. Der er fortsat mange fejlhenvisninger. De privatpraktiserende læger vurderer at henvisningskriterierne er tydelige, dog viser evalueringen af der imellem samarbejdspartnerne er forskellige opfattelser og vurderinger af, hvornår en borger eksempelvis er svært fysisk handicappet. Derfor giver det mening på tværs af de forskellige samarbejdspartnere at skabe en fælles definition af målgruppen.

Hæmmende faktorer



Hvad giver god mening at rette blikket på fremadrettet?

Mødestruktur	• Bibeholde mødestrukturen mellem samarbejdspartnerne
Uvildig koordinator	• Neutralitet
Indsats på børneområdet	• Koordinerende funktion på børneområdet
Sagsgange	• Præcise statusredegørelser • Privatpraktiserende læge - muligvis et ekstra led • Forenkles
Sundhedssamtalen	• Tværfaglig sundhedssamtale
Ydelser til borgere som har en meget nedsat funktionsevne	• Optimering af ydelserne
Den progressive gruppe	• Overblik og optimering og sammentænkning af tilbud
Opfølgning på vejledning	• At samarbejdspartnerne giver en tilbagemelding til den koordinerende fysioterapeut
Rammer	• Flere rammer end overenskomsten og en simpel vejledning
Begrebsafklaring	• Simplificere henvisningskriterierne • Tydelighed i forhold til begrebet svært fysisk handicap

9.6. De rette tilbud til de rette borgere

Forventninger

- *Det antages i projektet, at der henvises borgere til vederlagsfri speciale 62 eller speciale 65- ride-fysioterapi uden, at borgerne reelt er omfattet af ordningen*

Resultater

- Størstedelen (93,7 %) af deltagerne opfylder kriterierne for vederlagsfri fysioterapi
- Den primære årsag til, at deltagerne ikke opfylder kriterierne er at handicapgraden ikke giver ret til vederlagsfri fysioterapi
- Der sker ikke en ændring i projektperioden i forhold til henvisninger, der ikke opfylder kriterierne

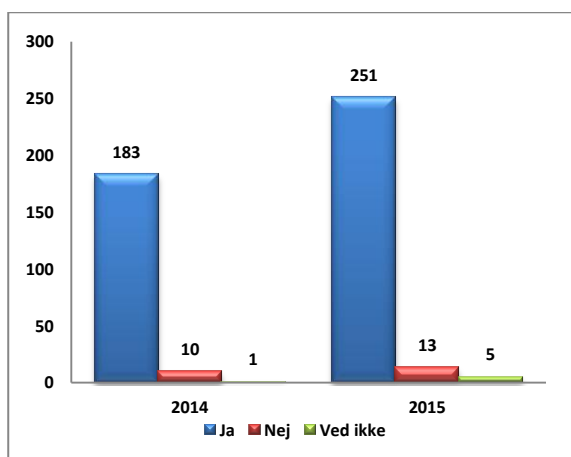
Evalueringen viser, at 434 (93,7 %) af deltagerne opfylder kriterierne for at få vederlagsfri fysioterapi eller ride-fysioterapi. Dvs., at hovedparten af deltagerne, som henvises, er berettiget til vederlagsfri fysioterapi eller ride-fysioterapi.

Tabel 12: Opfylder kriterier i forhold til speciale 62, speciale 65 og undtagelsesredegørelser (antal og procent)

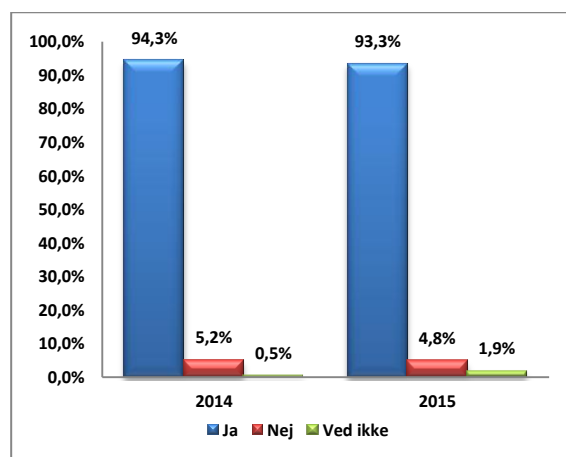
Opfylder kriterierne	Antal	%
Ja	434	93,7 %
Nej	23	5,0 %
Ved ikke	6	1,3 %
Hovedtotal	463	100,0 %

Evalueringen viser, at der i perioden 2014 til 2015 sker en beskedent procentmæssig ændring i henvisninger, der ikke opfylder kriterierne fra 5,2 % i 2014 til 4,8 % i 2015.

Graf 35: Opfylder kriterier for henvisninger (antal)

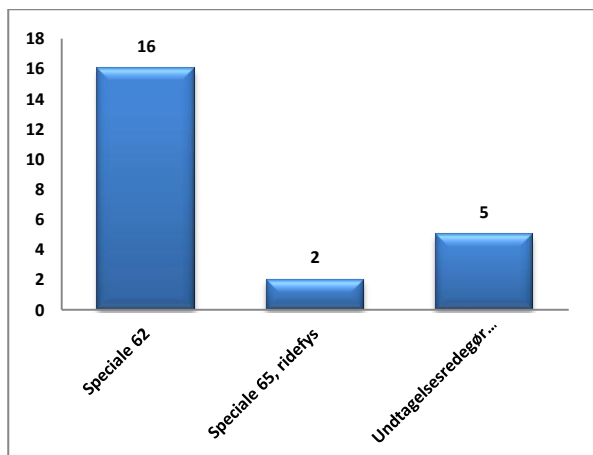


Graf 36: Opfylder kriterier for henvisninger (procent)

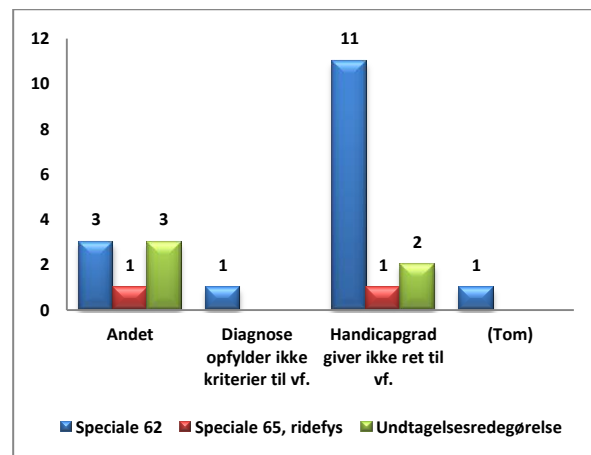


16 (69,6 %) af de borgere, der ikke opfylder kriterierne er henvist til speciale 62, 2 (8,7 %) er henvist til speciale 65 ride-fysioterapi og 5 (21,7 %) af henvisningerne, som ikke opfylder kriterierne, er undtagelsesredegørelser.

Graf 37: Henvisninger der ikke opfylder kriterier fordelt på speciale (antal)



Graf 38: årsager til at kriterierne ikke er opfyldt fordelt på specialer (antal og procent)



9.7. Fejlkategorisering

I frikommuneprojektet er det en antagelse, at der er borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, som er kategoriseret som svært fysisk handicappede men reelt har en progressiv lidelse.

