



Genoptræning under forandring

En analyse af træningsområdets udvikling og de umiddelbare konsekvenser af strukturreformens udflytning af genoptræning til kommunerne

Sidsel Vinge

Susanne Reindahl Rasmussen

Anni Ankjær-Jensen

Dansk Sundhedsinstitut

DSI rapport 2009.02

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 2009

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 978-87-7488-611-2 (trykt version)

ISBN 978-87-7488-603-7 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2009.02

Design: DSI

Forord

Denne rapport handler om genoptræningsområdet og dets udflytning fra sygehusene til kommunerne som led i strukturreform.

Ansvar for genoptræningen påhvilede indtil strukturreformen amterne og kommunerne i fællesskab. På trods af en vifte af tilbud, der rettede sig mod forskellige træningsbehov, har flere undersøgelser vist, at træningsindsatsen ikke var tilstrækkelig, og at der eksisterede gråzoner mellem de forskellige ansvarsområder, hvilket betød, at patienter faldt 'mellem to stole'. Med strukturreformen har kommunerne fået et større ansvar på sundhedsområdet, herunder for finansieringen af genoptræningen under indlæggelse samt af den specialiserede ambulante træning efter indlæggelse. Den almindelige ambulante træning efter indlæggelse flyttes som led i reformen ud i kommunerne. Formålet er at løse de eksisterende problemer på træningsområdet med denne omfordeling af opgaver og finansieringsansvar.

Rapporten bygger videre på DSI's kortlægning af træningsindsatsen i sygehusregi, sygesikringsregi og kommunalt regi før strukturreformens gennemførelse. Det er tanken, at kortlægningen skal gentages i 2009, altså efter strukturreformens gennemførelse. Ved en sammenligning af de to undersøgelser vil det være muligt at analysere konsekvenser af strukturreformen på genoptræningsindsatsen, herunder ændringer i den samlede genoptræningsindsats og ændringer i arbejdsdelingen mellem de tre genoptræningsregier.

Rapporten er således en midtvejsrapport i et større forskningsprojekt, der har til formål at undersøge, hvordan træningsområdet udvikler sig og påvirkes som følge af strukturreformen. Projektet er finansieret af Det Kommunale Momsfond, Danske Regioner, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen og Dansk Sundhedsinstitut.

Projektet er gennemført af senior projektleder Sidsel Vinge, cand.merc., ph.d. i organisation, senior projektleder Susanne Reindahl Rasmussen, ergoterapeut, MPH, ph.d. i sundhedsvidenskab samt senior projektleder Anni Ankjær-Jensen, cand.polit. Desuden har forskningsassistent Tanja Thor Møller, ergoterapeut, stud.scient.san. samt projektleder Christina Holm-Petersen, cand.scient.adm., ph.d. i organisation bidraget undervejs.

Rapporten er blevet eksternt reviewet af afdelingschef Eva Sejersdal Knudsen, Region Midtjylland, og lektor Janne Seemann, Aalborg Universitet.

Jes Søgaard

Direktør, professor

Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Indledning.....	13
1.1 Strukturreformen og træningsområdet problemer	13
1.2 Forskningsprogram om reformens konsekvenser på træningsområdet	13
1.3 Rapportens opbygning og læsevejledning	14
1.4 Tak til følgegruppen og til de medvirkende i de fire cases.....	15
2. Design og metoder – redegørelse og diskussion	17
2.1 Forskningsprogrammets design.....	17
2.2 Midtvejsrapportens design.....	18
2.3 Definition af centrale begreber: Genoptræning og vedligeholdelsestræning	21
2.4 Metodediskussion	21
3. Hovedtræk i genoptræningsområdets udvikling	25
3.1 Opgavefordelingen på træningsområdet frem til strukturreformen	25
3.2 Udviklingen i styringstiltag på træningsområdet frem til reformen	27
3.3 Fortsatte gråzoneproblemer.....	31
3.4 Strukturreformen: Opgøret med gråzonerne og nye snitflader	32
3.5 Opsamling og diskussion	39
Referencer til kapitel 3	42
4. Case 1: Vejle Amt og Fredericia Kommune	45
4.1 Træningsområdet i Fredericia Kommune	45
4.2 Træningsområdet i Vejle Amt.....	54
4.3 Snitflader og samarbejde mellem kommunen og amtet.....	56
4.4 Strukturreformen	64
4.5 Datagrundlag for case 1: Vejle Amt og Fredericia Kommune.....	70
Referencer til kapitel 4	71
5. Case 2: Fyns Amt og Ny Svendborg Kommune	73
5.1 Træningsområdet i Svendborg, Egebjerg og Gudme kommuner	73
5.2 Træningsområdet i Fyns Amt	79
5.3 Snitflader og samarbejder på tværs af sektorer	83
5.4 Strukturreformen	92
5.5 Datagrundlag for case 2: Fyns Amt og Ny Svendborg Kommune	95
Referencer til kapitel 5	96

