



Genoptræning under forandring

*En kortlægning af træningskapaciteten i amter, kommuner
og privat fysioterapi før strukturreformen*

Anni Ankjær-Jensen

Sidsel Vinge

Susanne Reindahl Rasmussen

Majbritt Christensen

Dansk Sundhedsinstitut

April 2007

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2007

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-519-1 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

Ansvaret for genoptræningen påhvilede indtil strukturreformen amterne og kommunerne. På trods af en vifte af tilbud, der rettede sig mod forskellige træningsbehov, har flere undersøgelser vist, at genoptræningsindsatsen ikke var tilstrækkelig, og at der i et vist omfang eksisterede gråzoner mellem de forskellige ansvarsområder. Med strukturreformen har kommunerne fået ansvaret for finansieringen af genoptræningen efter sygehusbehandling, og det er regeringens mål at problemerne på genoptræningsområdet herved løses.

Denne rapport indeholder en kortlægning af træningsindsatsen i sygehusregi, sygesikringsregi og kommunalt regi *før* strukturreformens gennemførelse. Det er tanken at kortlægningen skal gentages i 2008, altså efter strukturreformen. Ved en sammenligning af de to undersøgelser vil det være muligt at analysere mulige konsekvenser af strukturreformen på genoptræningsindsatsen, herunder ændringer i den samlede genoptræningsindsats og ændringer i arbejdsdelingen mellem de tre genoptræningsregier.

Rapporten er en del af et større forskningsprojekt, der har til formål at undersøge hvordan træningsområdet påvirkes gennem strukturreformen.

Projektet er finansieret af Den Kommunale Momsfond og Amtsrådsforeningen. Stud. polit. Sofie Hartung Hansen har bistået projektgruppen med statistiske analyser.

Jes Søgaard
Direktør, professor
DSI Institut for Sundhedsvæsen

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Baggrund og formål	9
1.1 Baggrund	9
1.2 Formål	10
2. Det lovmæssige grundlag (før strukturreformen)	13
2.1 Genoptræning i forbindelse med sygehusbehandling	13
2.2 Behandling hos praktiserende fysioterapeut	13
2.3 Kommunale opgaver	13
2.4 Gråzoner	14
3. Metode og datagrundlag	15
3.1 Sygehusene	15
3.2 Praksissektoren	16
3.3 Kommunerne	16
4. Resultater	17
4.1 Sygehusene	17
4.2 Praksissektoren	22
4.3 Kommunerne	26
5. Analyse af kapaciteten i de tre sektorer set under et	33
6. Diskussion / konklusion	35
Litteratur	37
Bilag 1 Spørgeskema udsendt til amterne	39
Bilag 2 Spørgeskema udsendt til kommunerne	41
Bilag 3 Kommuner der yder forskellige træningsformer	47
Bilag 4 Lovstof	51

Resumé

Indtil strukturreformen var ansvaret for genoptræning placeret hos henholdsvis sygehuse, sygesikring og kommuner, afhængig af hvilket genoptræningsbehov der var tale om. På trods af denne vifte af træningstilbud, havde flere undersøgelser peget på, at genoptræningsindsatsen var utilstrækkelig, og at der eksisterede grænsedragingsproblemer mellem de forskellige sektorer. Med strukturreformens ændringer på genoptræningsområdet, hvor kommunerne overtager en del af sygehusenes træningsopgaver, sigter regeringen på at få løst disse problemer.

Denne rapport er en del af et større forskningsprojekt, der har til formål at undersøge, hvordan strukturreformen påvirker genoptræningsområdet. I dette projekt er vi startet med at belyse genoptræningsindsatsen på nationalt niveau *før* strukturreformen. Det er vores hensigt at gennemføre en efterfølgende kortlægning af genoptræningsindsatsen *efter* strukturreformen.

I rapporten belyser vi træningsindsatsen i sygehusregi, sygesikringsregi og kommunalt regi i 2005. Datagrundlaget er spørgeskemaundersøgelser for så vidt angår kommuner, sygehuse og Sygesikringsregisteret for så vidt angår sygesikringen.

Vores undersøgelse viser, at træningsindsatsen i sygehusregi varierede betydeligt fra amt til amt. En del af denne variation kan forklares med, at nogle amter havde valgt at opfylde deres genoptræningsforpligtelse ved at indgå aftaler med kommuner og praktiserende fysioterapeuter. Dette kan muligvis indsnævre forskellene, men næppe fuldt ud forklare dem. Med hensyn til praksissektoren viser undersøgelsen, at der var stor variation i såvel antal fysioterapipraksis som i forbrug af sygesikringsydelse mellem de forskellige amter. En del af forskellene skyldes formentlig forskelle i arbejdsdelingen mellem sygehusene og sygesikringen.

Analysen af træningsindsatsen i kommunalt regi viser, at der var en vis sammenhæng mellem træningsindsatsen og kommunens størrelse, idet antallet af fuldtidsstillinger pr. indbygger over 67 år var størst i de mellemstore kommuner med mellem 20.000 og 80.000 indbyggere, mens antallet af fuldtidsstillinger pr. indbygger over 67 år er mindst i de små kommuner med under 20.000 indbyggere. For de helt store kommuner med over 80.000 indbyggere var billedet mere sammensat, idet der var meget stor variation fra kommune til kommune.

Analysen viser også, at der er et overlap imellem de opgaver, der udføres i henholdsvis sygehusregi, sygesikringsregi og kommunalt regi. Analyser af træningskapaciteten i hver af de tre sektorer giver derfor ikke et dækkende billede af den kapacitet, der er til rådighed for at løse de forskellige træningsopgaver. Der er af samme grund foretaget en analyse af træningskapaciteten i de tre sektorer under ét, hvilket giver et billede af den samlede kapacitet, der er til rådighed for at løse de forskellige træningsopgaver for borgerne i de enkelte amter. Denne analyse viser, at der er forskel i den samlede kapacitet på 50 % mellem amtet med den højeste og amtet med den laveste kapacitet – målt i antal terapeuter i forhold til indbyggertal. Patientvandring på tværs af amtsgrænser kan indsnævre denne forskel, men de kan næppe forklare hele forskellen. Tilbage står derfor, at der umiddelbart *før* strukturreformen var betydelige forskelle i den træningskapacitet, der var til rådighed for befolkningen i de enkelte amter.

1. Baggrund og formål

1.1 Baggrund

Ansvar for finansiering og tilvejebringelse af træningsydelser til borgerne er pålagt hhv. regioner og kommuner. Frem til strukturreformens gennemførelse var opgavefordelingen tilrettelagt således, at amtskommunen som led i sygehusopgaven havde ansvaret for genoptræning i forbindelse med sygehusbehandling, hvad enten denne fandt sted under indlæggelsen eller ambulantly efter udskrivning fra sygehus. Kommunerne havde ansvaret for genoptræning af typisk ældre borgere, der har behov for genoptræning som følge af sygdom, der *ikke* er behandlet i sygehusregi. Derudover var - og er - kommunerne forpligtet til at yde vedligeholdelsestræning til f.eks. ældre og personer med kroniske lidelser.

Udover træning i sygehusregi og i kommunalt regi, tilbydes tilskud til træning hos privatpraktiserende fysioterapeuter. Træning hos privatpraktiserende fysioterapeut forudsætter lægehenvi- sning. Træning hos privat fysioterapeut er en sygesikringsydelse og dermed en amtslig udgift.

På trods af denne vifte af tilbud til patienter med behov for træning havde flere undersøgelser og rapporter imidlertid peget på, at træningsindsatsen ikke var tilstrækkelig, og at der ville være betydelige samfundsmæssige gevinster ved at øge indsatsen (1). En af årsagerne til den tilsyneladende mangelfulde træning var divergerende fortolkninger af, hvorvidt - og i hvilket omfang - genoptræning var (og er) en del af sygehusbehandlingen. Således udgav Sundhedsministeriet allerede tilbage i 1994 et temaoplæg om genoptræning, der fastslog følgende:

”Der er tale om en glidende overgang fra den specialiserede genoptræning i sygehusregi til den vedligeholdelsestræning og forebyggelse af funktionstab, der normalt varetages i kommunalt eller privat regi. Der er tale om et såkaldt ”gråt område” hvor det ofte er patienten, der kommer i klemme, fordi ingen af parterne påtager sig opgaven. Patienten falder ’mellem 2 stole.’” (2)

Med henblik på at forbedre genoptræningsindsatsen ændrede regeringen i 2000 lovgivningen på genoptræningsområdet inden for to områder. Gennem en ændring i sygehusloven (3) blev det fra 2001 pålagt amterne at udarbejde skriftlige genoptræningsplaner for patienter, som efter lægelig vurdering har behov for genoptræning efter udskrivning (4). I Serviceloven (5) blev det - ligeledes fra 2001 - pålagt kommunerne at tilbyde træning til borgere, der har fået nedsat funktionsevne som resultat af sygdom, der ikke har været behandlet på et sygehus.

Trods lovændringerne i 2000 var genoptræning stadig et område, der i debatten ofte omtaltes som en gråzone. Et større udredningsarbejde fra Ribe Amt om genoptræning fra november 2002 peger således på at:

”Ansvars-afklaringen mellem sektorerne er et dilemma. Hvornår holder amtets forpligtelse op – og hvornår er det rimeligt at lade opgaverne overgå til kommunerne?” (6)

En arbejdsgruppe i den kommende Region Syddanmark, som har foretaget en udredning om genoptræningsområdet i forbindelse med strukturreformen, har følgende vurdering i den afsluttende statusrapport fra september 2005:

”I dag er genoptræning en amtskommunal opgave, mens vedligeholdelsestræning er en primærkommunal opgave. I realiteten er det ikke muligt at adskille de amtslige og kom-

munale opgaver ud fra disse begreber, og arbejdsdelingen er derfor i vidt omfang baseret på aftaler mellem parterne i de enkelte amter." (7)

Med strukturreformens vedtagelse sigter regeringen imidlertid på at løse de grænsedragings-, definitions- og hermed også kassetækningsproblemer, som har præget genoptræningsområdet og gjort det til en gråzone¹. Efter implementeringen af strukturreformen har regionerne ansvaret for genoptræning under indlæggelse, mens kommunerne har fået ansvaret for lægefagligt begrundet genoptræning *efter* udskrivning fra sygehus.

I bemærkningerne til den nye sundhedslov begrundes ændringerne på området således:

"I dag er genoptræning en integreret del af sygehusbehandlingen og dermed en amtslig forpligtelse efter sygehusloven. Amtskommunens forpligtelse er efter de gældende regler afgrænset til den periode, hvor funktionsniveauet fortsat kan forbedres gennem yderligere genoptræning. Således har amtskommunen i dag også ansvaret for borgernes genoptræning i forlængelse af sygehusbehandlingen, hvis der fortsat er behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehuset.

De amtskommunale og kommunale træningstilbud er imidlertid karakteriseret ved en glidende overgang fra den specialiserede genoptræning i amtsligt regi til vedligeholdelsestræningen, der varetages i kommunalt regi. Genoptræningsområdet er bl.a. af denne grund et af de områder, der oftest har været fremhævet som et gråzoneområde, trods mange forsøg fra de centrale myndigheders side gennem årene på at indskærpe amtskommuners og kommuners forpligtelse til gennem samarbejde at sikre den enkelte patient et sammenhængende og effektivt træningsforløb.

Sigtet er derfor som led i kommunalreformen at give kommunerne ansvaret for al den træning, der ikke foregår under indlæggelse på sygehus. Kun den træningsindsats, der sker under patientens ophold på sygehus, er sygehusets ansvar." (9)

Spørgsmålet er imidlertid, om strukturreformens ændringer på genoptræningsområdet kommer til at løse problemerne med mangelfuld træningsindsats, og hvorvidt de grænsedragingsproblemer der har været påpeget vil blive løst.

1.2 Formål

Denne rapport er del af et større forskningsprojekt, der har til formål at undersøge hvordan træningsområdet påvirkes gennem strukturreformen, samt at undersøge i hvilket omfang disse ændringer medvirker til at løse de problemer, der er nævnt i det foregående afsnit. Projektet vil bl.a. med udgangspunkt i udvalgte amter og kommuner sammenligne organisering, ydelser og ressourceforbrug før og efter strukturreformen, samt analysere i hvilket omfang disse ændringer medvirker til at løse problemerne.

Formålet med denne rapport er at belyse status for genoptræningsindsatsen på nationalt niveau *før* strukturreformen. Rapporten indeholder således en kortlægning af genoptræningsindsatsen i kommunalt regi, amtsligt regi og sygesikringsregi. Det er hensigten, at denne kortlægning skal følges op af en ny kortlægning af genoptræningsindsatsen i 2008 - altså *efter* strukturreformen. Ved en sammenligning af de to kortlægninger vil det således være muligt at analysere mulige konsekvenser af strukturreformen, herunder ændringer i den samlede genoptræningsindsats og ændringer i arbejdsdelingen imellem de tre genoptræningsregier: sygehus, kommune og privat fysioterapi.

¹ Se fx Regeringens fremlæggelse af strukturreformen (8). Her beskrives et centralt mål med reformen fra regeringens side som værende "Klart ansvar og opgør med gråzoner".

Rapporten indledes med en gennemgang af det lovmæssige grundlag for genoptræningen i hhv. kommunalt og amtskommunalt regi (herunder sygesikringsregi) i kapitel 2. Dernæst følger et kapitel der beskriver det datagrundlag, som rapporten bygger på. Kapitel 4 indeholder resultaterne fra kortlægningen opdelt på hhv. kommuner, amter og privat fysioterapi. Kapitel 5 indeholder en analyse og sammenligning af den samlede træningskapacitet i hvert af de 14 amter (+ H:S), når man ser på de tre sektorer under ét. Endelig indeholder kapitel 6 en diskussion af resultaterne.

2. Det lovmæssige grundlag (før strukturreformen)

Dette kapitel indeholder en gennemgang af det lovmæssige grundlag for genoptræningen før strukturreformen, dvs. det lovgrundlag der lå til grund for udformningen af de træningstilbud der fandtes i amter, kommuner og privat praksis på det tidspunkt, hvor kortlægningen er gennemført. Bilag 4 viser de relevante paragraffer i de love, der henvises til i det efterfølgende.

2.1 Genoptræning i forbindelse med sygehusbehandling

Amterne havde ansvaret for genoptræning i tilknytning til sygehusbehandling. Ifølge § 5 i Sygehusloven (3) ydede hver amtskommune vederlagsfri behandling ved sit sygehusvæsen til personer, der har bopæl i amtskommunen. Genoptræning i forbindelse med en sygehusbehandling er en integreret del af sygehusbehandlingen (10) og dermed et amtskommunalt ansvar.

Genoptræningen i tilknytning til sygehusbehandling har til formål - i det omfang det er muligt - at bringe patienten tilbage til samme funktionsniveau, som var gældende før sygdom eller en ulykke indtraf. Alternativt et så højt funktionsniveau som muligt. Hvis der var et lægefagligt behov for genoptræning i forlængelse af sygehusbehandlingen, var det sygehuset - og dermed amtet - der havde ansvaret (også finansieringsmæssigt) for denne del af genoptræningen. Dette gjaldt uanset om træningen foregik i sygehusregi, eller om amtet valgte at lade kommunen udføre træningsopgaven.