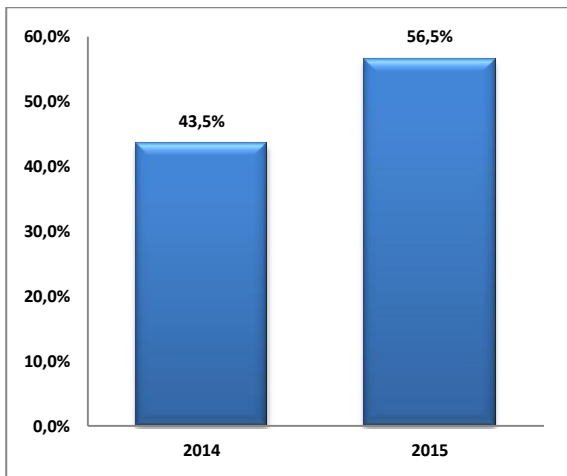
Tabel 13: Årsager til fejlkategorisering (antal og procent)

Årsager	Antal	Procent
Andet	7	30,4 %
Diagnose opfylder ikke kriterier til vf.	1	4,3 %
Handicapgrad giver ikke ret til vf.	14	60,9 %
(Tom)	1	4,3 %
I alt	23	100,0 %

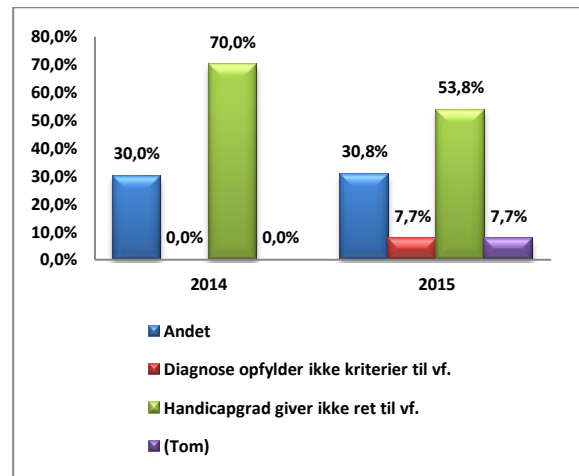
Størstedelen (60,9 %) af fejlkategoriseringerne skyldes, at deltagernes handicapgrad ikke giver ret til vederlagsfri fysioterapi. En deltager har en diagnose, som ikke opfylder kriterierne. Ved syv deltagere (30,4 %) er der angivet en anden årsag. Evalueringen viser, at denne kategori dækker over to deltagere, som er blevet fejldiagnosticeret og derfor ikke længere lider af den pågældende diagnose. En borger er hverken svært fysisk handicappet eller har en progressiv lidelse.

Evalueringen viser, at 56,5 % af fejlkategoriseringerne sker i 2015. I 2014 skyldes 70 % af årsagerne til fejlkategorisering af handicapgraden ikke giver ret til vederlagsfri fysioterapi. I 2015 er det årsag til 53,8 % af fejlkategoriseringerne.

Graf 39: Fejlkategorisering fordelt på år (procent)



Graf 40: Årsager til fejlkategorisering fordelt på år (procent)



10. Oplevede borgerkvalitet

Det er projektets antagelse, at deltagerne vil opleve et kvalitetsløft, da den indsats, de modtager, vil være mere helhedsorienteret og målrettet deres eksisterende udfordringer. Projektet bygger ligeledes på den antagelse, at borgere, der oplever, at deres tilbud ændres vil føle sig udfordret.

Forventninger

- *Det forventes at projektet modtages med en del skepsis fra borgere, som bliver frataget privilegier*
- *Det forventes, at borgerne vil opleve det som et kvalitetsløft, fordi de modtager en helhedsorienteret plan*

Resultater

- ✓ *Deltagerne udtrykker ikke skepsis i forhold til de justeringer, der har fundet sted. De forventer, at de modtager et tilbud, som kan afhjælpe de individuelle problemstillinger, som deres sygdom medfører. Deltagerne som modtager flere tilbud under ordningen omkring vederlagsfri fysioterapi oplever, at de er presset i deres hverdag for at få det hele til at hænge sammen grundet træningstidspunkterne.*
- ✓ *Deltagerne kender ikke til begrebet helhedsplan eller koordinatorfunktion. De er optaget af, at få løst deres individuelle problemstillinger. De kan ikke huske, at de har deltaget i en sundhedssamtale eller har mødt den koordinerende fysioterapeut. Når den koordinerende fysioterapeuts navn nævnes, kan de huske hende. Deltagerne fortæller, at deres tilbud er blevet justeret efter mødet med koordinato-erne, men at justeringerne har været til det bedre.*

10.1. Borger cases

Allan ramt af Parkinson Sygdom

Allan har de sidste 6-7 år fået vederlagsfri fysioterapi, da han har Parkinson Sygdom. Allans børn vil gerne have at Allan får noget mere hjælp. Men det synes Allan ikke, at han har behov for. Allan generelt ikke at sin sygdom dagligdagen, men hans ødelagte knæ volder ham store problemer.

Allan får individuel behandling en gang om ugen, hvor der er fokus på udstrækning og massage. Derudover deltager Allen i bassintræning en gang og ugen samt er tilknyttet et holdtilbud en gang om ugen.

Betina ramt af en bindevævslidelse

Betina er 30 år og har en medfødt bindevævssygdom. Betina blev tilknyttet ordningen omkring vederlagsfri fysioterapi som teenager. Betina har fuldtidsarbejde men er pt. sygemeldt halvdelen af tiden grundet tilbagefald.

Betina modtager vederlagsfri fysioterapi to gange om ugen. Den ene gang er forbeholdt holdtræning og den anden gang er individuel behandling.

Clara ramt en gigtsygd

Clara er 28 år og har en gigtsygd. Clara har tre børn og skal til at studere. Clara har haft gigtsygd siden hun var barn. Clara er tilknyttet et holdtilbud, men er ked af at gå på holdet, da de andre deltagere er en del ældre end hende. Derfor har hun to dage før interviewet finder sted taget en beslutning om at stoppe og i stedet for være medlem i et lokalt fitnesscenter.

Erik ramt af sclerose

Keld har sclerose. Han fik diagnosen i foråret 2014. Erik drømmer om at kunne træne i sundhedscentret i Kolding, da han arbejder i Kolding. Keld benytter sig af vederlagsfri fysioterapi tre gange om ugen. En gang om ugen er han tilknyttet holdtræning og to gange om ugen foregår træningen som selvtræning. Erik er lige begyndt at arbejde igen og træningstidspunkterne passer dårligt med hans arbejdstider.

Dorthe ramt af sclerose

Dorthe har de sidste 40 år haft sclerose. Dorthe har været tilknyttet ordningen i 15-20 år. Hun får individuel fysioterapi en gang om ugen og har været tilknyttet den samme fysioterapeut i alle årene. Derudover deltager Dorthe i holdtræningen en gang i ugen og er tilknyttet ride-fysioterapi en gang om ugen. Dorthe drømmer om at kunne komme til at gå ved hjælp af en rollator.

På interviewtidspunktet sidder Dorthe i en kørestol.

Finn ramt af sclerose

Finn har sclerose. Han tidligere været tilknyttet holdtræning og individuel træning, men han synes, at han brugte for meget tid på træningen.

På interviewtidspunktet er han tilknyttet kommunaltræning en gang om ugen og ride-fysioterapi.

Oplevelse af en helhedsplan – et kommunalt fagprofessionelt begreb

Alle de interviewede deltagere har deltaget i en samtale og helhedsvurdering ved den koordinerende fysioterapeut. Evalueringen viser, at begrebet helhedsvurdering er forbeholdt de fagprofessionelle. Begrebet anvendes ikke af borgerne. Deltagerne siger, at de har talt med én fra Kommunen eller har været ude på Damvej (det kommunale GenoptræningsCenter i Fredericia).

Det er deltagerens opfattelse, at den koordinerende fysioterapeut er blevet tilkoblet for at se, om der kan gøres noget ekstra for dem, men også at det er hendes rolle at videreformidle oplysninger, som er relevante for andre fagprofessionelle.

”Hun har sådan set været god, men hun kunne bare ikke rigtig tilbyde noget ..() Altså for mig er det rart, så har jeg jo krydset nogle ting af, som jeg har prøvet. Jeg har fået undersøgt, om man kan gøre noget jævnt, at jeg jo gerne vil gøre det for at komme i den rigtige retning...()...Hun satte mig i kontakt med en anden med samme sygdom. Vi er jo ikke er så mange...()- ... så hun formidlende nogle ting ad den vej. Det var rart at høre, hvordan hun klarede et fuldtidsarbejde (den anden deltager med samme sygdom). Hun (Koordinerende fysioterapeut) har også givet en udtalelse til min sagsbehandler, som hjælper mig i forhold til at arbejde og sådan noget hun har haft en koordinatorrolle i forhold til at viderebringe informationer” (Betina)

I dette tilfælde var resultatet, at der blev skabt en relation til et andet menneske med en lignende lidelse. Den koordinerende fysioterapeut har ligeledes givet oplysninger videre til deltagerens sagsbehandler.

Den koordinerende fysioterapeut – hvem er det?

Deltagerne har grundet deres sygdom været i kontakt med en del fagprofessionelle. Det bevirker, at de ikke kan adskille de forskellige personer fra hinanden. Den koordinerende fysioterapeut er derfor bare en i flokken af fagprofessionelle, som de undervejs i sygdomsforløbet har været i kontakt med. Når den koordinerende fysioterapeuts navn nævnes, kan de huske hende.