6.	Case 3: Roskilde Amt og Greve Kommune.....	99
6.1	Træningsområdet i Greve Kommune.....	99
6.2	Træningsområdet i Roskilde Amt.....	107
6.3	Samarbejde mellem Greve Kommune og Roskilde Amt.....	111
6.4	Strukturreformen.....	115
6.5	Datagrundlag: Case 3: Roskilde Amt og Greve Kommune.....	121
	Referencer til kapitel 6.....	122
7.	Case 4: Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner samt Vestsjællands Amt.....	123
7.1	Træningsområdet i Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner.....	123
7.2	Træningsområdet i Vestsjællands Amt.....	129
7.3	Samarbejde mellem Vestsjællands Amt og kommunerne i amtet.....	134
7.4	Strukturreformen.....	140
7.5	Datagrundlag for Case 4: Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner samt Vestsjællands Amt.....	146
	Referencer til kapitel 7.....	147
8.	Sammenfatning af caseanalyser (kapitel 4-7).....	149
8.1	Sammenfatning af case 1: Vejle Amt og Fredericia Kommune.....	149
8.2	Sammenfatning af case 2: Fyns Amt og Ny Svendborg Kommune.....	151
8.3	Sammenfatning af case 3: Roskilde Amt og Greve Kommune.....	154
8.4	Sammenfatning af case 4: Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner samt Vestsjællands Amt.....	155
9.	Diskussion.....	159
9.1	Gamle og nye snitflader på træningsområdet.....	160
9.2	Ny sektorovergang, mindre forløbskontinuitet og hospitalsterapeuternes nye rolle.....	164
9.3	Vidensdeling på tværs af sektorerne.....	165
9.4	Fokus på træning i nærmiljøet.....	168
9.5	Forløbskontinuitet versus træning i nærmiljøet: Et dilemma.....	169
9.6	(De)centralisering, volumen og faglig bæredygtighed.....	170
9.7	Terapeuternes rolle på det kommunale område – nu og i fremtiden.....	171
	Referencer til kapitel 9.....	174
10.	Perspektivering: Træningsområdet mellem sundhed og service.....	175
10.1	Sundhedslovens generelle rammer vs. servicelovgivningens skal-ydelser.....	176
10.2	Effekt af sundhedsydelser versus tilfredshed med serviceydelser.....	176
10.3	Evidens versus politik som grundlag for træning.....	177
10.4	Forskningsbaserede instrukser versus politisk fastsatte kvalitetsstandarder.....	177
10.5	Kontinuitet og sundhedsfaglig styring versus BUM-model og markedskræfter.....	178
10.6	Træningsområdet i kommunerne rykker mod sundhed.....	179
	Referencer til kapitel 10.....	180

Resumé

Strukturreformen og træningsområdet

Genoptræningsområdet har længe været et område præget af gråzoneproblemer. Før strukturreformen havde amterne ansvaret for genoptræning under indlæggelse og ambulante. Kommunerne havde ansvaret for genoptræning som følge af ikke indlæggelseskrævende sygdom, og var forpligtet til at yde vedligeholdelsestræning til ældre og personer med medfødte eller erhvervede kroniske lidelser.