2.2 Behandling hos praktiserende fysioterapeut

I henhold til "Lov om offentlig sygesikring" ydede Den offentlige Sygesikring efter retningslinjer fastsat af Sundhedsstyrelsen tilskud til fysiurgisk behandling, der udførtes af fysioterapeut efter henvisning fra en læge (§ 9).

Af "Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til fysioterapeutisk behandling" fremgår tilskuddets størrelse (11). Der er to former for offentlige sygesikringstilskud: Et tilskud som kun delvist dækker omkostningerne til fysioterapeutisk behandling (6), og et tilskud som fuldt ud dækker omkostningerne (vederlagsfri behandling) (§ 7).

2.3 Kommunale opgaver

Overordnet havde kommunerne ansvaret for vedligeholdelsestræning samt genoptræning af borgere med funktionsnedsættelse som ikke blev behandlet i umiddelbar tilknytning til et sygehusophold.

Vedligeholdelsestræning

Ifølge Lov om Social Service § 73 a, stk. 2 (12) skal kommunerne sørge for hjælp til vedligeholdelse af fysiske eller psykiske færdigheder til personer, der på grund af nedsat funktionsevne har behov for det². Vedligeholdelsestræning kan defineres som træning for at forhindre funktionstab og for at fastholde eller forbedre det hidtidige funktionsniveau (10)).

Genoptræning

Ifølge Lov om Social Service § 73 a, stk. 1 har kommunalbestyrelsen pligt til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Kommunerne forpligtes altså til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom der ikke behandles i tilknytning til et sygehusophold.

² Se bilag 4 vedr. formulering af lovgrundlag.

I modsætning til træning i sygehusregi og i privat fysioterapi er der ikke i kommunalt regi (serviceloven) krav om en lægefaglig vurdering af behovet for genoptræning.

2.4 Gråzoner

Figur 2.1 indeholder en sammenfatning af, hvilke myndigheder der havde ansvaret for tilvejebringelse og finansiering af træningsydelser til borgerne før strukturreformen.

Som gennemgået i rapportens indledning (kap. 1) gav det lovmæssige grundlag mulighed for fortolkning af, hvem der havde ansvaret for indsatsen under træningsforløbet: Hvornår sygehusets (amtets) forpligtelse (herunder den finansielle forpligtelse) hørte op, og hvornår kommunen tog over. Helt konkret drejede det sig om en gråzone mellem den lægeordnede genoptræning i tilknytning til sygehusbehandling og genoptræningen /vedligeholdelsestræningen i kommunerne.

En anden "gråzone" eksisterede inden for de amtslige opgaver, nemlig mellem sygehusets forpligtelse og Sygesikringens forpligtelse. Således er det i en vejledning udsendt af Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i fællesskab (10) præciseret, at amtet ikke kan henvise patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning som led i sygehusbehandling til privatpraktiserende fysioterapeut og dermed påføre patienten en egenbetaling.

Amtet kunne heller ikke henvise patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning som led i sygehusbehandling til den vederlagsfri fysioterapi, idet det ville være imod Sygesikringens retningslinier for afgrænsningen af den personkreds, der var omfattet.

En forpligtelse til at sikre og finansiere træningsydelser til borgerne indebærer ikke automatisk en forpligtelse til selv at producere de pågældende ydelser. Kommunerne og amterne kunne vælge at indgå aftale med private udbydere, f.eks. privatpraktiserende fysioterapeuter eller en privat genoptræningsinstitution - ligesom amterne kunne vælge at betale kommunerne for at varetage de amtslige genoptræningsforpligtelser. En sådan træning skulle dog stadig være gratis for borgeren.

Figur 2.1 Oversigt over ansvarsfordeling i relation til træningsopgaven før strukturreformen

	Ikke lægeordnede genoptræning efter sygdom uden tilknytning til sygehusbehandling (I henhold til Serviceloven)	Vedligeholdelsestræning (I henhold til Serviceloven)	Lægeordnede genoptræning i tilknytning til sygehusbehandling (I henhold til Sygehusloven)	Lægeordnede genoptræning uden tilknytning til sygehusbehandling (I henhold til Sygesikringsloven)
Ansvar	Kommuner	Kommuner	Amterne	Amterne
Finansiering	Kommuner	Kommuner	Amter/sygehuse	Amter/sygesikring
Udførelse	Kommuner/-praktiserende fysioterapeut/ anden privat udbyder/	Kommuner/-praktiserende fysioterapeut/ anden privat udbyder/	Sygehuse/kommuner/ privat udbyder	Praktiserende fysioterapeut

Gråzone: Grænsen mellem *genoptræning* og *vedligeholdelsestræning*

Gråzone: Grænsen mellem *sygehusets forpligtelser* og *sygesikringens forpligtelser*

3. Metode og datagrundlag

Kortlægningen belyser genoptræningsindsatsen i henholdsvis kommunalt, sygehus- og sygesikringsregi (privatpraktiserende fysioterapeuter). Kortlægningen omfatter *ikke* kapaciteten i private genoptræningsinstitutioner, herunder de træningsinstitutioner, der er omfattet af Sygehuslovens § 5, stk. 3 (f.eks. Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Gigtsanatoriet i Skælskør, Vejlefyord og Center for hjerneskadede)³. Kortlægningen omfatter heller ikke genoptræning på lands-/landsdelsniveau, som den forekommer på Rigshospitalet (rygmarvsskadede), Hvidovre Hospital og Hammel Neurocenter (neurorehabilitering). Denne afgrænsning skyldes, at disse institutioner i princippet dækker hele landet, og at det derfor kan være svært at knytte denne genoptræningskapacitet til et specifikt amt eller en specifik kommune.

For hver af de tre sektorer er der i det omfang, det har været muligt, indhentet oplysninger om træningskapaciteten i form af antal terapeuter, samt oplysninger der kan belyse aktiviteten. Der er gennemført en sammenligning af de enkelte amter og kommuner, idet såvel kapacitet som aktivitet er sat i forhold til befolkningstallet i det pågældende amt eller den pågældende kommune. For kommunerne er kapaciteten desuden sat i forhold til befolkningstallet på 67 år og derover, da den kommunale træningsindsats primært er rettet mod den ældre del af befolkningen.

Udgangspunktet for kortlægningen var aktivitet og kapacitet i 2005, altså situationen 2 år før reformen. Det har imidlertid ikke i alle tilfælde været muligt at fremskaffe data fra dette år - i visse tilfælde (visse amter) er opgørelsen baseret på 2004, og i andre tilfælde (antal sygesikringsydere) er opgørelsen baseret på medio 2006. Det er dog vurderingen, at der ikke har været de store udsving inden for de pågældende områder, og at kortlægningen kan tages som et validt udtryk for genoptræningsindsatsen umiddelbart inden strukturreformens implementering.

Kortlægningen indeholder alene en kvantitativ opgørelse af genoptræningsindsatsen. Det har ikke været formålet med undersøgelsen at opgøre kvaliteten af den genoptræning der ydes, ligesom det ikke har været formålet at forsøge at analysere i hvilket omfang patienterne genvinder eller bibeholder deres funktionsevne.

3.1 Sygehusene

Informationerne om træningsindsatsen i sygehusregi er indhentet via et spørgeskema udsendt til samtlige amter og H:S i august 2006. I skemaet er amterne blevet bedt om at oplyse antal fysioterapeutiske og ergoterapeutiske årsværk ved somatiske sygehuse i 2005. I praksis har det dog vist sig, at ikke alle amter havde mulighed for at fremskaffe data for 2005, men i stedet for har fremsendt oplysninger vedr. 2004. Derudover er amterne blevet bedt om at oplyse aktiviteten i form af antal besøg og forløb for hhv. ambulante og indlagte patienter (spørgeskemaet er vedlagt som bilag 1). Endvidere er amterne blevet bedt om at oplyse, hvorvidt dele af træningsindsatsen mod betaling er overdraget til kommuner, privatpraktiserende fysioterapeuter eller andre private leverandører.

³ Se bilag 4 for formulering af lovgrundlag.

3.2 Praksissektoren

Opgørelsen af kapaciteten og omfanget af ydelser hos privatpraktiserende fysioterapeuter er dels baseret på oplysninger fra Amdsrådsforeningen om antal ydere i 2006, dels på udtræk fra Sygesikringens ydelsesregister 2005⁴.

3.3 Kommunerne

Kortlægningen af træningsindsatsen på det kommunale område er baseret på en spørgeskemaundersøgelse. I september 2005 udsendtes således et elektronisk spørgeskema til alle kommuner i Danmark, (spørgeskemaet er vedlagt som bilag 2)

For at undersøge om træningsindsatsen afhænger af kommunens størrelse, er det valgt i analysen at gruppere kommuner efter befolkningstal. Det er valgt at inddele kommunerne i 5 følgende grupper:

- ◆ Gruppe 1: under 10.000
- ◆ Gruppe 2: 10.000-19.999
- ◆ Gruppe 3: 20.000-39.999
- ◆ Gruppe 4: 40.000-79.999
- ◆ Gruppe 5: over 80.000

Den valgte inddeling resulterer i, at hver gruppe har en befolkning på ca. 1 millioner. Skellet mellem gruppe 2 og 3 er valgt fordi en kommunestørrelse på 20.000 har været nævnt som nedre grænse i forbindelse med strukturreformen. Endelig er inddelingen mellem gr. 4 og 5. valgt fordi der er et størrelsesmæssigt spring mellem kommunerne i gruppe 4 og de meget store kommuner i gruppe 5.

⁴ Sygesikringens ydelsesregister har til formål at danne grundlag for afregningen af ydere (alment praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter mm) der har indgået overenskomst med sygesikringen.

4. Resultater

Dette kapitel indeholder resultaterne af kortlægningen af træningsindsatsen i hver af de tre træningsregier.

4.1 Sygehusene

Dette afsnit indeholder en sammenligning af træningskapacitet og træningsaktivitet i de forskellige amter og H:S.

4.1.1 Træningskapacitet i sygehusregi

Tabel 4.1 viser antal fysioterapeut- og ergoterapeutårsværk ved de offentlige somatiske sygehuse i 2005. Tabellen viser desuden det samlede antal årsværk opgjort per 1.000 indbyggere i amtet.

Tabel 4.1 Antal fysioterapeut- og ergoterapeutårsværk ved somatiske sygehuse i 2006.

Amt	Årsværk i alt			Årsværk per 1.000 indbygger		
	I alt	Fys.	Ergo.	I alt	Fys.	Ergo.
H:S ^a	396,70	284,60	112,00	0,67	0,48	0,19
København ^{ab}	197,00	144,00	53,00	0,32	0,23	0,09
Frederiksborg ^c	107,82	83,66	25,16	0,29	0,22	0,07
Roskilde	68,76	52,95	15,81	0,29	0,22	0,07
Vestsjælland	127,84	88,98	38,86	0,42	0,29	0,13
Storstrøm	123,60	84,30	39,30	0,47	0,32	0,15
Bornholm	15,77	9,81	5,96	0,36	0,23	0,14
Fyn ^d	222,75	158,16	64,59	0,47	0,33	0,14
Sønderjylland	82,83	59,33	23,50	0,33	0,23	0,09
Ribe	56,00	41,00	15,00	0,25	0,18	0,07
Vejle	160,15	106,97	53,18	0,45	0,30	0,15
Ringkøbing	96,31	67,40	28,90	0,35	0,25	0,11
Århus ^{ae}	262,83	190,08	72,76	0,40	0,29	0,11
Viborg	79,90	*	*	0,34	*	*
Nordjylland	207,45	139,68	67,77	0,42	0,28	0,14
I alt	2205,71	1510,92	615,79	0,43	0,29	0,12

* Uoplyst

a 2004

b Oplyst at der er tale om en skønsmæssig opgørelse

c Inkl. Neurorehabiliteringsafdeling i Esbønderup

d Inkl. Neurorehabiliteringsafdeling og Rygcenter i Ringe

e Inkl. Apoplexiafsnit Randers. Baseret på skemaer udfyldt af de enkelte sygehuse i Århus Amt.

Tabel 4.1 viser, at amterne og H:S i gennemsnit havde ansat godt 0,4 terapeut per 1.000 indbyggere på de somatiske sygehuse. Heraf udgjorde 0,3 af stillingerne fysioterapeuter og 0,1 af stillingerne ergoterapeuter. Tabel 1 viser desuden, at der er store variationer i antal stillinger fra amt til amt. Antal fysioterapeutstillinger varierer således fra 0,48 per 1.000 indbyggere i H:S til 0,18 per 1.000 indbyggere i Ribe amt. Tilsvarende varierer antal ergoterapeutstillinger per 1.000 indbyggere fra 0,19 i H:S til 0,07 i Ribe amt. Spredningen i den samlede træningskapacitet udtrykt ved det samlede antal terapeuter pr. 1.000 indbyggere går fra et minimum på 0,25 til maksimum på 0,67, svarende til en forskel mellem højeste og laveste niveau på ca. 170 %.

Flere forhold gør imidlertid, at antal terapeuter ansat ved sygehusene ikke giver et reelt billede af den genoptræningskapacitet der er til rådighed for de patienter, der indlægges til behandling på sygehusene. Amterne kan således vælge at supplere med genoptræningsydelser købt hos kommuner eller hos private udbydere. Tabel 4.2 viser en oversigt over hvilke amter, der udliciterer dele af genoptræningsopgaven til hhv. kommuner, privatpraktiserende fysioterapeuter og ergoterapeuter, eller har indgået aftale med andre private udbydere. Det ses, at 7 ud af de 14 sygehuskommuner, der har besvaret spørgsmålet, har indgået aftale med kommunerne om - mod betaling - at varetage en del af genoptræningsopgaven. Tabel 4.2 viser desuden, at 5 af de 14 sygehuskommuner har indgået aftale med privatpraktiserende fysioterapeuter, mens et amt har indgået aftale med en freelance ergoterapeut.

Tabel 4.2 Oversigt over amter der udliciterer dele af genoptræningen

Amt	Aftale med kommune (x=ja)	Aftale med privatpraktiserende fysioterapeuter (x=ja)	Aftale med privatpraktiserende ergoterapeuter (x=ja)	Aftale med andre private udbydere (x=ja)
H:S				
København	*	*	*	
Frederiksborg				
Roskilde	x			
Vestsjælland	x			x ^a
Storstrøm	x			
Bornholm				
Fyn	x	x		
Sønderjylland	x ^b	x	x	
Ribe	x			x ^c
Vejle		x		
Ringkøbing		x		
Århus		x ^d		
Viborg				
Nordjylland	x			

* Uoplyst

a Reumatologiske patienter - herunder rygpatienter - genoptrænes på Gigtsanatoriet i Skælskør

b Fra november 2005

c Falck Rehab varetager genoptræning for patienter med apopleksi, hoftefraktur og amputationer på det tidligere Varde Sygehus

d Fra oktober 2005.