Oplevelse af kvalitetsløft

Allan fortæller, at han som resultat af sundhedssamtalen fik nogle nye øvelser, som han kan mærke gør en forskel

”Hun gav mig nogle redskaber, som jeg kunne gå i gang med. Jeg skal ligge i sengen og bare gøre sådan her (Allan viser øvelserne) Det virker jo fuldstændigt tåbeligt. Man jeg kan altså mærke noget (Allan)”

Betina har fået den oplevelse, at relevant viden er blevet videreformidlet til hendes sagsbehandler. Finn har den oplevelse, at træningen er blevet mere målrettet og at fysioterapeuterne gennemfører tests for at vurdere om træningen har den tiltænkte effekt

Valg af træningssted

Deltagerne har forskellige bevæggrunde i forhold til deres valg af privatpraktiserende fysioterapeut. De to primære bevæggrunde er, at et familiemedlem eller en fra deres personlige netværk har anbefalet den privatpraktiserende fysioterapeut eller at de har valgt den specifikke fysioterapeut, hvis de har andre borgere i behandling med en lignende sygdom. Denne oplysning har de fået fra deres netværk.

Deltagerne er loyale og skifter ikke fysioterapeut i forløbet. De opbygger en relation til deres fysioterapeut og fysioterapeuten er en vigtig figur i deres liv og i forhold til at håndtere de udfordringer, som deres sygdom medfører. De oplever, at deres fysioterapeut viser omsorg for dem og interesseret i, at de fungerer bedst muligt. Deltagerne skifter privatpraktiserende fysioterapeut, hvis de oplever, at de ikke mætter de andre deltagere på holdtræningsforløbet eksempelvis i forhold til alder, funktionsniveau eller hvis de oplever, at træningen ikke er målrettet deres specifikke behov.

Når en ydelse ændrer sig

Evalueringen viser, at det er forskelligt, hvorledes deltagerne reagerer på en ændring af deres tilbud. Allan reagerer ved at gå til sin læge. Lægen støtter Allan i, at han fortsat er berettiget til ordningen. Det er den praktiserende læge, der alene har beslutningskompetencen i forhold til at afgøre, hvorvidt en borger kan benytte sig af ordningen omkring vederlagsfri fysioterapi.

”Han fyrede mig (den koordinerende fysioterapeut). Så skulle det være slut. Så gik jeg op til ham, og så sagde jeg, det går bare ikke.

Interviewer ”Hvorfor blev du fyret?”

”Det er fordi jeg nok er på grænsen i forhold til, om jeg overhovedet måtte få mere. Det vil jeg tro. Så sagde jeg til (den privatpraktiserende fysioterapeut) – det kan jeg godt sige dig. Det lykkedes dig ikke. Han sagde, at han også var ked af det, at han skulle af med mig, men det blev han nødt til, da jeg nu havde været der længe nok. Så sagde jeg uanset vind og vejr – så betaler jeg selv. Så gik jeg op til min læge og sagde, at jeg ikke længere kunne være inde under ordningen, og jeg betaler bare selv. Jeg skal bare bruge en henvisning fra dig. Så sagde han, de kan fandeme tro det er løgn. Hvis der er nogen, der er berettiget, så er det dig. Jeg har stadig væk lov til at få det (Tilknyttet ordningen omkring vederlagsfri fysioterapi). Det er i orden med lidt

modstand. Det gør ingenting. Men de mennesker jeg har haft med at gøre, de har simpelthen været professionelle. Det er helt sikkert ” (Allan).

Clara vælger selv at stoppe med holdtræning, da hun ikke oplever, at hun passer aldersgruppemæssigt med de øvrige deltagere. Hun har de samme fysiske udfordringer. Clara bliver ked af at træne sammen med dem og vælger derfor selv at træne i et fitness center. Clara har taget beslutningen uden at tale med sin fysioterapeut, den koordinerende fysioterapi eller sin praktiserende læge.

”Ja, jeg synes ikke, at det rigtig var noget for mig. Når jeg nu er ung, og jeg er sammen med gamle mennesker, så gør det rigtig ondt inde i mig” ... () Jeg mærker meget, at jeg ikke har det godt sammen med de gamle (Clara).

Finn oplever, at han har fået en indsats, der er mere målrettet og mere hård, men foregår på færre dage. Derfor har han oplevelsen af at have fået mere tid.

Deltagernes oplevelse af resultater

Dorthe fortæller, at hun oplever flere smerter og mindre energi, når hun ikke træner. Det samme gør sig gældende for de øvrige deltagere. Erik vil gerne tilknyttes et tilbud, hvor træningen er målrettet hans specifikke udfordringer i stedet for et holdtilbud. Han oplever ikke at få optimal effekt af træningen. Dog har Erik behov for at være tilknyttet et hold, som kan motivere ham til at træne. Finn fortæller, at han kan se, at han bliver bedre ud fra de funktionstest, som fysioterapeuten gennemfører med ham.

11. Fremme af sammenhæng og koordinering

I projektet måles sammenhæng og koordinering ud fra, om deltagerne ønsker at få udarbejdet en plan for helhedsvurdering. Det er projektets antagelse, at alle deltagerne ønsker at få udarbejdet en helhedsplan.

Resultat

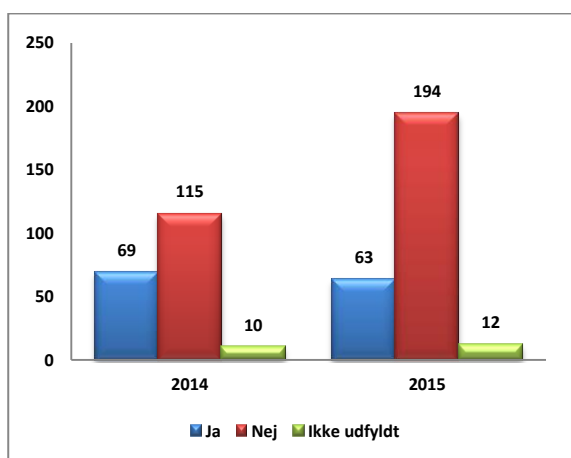
- ÷ Der er udarbejdet 132 planer for helhedsvurderinger. Dette svarer til at 28,5 % fik udarbejdet en plan for helhedsvurdering
- ÷ Der er færre i 2015 sammenholdt med 2014, der fik udarbejdet en plan for helhedsvurderinger
- ÷ Helhedsplanerne er ikke udfyldt, hvis deltagerne ikke ønsker det eller, hvis den koordinerende fysioterapeut ikke fandt det relevant at udarbejde en plan for helhedsvurderinger.

Tabel 14: Plan for helhedsvurdering for alle henvisninger (antal og procent)

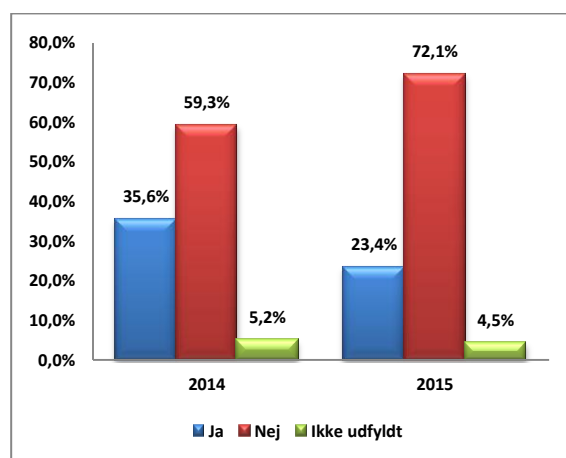
	Antal	Procent
Ja	132	28,5 %
Nej	309	66,7 %
Ikke udfyldt	22	4,8 %
Hovedtotal	463	100 %

Evalueringen viser, at der samlet er blevet udarbejdet 132 helhedsvurderinger. Dette svarer til, at 28,5 % af deltagerne har fået udarbejdet en plan for en helhedsvurdering. Evalueringen viser, at der i 2015 sammenlignet med 2014 er en større procentmæssig andel, der ikke får udarbejdet en helhedsplan. Hvis sammenhæng i opgaveløsningen måles som antallet af helhedsvurderinger falder kvaliteten i projektperioden. I 2014 fik 35,6 % udarbejdet en helhedsplan. Dette falder til 26,4 % i 2014.