Strukturreformen sigtede mod løsning af ét primært problem, nemlig gråzonen mellem vedligeholdelsestræning og ambulante genoptræning i tilknytning til sygehusindlæggelse. Med den ændrede opgave- og ansvarsfordelingen således, at kommunerne fik myndighedsansvaret for al genoptræning efter udskrivning fra sygehus, hvilket betyder, at kommunerne skal finansiere al ambulante genoptræning – uanset om den er almindelig eller specialiseret. Derudover skal kommunerne medfinansiere både (terapeutisk) behandling og genoptræning under indlæggelse.

Spørgsmålet er dog, om strukturreformens ændringer på genoptræningsområdet kommer til at løse problemerne på træningsområdet. Denne midtvejsrapport er anden del af et større forskningsprogram, der omfatter tre projekter, der gennemføres fra 2005-2010. Forskningsprogrammet undersøger, hvordan strukturreformen påvirker genoptræningsområdet, og hvorvidt den medvirker til at løse problemerne og skabe forbedringer på området. I en midtvejsrapport afrapporteres en historisk analyse af nationale, lovgivningsmæssige styringstiltag på træningsområdet samt fire caseanalyser af træningsområdet i udvalgte amter og kommuner. Disse fokuserer på udviklingen af træningsområdet frem til reformen samt de umiddelbare konsekvenser heraf.

Hovedtræk i genoptræningsområdets udvikling

For at belyse baggrunden for strukturreformens ændringer på området, gennemgås hovedtrækkene i udviklingen på træningsområdet frem til reformen med fokus på gråzoneproblemer og hvordan man tidligere har søgt at afhjælpe disse via forskellige lovgivningsmæssige indgreb.

Op til reformen blev der taget flere lovgivningsmæssige initiativer for at forbedre samarbejdet på træningsområdet og tydeliggøre forpligtelserne i begge sektorer. Således udgav ministeriet i 1994 et debatoplæg med forslag til "kan"-opgaver og opfordringer til bedre samarbejde. Herefter fulgte en lovfæstelse af det kommunale opgaveansvar i 1998. Senere fulgte en tilføjelse til serviceloven, der pålagde kommunerne at tilbyde genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom (2001). Amterne fik pålæg om at udarbejde genoptræningsplaner (2001) og udpege kontaktpersoner, der skal koordinere udskrivningen af patienterne med kommunerne (2004). Endelig fik kommunerne pålæg om at udarbejde kvalitetsstandarder for den kommunale træning (2003). I 2004 blev rammerne for sygehusenes henvisning til praksissektoren til genoptræning præciseret; for at sikre at der ikke skete egenbetaling blandt patienter og for at undgå en forkert brug af reglerne om, hvem der er berettiget til vederlagsfri fysioterapi. Alle disse initiativer til trods var der fortsat gråzoneproblemer på træningsområdet. Og som det fremgår af bemærkningerne til den nye sundhedslov, var dette medvirkende til, at den almindelige ambulante genoptræning blev udflyttet til kommunerne i forbindelse med strukturreformen, mens den specialiserede ambulante træning forblev i sygehusregi.

Kommunerne har med reformen fået det økonomiske ansvar for hele den ambulante træning. Det er dog stadig sygehuset, som henviser til den almindelige, ambulante genoptræning i kommunerne. Det

te sker via en genoptræningsplan, som kommunerne ikke kan afvise. Kommunerne har således fået mulighed for at hjemtage den almindelige, ambulante genoptræning.

Denne fordeling af økonomisk ansvar, henvisning/visitation og udførelse har skabt en række udfordringer i relation til det ambulante træningsområde: For det første har man i forbindelse med selve udflytningsprocessen skullet foretage en bodeling, hvor alle ambulante træningsaktiviteter skulle deles i almindelige og specialiserede, en opdeling der langt fra har været entydig, og som har ledt til meget forskellige lokale fortolkninger af, hvad der kan karakteriseres som henholdsvis almindelig og specialiseret. For det andet giver det nye snitflader i den daglige drift, hvor der på sygehusene skal foretages en individuel vurdering af, hvilke patienter der har behov for specialiseret ambulante genoptræning.