Med hensyn til aftaler med privatpraktiserende fysioterapeut oplyser flere af amterne, at der er tale om en ny aftale, og at træningen tidligere blev udført som en sygesikringsydelse med delvis egenbetaling. Da det imidlertid er blevet præciseret af regeringen (jf. kap 2.3 om gråzoner), at dette er imod Sygesikringens retningslinier, har man i stedet indgået aftale med private fysioterapeuter om direkte betaling fra amtet og uden egenbetaling fra patientens side. Det kunne antages, at der i nogle amter fortsat eksisterer en gråzone imellem genoptræning i sygehusregi (sygehusforpligtelse) og genoptræning i sygesikringsregi (sygesikringsforpligtelse). Forskelle i sygehusenes træningskapacitet kan derfor, udover de nævnte formaliserede aftaler om køb af ydelser i privat praksis, også tilskrives forskelle i arbejdsdelingen mellem sygehuse og sygesikringen.

Endelig bør det nævnes, at forskel i genoptræningskapacitet fra amt til amt kan tilskrives, at nogle amter har valgt at etablere særlige genoptræningsfaciliteter i form af specialafdelinger/-sygehuse f.eks. Rygcenter Fyn og Esbønderup Sygehus (Neurorehabilitering). Faciliteter der formentlig også i et vist omfang benyttes af patienter fra andre amter, enten fordi amtet har indgået aftale herom, eller fordi patienterne i henhold til reglerne om frit sygehusvalg har valgt at benytte institutionen.

I et forsøg på at korrigere for amternes udlicitering af træningsydelser, blev amterne i spørgeskemaet bedt om at kvantificere omfanget af udliciteringen, enten i form af beløb eller i form af antal terapeutstillinger. Ikke alle amter har haft mulighed for at besvare dette spørgsmål, men for de amter, der har svaret, drejer det sig om mellem 10 og 0,17 stillinger, svarende til mellem 0,1 % og knap 5 % af træningskapaciteten i sygehusregi i de pågældende amter. Forskellene i sygehusenes træningskapacitet synes således ikke alene at kunne forklares ved forskelle i omfanget af udlicitering.

4.1.2 Træningsaktivitet i sygehusregi

På de efterfølgende sider er vist tabeller, der indeholder opgørelser af træningsaktiviteten ved offentlige somatiske sygehuse (opgjort som hhv. antal besøg og forløb). Det ses, at en række amter ikke har haft mulighed for at besvare spørgeskemaets spørgsmål om træningsaktivitet. Men de besvarelser, der er modtaget, tyder på, at der tilsyneladende er stor variation i træningsaktiviteten i sygehusregi.

Tabel 4.3 viser træningsaktiviteten for de indlagte patienter opgjort i forhold til indbyggertallet i amtet. Det ses, at antallet af "fysioterapeutbesøg" til indlagte patienter varierer fra 154 til 221 per 1.000 indbyggere i amtet. Det skal bemærkes, at det oplyste antal ydelser for Vejle Amt ikke umiddelbart er sammenligneligt med oplysningerne fra de øvrige amter, da antal ydelser oplyst fra Vejle er antal registrerede SKS⁵-koder, og da det er muligt at registrere flere SKS-koder per "besøg". Ser man på antal "fysioterapeutforløb" for indlagte patienter, synes der ligeledes at være store variationer mellem amterne. Antallet af forløb per 1.000 indbyggere varierer fra 25 til 47. Med hensyn til ergoterapeutisk aktivitet varierer antal forløb fra 4 til 25 per 1.000 indbyggere i amtet, mens antal "besøg" varierer fra 32 til 78 per 1.000 indbygger.

Tabel 4.4 viser, at træningsaktiviteten for ambulante patienter ligeledes synes at variere betydeligt fra amt til amt. Antallet af ambulante fysioterapeutforløb varierer således fra 13 til 21 per 1.000 indbyggere, mens antallet af ambulante besøg hos fysioterapeut varierer fra 82 til 192 per 1.000 indbyggere i amtet. Antal ambulante forløb hos ergoterapeut varierer fra 4 til 8 per 1.000 indbyggere, mens antal ambulante besøg hos ergoterapeut varierer fra 16 til 51 per 1.000 indbyggere.

Tabel 4.3 og Tabel 4.4 giver dog ikke et dækkende billede af den træning der tilbydes amternes borgere i forbindelse med sygehusbehandling. En række af de forbehold, der blev nævnt i forbindelse med sammenligningen af antal terapeuter ved sygehusene, gælder også ved en sammenligning af træningsaktiviteten ved amtets sygehuse. Opgørelsen omfatter således ikke de ydelser, amtet har købt i kommunerne eller hos private terapeuter eller private institutioner. Men da den træning, der udliciteres, synes at udgøre et begrænset antal stillinger set i forhold til antal terapeutstillinger i sygehusregi (jf. kommentarerne under afsnittet om træningskapacitet), antages det, at omfanget af den *aktivitet*, der udliciteres, ligeledes er begrænset set i forhold til aktiviteten på sygehusene.

Et andet forhold, som man bør tage højde for, når man sammenligner aktiviteten i sygehusregi, er, at den opgjorte aktivitet både kan omfatte ydelser til egne borgere og ydelser til andre amters borgere, hvad enten de er blevet behandlet som led i aftale mellem amterne om arbejdsdeling, eller de er blevet behandlet som fritvalgspatienter. Omfanget af patientvandringer kan imidlertid næppe forklare forskellene i sygehusenes træningsaktivitet. Således viser en opgørelse foretaget af Sundhedsstyrelsen, at udenamtspatienter i 2000 udgjorde i alt 6,6 % af det samlede antal udskrivninger på basisniveau⁶, men andelen varierer meget fra amt til amt. F.eks. er Roskilde Amt et af de amter, der har størst nettoindvandring af patienter, samtidig med at amtet har et relativt lavt antal terapeuter per indbygger. Ligeledes har Vestsjællands Amt stor nettoudvandring af patienter, samtidig med at amtet har et gennemsnitligt antal terapeuter i sygehusregi.

⁵ SKS (Sundhedsstyrelsens Klassifikations System) indeholder et katalog af koder, der beskriver forskellige fysio- og ergoterapeutiske ydelser. Ved et besøg kan registreres én eller flere koder.

⁶ Behandlinger der *ikke* foregår på specialiserede lands-landsdelseafdelinger.

Afslutningsvist bør det nævnes, at den opgjorte aktivitet for flere amters vedkommende er behæftet med usikkerhed. Nogle amter oplyser, at der er tale om manuelle optællinger, mens andre har baseret opgørelsen på registreringer i Landspatientregisteret, hvor man siden 2004 har indberettet fysio- og ergoterapeutiske ydelser (13). Da der således er tale om en helt ny registrering, vil der forekomme forskelle i registreringspraksis, hvorfor opgørelserne må tages med et vist forbehold.

4.1.3 Sammenfatning vedrørende træningsindsats i sygehusregi

Analysen af træningsindsatsen i sygehusregi viser, at såvel kapacitet som aktivitet varierer betydeligt fra amt til amt. En række forhold gør imidlertid, at kapacitet og aktivitet i sygehusregi ikke giver et reelt billede af den træning, der er til rådighed for patienter, der behandles på sygehusene. For det første har amterne i varierende omfang valgt at opfylde deres genoptræningsforpligtelse ved at indgå aftaler med kommuner og praktiserende fysioterapeuter. Og for det andet kan patientvandringer mellem amterne bevirke, at træningskapacitet og aktivitet kan komme andre amters borgere til gavn.

På baggrund af foreliggende data om omfanget af sygehusenes udliciteringer og statistik vedrørende omfanget af patientvandringer imellem amterne vurderes det dog, at de nævnte forbehold muligvis nok kan indsnævre forskellene amterne imellem, men næppe fuldt ud forklare forskellene i amternes træningsindsats.

Analyseresultaterne vedrørende trænings*aktiviteten* i sygehusregi er behæftet med betydelig usikkerhed. Mange amter har ikke haft mulighed for at levere data vedrørende aktiviteten, og de amter, som har besvaret spørgsmålet, har anvendt forskellige opgørelsesprincipper. Dette skyldes bl.a., at mange amter først er begyndt at registrere ergo- og fysioterapeutiydelser i forbindelse med, at det er blevet obligatorisk at indberette disse ydelser til Landspatientregisteret fra 2004 - 2005. Der må således forventes en indkøringsfase inden der opnås en ensartet registreringspraksis.

Tabel 4.3 Træningsaktivitet ved somatiske sygehuse for indlagte patienter i 2005

Amt	Træningsaktivitet for indlagte i alt				Fysioterapi indlagte				Ergoterapi indlagte			
	I alt		Pr. 1.000 indb.		I alt		Pr. 1.000 indb.		I alt		Pr. 1.000 indb.	
	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb
H:S	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
København	*	30.857	*	50	*	24.996	*	40	*	5.861	*	9
Frederiksborg ^a	70.602	10.901	188	29	58.615	9.536	156	25	11.987	1.365	32	4
Roskilde	46.537	7.745	195	32	38.237	4.802	160	20	8.300	2.943	35	12
Vestsjælland ^b	60.421	15.344	198	50	46.977	12.533	154	41	12.235	2.651	40	9
Storstrøm	65.206	12.016	249	46	46.021	8.238	176	31	19.185	3.778	73	14
Bornholm	*	2.391	*	55	*	1.315	*	30	*	1.076	*	25
Fyn ^c	122.771	28.825	258	60	103.064	22.268	216	47	19.707	6.557	41	14
Sønderjylland	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Ribe ^d		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Vejle ^e	201.946	*	564	*	148.515	*	415	*	53.431	*	149	*
Ringkøbing	*	24.226		88	*	*	*	*	*	*	*	*
Århus	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Viborg	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nordjylland	148.473	20.434	300	41	109.628	14.971	221	30	38.845	5.463	78	11

* Uoplyst

a Inkl. Esbønderup

b Aktiviteten på Kalundborg er ikke opdelt på fysioterapi og ergoterapi. Derfor kun med i totaltallene

c Ekskl. Rygcenter Fyn. Inkl. aktivitet for psykiatriske patienter på Sygehus Fyn (2,8 Fys.)

d 2004 tal

e Besøg opgjort som antal registrerede SKS-koder.

Tabel 4.4 Ambulant træningsaktivitet ved somatiske sygehuse 2005

Amt	Ambulant træningsaktivitet i alt				Ambulant fysioterapi				Ambulant ergoterapi			
	I alt		Pr. 1.000 indb.		I alt		Pr. 1.000 indb.		I alt		Pr. 1.000 indb.	
	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb	Besøg	Forløb
H:S	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
København	*	*	*	*	*	12.444	*	20	*	*	*	*
Frederiksborg ^a	36.583	6.975	97	19	30.671	5.519	82	15	5.912	1.456	16	4
Roskilde	30.061	4.841	126	20	22.639	3.574	95	15	7.422	1.269	31	5
Vestsjælland ^b	47.454	8.511	156	28	34.227	6.435	112	21	11.262	1.804	37	6
Storstrøm	45.196	5.235	172	20	37.370	3.951	143	15	7.826	1.284	30	5
Bornholm	8.582	911	198	21	6.379	561	147	13	2.203	350	51	8
Fyn ^c	65.499	12.219	137	26	55.111	9.859	116	21	10.388	2.360	22	5
Sønderjylland	43.694	*	173	*	33.288	*	132	*	10.406	*	41	*
Ribe ^d	52.076	*	232	*	43.076	*	192	*	9.000	*	40	*
Vejle ^e	68.425	*	191	*	49.447	*	138	*	18.978	*	53	*
Ringkøbing	41.000	5.898	149	21	*	*	*	*	*	*	*	*
Århus		13.996	*	21	*	*	*	*	*	*	*	*
Viborg		4.725	*	20	*	*	*	*	*	*	*	*
Nordjylland	64.965	12.657	131	26	50.938	9.391	103	19	14.027	3.266	28	7

* Uoplyst

a Inkl. Esbønderup

b Aktiviteten på Kalundborg ikke opdelt på fysioterapi og ergoterapi, og er derfor kun med i totaltallene

c Ekskl. Rygcenter Fyn, men inkl. Neurocenter i Ringe

d Aktivitet opgjort som antal registrerede SKS-koder i 2004

4.2 Praksissektoren

I dette afsnit vil der blive foretaget en sammenfatning af kapaciteten i praksissektoren, udtrykt som antal praksis (enkeltmands- plus kompagnipraksis) og antal fysioterapeuter der arbejder i privat praksis. Derudover indeholder kapitlet en opgørelse af det samlede antal ydelser i 2005 samt omkostningerne hertil.

4.2.1 Kapaciteten i privat praksis

Af Tabel 4.5 fremgår antallet af praksis og antallet af fysioterapeuter med ydernummer fordelt på amter/kommuner. Det ses, at der i 2006 var i alt 1.731 praksis og 1.766 fysioterapeuter med ydernummer. Med til den samlede kapacitet i praksissektoren hører desuden et antal fysioterapeuter, som er ansat hos praktiserende fysioterapeuter under deres ydernummer. Tabellen indeholder derfor også en opgørelse af det samlede antal fysioterapeuter i privat praksis, dvs. en opgørelse der omfatter både fysioterapeuter med og uden ydernummer. Opgørelsen er opdelt på fysioterapeuter der arbejder hhv. på heltid og på deltid. Det er ikke umiddelbart muligt at opgøre den samlede fysioterapeutkapacitet i form af antal fuldtidsstillinger, idet deltid kan omfatte et varierende timetal op til 30 timer per uge.

I Tabel 4.5 er antal ydere og fysioterapeuter desuden sat i forhold til det samlede folketal. Det fremgår, at antal ydere per indbygger varierer fra 0,20 til 0,47, en forskel på mere end 100 %. Antal fysioterapeuter varierer fra 0,23 til 0,53 per 1.000 indbyggere.

En del af forskellen i sygesikringskapacitet skyldes, at praktiserende fysioterapeuter nogle steder mod betaling direkte fra amtet varetager opgaver for sygehusene jf. afsnit 41 om træningsindsatsen i sygehusregi. Yderligere kan en del af forskellene i kapacitet forklares ved, at praktiserende fysioterapeuter også i et vist omfang varetager opgaver for kommunerne (jf. kap 4.3).