Graf 41: Helhedsvurderinger for alle henvisninger fordelt på år (antal)



Graf 42: Helhedsvurderinger for alle henvisninger fordelt på år (procent)

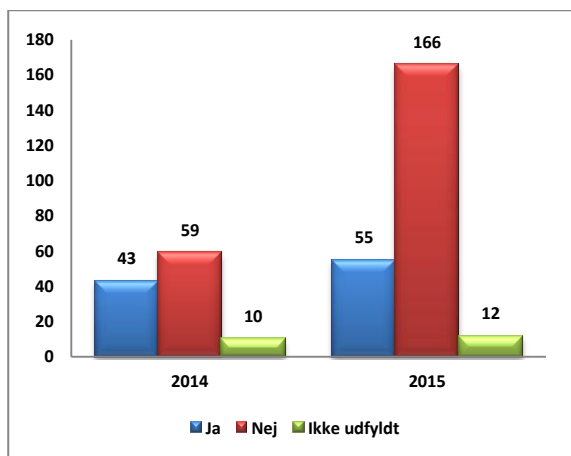


Faldet i udarbejdelse af planer for helhedsvurderinger over tid kan skyldes, at der ikke udarbejdes helhedsvurderinger ved genhenvisninger. I evalueringen figurerer den sidste henvisning som baggrundsmateriale på deltager niveau. Dette ville muligvis være anderledes, hvis det var ved den første henvendelse. Når der ses på helhedsplaner for den enkelte deltager og ikke på antallet af henvisninger, viser evalueringen at 28,4 % af deltagerne har fået udarbejdet en henvisning. Den procentmæssige andel, der har fået udarbejdet en helhedsplan falder fra 38,9 % i 2014 til 23,6 % i 2015.

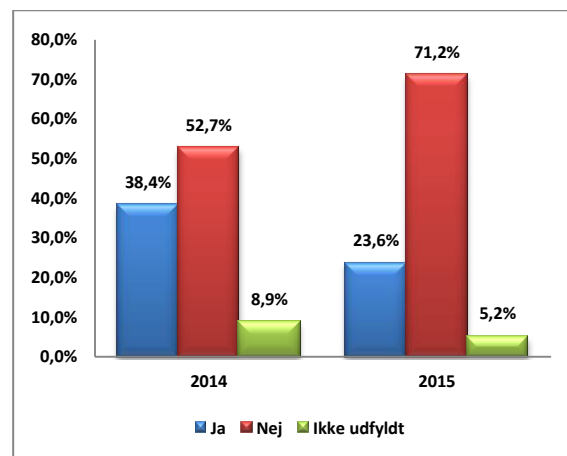
Tabel 15: Plan for helhedsvurdering for den enkelte deltager (345 cpr. nr.) (antal og procent)

	Antal	Procent
Ja	98	28,4 %
Nej	225	65,2 %
Ikke udfyldt	22	6,4 %
Hovedtotal	345	100

Graf 43: Plan for helhedsvurdering for den enkelte deltager fordelt på år (antal)



Graf 44: Plan for helhedsvurdering for den enkelte deltager fordelt på år (procent)



I de fleste tilfælde (57,3 %) er årsagen til, at helhedsvurderingen ikke er udfyldt, fordi deltagerne ikke ønskede en helhedsvurdering. I 36,9 % af tilfældene vurderede den koordinerende fysioterapeut at en vurdering ikke var relevant.

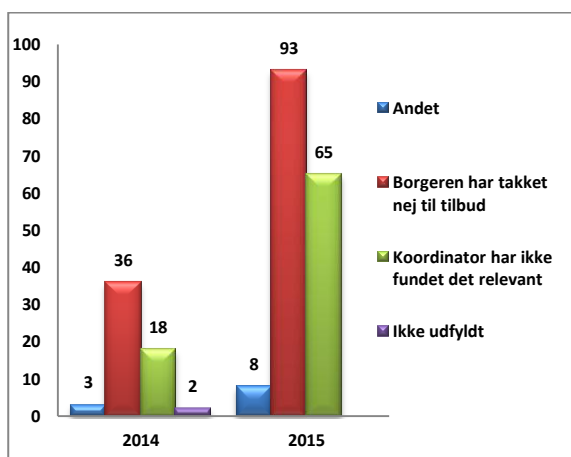


Tabel 16: Årsager til manglende planer for helhedsvurderinger (antal og procent)

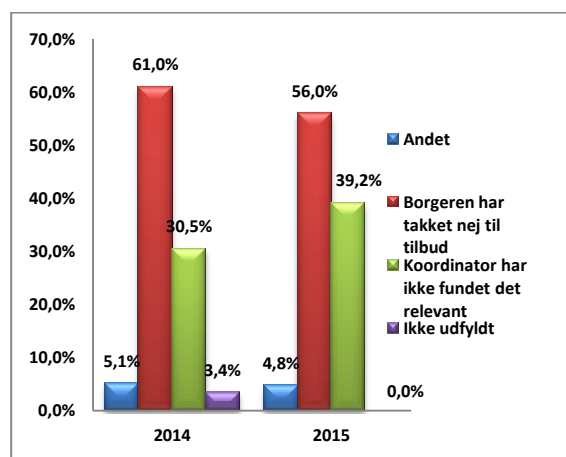
	Antal	Procent
Andet	11	4,9 %
Borgeren har takket nej til tilbud	129	57,3 %
Koordinator har ikke fundet det relevant	83	36,9 %
Ikke udfyldt	2	0,9 %
Hovedtotal	225	100 %

Evalueringen viser, at 61 % af årsagerne til, at helhedsvurderingen ikke blev udarbejdet i 2014 skyldes, at borgerne ikke ønskede vurderingen. I 2015 er dette reduceret til 56 %. Samtidig stiger den procentmæssige andel, hvor det er koordinatoren der vurderer, at helhedsvurderingen ikke er relevant fra 30,5 % i 2014 til 39,2 % i 2015.

Graf 45: Årsager til manglende helhedsvurderinger fordelt på år (Antal)



Graf 46: Årsager til manglende helhedsvurderinger fordelt på år (procent)



12. Den oplevede kvalitet i sammenhængen set i frikommuneprojektet fra den relevante afdeling / koordinerende fysioterapeut

Forventning

- *Det er antagelsen, at borgerne der benytter sig af ordningen modtager dublerende tilbud*

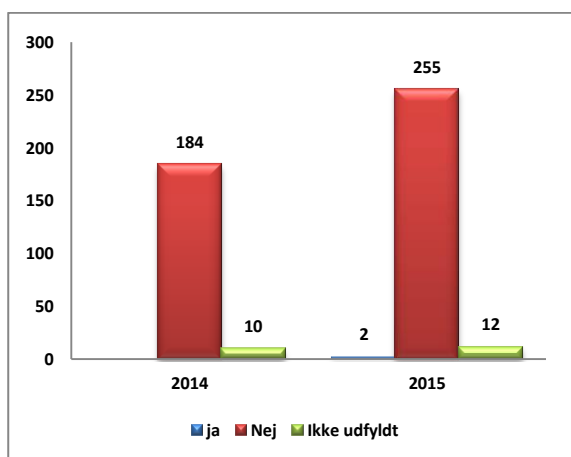
Forventede resultater

- ✓ *Blandt de 463 henvisninger i projektperioden er der fundet to deltagere, som modtog dublerende tilbud. Dvs. at brug af dublerende tilbud ikke er et fænomen, der forekommer hyppigt blandt borgere, der er tilknyttet ordningen omkring vederlagsfri fysioterapi*
- ✓ *Størstedelen af henvisningerne er behandlet administrativt (42,1 %) eller via en telefonsamtale mellem den koordinerende fysioterapeut og deltagerne (31,5 %)*
- ✓ *34,5 % af henvisningerne bliver i 2014 behandlet administrativt i 2015 er det 47,6 %.*

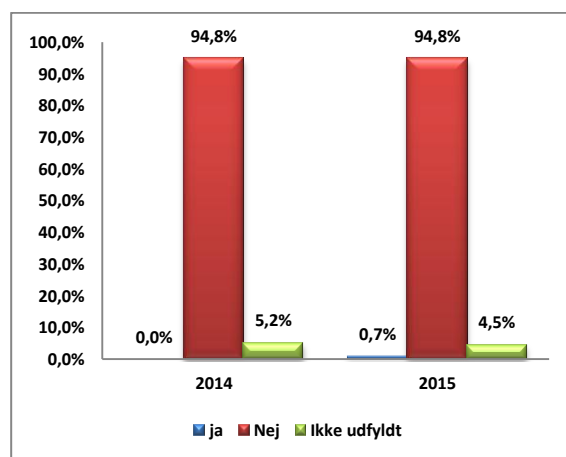
Tabel 17: Modtager dublerende tilbud (antal og procent)