Kommunerne har således fået det økonomiske ansvar for det ambulante træningsområde, men ikke kontrol over henvisningen til ambulante genoptræning, og for den specialiserede, ambulante genoptrænings vedkommende heller ikke over udførelsen. Dette betyder, at kommunerne søger så meget kontrol som muligt med den specialiserede, ambulante træning, fordi de har finansieringsansvaret.

I forbindelse med udflytningen blev det fra regionernes (dengang amternes) side påpeget, at ikke al terapeutisk aktivitet er genoptræning, men noget må karakteriseres som behandling. Strukturreformen tager væsentligst kun sigte på udflytning af genoptræningen. Kommunerne skal således finansiere genoptræning helt eller delvist, og kommunerne medfinansierer terapeutisk sygehusbehandling som led i den almindelige kommunale medfinansiering af sygehusbehandling. Derfor har det store økonomiske konsekvenser, om de sygehusansatte terapeuter koder deres aktivitet som behandling eller genoptræning.

Intentionerne med reformen var at komme gråzonerne på træningsområdet til livs ved helt grundlæggende at redefinere sektorgrænserne og gøre dem mere klare – altså minimere gråzonerne. I stedet for at have en sektorgrænse et sted på en glidende overgang mellem genoptræning med forbedringspotentiale og vedligeholdende træning, skulle grænsen nu gå ved sygehusets mure: Kommunerne skulle have ansvaret for *"al den træning, der ikke foregår under indlæggelse"*, som det blev formuleret i lovforslaget til sundhedsloven. Men allerede med vedtagelsen af loven stod det klart, at kommunerne ikke kunne overtage al ambulante træning. Derfor blev grænsen i stedet sat ved en anden glidende overgang, nemlig mellem specialiseret og almindelig ambulante træning. Det er en grænse, der – både i forbindelse med selve udflytningen og den efterfølgende drift – har krævet megen lokal fortolkning og forhandling.

I forsøget på at *"tilstræbe økonomisk neutralitet¹ mellem genoptræning under og efter indlæggelse og undgå kassetænkning"*, som det blev formuleret i lovforslaget til sundhedsloven, skulle kommunerne betale for egne borgeres genoptræning under indlæggelse i form af 70 % medfinansiering af genoptræningstaksterne. Den terapeutiske behandling er imidlertid ikke takstfastsat og indgår som en del af den øvrige sygehusbehandling, hvor den kommunale medfinansiering udgør 30 % af henholdsvis DRG- og DAGS-taksterne. Således betyder forsøget på at opnå økonomisk neutralitet mellem stationær og ambulante træning, at der i stedet er opstået en situation, hvor der ikke længere er økonomisk neutralitet for sygehusene mellem ydelser kodet som henholdsvis behandling eller genoptræning.

Fire caseanalyser af genoptræningsområdets udvikling

De fire caseanalyser består af følgende enheder: Case 1 består af Fredericia Kommune med tilhørende sygehuse i det tidligere Vejle Amt. Case 2 af Svendborg Kommune (tidligere Egebjerg, Gudme og Svendborg kommuner) og tilhørende sygehuse i det tidligere Fyns Amt. Case 3 af Greve Kommune

¹ Med økonomisk neutralitet forstås at det ikke har økonomiske konsekvenser om træningen foregår stationært eller ambulante – og at det derfor ikke er muligt at spekulere i hvilken kasse, der skal betale.

med tilhørende sygehuse i det tidligere Roskilde Amt. Case 4 af den sammenlagte Odsherred Kommune (tidligere Dragsholm, Nykøbing-Rørvig og Trundholm kommuner) med tilhørende sygehuse i det tidligere Vestsjællands Amt. Der er gennemført 24 interviews med sammenlagt 50 personer fordelt på praktikere såvel som ledere i kommuner og på sygehuse samt en enkelt fra den amtslige administration.