Tabel 4.5 Antal privatpraktiserende fysioterapipraksis, ydere og fysioterapeuter pr. 20. juni 2006

Amt/Kommune	Praksis ^a	Ydere ^b	Antal fysioterapeuter ^c			Ydere pr. 1.000 indb.	Fys. i alt per 1.000 indb.
			Heltid	Deltid ^d	I alt		
Københavns Kommune	106	112	37	81	118	0,22	0,23
Frederiksberg	33	33	14	21	35	0,36	0,38
Københavns Amt	240	243	79	185	264	0,39	0,43
Frederiksborg	170	175	70	130	200	0,47	0,53
Roskilde	78	78	43	51	94	0,33	0,39
Vestsjælland	104	104	40	70	110	0,34	0,36
Storstrøm	66	66	50	28	78	0,25	0,30
Bornholm	14	14	8	6	14	0,32	0,32
Fyn	175	176	56	124	180	0,37	0,38
Sønderjylland	70	70	35	47	82	0,28	0,32
Ribe	70	72	7	80	87	0,32	0,39
Vejle	71	71	43	40	83	0,20	0,23
Ringkøbing	112	117	0	136	136	0,43	0,50
Århus	216	222	81	187	268	0,34	0,41
Viborg	75	79	38	58	96	0,34	0,41
Nordjylland	131	134	60	103	163	0,27	0,33
I alt	1.731	1.766	661	1.347	2.008	0,33	0,37

a Omfatter virksomheder udøvet af enkeltperson, samt kompagnipraksis der drives af to eller flere ydere, der har fælles økonomi, lokaler og personale.

b Person, der besidder retten til at praktisere for sygesikringen og derfor er tilknyttet et ydernummer. Ansatte fysioterapeuter er således ikke inkluderet.

c Omfatter klinikindehavere, lejere uden fast klinik og ansatte fysioterapeuter.

d Deltid kan omfatte et varierende timetal op til 30 timer per uge.

Kilde: Amtrådsforeningen, udtræk fra sygesikringsregisteret

4.2.2 Ydelser

I overenskomsten mellem Sygesikringen og de privatpraktiserende behandlere indgås aftale om hvordan behandleren skal afregnes, herunder hvilke ydelser der er tilskudsberettigede og honoraret for den enkelte ydelse. De ydelser, der er aftalt i overenskomsten med fysioterapeuterne, omfatter f.eks. "første konsultation", "normal behandling" eller "opfølgende træningsterapi". Derudover kan der være tale om tillægsydelser f.eks. tillæg for behandling uden for normal arbejdstid. Der kan således i visse tilfælde registreres flere ydelser per konsultation.

Overenskomsten mellem sygesikringen og privatpraktiserende fysioterapeuter er inddelt i specialer, som omfatter henholdsvis:

- ◆ Fysioterapi 51. Omfatter fysioterapi, hvortil sygesikringen yder tilskud (jf. overenskomstens §§ 29A, 29C, 30 og rammeaftale for hold)
- ◆ Vederlagsfri fysioterapi 62; jf. overenskomstens §§ 19, 22 og 25
- ◆ Ridefysioterapi 57; jf. overenskomstens §§ 12, 13 og 14
- ◆ Vederlagsfri ridefysioterapi 65; jf. overenskomstens §§ 12, 13 og 14.

Sygesikringsregisteret har til formål at danne grundlag for afregningen af de praktiserende behandlere, og indeholder derfor oplysninger om, hvilke ydelser patienten har fået. Nedenstående tabel 6, der er baseret på udtræk fra sygesikringsregisteret, indeholder en opgørelse af antallet af tilskudsberettigede ydelser samt det samlede udbetalte honorar opgjort for hvert af specialerne. I opgørelsen indgår også tillæg uden for normal arbejdstid, afstandstillæg og kørselsgodtgørelse. Det ses af Tabel 4.6, at

det samlede bruttohonorar beløber sig til mere end 808 millioner kr., heraf udgør den vederlagsfrie fysioterapi mere end 490 millioner kr. (> 60 % af det totale bruttohonorar).

Tabel 4.6 Antal ydelser og bruttohonorar fordelt på sygesikringsgruppe og specialer i 2005

Speciale	Gruppe 1		Gruppe 2		I alt	
	Antal ydelser (i 1.000)	Bruttohonorar (1.000 kr.)	Antal ydelser (i 1.000)	Bruttohonorar (1.000 kr.)	Antal ydelser (i 1.000)	Bruttohonorar (1.000 kr.)
Fysioterapi 51	8.601	262.456	163	5.204	8.764	267.661
Ridefysioterapi 57	43	3.207	0,5	35	43	3.242
Vederlagsfri fys. 62	6.000	482.800	91	7.381	6.090	490.182
Vederlagsfri ridefys. 65	527	47.359	2,4	161	529	47.520
I alt	15.171	795.822	257	12.781	15.426	808.605

Kilde: Amtsrådsforeningen.

Af Tabel 4.7 på næste side fremgår det totale antal ydelser og omkostninger til fysioterapi, hvor amtet yder tilskud (speciale 51) og vederlagsfrie fysioterapi (speciale 62) fordelt på amt / kommune samt opgjort pr. indbygger. Det ses, at der for så vidt angår speciale 51 på landsplan i gennemsnit forbruges 1,6 ydelser pr. borger, og at omkostningerne per borger beløber sig til 50 kr. Udgiften per borger varierer fra 66 kr. i Frederiksborg Amt, til 35 kr. per sikret i Storstrøms Amt – en forskel på 100 % imellem de to amter. Med hensyn til vederlagsfrie fysioterapi (speciale 62) udgør forbruget i gennemsnit 2,8 ydelser og 140 kr. per borger. Forbruget er højest i Ringkøbing Amt, hvor det udgør 120 kr., og lavest i Vejle Amt og Københavns Kommune, hvor det udgør ca. 63 kr. per borger.

Forskellene i forbruget af sygesikringsydelser fra amt til amt kan først og fremmest forklares ved forskellene i antallet af ydere. Derudover kan forskellene muligvis forklares ved, at der fortsat eksisterer en gråzone mellem sygehusene og sygesikringen, hvor sygehusene i varierende omfang henviser patienter til genoptræning hos praktiserende fysioterapeut, således at sygesikringsydelser i realiteten i vist omfang dækker over genoptræning, der i nogle amter er en sygehusopgave.

Tabel 4.7 Antal ydelser og bruttohonorar for specialerne 51 og 62 fordelt på kommune/amt i 2005

Amt / kommune	Speciale			Befolkning i alt 2005	Speciale		
	51	62	I alt		51	62	I alt
	Antal ydelser (i 1.000)				Antal ydelser pr. indb.		
Københavns Kom.	603	362	965	502.362	1,20	0,72	1,92
Frederiksberg Kom.	167	83	250	91.886	1,82	0,90	2,72
Københavns Amt	1.091	611	1.702	618.237	1,76	0,99	2,75
Frederiksborg Amt	782	451	1.233	375.705	2,08	1,20	3,28
Roskilde Amt	535	240	776	239.049	2,24	1,00	3,24
Vestsjællands Amt	493	367	861	304.761	1,62	1,20	2,82
Storstrøms Amt	308	247	554	262.144	1,17	0,94	2,11
Bornholms Reg.kom.	48	40	88	43.445	1,10	0,92	2,02
Fyns Amt	622	582	1.204	476.580	1,31	1,22	2,53
Sønderjyllands Amt	331	283	614	252.980	1,31	1,12	2,43
Ribe Amt	344	218	562	224.454	1,53	0,97	2,50
Vejle Amt	476	294	770	358.055	1,33	0,82	2,15
Ringkøbing Amt	540	420	960	274.574	1,97	1,53	3,50
Århus Amt	1.247	925	2.172	657.671	1,90	1,41	3,31
Viborg Amt	382	247	630	234.434	1,63	1,05	2,68
Nordjyllands Amt	793	721	1.514	495.068	1,60	1,46	3,06
I alt	8.764	6.090	14.854	5.411.405	1,62	1,13	2,75

Amt / kommune	Speciale			Befolkning i alt 2005	Speciale		
	51	62	I alt		51	62	I alt
	Bruttohonorar i 1.000 kr.				Omkostninger pr. indbygger		
Københavns Kom.	20.345	31.864	52.209	502.362	40,50	63,43	103,93
Frederiksberg Kom.	5.232	6.526	11.758	91.886	56,94	71,02	127,96
Københavns Amt	35.988	52.221	88.209	618.237	58,21	84,47	142,68
Frederiksborg Amt	24.868	38.514	63.382	375.705	66,19	102,51	168,70
Roskilde Amt	15.447	19.175	34.622	239.049	64,62	80,21	144,83
Vestsjællands Amt	13.924	27.298	41.222	304.761	45,69	89,57	135,26
Storstrøms Amt	9.315	19.090	28.405	262.144	35,53	72,82	108,36
Bornholms Reg.kom.	1.715	4.080	5.795	43.445	39,48	93,91	133,39
Fyns Amt	19.546	49.027	68.573	476.580	41,01	102,87	143,89
Sønderjyllands Amt	9.412	20.809	30.221	252.980	37,20	82,26	119,46
Ribe Amt	10.563	17.083	27.645	224.454	47,06	76,11	123,17
Vejle Amt	14.054	22.387	36.442	358.055	39,25	62,52	101,77
Ringkøbing Amt	15.738	33.055	48.793	274.574	57,32	120,39	177,70
Århus Amt	36.938	71.439	108.377	657.671	56,16	108,62	164,79
Viborg Amt	11.181	20.641	31.823	234.434	47,69	88,05	135,74
Nordjyllands Amt	23.394	56.972	80.366	495.068	47,25	115,08	162,33
I alt	267.661	490.182	757.843	5.411.405	49,46	90,58	140,05

Kilde: Amtsrådsforeningen

4.2.3 Sammenfatning vedrørende træningsindsats i praksissektoren

Analysen viser, at der er stor variation i såvel antallet af fysioterapipraksis som forbruget af sygesikringsydelser imellem de forskellige amter. Således er antallet af praksis per indbygger 100 % højere i amtet med flest praksis sammenlignet med amtet med færrest praksis. En del af forskellene i kapacitet og forbrug af sygehusydelser amterne imellem kan skyldes forskelle i arbejdsdelingen imellem sygehusene og sygesikringen. Ligeledes kan det skyldes, at praktiserende fysioterapeuter i et vist omfang har indgået aftaler med amterne og kommunerne om - mod direkte betaling - at varetage dele af disses genoptræningsforpligtelse.

4.3 Kommunerne

Dette afsnit indeholder resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen af genoptræningsindsatsen i kommunerne. I afsnittet redegøres der indledningsvist for svarprocenter, derefter gennemgås resultaterne med hensyn til hvilke træningstilbud samt hvilken træningskapacitet, opgjort i form af antal ansatte inden for træningsområdet, der findes i kommunerne.

4.3.1 Svarprocenter i spørgeskemaundersøgelsen

227 kommuner ud af de i alt 271 kommuner i Danmark besvarede spørgeskemaet, svarende til en samlet svarprocent på 83,8. Udover den samlede svarprocent, er der beregnet svarprocenter for hver af de 5 kommunistørrelser. Men da antallet af kommuner, der har besvaret spørgeskemaet, ikke siger noget om hvor stor en del af befolkningen, der reelt er dækket af besvarelserne, er der desuden udregnet svarprocent på basis af befolkningstal. Det er gjort ved at opgøre, hvor mange borgere der samlet set er inkluderet i hver af de 5 kommunistørrelser, og dernæst at beregne hvor stor en procentdel af befolkningen i de pågældende grupper af kommuner, besvarelserne dækker. De beregnede svarprocenter fremgår af tabel 8.

Tabel 4.8 Besvarelsesprocenter opgjort som procent af kommuner og befolkning

	Antal kommuner i alt	Besvarelser (% af kommuner)	Befolkning i alt*	Besvarelser (% af befolkning)
Under 10.000	129	109 (84,5 %)	904.412	770.926 (85,2 %)
10.000 – 19.999	78	62 (79,5 %)	1.075.929	865.713 (80,5 %)
20.000 – 39.999	36	31 (86,1 %)	958.216	823.717 (86 %)
40.000 – 79.999	22	19 (86,4 %)	1.152.235	983.668 (85,4 %)
Over 80.000	6	6 (100 %)	1.320.613	1.320.613 (100 %)
I alt	271	227 (83,8 %)	5.411.405	4.763.874 (88 %)

*Kilde: Danmarks Statistik. Befolkningstal for 1. januar 2005

Det fremgår af Tabel 4.8, at de i alt 227 kommuner, der har besvaret spørgeskemaet, repræsenterer 88 % af befolkningen. Det fremgår desuden, at samtlige 6 kommuner i den største gruppe har besvaret spørgeskemaet, mens svarprocenten er lavest for kommunerne med et befolkningstal på 10.000 – 19.999. For øvrige kommunistørrelser er svarprocenten stort set ens.

Som det vil fremgå af det efterfølgende, har kommunerne imidlertid ikke besvaret alle spørgsmål i de returnerede spørgeskemaer, hvorfor svarprocenterne i alt og for de enkelte kommunistørrelser varierer fra spørgsmål til spørgsmål.

4.3.2 Genoptræningstilbud i kommunerne

Hvor ydes genoptræningen?

I spørgeskemaet er oplyst forskellige former for træningstilbud, defineret ud fra hvor træningen foregår, og kommunerne er blevet bedt om at afkrydse hvilke af de pågældende tilbud, der findes i kommunen. Tabel 4.9 viser hvilke tilbud, der er oplyst i spørgeskemaet, og hvor mange kommuner der har angivet at det pågældende træningstilbud findes i kommunen. Når alle kommuner ses under ét, (kolonnen yderst til højre i tabel 9), er hyppigste tilbud træning af borgeren i eget hjem, idet 92 % af kommunerne har svaret, at de yder dette tilbud. Den næst hyppigste træningsform er træning på plejehjem, der tilbydes af 62 % af kommunerne.

Tabel 4.9 Antal kommuner der har oplyst, at de tilbyder forskellige former for træning

Hvor ydes der vedligeholdelses- og genoptræning?	Kommuner der har svaret ja, fordelt efter antal indbyggere (% af kommunerne inden for gruppen)					Kommuner i alt (% af alle kommuner)
	Under 10.000	10.000 – 19.999	20.000 – 39.999	40.000 – 79.999	Over 80.000	
Plejehjem	64 (59,3 %)	31 (50 %)	22 (71 %)	17 (94,4 %)	5 (83,3 %)	139 (62 %)
Dagcenter	59 (54,6 %)	32 (51,6 %)	19 (61,3 %)	14 (77,8 %)	4 (66,7 %)	128 (57 %)
Ældrecenter	47 (43,5 %)	37 (59,7 %)	12 (38,7 %)	10 (55,6 %)	2 (33,3 %)	108 (48 %)
Sundhedscenter	6 (5,6 %)	3 (4,8 %)	2 (6,5 %)	1 (5,6 %)	1 (16,7 %)	13 (6 %)
Træningscenter	39 (36,1 %)	31 (50 %)	22 (71 %)	15 (83,3 %)	3 (50 %)	110 (49 %)
Hjemme i eget hjem	100 (92,6 %)	57 (91,9 %)	29 (93,5 %)	17 (94,4 %)	5 (83,3 %)	208 (92 %)
Underleverandører	2 (1,9 %)	1 (1,6 %)	2 (6,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	5 (2 %)
Andre steder	11 (10,2 %)	14 (22,6 %)	5 (16,1 %)	1 (5,6 %)	3 (50 %)	34 (15 %)

Når man sammenligner hvilke former for tilbud, der ydes i kommuner med forskellige størrelser, ses det, at træning i eget hjem er det hyppigste træningstilbud for alle kommunistørrelser, mens f.eks. træning på plejehjem er mere hyppig i de store kommuner (over 40.000 indbyggere) end i de små kommuner. Tilsyneladende er der et mere bredt tilbud af træningsformer i de store kommuner sammenlignet med de små, idet andelen af kommuner, der svarer ja til at et givet tilbud findes, stiger med stigende kommunistørrelse inden for stort set alle de nævnte tilbud. Denne konklusion er næppe overraskende, idet de store kommuner alt andet lige vil have et større budget og dermed mulighed for at oprette flere forskellige typer af tilbud.