	Antal	Procent
Ja	2	0,4 %
Nej	439	94,8 %
Ikke udfyldt	22	4,8 %
I alt	463	100,0 %

Graf 47: Dublerende tilbud fordelt på år (antal)



Graf 48: Dublerende tilbud fordelt på år (procent)



Hvordan har sagsbehandlingen foregået

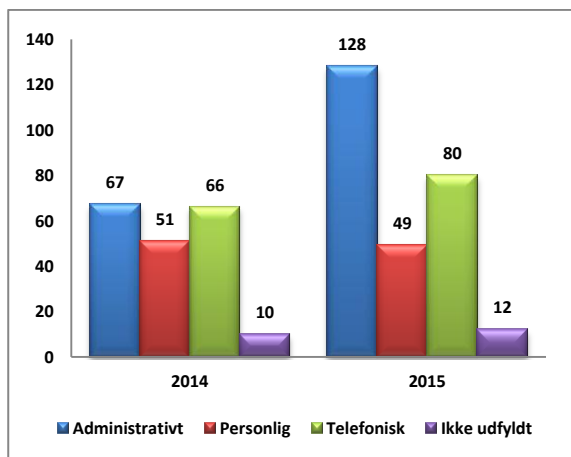
I projektet har sagsbehandlingen af henvisningen og helhedsvurderingen fundet sted enten administrativt, ved personlig fremmøde eller ved telefonsamtale. 42,1 % af henvisningerne er blevet behandlet administrativt. 31,5 % er blevet behandlet ved en telefonsamtale og 21,6 % er foregået ved, at deltageren personligt er fremmødt.

Tabel 17: Sagsbehandlingsform (antal og procent)

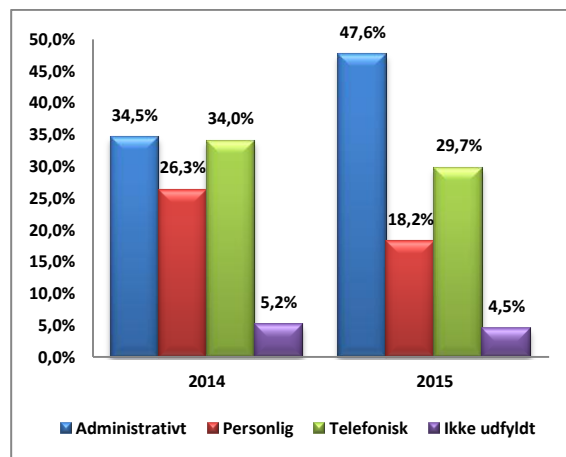
	Antal	Procent
Administrativt	195	42,1 %
Personlig	100	21,6 %
Telefonisk	146	31,5 %
Ikke Udfyldt	22	4,8 %
I alt	463	100,0 %

Evalueringen viser, at der fra 2014 til 2015 sker et procentmæssigt fald i andelen af henvisninger, hvor deltagerne personligt er til stede. I 2014 foregår 26,3 % ved personligt fremmøde. Dette falder til 18,2 % i 2015. Der sker i samme periode en stigning i forhold til den procentmæssige andel af henvisningerne, der bliver behandlet administrativt. I 2014 bliver 34,5 % af henvisningerne behandlet administrativt mod 47,6 % af henvisningerne i 2015.

Graf 49: Sagsbehandlingsform fordelt på år (antal)



Graf 50: Sagsbehandlingsform fordelt på år (procent)

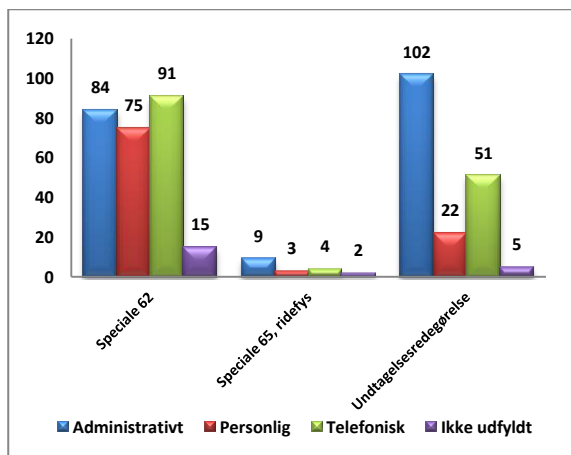


Behandling af henvisningerne i forhold til henvisningsformen

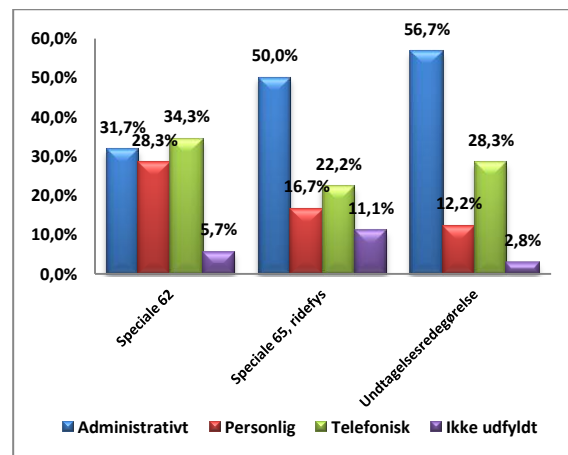
Evalueringen viser, at der er forskel på henvisningsspecialet i forhold til sagsbehandlingsformen. Ved undtagelsesredegørelser og til speciale 65 ride-fysioterapi er administrativ sagsbehandling den mest udbredte form. Telefonsamtale er derimod de mest anvendte form ved speciale 62 (34,3 %).

Når henvisningen er til speciale 62 er der ikke stor forskel på, hvorvidt sagsbehandlingen finder sted rent administrativt, ved personlig fremmøde eller ved telefonsamtale. Billedet er anderledes ved speciale 65 – ride-fysioterapi og undtagelsesredegørelse, hvor der er færre tilfælde af personlig fremmøde.

Graf 51: Sagsbehandling og henvisningsform (antal)

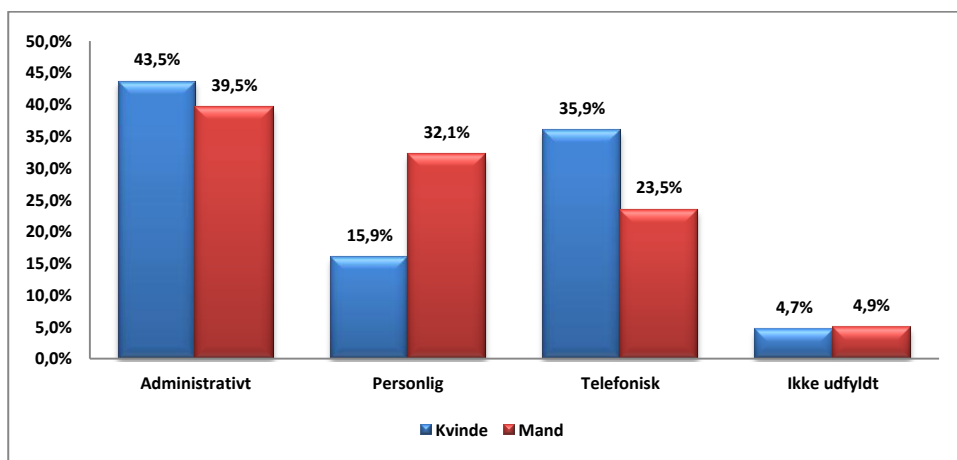


Graf 52: Sagsbehandling og henvisningsform (Procent)



Evalueringen viser desuden, at der forekommer en kønsvariation i forhold til, hvorvidt sagsbehandlingen foregår personligt eller ved en telefonsamtale. Der er en procentmæssig større andel af mænd (32,1 %) sammenlignet med kvinder (15,9 %), der benytter sig af en personlig samtale. Modsat ses det, at der er procentmæssigt flere kvinder (35,9 %) sammenholdt med mænd (23,5 %), der modtager en telefonisk samtale.

Graf 53: Sagsbehandlingsform i forhold til køn (procent)



13. Økonomisk udvikling og konsekvenser

I projektet vurderes de økonomiske konsekvenser ved at sammenholde antallet af borgere, der henvises til speciale 62 og speciale 65 ved projektets opstart og ved projektets afslutning. Projektets opstartstidspunkt er i denne sammenhæng, da frikommune projektet blev igangsat i 2012.