Udviklingen på træningsområdet i kommunerne

I kommunerne var der i årene op til reformen foregået en markant udvikling, hvor træningsområdet gradvist var blevet udskilt fra ældreområdet som et selvstændigt område med egen organisation og egen faglig leder, der på linje med andre kommunale driftsområders ledere kan repræsentere og synliggøre træningsområdet både udadtil og indadtil i den kommunale organisation. Dog var alle kommuner ikke kommet lige langt i denne udvikling. Nogle havde således kun fået løsrevet en del af træningsområdet, og de små kommuner med en til to terapeuter på træningsområdet havde ikke ændret sig nævneværdigt strukturelt. Men tendensen i retning af en større organisatorisk og faglig selvstændiggørelse af træningsområdet var markant. Samlingen af terapeuterne har styrket deres faglige identitet og medvirket til, at terapeuterne er blevet mere fokuserede på at udføre egentlige terapeutopgaver, hvor de mange steder tidligere oplevede, at de indgik i personalenormeringen på ældreområdet, og deltog i mange ikke terapeutfaglige arbejdsopgaver.

I alle kommuner er begreber som dokumentation, test, registrering og evaluering langt fra fuldt integrerede i den daglige praksis på træningsområdet, men udviklingen går tydeligvis i den retning. Dette gør sig specielt gældende, hvor flere terapeuter samles i større enheder under egen faglig ledelse.

Udviklingen på træningsområdet i amterne

Terapeuterne i de fire cases har altovervejende været organiseret i selvstændige afdelinger med egen faglig ledelse. En markant udviklingstendens består i en øget grad af standardisering af genoptræningen, som følge af en generel videnskabeliggørelse og evidensbaseret genoptræningsområdet. Udviklingen i årene op til reformen har været præget af terapeuternes forsøg på at harmonisere og ensrette tilbud og træningsniveau ved at definere mere evidensbaserede træningsregimer til forskellige patientgrupper. Men faktorer som bl.a. den decentrale økonomistyring på de enkelte sygehuse samt lægernes individuelle ordinationsret har hæmmet terapeuternes harmoniseringsbestrebelse.

Terapeuterne på sygehusene var i et vist omfang fagligt specialiserede og knyttet til enkelte afdelinger. Terapeuterne så generelt specialiseringen som et plus, der gav et kvalitetsløft. Flere steder, men særligt i Fyns Amt, lagde terapeuterne vægt på, at den enkelte terapeut fulgte patienten fra den akutte stationære fase til afslutningen i den ambulante fase.

Terapeuterne har i de senere år arbejdet med den skriftlige dokumentation: Udarbejdelsen af retningslinjer for forløb, genoptræningsplaner, hjemmebesøgsrapporter og ydelsesregistreringer. De oplever det både som en øget administrativ byrde, men også som et værktøj til at gøre dem mere synlige i en høj sundhedsfaglig kontekst som et sygehus.

Sektorsamarbejdet

I årene op til strukturreformen havde alle amter indgået *samarbejdsaftaler* med stort set alle kommuner i deres område. Aftalerne gik grundlæggende set ud på, at kommunerne skulle foretage den ambulante genoptræning på mere eller mindre klart definerede patientgrupper – mod betaling (enten via faste takster pr. forløb eller efter timeforbrug til aftalte takster). Aftalerne var typisk rettet mod svage eller konfuse ældre, som personalet på både sygehuse og i kommuner mente havde bedst af at blive genoptrænet i kommunalt regi. Samarbejdsaftalerne har således fungeret som en art generalprøve på

strukturereformens udflytning, hvor kommunerne i årene op til reformen stiftede bekendtskab med nye typer genoptræningsforløb, hvilket har medført en faglig udvikling blandt de kommunale terapeuter.

Grænsedragningen mellem kommunernes vedligeholdende træning og sygehusenes ambulante genoptræning har ikke været let at operationalisere i praksis. I Vejle Amt og tilhørende kommuner gik man derfor så vidt, at man havde indført et helt andet fundament for etableringen af sektorgrænsen, nemlig det internationale klassifikationssystem, ICF. Arbejdsdelingen var således, at sygehusene trænede "krop og aktiviteter i standardiserede omgivelser", mens kommunerne trænede "aktiviteter og deltagelse i relation til hverdagslivet". Denne snitflade fungerede, og blev anvendt som et alternativ til den glidende overgang mellem ambulante genoptræning i sygehusregi og vedligeholdende træning i kommunalt regi.