Spørgeskemaet indeholder ikke en definition af indholdet af de forskellige træningstilbud. Betegnelserne træningscenter, dagcenter, ældrecenter, sundhedscenter m.v. kan derfor dække over forskelligt - eller samme - indhold rent træningsmæssigt, alt afhængigt af hvilke betegnelser den enkelte kommune har valgt at anvende for sine institutioner. Kortlægningen kan derfor ikke sige noget om forskellen i træningens indhold, blot bredden i tilbudene i de enkelte kommuner.

Hvilke grupper modtager hvilke typer af træning?

I dette afsnit belyses hvilke former for træning, der ydes til forskellige patientkategorier i kommunerne. I spørgeskemaet blev kommunerne således bedt om at oplyse, hvorvidt de tilbyder hhv. individuel træning i eget hjem, individuel træning uden for eget hjem og gruppetræning, samt hvilke af en række på forhånd definerede patientkategorier der modtager de pågældende tilbud.

Tabel 10 viser hvor mange kommuner, der yder forskellige træningsformer, samt hvilke patientgrupper der tilbydes de pågældende 3 træningstyper. Generelt tyder tallene i tabel 10 ikke på, at der eksisterer nogen systematisk sammenhæng mellem diagnose og træningsform. Som det fremgår af flere kommentarer på besvarelserne, kan dette forklares ved, at kommunerne ikke yder træning ud fra en bestemt diagnose, men ud fra omfanget af funktionsnedsættelse. Det er således ikke diagnosen, men omfanget af funktionsnedsættelse, der afgør hvilket tilbud en patient får. Yderligere anføres det, at holdtræning typisk består af grupper på tværs af diagnoser.

Dog synes det ud fra Tabel 4.10 at kunne udledes, at gruppen af patienter med *geriatiske lidelser* er den gruppe, der i flest kommuner modtager træning inden for alle tre træningskategorier. Den næststørste gruppe inden for de tre træningskategorier er patienter med *hjerter-karsygdomme*. Mens gruppen af patienter med *kirurgiske lidelser i bevægeapparatet* er den tredje største gruppe. Den

gruppe, der generelt i laveste omfang tilbydes træning, synes at være *patienter med luftvejssygdomme*. Patienter med luftvejssygdomme er desuden den patientkategori, der i mindst omfang tilbydes holdtræning.

For samtlige patientgrupper er den generelle tendens, at andelen af kommunerne, der tilbyder alle tre former for træning, stiger med kommunestørrelsen. De store kommuner (over 80.000 indb.) har svaret, at de tilbyder individuel træning i eget hjem/uden for eget hjem til alle nævnte patientgrupper - igen en afspejling af at de store kommuner har mulighed for et mere mangfoldigt tilbud end de små. Bilag 1 indeholder tabeller, der viser tilbud om træning inden for de 3 træningstyper fordelt på kommunerne med forskellig størrelse.

Tabel 4.10 Antal kommuner der tilbyder individuel træning i eget hhv. uden for hjem eller holdtræning

Patientgruppe	Individuel træning i eget hjem	Individuel træning udenfor eget hjem	Holdtræning
Bevægeapparatslidelser, kirurgisk (minus ryg), fx som følge af frakturer	191 (89 %)	194 (94 %)	152 (73 %)
Bevægeapparatslidelser, medicinsk (minus ryg), fx som følge af gigt, sclerose m.v.	176 (82 %)	183 (89 %)	153 (74 %)
Ryglidelse, kirurgisk og/eller medicinsk, fx som følge af rygfraktur, diskusprolaps, osteoporose m.v.	149 (69 %)	170 (83 %)	147 (71 %)
Hjerte- karsygdomme, fx følger af iskæmisk hjertesygdom, herunder apopleksi	193 (90 %)	197 (96 %)	166 (80 %)
Luftvejssygdomme, fx som følge af lungebetændelse, astma eller KOL	153 (71 %)	163 (79 %)	121 (58 %)
Geriatriske lidelser grundet forskellige alders- og sygdomssvækkelser	197 (92 %)	197 (96 %)	181 (87 %)
Andre grupper	56 (26 %)	44 (21 %)	61 (29 %)
Antal kommuner der har svaret ja til mindst én af patientgrupperne	215 (100 %)	206 (100 %)	209 (100 %)

Note:

Procenterne angiver andelen af de kommuner der har svaret bekræftende på, at de tilbyder individuel træning i eget hjem, individuel træning udenfor eget hjem eller holdtræning til mindst én af de nævnte patientgrupper.

Det fremgår af besvarelserne, at gruppen "andre" bl.a. dækker over patienter med psykiske eller neurologiske lidelser.

4.3.3 Udlicitering af træning

Som alternativ eller supplement til de kommunalt drevne tilbud har kommunerne mulighed for at indgå aftaler med andre parter - f.eks. private fysioterapeuter, private virksomheder eller selvejende institutioner - om at varetage de kommunale genoptræningsopgaver.

Af de 220 kommuner der besvarede spørgsmålet om, hvorvidt hele eller en del af genoptræningen var udliciteret, svarede 14 eller 6 % ja. Det er især de mindste kommuner, der har udliciteret genoptræningen, mens ingen af kommunerne i gruppen over 40.000 indbyggere svarede ja på spørgsmålet. Seks af de kommuner, der har svaret ja til udlicitering, har udliciteret under 25 % af træningen, opgjort som andel af den samlede ressourceanvendelse på området, mens 5 har svaret at de har udliciteret mere end 75 % af den samlede ressourceanvendelse.

4.3.4 Ressourcer der anvendes til træningsopgaven

Forrige afsnit om træningsformer i kommunerne belyste, hvilke forskellige typer af tilbud kommunerne har etableret til patienter med behov for vedligeholdelses- og genoptræning. I dette afsnit belyses træningskapaciteten i form af antal fuldtidsstillinger der anvendes til træningsopgaverne i kommunerne.

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet bedt om at oplyse, hvor mange fuldtidsbeskæftigede de har inden for træningsområdet. Kommunerne er desuden blevet bedt om at oplyse, hvor mange der udfører forskellige typer af opgaver (træning, administration, andet), samt hvad de ansattes uddannelsesmæssige baggrund er. I analysen er det opgjorte antal fuldtidsstillinger sat i forhold til dels kommunens samlede befolkningstal, dels kommunens befolkning over 67 år. De kommuner, der udliciterer en del af træningsopgaven (i alt 14 kommuner jf. afsnit 4.2.3.), er ikke medtaget i analysen, da antal ansatte i disse kommuner må antages at afspejle, at de kun skal varetage en del af de kommunale træningsopgaver.

Tabel 4.11 viser antal fuldtidsstillinger på træningsområder i alt samt antal fuldtidsstillinger fordelt til forskellige opgaver i relation til træningsområdet. Det fremgår af tabel 11, at kommunerne i gennemsnit anvender 0,45 fuldtidsstilling per indbygger til træningsområdet, mens antallet af fuldtidsstillinger per indbygger over 67 år i gennemsnit er 3,41.

Tabel 4.11 Antal fuldtidsstillinger på træningsområdet pr. 1.000 indbyggere i alt hhv. over 67 år fordelt på kommunestørrelse

Kommunestørrelse opgjort i antal indbyggere	Antal fuldtidsstillinger i alt pr. 1.000 indbyggere	Fuldtidsstillinger fordelt på opgaver (n=203):		
		Træning	Ledelse og administration	Andet
Under 10.000 (n= 100)	0,40	0,30	0,05	0,07
10.000- 19.999 (n= 56)	0,34	0,28	0,03	0,04
20.000 – 39.999 (n= 26)	0,46	0,37	0,06	0,04
40.000 – 79.999 (n=17)	0,69 (0,54*)	0,58	0,07	0,04
Over 80.000 (n=5)	0,34	0,29	0,02	0,03
Gennemsnit alle (n=204)	0,45	0,37	0,04	0,04
Kommunestørrelse opgjort i antal indbyggere	Antal fuldtidsstillinger pr. 1.000 indbyggere over 67 år	Fuldtidsstillinger fordelt på opgaver (n=203)		
		Træning	Ledelse og administration	Andet
Under 10.000 (n= 100)	2,83	2,12	0,33	0,51
10.000- 19.999 (n= 56)	2,54	2,05	0,24	0,33
20.000 – 39.999 (n= 26)	3,37	2,70	0,45	0,27
40.000 – 79.999 (n=17)	5,21 (4,15*)	4,33	0,56	0,34
Over 80.000 (n=5)	2,90**	2,54	0,14	0,23
Gennemsnit alle (n=204)	3,41	2,79	0,34	0,33

Note:

Opgørelsen er ekskl. kommuner, der udliciterer hele eller dele af træningsopgaven

* Fraregnet outlier kommune med særligt mange terapeuter

** Gennemsnittet dækker over en variation fra 1,52 til 5,3 fuldtidsstilling per +67 årig.

Når man relaterer antal fuldtidsstillinger til det *samlede befolkningstal*, er antallet af fuldtidsstillinger per indbygger størst i gruppen af kommuner på mellem 20.000 - 79.000 indbyggere, og mindst i gruppen med 10.000 -19.999 indbyggere og gruppen over 80.000 indbyggere.

Ser man på stillingsforbruget opgjort i forhold til antal *personer på 67 år og derover*, dvs. den væsentligste målgruppe for kommunernes træningsindsats, er billedet stort set uændret. Den samlede gruppe af kommuner med 20.000 - 79.000 indbyggere har fortsat det største antal fuldtidsstillinger, mens gruppen under 20.000 indbyggere har færrest stillinger.

Blandt gruppen af kommuner med et indbyggertal på mellem 40.000 og 79.999 befinder sig en enkelt kommune med et særligt højt antal fuldtidsstillinger (169 stillinger). Når der ses bort fra denne *outlier* kommune, ændres det gennemsnitlige antal stillinger per 1.000 indbyggere på 67 år og derover fra 5,2 til 4,2 (fra 0,69 til 0,54 per 1.000 indbyggere), hvilket dog ikke ændres ved, at netop denne kommunestørrelse har det største antal fuldtidsstillinger. Kun 5 kommuner af den gruppe på 6 med over 80.000 indbyggere har besvaret spørgeskemaet, og gennemsnitstallet på 2,9 fuldtidsstilling per ind-

bygger på 67 år og derover dækker over en stor variation imellem kommunerne, nemlig fra 1,52 til 5,3 fuldtidsstillinger per indbygger på 67 år og derover.

Ressourceforbruget til administration hænger tilsyneladende sammen med ressourceforbruget til træning, idet de kommuner der anvender flest ressourcer til egentlig træning, også er de kommuner der anvender flest ressourcer til administration. Til gruppen "andre" nævnes opgaver som f.eks. sagsbehandling vedrørende hjælpemidler, undervisning og sikkerhedsarbejde.

Tabel 4.12 viser ansatte inden for træningsområdet fordelt på uddannelsesmæssig baggrund. Det ses at fysio- og ergoterapeuter – ikke overraskende – udgør den største gruppe. For alle kommuner under ét udgør fysio- og ergoterapeutgruppen 72 % af personalet. Mens den næststørste gruppe, nemlig personale med anden plejeuddannelse - f.eks. social- og sundhedsassistenter - udgør 21 pct. Det samme mønster gør sig gældende, når man sammenligner kommuner med forskellig størrelse. Det fremgår af kommentarer til besvarelserne, at gruppen "andet" bl.a. består af beskæftigelsesvejledere og afspændingspædagoger.

Tabel 4.12 Antal fuldtidsstillinger på træningsområdet pr. indbygger over 67 år fordelt på uddannelsesmæssig baggrund og kommunestørrelse

Kommunestørrelse	Antal fuldtidsstillinger pr. 1.000 indbyggere på 67 år og derover				
	Fysio- og ergoterapeuter	Sygeplejersker	Andre plejeuddannede	Andre	I alt*
Under 10.000 (n=98)	1,73 (72 %)	0,03 (1 %)	0,53 (22 %)	0,12 (5 %)	2,44 (100 %)
10.000 – 19.999 (n=56)	1,78 (73 %)	0,01 (0 %)	0,52 (21 %)	0,12 (5 %)	2,38 (100 %)
20.000 – 39.999 (n=25)	2,13 (71 %)	0,03 (1 %)	0,63 (21 %)	0,19 (6 %)	2,89 (100 %)
40.000 – 79.999 (n=17)	3,09 (69 %)	0,16 (4 %)	1,15 (26 %)	0,09 (2 %)	4,64 (100 %)
Over 80.000 (n=4)	1,96 (80 %)	0,01 (0 %)	0,23 (9 %)	0,24 (10 %)	2,44 (100 %)
I alt (n=200)	2,17 (72 %)	0,05 (2 %)	0,63 (21 %)	0,15 (5 %)	2,99 (100 %)

Note:

Procenterne angiver andelen af antal stillinger i alt inden for den pågældende kommunegruppe
Tabellen er ekskl. kommuner, der udliciterer hele eller dele af genoptræningsindsatsen.

Oplysningerne om træningspersonalets fordeling på uddannelsesgrupper må antages at være behæftet med en del usikkerhed, hvad angår de ikke terapeutuddannede. Mens fysio- og ergoterapeutgruppens tilknytning til træningsområdet er rimelig entydig, kan plejepersonalets tilknytning til træningsområdet være mere vanskelig at afgrænse. Således angiver flere kommuner som begrundelse for ikke at oplyse antallet af plejestillinger til træning, at plejepersonale ofte ikke skelner skarpt mellem hvornår der ydes pleje og omsorg, og hvornår der ydes specifik vedligeholdelsestræning.

4.3.5 Registrering af træningsindsatsen

Kommunerne er ikke blevet spurgt om omfanget af træningsaktivitet. Begrundelsen herfor er, at det var forventningen, at ikke alle kommuner foretager registrering af træningsomfanget, og at opgørelsen – i det omfang kommunerne foretager registrering – ville være foretaget ud fra forskellige principper, og dermed ikke ville være sammenlignelig.

Undersøgelsen viser imidlertid, at 87 % af de kommuner, der besvarede spørgeskemaet, foretager en eller anden form for registrering af træningsindsatsen. Ser man på forskelle mellem kommunerne, synes der at være en tendens til, at flere små end store *ikke* foretager registrering af træningsindsatsen (Tabel 4.13). En mulig forklaring herpå kan være, at de store kommuner alt andet lige har mulighed for at have de fornødne administrative ressourcer til at administrere en sådan registrering.