Forventning

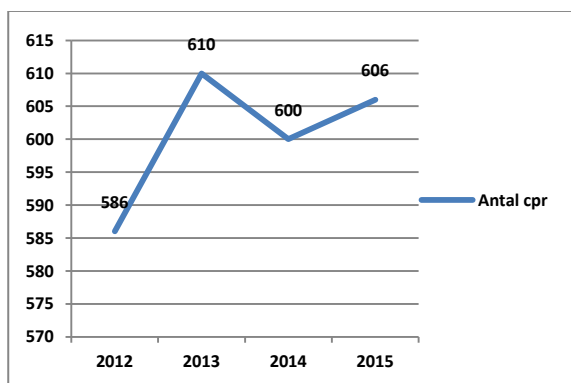
- *Det antages, at antallet af borgere i ordningen vil falde, eller at tilgangen af borgere i ordningen er mindre end i årene før frikommuneforsøget blev igangsat*

Resultat

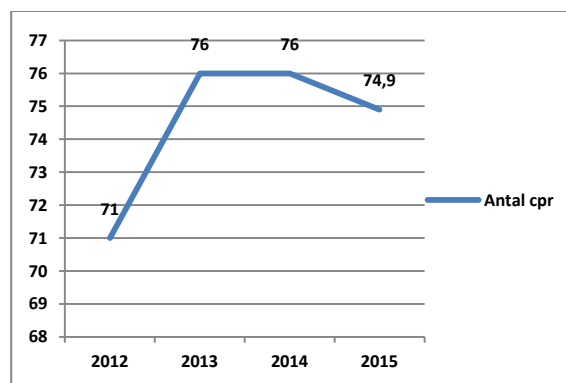
- ✓ *Der er forekommet en tilgang i antal borgere – dog er antallet faldet siden 2013*

I perioden 2012 til 2015 ses der en øgning i antallet af borgere på 3,4 % der modtager vederlagsfri fysioterapi. Dog ses det, at antallet topper i 2013, hvorefter der sker en begrænset reduktion i antallet. Antallet af borgere, der benytter ride-fysioterapi er ligeledes steget i perioden fra 2012 til 2015. Dvs. at der i projektperioden er kommet flere borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi og ride-fysioterapi. Da tilgangen er begrænset vil en evt. justering for den generelle befolkningsudvikling i perioden muligvis reducere den procentmæssige andel.

Graf 54: Antal borgere, der har modtaget speciale 62 i perioden 2012-2015



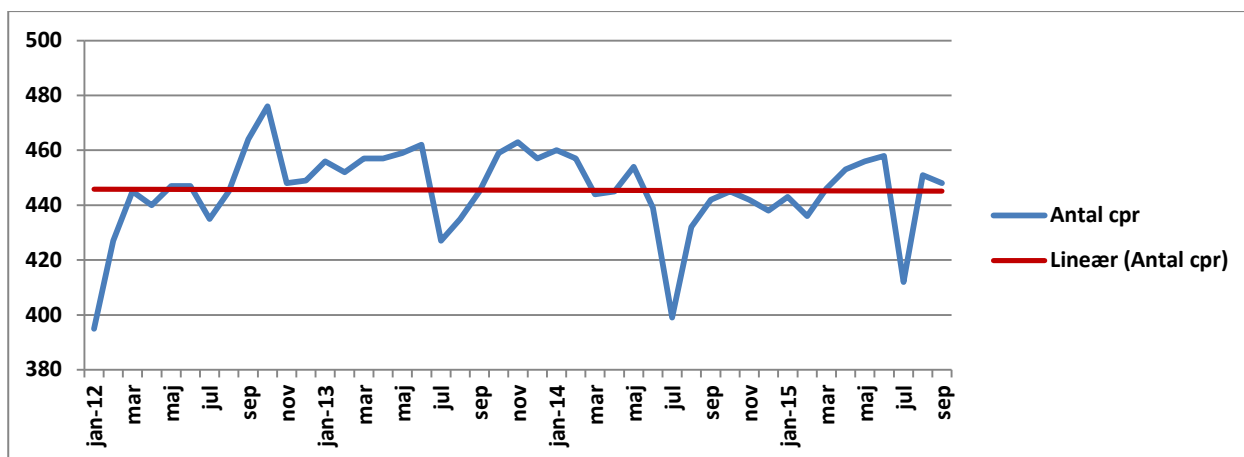
Graf 55: Antal borgere, der modtaget speciale 65 ride-fysioterapi i perioden 2012-2015



*Antallet i 2015 er estimeret. Derfor er det ikke et helt antal

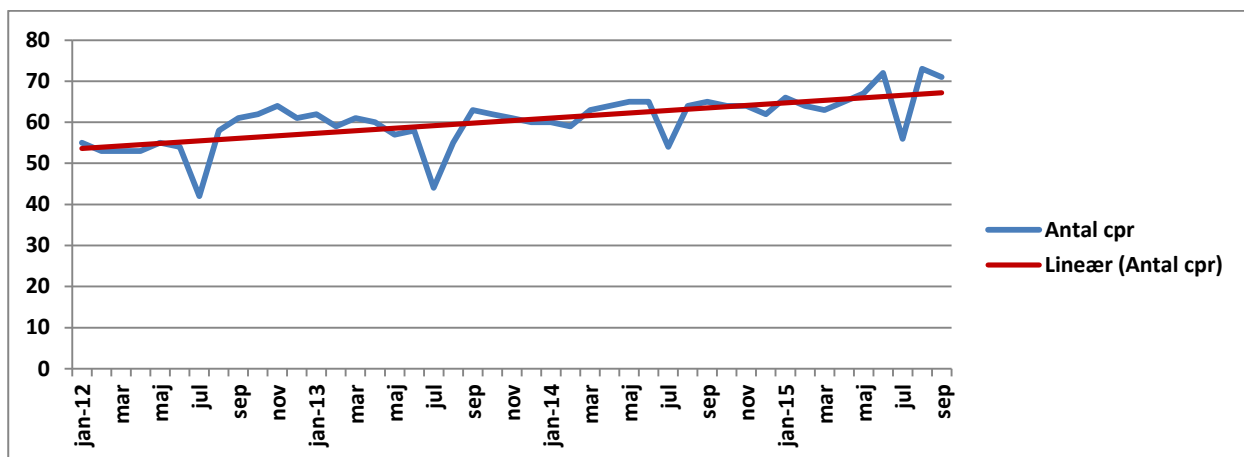
Månedsvariation for antal cpr. numre tilknyttet speciale 62 i perioden 2012-2015 viser, at der ikke er forskel på antallet af borgere, der benytter ordningen i perioden. Grafen viser til gengæld, at der forekommer et fald i juli mdr. i hele perioden i forhold til antallet af borgere, der benytter tilbuddet. Det skyldes ferielukning på klinikkerne og at deltagerne afholder ferie.

Graf 56: Månedsvariation for antal deltagere tilknyttet speciale 62 i perioden 2015-2015



Månedsvariation for antal borgere, der i perioden 2012-2015 benytter sig af speciale 65 ride fysioterapi er stigende i projektperioden. Der ses ligeledes et fald i antallet af borgere tilknyttet ordningen i juli mdr.

Graf 57: Månedsvariation for antal cpr. nummer tilknyttet speciale 65 i perioden 2015-2015



14. Den samlede pris pr. borger for vederlagsfri fysioterapi og ride-fysioterapi

Forventning

- Samlet pris for vederlagsfri fysioterapi falder – eller væksten i den samlede pris vil være mindre end før forsøget
- Pris pr. borger vil falde

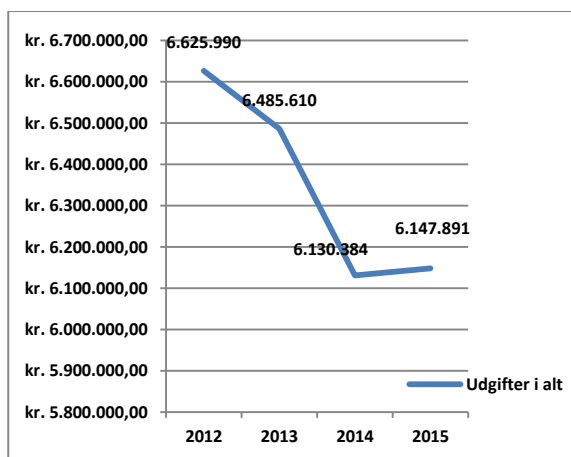
Resultater

- ✓ Udgifterne til speciale 62 vederlagsfri fysioterapi falder i perioden 2012-2015
- ÷ Udgifterne til speciale 65 ride-fysioterapi stiger i perioden 2012-2015
- ✓ Prisen pr. borger til speciale 62 vederlagsfri fysioterapi falder med 10,3 % i perioden 2012-2015. Dette svarer til et fald på 1.152,1 kr. pr. borger.
- ÷ Prisen pr. borgere tilknyttet speciale 65 ride-fysioterapi steget med 6,9 % i perioden 2012-2015. Dette svarer til en øgning på 1.137,5 kr.

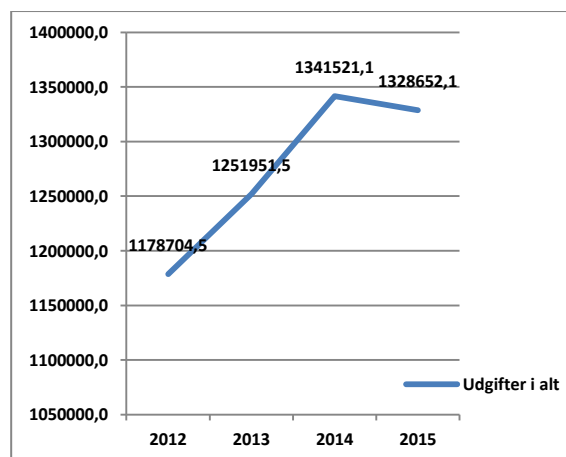
Evalueringen viser, at udgifterne til speciale 62 vederlagsfri fysioterapi falder med 7,2 % i perioden. Der er dog en begrænset stigning i de samlede udgifter fra 2014 til 2015 på 17.507 kr. Dette svarer til en stigning på 0,3 %. Det modsatte billede ses ved speciale 65 ride-fysioterapi, hvor udgifterne stiger i perioden 2012-2014 med et fald i 2015.

I perioden 2012-2015 stiger udgifterne til speciale 65 med 149.947,6 kr. svarende til 12,7 %.

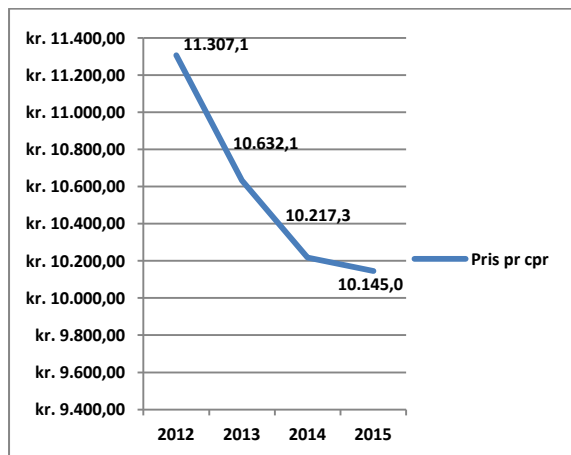
Graf 58: Udgifter til speciale 62 i perioden 2012-2015



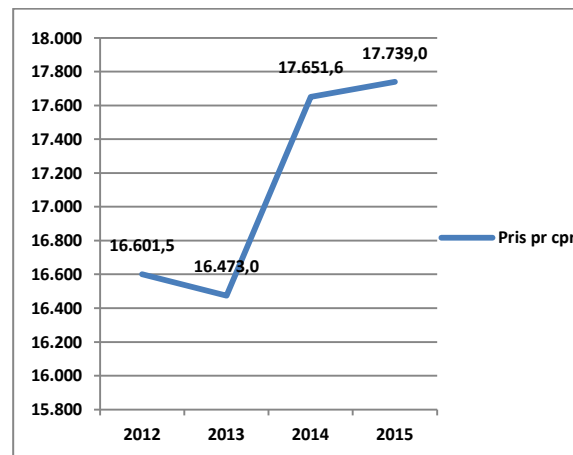
Graf 59: Udgifter til speciale 65 i perioden 2012-2015



Graf 60: Gennemsnitspris pr. borger tilknyttet speciale 62 fordelt på år



Graf 61: Gennemsnitspris pr. borger tilknyttet speciale 65 fordelt på år



Den gennemsnitlige pris pr. borger tilknyttet speciale 62 er faldende på årlig basis fra 2012 til 2015. Fra 2012 til 2015 har der været et fald på 10,3 % svarende til 1.152,1 kr. pr. borger. I perioden 2014-2015 har faldet dog været begrænset til 0,7 %.

Den gennemsnitlige pris pr. borger tilknyttet ride-fysioterapi er i samme periode steget med 1.137,5 kr. Dette svarer til en stigning på 6,9 %.

Den gennemsnitlige pris pr. borger tilknyttet speciale 62 og speciale 65 er i projektet opgjort både i faste priser (2012 priser) og løbende priser. Prisen er renset for takststigninger efter følgende nøgle: 2012 = indeks 100; 2013 = 99,00; 2014 = 98,18, 2015 = 96,81¹.

¹ Kilde: beregninger udført fra KL – vægtet gennemsnit for året på baggrund af overenskomstmæssige takststigninger

15. Udvikling i antal og arten af ydelser

Forventning

Det forventes, at projekter vil finde nogle borgere tilknyttet ordningen, som ikke er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, ride-fysioterapi eller individuel behandling. Fokus på helhedsplanen vil bevirke, at

- Antallet af ydelser vil falde
- Ydelser pr. borger vil falde
- At flere borgere vil få tilbudt holdydelser. Dette vil medføre, at der gives færre individuelle ydelser

Resultater

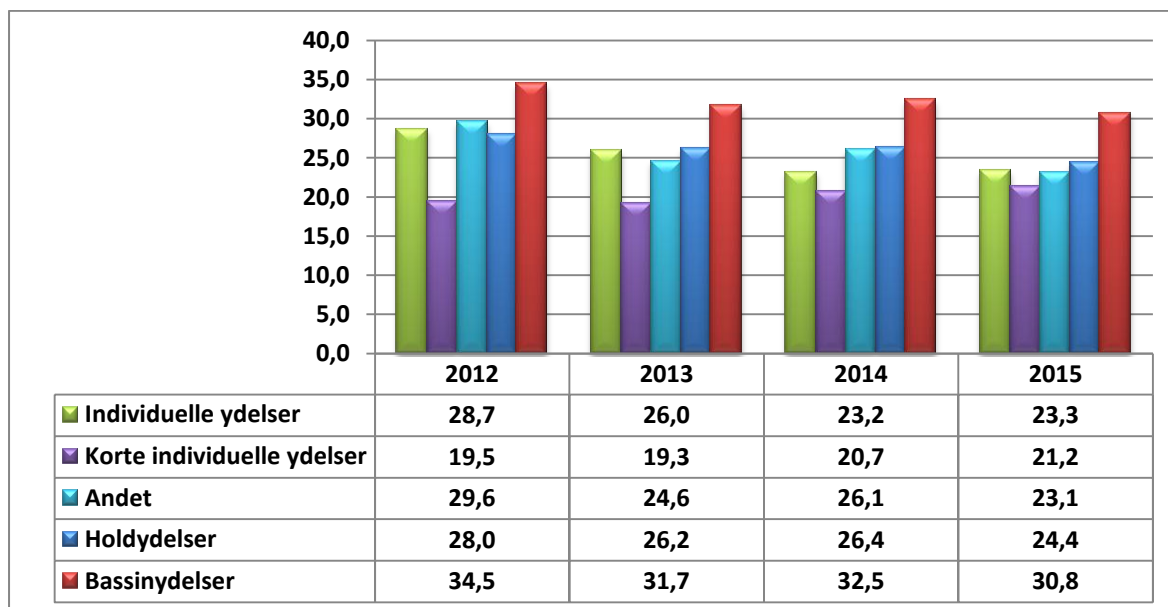
- ✓ Antallet af ydelser pr. borger reduceres i perioden 2012-2015 fra 65,4 ydelser pr. borger i 2012 til 46,4 ydelser pr. borger i 2015
- ✓ Antal holdydelser pr. stiger falder i perioden 2012-2015 fra 18 holdydelser pr. borger til 24,4 ydelser pr. borger

I evalueringen ses der på ydelser pr. borger som grundlag for sammenligningen.