Tabel 4.13 Kommunerne fordelt på indbyggertal og om der foretages registrering af træningsindsatsen

Foretager kommunen registrering af træningsindsatsen?	Kommuner fordelt efter indbyggertal (% af kommuner i gruppen)					Alle kommuner (% af alle kommuner)
	Under 10.000	10.000 – 19.999	20.000 – 39.999	40.000 – 79.999	Over 80.000	
Ja	92 (85 %)	55 (87 %)	30 (97 %)	16 (84 %)	5 (83 %)	198 (87 %)
Nej	15 (14 %)	6 (10 %)	1 (3 %)	1 (5 %)	0 (0 %)	23 (10 %)
Uoplyste	1 (1 %)	2 (3 %)	0 (0 %)	2 (11 %)	1 (17 %)	6 (3 %)
I alt	108 (100 %)	63 (100 %)	31 (100 %)	19 (100 %)	6 (100 %)	227 (100 %)

4.3.6 Sammenfatning af træningsindsatsen i kommunalt regi

Analysen af træningen i kommunalt regi har taget udgangspunkt i en sammenligning af indsatsen i kommuner med forskellig størrelse. Resultaterne tyder ikke overraskende på, at viften af træningstilbud er større jo større kommune, hvilket hænger sammen med, at den store kommune med det større budget har mulighed for at etablere flere forskellige former for tilbud, mens den lille kommune måske kun har en enkelt form for træningstilbud.

Der synes at være en vis sammenhæng mellem kapaciteten og kommunens størrelse. De mellemstore kommuner med et indbyggertal mellem 20.000 og 80.000 har flest fuldtidsstillinger per indbygger over 67 år, mens de mindste kommuner under 20.000 indbygger har færrest ansatte per indbygger over 67 år. Hvad angår de største kommuner (80.000 indbyggere og derover) er billedet mere sammensat, idet antallet af ansatte pr. indbygger over 67 år varierer fra 1,52 (mindre end gennemsnit for de helt små) til 5,3 (på størrelse med de kommuner der har det højeste antal ansatte per indbygger over 67 år).

5. Analyse af kapaciteten i de tre sektorer set under et

Lovgivningen vedr. træningsopgaven placerer ansvaret for tilvejebringelse af forskellige træningsopgaver på forskellige myndigheder jf. gennemgangen af lovgrundlaget i kap. 2. Forpligtelsen til at løse en given genoptræningsopgave indebærer imidlertid ikke automatisk en forpligtelse til at også at drive de fornødne genoptræningsinstitutioner. Gennemgangen har vist, at de tre sektorer hver især driver genoptræningstilbud, men at de også opfylder deres træningsforpligtelse ved at købe ydelser hos hinanden. Der er med andre ord et overlap imellem de opgaver der udføres i de tre sektorer.

Analysen af kapaciteten i de tre sektorer: sygehuse, privat praksis og kommuner giver derfor ikke et reelt billede af den genoptræningskapacitet der er til rådighed for at løse de forskellige genoptræningsopgaver. Såfremt man ønsker at gennemføre en sådan analyse, er en mulig løsning at korrigere kapacitetsopgørelserne for de opgaver, de tre sektorer udfører for hinanden. Det har imidlertid ikke været muligt at fremskaffe de fornødne datagrundlag til at foretage denne korrektion. For at tage højde for overlappet imellem de tre sektorer, er det i stedet for valgt at se på den samlede kapacitet i de tre sektorer. Herved fås den samlede kapacitet til varetagelse af de fire træningsopgaver der er defineret i lovgivningen: vedligeholdelsestræning, ikke lægeordineret genoptræning, lægeordineret genoptræning i tilknytning til sygehusbehandling samt lægeordineret genoptræning uden tilknytning til sygehusbehandling.

I nedenstående Tabel 5.1 er der således foretaget en opgørelse af den træningskapacitet, der samlet set er til rådighed på sygehuse, i kommuner og i privatpraktiserende fysioterapi for borgerne i de enkelte amter og H:S.

Tabel 5.1 Samlet træningskapacitet pr. 1.000 indbyggere i sygehuskommunerne i 2005

Amt	Træningskapacitet per 1.000 indbyggere			
	Fuldtidsstillinger Sygehuse ^a	Fuldtidsstillinger Kommunerne ^b	Fysioterapeuter Privat praksis ^c	I alt
H:S	0,67	0,36	0,26	1,29
København	0,32	0,33	0,43	1,08
Frederiksborg	0,29	0,41	0,53	1,23
Roskilde	0,29	0,43	0,39	1,11
Vestsjælland	0,42	0,44	0,36	1,22
Storstrøm	0,47	0,47	0,30	1,24
Bornholm	0,36	0,38	0,32	1,06
Fyn	0,47	0,31	0,38	1,16
Sønderjylland	0,33	0,28	0,32	0,93
Ribe	0,25	0,56	0,39	1,20
Vejle	0,45	0,39	0,23	1,07
Ringkøbing	0,35	0,32	0,50	1,17
Århus	0,40	0,58	0,41	1,39
Viborg	0,34	0,32	0,41	1,07
Nordjylland	0,42	0,24	0,33	0,99

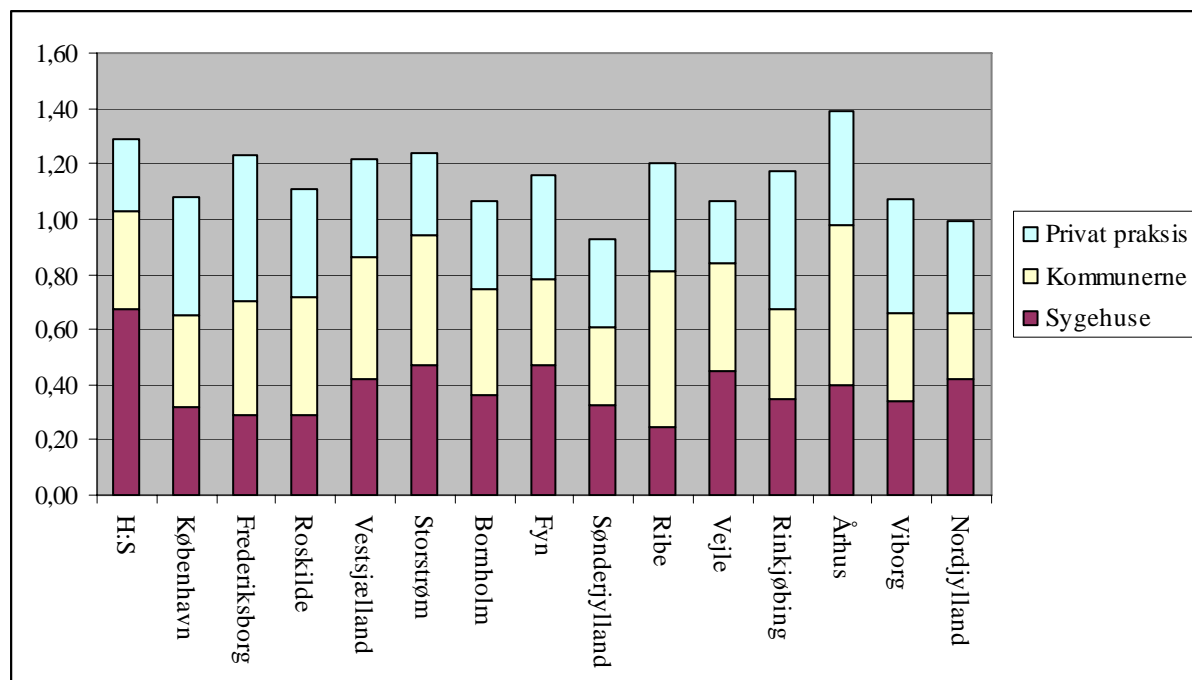
a Antal årsværk fysio- og ergoterapeuter ved somatiske sygehuse

b Antal fuldtidsstillinger på træningsområdet i kommunerne. Omfatter både terapeuter og ansatte med anden uddannelsesmæssig baggrund. Beregningen er alene baseret på de kommuner i det pågældende amt, der har besvaret spørgeskema (jf. 4.2.1 om svarprocenter).

c Antal fysioterapeuter tilknyttet privatpraktiserende fysioterapeuter. Omfatter klinikindehavere, lejere uden fast klinik og ansatte fysioterapeuter.

Figur 5.1 viser en grafisk fremstilling af tallene i Tabel 5.1. Det fremgår, at amtet med den højeste samlede kapacitet har ca. 1,4 terapeut per 1.000 indbyggere, mens amtet med den laveste samlede kapacitet har lidt under 1 terapeut per 1.000 indbyggere - en forskel på ca. 50 %.

Figur 5.1 Træningskapacitet i sygehuse, kommuner og privat fysioterapi pr. 1.000 indbyggere



Arbejdsdelingen imellem de 3 sektorer varierer betydeligt mellem amterne. I H:S udgør sygehusektoren den største træningssektor, mens praksissektoren udgør den mindste sektor. I Frederiksborg Amt er det omvendte tilfældet, idet praksissektoren har den største kapacitet, mens sygehusektoren har den mindste kapacitet. I Århus og Ribe Amt er den kommunale sektor derimod den største sektor.

En række forhold gør dog, at heller ikke tabel 14, hvor man ser de 3 sektorer under ét, giver det fulde billede af træningskapaciteten for borgerne i de enkelte amter. For det første indeholder opgørelsen ikke kapaciteten i private træningsinstitutioner (bortset fra privat praktiserende fysioterapi). Det er ikke forsøgt, at opgøre omfanget af private træningsaktiviteter (betalt af det offentlige). For det andet tager opgørelsen ikke højde for vandringer på tværs af amtsgrænser. Som tidligere nævnt kan amterne have indgået aftaler om benyttelse af hinandens træningsinstitutioner, og hertil kommer, at patienterne i henhold til reglerne om frit sygehusvalg kan vælge at benytte træningsinstitutioner i andre amter. Endelig kan patienterne vælge at benytte praktiserende fysioterapeuter uden for deres bopælsamt. For så vidt angår frit sygehusvalg viste gennemgangen i kap 4. dog, at dette næppe kan forklare forskelle i amternes sygehuskapacitet. Tilbage står så patientvandringer som følge af, at patienter vælger at blive behandlet af en praktiserende fysioterapeut i et andet amt. Det har ikke været muligt at kvantificere omfanget af dette, og det er derfor ikke muligt at afgøre, hvor meget af forskellene i amternes træningskapacitet der udlignes af, at patienter benytter praktiserende fysioterapeuter uden for eget bopælsamt.

6. Diskussion / konklusion

Formålet med denne rapport har været at belyse genoptræningsindsatsen før strukturreformen. Ansvar for at tilvejebringe genoptræning påhviler hhv. sygehuse, sygesikring og kommuner, afhængig af hvilket genoptræningsbehov der er tale om. I rapporten har vi belyst kapaciteten, og i det omfang det har været muligt, træningsaktiviteten, i hver af de tre sektorer. Kapacitet og aktivitet er opgjørt for hvert amt/kommune, og for at opgørelserne skal være sammenlignelige, er tallene sat i forhold til indbyggertallet i det pågældende amt/kommune.

Analysen viser, at der er store kommunale og amtslige forskelle i træningsindsatsen inden for alle tre sektorer. For kommunernes vedkommende viser sammenligningen, at træningskapaciteten er større i de store kommuner (over 20.000 indbyggere) end i de små kommuner.

Ansvar for at tilvejebringe træning medfører imidlertid ikke et ansvar for også at producere den pågældende træningsydelse. Den ansvarlige myndighed kan vælge at købe de nødvendige træningsydelser andre steder, og analysen har vist, at aftaler om køb af ydelser i andre sektorer - herunder den private - er et udbredt fænomen. Især amterne har indgået aftaler om køb af ydelser i kommuner og hos private fysioterapeuter. En analyse af kapaciteten i de tre sektorer hver for sig giver således ikke det sande billede af den genoptræningsindsats, der ydes til forskellige træningsbehov.

I et forsøg på at tage højde for dette overlap er der gennemført en analyse af træningskapaciteten i de tre sektorer set under ét, i hvert amt. Denne analyse viser, at der også, når de tre sektorer ses under ét, synes at være regionale forskelle såvel i den samlede træningskapacitet som i arbejdsdelingen mellem de tre sektorer. Analysen af den samlede genoptræningskapacitet i amterne er dog behæftet med flere usikkerhedsmomenter. Således medtager analysen ikke kapaciteten i de privatejede genoptræningsinstitutioner, og det fremgik netop af besvarelsene, at nogle amter og kommuner benytter private institutioner til at varetage deres genoptræningsopgaver. En inddragelse af forbruget af ydelser i den private sektor ville kunne indsnævre de regionale forskelle.

Et andet usikkerhedselement ved analysen er, at der i et vist omfang foregår patientvandringer på tværs af kommune- og amtsgrænser. En høj kapacitet i et amt kan derfor skyldes, at mange udenamtpatienter benytter de pågældende træningsfaciliteter. F.eks. kan specialinstitutioner i et amt tiltrække patienter fra andre amter. Korrektion for patientvandringer på tværs af amts- og kommune-grænser ville ligeledes kunne indsnævre forskellene. Opgørelser af udenamtpatienters andel af det samlede antal sygehusindlæggelser tyder dog ikke på, at dette kan forklare forskellene i amternes træningskapacitet. Det har ikke været muligt at estimere i hvor stort omfang patienter vælger praktiserende fysioterapeut uden for bopælsamtet. Tilbage står dog, at der umiddelbart før strukturreformen formentlig var betydelige forskelle i den træningskapacitet, der var til rådighed for befolkningerne i de enkelte amter.

Spørgsmålet er, om denne forskel i kapacitet per indbygger er udtryk for en reel forskel i serviceniveau eller et udtryk for forskelle i indbyggernes træningsbehov. Træningsbehovet i en kommune eller et amt er naturligvis ikke proportionalt med indbyggertallet, men afhænger af befolkningssammensætningen - f.eks. m.h.t. alder og beskæftigelse. Når der ses bort fra kommunerne, hvor vi har analyseret træningskapaciteten i forhold til befolkningen over 67 år, har vi ikke i analysen forsøgt at korrigeret for amternes og kommunernes befolkningssammensætning. Der er dog næppe tvivl om, at regionale forskelle i kapaciteten ikke alene kan forklares med forskelle i behov, men også er et udtryk for en reel forskel i serviceniveau.

Analysen har hovedsageligt omfattet genoptræningskapaciteten, som kun er en indirekte indikator for omfanget af den genoptræning der ydes. Det har imidlertid ikke været muligt at opgøre den samlede træningsaktivitet, idet aktiviteten opgøres forskelligt i forskellige sektorer, og i kommunerne i vidt omfang slet ikke. Kommunerne skal dog efter 1. januar 2007 i lighed med sygehusene indberette den fysio- og ergoterapeutiske aktivitet, der ydes i henhold til Sundhedsloven, i form af SKS-koder til Landspatientregisteret. Dette må forventes at medføre, at mulighederne for at opgøre træningsaktiviteten i fremtiden forbedres. Det vil dog fortsat være sådan, at aktiviteten i privat fysioterapi alene opgøres i form af ydelseskoder, der anvendes i forbindelse med afregning.

Når det på trods af den usikkerhed, som er knyttet til en opgørelse af træningsindsatsen, alligevel er valgt at gennemføre undersøgelsen, skyldes det, at der ikke tidligere er gennemført forsøg med at kortlægge den samlede træningsindsats i de tre sektorer. Og at undersøgelsen, på trods af usikkerhederne, giver et indblik i kapaciteten og de regionale forskelle i indsatsen. Ligeledes giver undersøgelsen basis for en sammenligning af træningsindsatsen efter strukturreformen og dermed at belyse strukturreformens konsekvenser for genoptræningsindsatsen.

Efter strukturreformen overtager kommunerne ansvaret for at tilvejebringe træning efter sygehusudskrivning, bortset fra den specialiserede genoptræning. Når denne kortlægning gentages i 2008, vil en sammenligning med nærværende kortlægning formentlig vise, at kapaciteten i den kommunale sektor er forøget, mens kapaciteten i sygehussektoren er blevet reduceret. På grund af sammenlægninger af amter til regioner og sammenlægninger af de mindste kommuner kan det forventes, at de regionale variationer formindskes. Hvorvidt den samlede træningskapacitet vil blive forøget, vil bl.a. afhænge af, om kommunerne vælger at prioritere øgede ressourcer til træningsområdet.

Litteratur

1. Hede A, Jønsson AH. Genoptræning - fra problem til princip. København: Huset Mandag Morgen; 2004.
2. Sundhedsministeriet. Mellem to stole. Temaoplæg om genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver. København: Sundhedsministeriet; 1994.
3. Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Genoptræningsplaner). LOV nr. 1314 af 20/12/2000 (Historisk). 2000.
4. Bekendtgørelse om udarbejdelse af genoptræningsplaner ved udskrivning fra sygehus. BEK nr. 1009 af 09/12/2003 (Gældende). 2003.
5. Lov om ændring af lov om social service (Fleksibel hjemmehjælp og kommunal genoptræning). LOV nr. 1307 af 20/12/2000 (Gældende). 2000.
6. Ribe Amt. Genoptræning: kommune & amt. Resumé. En rapport fra arbejdsgruppen i Ribe Amt. Ribe: Ribe Amt; 20002.
7. Region Syddanmark. Arbejdsgruppe vedrørende genoptræning. Statusrapport fase 1. Kortlægning og beskrivelse. [Vejle]: Region Syddanmark; 2005.
8. Regeringen. Det nye Danmark - en enkel offentlig sektor tæt på borgeren. København: Regeringen; 2004.
9. Sundhedsloven. LOV nr. 546 af 24/06/2005 (Gældende). 2005.
10. Vejledning om træning i amter og kommuner. VEJ nr. 9292 af 10/06/2004 (Gældende). 2004.
11. Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til fysioterapeutisk behandling. BEK nr. 405 af 18/05/2001 (Gældende). 2001.
12. Lov om social service. LOV nr. 573 af 24/06/2005 (Gældende). 2005.
13. Sundhedsstyrelsen. Fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi. København: Sundhedsstyrelsen; 2000.

Bilag 1 Spørgeskema udsendt til amterne

Forespørgsel til amterne og H:S vedrørende fysioterapeutiske og ergoterapeutiske årsværk og aktiviteter

Amt: ____

Opgørelse for 2005. Hvis ikke dette er muligt bedes opgørelsesåret anført: ____

Kapacitet opgjort som antal fysioterapeut- og ergoterapeutårsværk ved somatiske sygehuse eksklusiv de specialiserede sygehuse (fx Hammel, Hvidovre Hospitals afdeling for neurorehabilitering og Haslev Sclerosehospital) bedes anført nedenfor. Vi ønsker også, at de fysio- og ergoterapeuter, der arbejder uden for egentlige fysio- og ergoterapiafdelinger medtages i opgørelsen (fx skal terapeuter på akut modtageafdeling tælles med).

Faggruppe	Antal årsværk
Fysio- og ergoterapeuter, i alt	
Fysioterapeuter	
Ergoterapeuter	

Hvis muligt opdeles på årsværk der anvendes til hhv. ambulante og indlagte patienter:

	Antal årsværk
Ambulant	
Fysio- og ergoterapeuter, i alt	
Fysioterapeuter	
Ergoterapeuter	
Indlagte	
Fysio- og ergoterapeuter, i alt	
Fysioterapeuter	
Ergoterapeuter	

Aktivitet i form af ambulant- og stationær genoptræning på somatiske sygehuse eksklusiv de specialiserede sygehuse (fx Hammel, Hvidovre Hospitals afdeling for neurorehabilitering og Haslev Sclerosehospital) bedes anført nedenfor:

Faggruppe	Antal ambulante besøg	Antal ambulante forløb
Hos fysio- og ergoterapeuter, i alt		
Hos fysioterapeuter		
Hos ergoterapeuter		

Faggruppe	Antal besøg for indlagte	Antal forløb for indlagte
Hos fysio- og ergoterapeuter i alt		
Hos fysioterapeuter		
Hos ergoterapeuter		

Hvor stor %-del af genoptræningsforløbene planlægges udflyttet til kommunerne pr januar 2007: _____

Hvor mange fysioterapeuter (årsværk) planlægges udflyttet pr januar 2007:

Hvor mange ergoterapeuter (årsværk) planlægges udflyttet pr januar 2007:

Har amtet indgået aftale med kommunerne om at varetage dele af genoptræningen mod betaling? Ja ___ Nej___

Antal kommuner, der ultimo 2005 udførte genoptræning mod betaling:

Har amtet indgået aftale med privatpraktiserende fysioterapeuter om at varetage dele af genoptræningen mod betaling? Ja ___ Nej___

Antal privat praktiserende fysioterapeuter der udfører genoptræning mod betaling:

Har amtet indgået aftale med freelance ergoterapeuter om at varetage dele af genoptræningen mod betaling? Ja ___ Nej___

Antal freelance ergoterapeuter der udfører genoptræning mod betaling: _____

Hvor mange kroner i alt anvendes til den udliciterede genoptræning/år: _____

Hvor mange timer i alt svarer beløbet til

- Fysioterapeuttimer _____
- Ergoterapeuttimer _____

I nogle tilfælde er genoptræningen for enkelte diagnosegrupper (fx rygpatienter) udlagt til kommuner eller privatpraktiserende terapeuter mod betaling. Hvis det er tilfældet hos jer – så anfør venligst neden for hvilke diagnosegrupper det drejer sig om.

For hvilke diagnoser udliciteres genoptræningen: _____

Bilag 2 Spørgeskema udsendt til kommunerne

SPØRGESKEMA OM KOMMUNAL VEDLIGEHOVELDELSES- OG GENOPTRÆNING.

DSI Institut for Sundhedsvæsen har med støtte fra Det Kommunale Momsfond og Amdsrådsforeningen taget initiativ til at undersøge genoptræningsindsatsen før og efter strukturreformen. I den forbindelse foretages en bred indledende screening af genoptræningsindsatsen inden strukturreformen.

Formålet er både at få viden om indsatsen før reformen og at udvælge kommuner og amter til mere detaljerede casestudier.

I screeningen indgår alle kommuner og amter/H:S (herunder alle amtslige institutioner, som udfører genoptræning).

Det er vigtigt for undersøgelsen, at de oplysninger vi får fra kommunen er så fyldestgørende og præcise som muligt. Derfor er det tænkeligt at forskellige personer i kommunen må besvare forskellige spørgsmål i undersøgelsen. Af hensyn til muligheden for validering og uddybning, beder vi om at der anføres en respondent (navn, titel samt kontaktinformation) ved hver spørgsmålsgruppe, som angivet i skemaet. Er det samme person, som besvarer hele skemaet, behøver denne information kun at blive opgivet én gang.

Programmet gemmer automatisk dine svar. Også selvom du lukker internetsiden med skemaet helt ned. Næste gang der logges på, åbner skemaet der hvor det sidst blev lukket.

Skemaet kan redigeres indtil der klikkes "Færdig!" på sidste side. Det er derfor vigtigt, at der IKKE klikkes "Færdig!", før alle spørgsmål er besvaret. Og det er ligeledes vigtigt at der klikkes "Færdig!" når alle spørgsmål i hele skemaet er besvaret.

Opstår der tvivl eller problemer i forbindelse med besvarelsen opfordrer vi alle til at kontakte os for en nærmere drøftelse af tvivlsspørgsmål af enhver art. Kontaktinformation fremgår løbende af skemaet nederst på hver side.

Fristen for udfyldelse af skemaet er torsdag d.15. september!

Screeningens resultater publiceres på www.dsi.dk primo 2006.

På forhånd mange tak for hjælpen!

Sidsel Vinge
Projektleder i DSI Institut for Sundhedsvæsen
genop@dsi.dk
35 29 84 26

Angiv venligst følgende information om kommunen:

Kommunens nuværende navn? _____

Skal kommunen sammenlægges med andre kommuner som led i strukturreformen, og i så fald med hvem? _____

Hvor mange indbyggere er der i den nuværende kommune (i antal hele tusind)? _____

Spørgsmål 1:

Hvor ydes der vedligeholdelses- og genoptræning?

- Plejehjem
- Dagcenter
- Ældrecenter
- Sundhedscenter
- Træningscenter
- Hjemme hos borgerne
- Hos underleverandør
- Andre steder (angiv venligst også hvor): _____

Oplys venligst hvem der har besvaret dette spørgsmål

Navn _____
Titel _____
Mail _____
Telefon _____

De følgende 3 grupper af spørgsmål omhandler typen af vedligeholdelses- og genoptræning i kommunen.

Der skelnes mellem følgende typer af træning, og der vil blive spurgt til dem i denne rækkefølge:

- Individuel træning i hjemmet
- Individuel træning i træningsfaciliteter
- Holdtræning

Spørgsmål 2:

Ydes der individuel hjemmetræning i kommunen?

- Ja
- Nej

Spørgsmål 2.a.:

Hvilke af følgende grupper ydes der individuel hjemmetræning til?

- Bevægeapparatslidelser, kirurgisk (minus ryg), fx som følge af frakturer, aloplastikker m.v.
- Bevægeapparatslidelser, medicinsk (minus ryg), fx som følge af gigt, sclerose, m.v.
- Ryglidelse, kirurgisk og/eller medicinsk, fx som følge af rygfraktur, diskusprolaps, osteoporose m.v.
- Hjerte- karsygdomme, fx følger af iskæmisk hjertesygdom, herunder apopleksi
- Luftvejssygdomme, fx som følge af lungebetændelse, astma eller KOL
- Geriatriske lidelser grundet forskellige alders- og sygdomssvækkelser
- Andre grupper (angiv venligst hvilke): _____

Oplys venligst hvem der har besvaret ovenstående spørgsmål om individuel hjemmetræning.

Navn _____
Titel _____
Mail _____
Telefon _____

Spørgsmål 3:

Ydes der individuel træning uden for borgernes eget hjem?

- Ja
- Nej

Spørgsmål 3.a.:

Hvilke af følgende grupper ydes der individuel træning til uden for borgernes eget hjem?

- Bevægeapparatslidelser, kirurgisk (minus ryg), fx som følge af frakturer, aloplastikker m.v.
- Bevægeapparatslidelser, medicinsk (minus ryg), fx som følge af gigt, sclerose, m.v.
- Ryglidelse, kirurgisk og/eller medicinsk, fx som følge af rygfraktur, diskusprolaps, osteoporose m.v.
- Hjerte- karsygdomme, fx følger af iskæmisk hjertesygdom, herunder apopleksi
- Luftvejssygdomme, fx som følge af lungebetændelse, astma eller KOL
- Geriatriske lidelser grundet forskellige alders- og sygdomssvækkelser
- Andre grupper (angiv venligst hvilke): _____

Oplys venligst hvem der har besvaret ovenstående spørgsmål om individuel træning udenfor borgernes eget hjem.

Navn _____
Titel _____
Mail _____
Telefon _____

Spørgsmål 4:

Ydes der holdtræning i kommunen?

- Ja
- Nej

Spørgsmål 4.a.:

Hvilke af følgende grupper ydes der holdtræning til?

- Bevægeapparatslidelser, kirurgisk (minus ryg), fx som følge af frakturer, aloplastikker m.v.
- Bevægeapparatslidelser, medicinsk (minus ryg), fx som følge af gigt, sclerose, m.v.
- Ryglidelse, kirurgisk og/eller medicinsk, fx som følge af rygfraktur, diskusprolaps, osteoporose m.v.
- Hjerte- karsygdomme, fx følger af iskæmisk hjertesygdom, herunder apopleksi
- Luftvejssygdomme , fx som følge af lungebetændelse, astma eller KOL
- Geriatiske lidelser grundet forskellige alders- og sygdomssvækkelser
- Andre grupper (angiv venligst hvilke): _____

Oplys venligst hvem der har besvaret ovenstående spørgsmål om holdtræning.

Navn _____
Titel _____
Mail _____
Telefon _____

Spørgsmål 5:

Er hele eller dele af vedligeholdelses- eller genoptræningen udliciteret til andre udbydere?

- Ja
- Nej

Spørgsmål 5.a.:

Hvilke former for træning er udliciteret, og hvem er den udliciteret til? (Afkryds hvilke former der er helt eller delvist udliciteret, og angiv gerne hvilken type specifik træning der er tale om, samt hvem den er udliciteret til)

- Individuel træning i hjemmet (evt. diagnosespecifik)? _____
- Individuel træning i træningsfaciliteter (evt. diagnosespecifik)? _____
- Holdtræning (evt. diagnosespecifik)? _____
- Anden (evt. diagnosespecifik) træning? _____

Spørgsmål 5.b.:

Hvor stor en andel af kommunens samlede vedligeholdelses- og genoptræning er udliciteret? (angivet som andel af den samlede ressourceanvendelse på området)

- Under 10 %
- 10-25 %
- 25-50 %
- 50-75 %
- Over 75 %

Oplys venligst hvem der har besvaret ovenstående spørgsmål om udlicitering

Navn _____
Titel _____
Mail _____
Telefon _____

Spørgsmål 6:

Foretager kommunen registrering af træningsindsatsen?

- Ja
 Nej

Spørgsmål 6.a.:

Hvilken form for registreringssystem anvendes?

- 'Fælles sprog I'
 'Fælles sprog II'
 Anden form for elektronisk registrering (tilføj gerne uddybende beskrivelse): _____
 Manuel registrering (tilføj gerne uddybende beskrivelse): _____

Spørgsmål 6.b.:

Hvilke former for data registreres i kommunens registreringssystemer?

- Træningstilbuddets art
 Antallet af ydelser
 Borgernes funktionsniveau
 Borgernes diagnose/lidelse
 Individuel behandlingsplan
 Andet (angiv venligst hvilke data): _____

Oplys venligst hvem der har besvaret ovenstående spørgsmål om registrering af træningsindsatsen

Navn _____
Titel _____
Mail _____
Telefon _____

Spørgsmål 7:

Hvor mange er ansat i kommunens vedligeholdelses- og genoptræningsområde alt i alt?