I perioden 2012 til 2015 ses der et fald i antallet af individuelle ydelser pr. borger fra 28,7 i 2012 til 23,3 i 2015. Dette svarer til et fald på 18,8 %. Samtidig ses der en lille øgning i antal korte individuelle ydelser pr. år fra 19,5 ydelser pr. år i 2012 til 21,2 ydelser pr. år i 2015. Stigningen i korte individuelle ydelser svarer til 8,7 %.

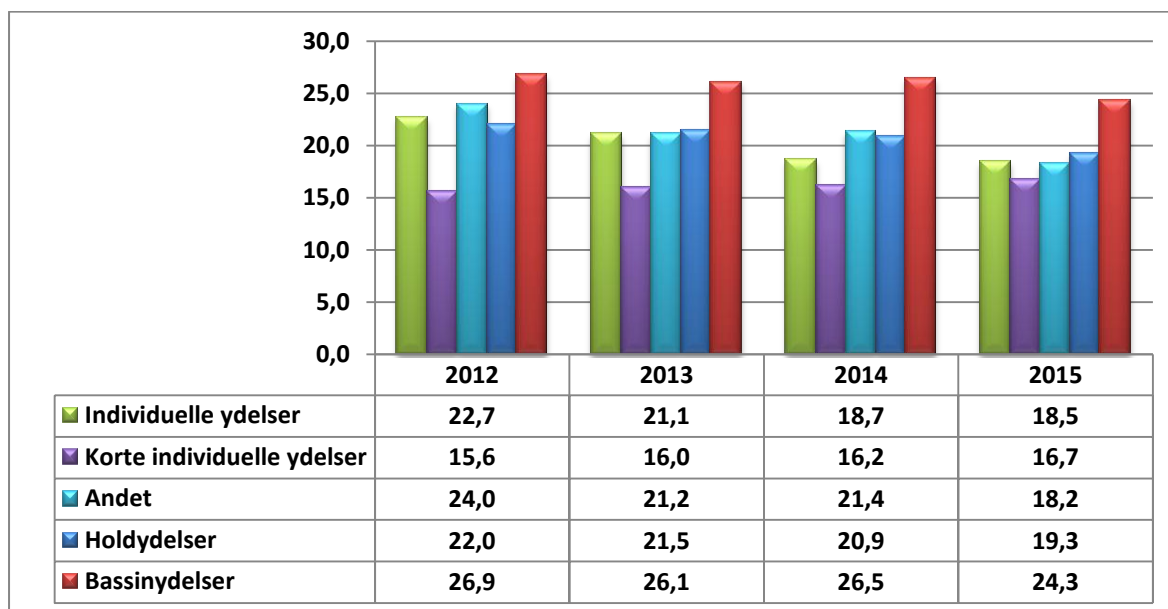
Evalueringen viser, at der sker en reduktion i antal holdydelser pr. borger fra 28 i 2012 til 24,4 i 2015. Dette svarer til en reduktion i antal holdydelser på 12,9 %. Derudover forekommer der en reduktion på 10,7 % i antallet af bassinydelser pr. borger samt en reduktion i forhold til antal ydelser i kategorien Andet med 22 % i samme periode.

Graf 62: Antal og arten af ydelser til vederlagsfri fysioterapi pr. borger fordelt perioden 2012-2015



Ovenstående tabel er baseret på antal ydelser på årsplan. Datamaterialet i 2015 er kun baseret på prisudviklingen og ydelser for januar til og med september måned 2015. Hvis de ni første måneder af året sammenlignes i perioden 2012-2015 ses den samme tendens. Der ses et fald i antal individuelle ydelser pr. borger, i antal holdydelser pr. borger, antal bassinydelser pr. borger og i kategorien andet samt en stigning i korte individuelle ydelser pr. borger.

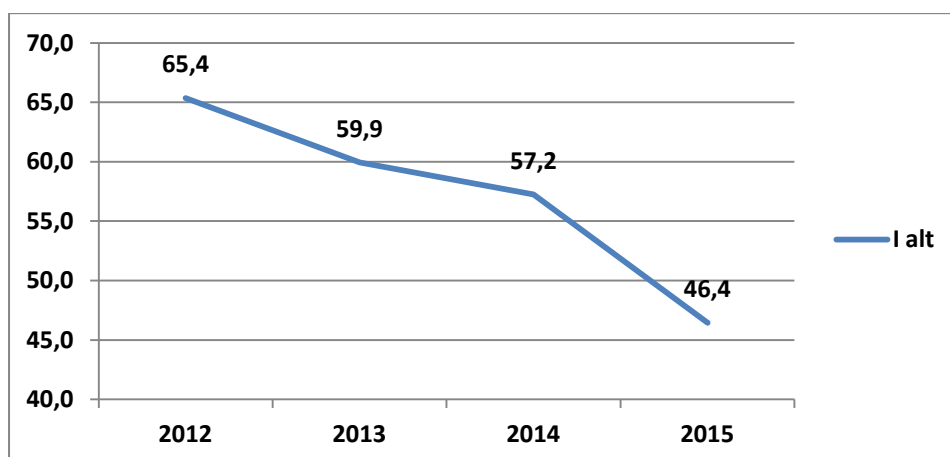
Graf 63: Antal og arten af ydelser til vederlagsfri fysioterapi pr. borger fordelt på månederne jan.-sep. i perioden 2012-2015



Der er stor variation i forhold til, hvorledes tilbuddet omkring vederlagsfri fysioterapi er sammensat og hvor mange forskellige slags ydelser den enkelte borger modtager. I perioden 2012-2015 ses et faldt i antallet af ydelser pr. borger fra 65,4 i 2012 til 46,4 i 2015. Dvs. et fald på gennemsnitlig 19 ydelser pr. borger svarende til 29,1 %.

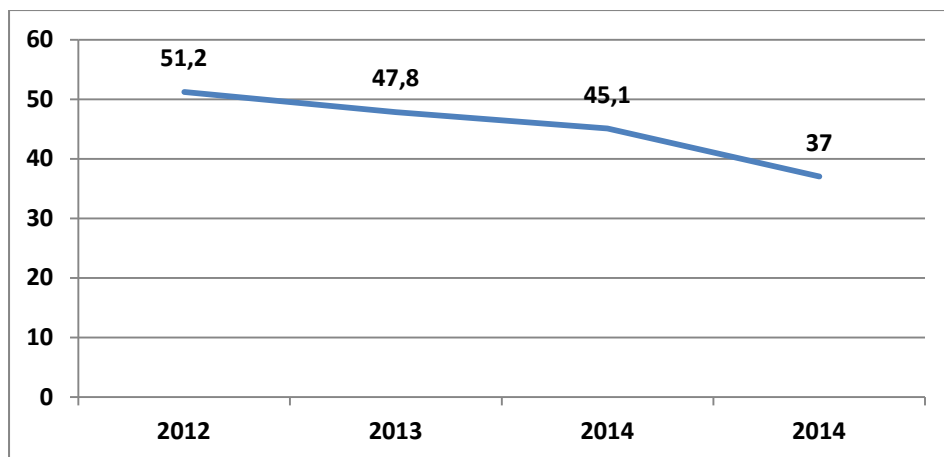
Grafen viser, at kurven foretager et knæk efter 2014, hvor antallet af ydelser pr. borger reduceres med 10,8 ydelser pr. borger i 2015 sammenlignet med 2014. fra 57,2 i 2014 til 46,4. Reduktionen svarer til 18,9 %.

Graf 64: Samlede antal ydelser pr. borger i perioden 2012-2015



Sammenligningen af årets ni første måneder i perioden 2012-2015 viser et fald i det samlede antal ydelser pr. borger. Reduktionen i antallet af ydelser fra 2014 til 2015 for årets første ni måneder er på 18 %. Dvs. reduktionen er knap så markant sammenholdt med antal ydelser baseret på data fra alle årets måneder.

Graf 65: Antal ydelser pr. borger i månederne jan.-sep. i perioden 2012-2015



Evalueringen viser, at antallet af ydelser pr. borger ligeledes falder, når kategorien *Andet* ikke er inkluderet. Antallet af ydelser pr. borger reduceres fra 45,6 ydelser pr. borger i 2012 til 41,3 ydelser pr. borger i 2015. Dette svarer til en reduktion på 9,4 %.

Graf 66: Antal ydelser pr. borger baseret på alle 12 mdr. i perioden 2012-2015 (ex kategorien *andet*)