Omregnet til antal fuldtidsstillinger: _____

Spørgsmål 7.a.:

Hvor mange af de ansatte indenfor kommunens vedligeholdelses- og genoptræningsområde udfører følgende typer af arbejde (omregnet til antal fuldtidsstillinger):

Vedligeholdelses- og genoptræning? _____
Ledelse og administration? _____
Andet? (beskriv evt. kort) _____

Spørgsmål 7.b.:

Hvilken uddannelsesmæssig baggrund har de medarbejdere, som udfører vedligeholdelses- og genoptræning? (omregnet til antal fuldtidsstillinger)

Antal fysio- og ergoterapeuter: _____
Antal sygeplejersker: _____
Antal andre plejeuddannede i alt (fx SOSU hj. el. ass., sygehjælpere, plejere mv.): _____
Andre (angiv antal og uddannelse): _____

Oplys venligst hvem der har besvaret spørgsmålene om medarbejderne på området

Navn _____
Titel _____
Mail _____
Telefon _____

Spørgsmål 8:

Har kommunen taget nogen former for initiativer til ændring af vedligeholdelses- og genoptræningsområdet som konsekvens af strukturreformen, eller har kommunen planer om at foretage nogen former for ændringer?

- Ja (beskriv venligst initiativer eller planer kort, og tilsend gerne enhver form for materiale desangående til DSI, adressen følger herefter)
- Nej _____

Mange kommuner foretager analyser, evalueringer eller andre former for undersøgelser og/eller præsentationer i relation til vedligeholdelses- og genoptræningsindsatsen i kommunen.

I fald der i kommunen er foretaget sådanne arbejder indenfor de seneste ca. 5 år, beder DSI om at få adgang til dette materiale.

Materiale kan fremsendes via e-mail til: genop@dsi.dk
Eller til følgende postadresse:

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Att.: Genoptræning
Postboks 2595
2100 København Ø

DSI takker for kommunens medvirken!

Bilag 3 Kommuner der yder forskellige træningsformer

Bilagstabel 1 Antal kommuner der har svaret, at de yder individuel hjemmetræning til forskellige patientkategorier, fordelt på kommunestørrelse (% af kommunerne der har svaret bekræftende på, at de yder individuel hjemmetræning til mindst en af patientkategorierne)

Hvilke af følgende grupper ydes der individuel hjemmetræning til?	Under 10.000	10.000 – 19.999	20.000 – 39.999	40.000 – 79.999	Over 80.000	Kommuner i alt
Bevægeapparatslidelser, kirurgisk (minus ryg), fx som følge af frakturer	90 (88,2 %)	53 (88,3 %)	26 (86,7 %)	17 (94,4 %)	5 (100 %)	191
Bevægeapparatslidelser, medicinsk (minus ryg), fx som følge af gigt, sclerose m.v.	80 (78,4 %)	50 (83,3 %)	23 (76,7 %)	18 (100 %)	5 (100 %)	176
Ryglidelse, kirurgisk og/eller medicinsk, fx som følge af rygfraktur, diskusprolaps, osteoporose m.v.	68 (66,7 %)	38 (63,3 %)	22 (73,3 %)	16 (88,9 %)	5 (100 %)	149
Hjerte- karsygdomme, fx følger af iskæmisk hjertesygdom, herunder apopleksi	88 (86,3 %)	55 (91,7 %)	28 (93,3 %)	17 (94,4 %)	5 (100 %)	193
Luftvejssygdomme, fx som følge af lungebetændelse, astma eller KOL	65 (63,7 %)	43 (71,7 %)	25 (83,3 %)	15 (83,3 %)	5 (100 %)	153
Geriatriske lidelser grundet forskellige alders- og sygdomssvækkelser	90 (88,2 %)	55 (91,7 %)	29 (96,7 %)	18 (100 %)	5 (100 %)	197
Andre grupper	16 (15,7 %)	21 (35 %)	11 (36,7 %)	5 (27,8 %)	4 (80 %)	56
Kommuner i alt der har svaret bekræftende på mindst et af spørgsmålene	102	60	30	18	5	215

*Bilagstabel 2 Antal kommuner der har svaret, at de yder individuel hjemmetræning uden for borger-
nes hjem til forskellige patientkategorier, fordelt på kommunestørrelse (% af kommu-
nerne der har svaret bekræftende på, at de yder individuel træning uden for eget hjem
til mindst en af patientkategorierne).*

Hvilke af følgende grupper ydes der individuel træning til udenfor borger- nes hjem?	Kommunestørrelse					Kommuner i alt der har svaret ja
	Under 10.000	10.000 – 19.999	20.000 – 39.999	40.000 – 79.999	Over 80.000	
Bevægeapparatslidelser, kirurgisk (minus ryg), fx som følge af frakturer	91 (93,8 %)	53 (93 %)	28 (96,6 %)	17 (94,4 %)	5 (100 %)	194
Bevægeapparatslidelser, medicinsk (minus ryg), fx som følge af gigt, sclerose m.v.	84 (86,6 %)	48 (84,2 %)	28 (96,6 %)	18 (100 %)	5 (100 %)	183
Ryglidelse, kirurgisk og/eller medi- cinsk, fx som følge af rygfraktur, diskusprolaps, osteoporose m.v.	76 (78,4 %)	45 (78,9 %)	27 (93,1 %)	17 (94,4 %)	5 (100 %)	170
Hjerte- karsygdomme, fx følger af iskæmisk hjertesygdom, herunder apopleksi	91 (93,8 %)	55 (96,5 %)	28 (96,6 %)	18 (100 %)	5 (100 %)	197
Luftvejssygdomme, fx som følge af lungebetændelse, astma eller KOL	70 (72,2 %)	45 (78,9 %)	27 (93,1 %)	16 (88,9 %)	5 (100 %)	163
Geriatriske lidelser grundet forskellige alderdoms- og sygdomssvækkelser	93 (95,9 %)	53 (93 %)	28 (96,6 %)	18 (100 %)	5 (100 %)	197
Andre grupper	12 (12,4 %)	17 (29,8 %)	9 (31 %)	3 (16,7 %)	3 (60 %)	44
Kommuner i alt der har svaret be- kræftende på mindst et af spørgsmå- lene	97	57	29	18	5	206

Bilagstabel 3 Antal kommuner der har svaret, at de yder gruppetræning til forskellige patientkategorier fordelt på kommunestørrelse (% af kommunerne der har svaret bekræftende på, at de yder gruppetræning til mindst en af patientkategorierne)

Hvilke af følgende grupper ydes der holdtræning til?	Under 10.000	10.000 – 19.999	20.000 – 39.999	40.000 – 79.999	Over 80.000	Kommuner der i alt har svaret ja.
Bevægeapparatslidelser, kirurgisk (minus ryg), fx som følge af frakturer	68 (70,8 %)	43 (71,7 %)	23 (82,1 %)	14 (77,8 %)	4 (80%)	152
Bevægeapparatslidelser, medicinsk (minus ryg), fx som følge af gigt, sclerose m.v.	67 (69,8 %)	43 (71,7 %)	21 (75 %)	17 (94,4 %)	5 (100%)	153
Ryglidelse, kirurgisk og/eller medicinsk, fx som følge af rygfraktur, diskusprolaps, osteoporose m.v.	61 (63,5 %)	44 (73,3 %)	21 (75 %)	17 (94,4 %)	4 (80%)	147
Hjerte- karsygdomme, fx følger af iskæmisk hjertesygdom, herunder apleksi	71 (74 %)	50 (83,3 %)	22 (78,6 %)	18 (100 %)	5 (100%)	166
Luftvejssygdomme, fx som følge af lungebetændelse, astma eller KOL	50 (52,1 %)	35 (58,3 %)	17 (60,7 %)	15 (83,3 %)	4 (80%)	121
Geriatriske lidelser grundet forskellige alderdoms- og sygdomssvækkelser	80 (83,3 %)	54 (90 %)	24 (85,7 %)	18 (100 %)	5 (100%)	181
Andre grupper	24 (25 %)	19 (31,7 %)	11 (39,6 %)	4 (22,2 %)	3 (60%)	61
Kommuner i alt der har svaret bekræftende på mindst et af spørgsmålene.	96	60	28	18	5	207

Bilag 4 Lovstof

Bekendtgørelse af lov om sygehusvæsenet (LBK nr. 766 af 28/08/2003 (Historisk))

§ 5. Hver amtskommune yder vederlagsfri behandling ved sit sygehusvæsen til personer, der har bopæl i amtskommunen.

Stk. 2. Amtskommunen yder desuden vederlagsfri akut behandling samt behandling efter § 5 b, stk. 1 og 2, ved en anden amtskommunes sygehuse og fødeklionikker til personer, der har bopæl i amtskommunen.

Stk. 3. Amtskommunen yder endvidere vederlagsfri behandling til personer, der har bopæl i amtskommunen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosehospitalet i Haslev, Sclerosehospitalet i Ry, Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, Gigtsanatoriet i Skælskør, Muskelsvindfondens Vejlednings- og Behandlingscenter, Vejlefyord og Center for Hjernesgade.

Vejledning i træning i amter og kommuner (VEJ nr. 9292 af 10/06/2004 (Gældende))

" Opgavefordelingen mellem amter og kommuner på træningsområdet er tilrettelagt således, at amtskommunen - som led i løsningen af sygehusopgaven - har pligt til at varetage den specialiserede genoptræning, der tager sigte på så vidt muligt at generhverve patienternes funktionsniveau efter sygehusbehandling."

Bekendtgørelse af Lov om offentlig sygesikring (Sygesikringsloven) (LBK nr. 490 af 21/07/1986 (Historisk))

§ 9. Den offentlige sygesikring yder efter retningslinjer fastsat af sundhedsstyrelsen tilskud til fysiurgisk behandling, der udføres efter henvisning af en læge og ved en autoriseret fysioterapeut. Tilskud efter denne bestemmelse ydes ikke til behandlinger på offentlige sygehuse eller på sådanne private sygehuse eller klinikker, der modtager patienter til fysiurgisk behandling efter overenskomst med offentlige sygehuse. Tilskud til behandling hos fysioterapeut på klinik kan kun ydes, hvis klinikken er godkendt af amtsrådet, i Københavns og Frederiksberg kommuner af kommunalbestyrelsen. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for klinikkens indretning. Indenrigsministeren kan bestemme, at tilskud også ydes til anden behandling, der udføres efter henvisning af en læge. Tilskud ydes til kiropraktisk behandling ved kiropraktor, der er godkendt af Dansk Kiropraktor-Råd, selv om der ikke foreligger henvisning fra en læge.

Stk. 2. Til personer, der er gruppe 1-sikrede, yder den offentlige sygesikring tilskud til den ovennævnte behandling efter nærmere regler, der fastsættes af indenrigsministeren.

Stk. 3. Til personer, der omfattes af § 2, stk. 2, yder den offentlige sygesikring tilskud med samme beløb, som den skulle have afholdt for en tilsvarende behandling af en person, der omfattes af § 2, stk. 1.

Der er efterfølgende foretaget en datasammenskrivning, som omfatter lov om offentlig sygesikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 490 af 21. juli 1986 og de ændringer som følger. Der er en enkelt ændring i § 9, da kiropraktoren ikke længere behøver være godkendt af Dansk Kiropraktor-Råd.

Paragrafferne fra datasammenskrivningen følger nedenfor for en sikkerheds skyld.

Datasammenskrivning af Lov om offentlig sygesikring (Sygesikringsloven) (DSK nr. 15005 af 18/01/1994 (Historisk))

§ 9. Den offentlige sygesikring yder efter retningslinjer fastsat af sundhedsstyrelsen tilskud til fysiurgisk behandling, der udføres efter henvisning af en læge og ved en autoriseret fysioterapeut. Tilskud efter denne bestemmelse ydes ikke til behandlinger på offentlige sygehuse eller på sådanne private sygehuse eller klinikker, der modtager patienter til fysiurgisk behandling efter overenskomst med offentlige sygehuse. Tilskud til behandling hos fysioterapeut på klinik kan kun ydes, hvis klinikken er godkendt af amtsrådet, i Københavns og Frederiksberg kommuner af kommunalbestyrelsen. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for klinikkens indretning. Sundhedsministeren kan bestemme, at tilskud også ydes til anden behandling, der udføres efter henvisning af en læge. Tilskud ydes til kiropraktisk behandling ved kiropraktor, selv om der ikke foreligger henvisning fra en læge.

Stk. 2. Til personer, der er gruppe 1-sikrede, yder den offentlige sygesikring tilskud til den ovennævnte behandling efter nærmere regler, der fastsættes af sundhedsministeren.

Stk. 3. Til personer, der omfattes af § 2, stk. 2, yder den offentlige sygesikring tilskud med samme beløb, som den skulle have afholdt for en tilsvarende behandling af en person, der omfattes af § 2, stk. 1.

Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til fysioterapeutisk behandling (BEK nr. 405 af 18/05/2001 (Historisk))

§ 6. Sygesikringen yder et tilskud på 39,3 pct. af de i godkendt overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter fastsatte honorarer for konsultationer, herunder holdtræning. Ved behandling i patientens hjem ydes et tilskud på 40 pct. af de i samme overenskomst fastsatte afstandstillæg.

Stk. 2. Behandler fysioterapeuten ved samme besøg flere familiemedlemmer i samme hjem, ydes kun ét tilskud. Behandler fysioterapeuten ved samme besøg flere patienter på plejehjem eller lignende, beregnes kun ét afstandstillæg, som sygesikringen i dette tilfælde betaler fuldt ud.

Stk. 3. Tilskuddet til forebyggende og opfølgende fysioterapeutisk holdundervisning, jf. § 4, stk. 2, udgør 2/5 af det i den godkendte rammeaftale mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter fastsatte honorar.

Stk. 4. Tilskuddet til ridefysioterapi, jf. § 5, udgør 4/5 af de honorarer, der er fastsat i den godkendte overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter.

§ 7. Til handicappede personer med medfødt eller arvelig lidelse, erhvervede neurologiske lidelser, fysiske handicap som følge af ulykke eller nedsættelse af led- eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigttilidelser yder den offentlige sygesikring et tilskud på 100 pct. af det i godkendt overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter fastsatte honorar pr. konsultation, herunder holdtræning.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere retningslinier for fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi.

Stk. 3. Nærmere vilkår for ydelser efter stk. 1 fastsættes i overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter, jf. § 12, stk. 1, og § 26, stk. 2, i lov om offentlig sygesikring.

Lov om social service (Serviceloven) (LBK nr. 764 af 26/08/2003 (Historisk))

§ 73 a. Kommunalbestyrelsen har pligt til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

Stk. 2. Kommunen sørger for tilbud om hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

Sundhedsloven (LOV nr. 546 af 24/06/2005 (Gældende))

§ 79. Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse.

Stk. 2. Regionsrådet yder endvidere behandling til personer, der har bopæl i regionen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge OASIS og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem, Gigtsanatoriet i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejlefjord og Center for Hjerneskade.