Kravet om udarbejdelsen af *genoptræningsplaner* medfører en standardiseret skriftliggørelse af samarbejdet. Nogle steder har de sygehusansatte terapeuter ringet til kommunerne i forbindelse med hver genoptræningsplan, hvilket har givet anledning til vidensdeling. Terapeuter peger på, at effekten af genoptræningsplanerne ikke skyldes selve indholdet, der trods en udvikling mod det bedre stadig er mangelfuld mange steder, men i stedet den øgede telefoniske kontakt mellem terapeuter i de to sektorer, de har givet anledning til. Andre steder har planerne imidlertid ændret den tværsektorielle kommunikation fra at være overvejende telefonisk til at blive mere skriftlig. Særligt hospitalsterapeuterne oplever her, at planerne svækker den tidligere praksis med direkte telefonisk kontakt mellem de trænende terapeuter i de to sektorer. Billedet af, at genoptræningsplanerne styrker samarbejdet og kommunikationen, er derfor ikke helt entydigt.

Udflytningen af almindelig, ambulante genoptræning

Udflytningsprocessen er foregået meget forskellige i de fire cases – og med forskellige resultater. Således er der særlig stor forskel på, hvor stor en personalereduktion der sker på sygehusene: Nogle steder reduceres personaleforbruget på sygehusene så lidt, at det kan klares ved naturlig afgang. Andre steder afskediges op mod 37 % af træningskapaciteten. Ligeledes er der også forskel på, hvad der defineres som værende almindelig henholdsvis specialiseret genoptræning: I Fyns Amt vurderede man, at 80 % af KOL-patienterne skulle have specialiseret ambulante genoptræning, og de resterende 20 % almindelig, mens man i Vejle Amt kom frem til, at det var 50 % af KOL-patienterne, der havde behov for specialiseret, og 50 % der havde behov for almindelig ambulante genoptræning. Alle steder forventes det imidlertid, at der efter reformen vil ske en glidende udflytning af flere opgaver fra specialiseret til almindelig ambulante genoptræning.

Diskussion

I rapporten diskuteres reformens umiddelbare konsekvenser for gråzoner og snitflader på træningsområder. Efter strukture reformen er der nu økonomisk neutralitet mellem træning efter serviceloven og ambulante genoptræning efter sundhedsloven, hvilket tidligere var den primære gråzone.

Men der er kommet en ny snitflade mellem specialiseret og almindelig ambulante genoptræning, og overgangen mellem dem er glidende. Selvom der således er foretaget en bodeling i forbindelse med strukture reformen, hvor almindelig ambulante træning er flyttet ud, er det fortsat nødvendigt at foretage løbende individuelle vurderinger af, hvilke patienter der skal tilbydes specialiseret ambulante genoptræning i sygehusregi, og hvilke patienter der hører hjemme i kommunerne, og dermed får almindelig ambulante genoptræning. Dels fordi nogle diagnoser som udgangspunkt både kan "udløse" specialiseret eller almindelig ambulante genoptræning – afhængig af bl.a. sygdommens sværhedsgrad – og dels fordi det også er en vurderingssag, om kriterierne for specialiseret genoptræning (patientsikkerhed og

behov for tværfaglig specialistindsats) skal træde i kraft ved særligt komplicerede tilfælde af ellers udflyttede diagnoser.

Ud over snitfladen mellem specialiseret og almindelig ambulante genoptræning, har reformen også ført til, at der er etableret en ny snitflade inden for det regionale driftsområde: De terapeutiske ydelser i sygehusregi er blevet opdelt i henholdsvis behandling og genoptræning, som kommunerne medfinansierer i meget forskelligt omfang. Konsekvensen er, at der er opstået en situation hvor der ikke er økonomisk neutralitet mellem genoptræning og behandling, hvilket særlig har konsekvenser for sygehusafdelingernes økonomi. Gråzonen er i den forstand flyttet ind på sygehusene.

Reformen skaber en strukturel ulighed i adgangen til træning efter serviceloven og efter sundhedsloven på grund af forskellige henvisningsstrukturer. Kommunerne styrer selv tilgangen af borgere til træning efter serviceloven via deres visitation og det vedtagne lokale serviceniveau i kvalitetsstandarderne. Borgere med et træningsbehov efter serviceloven har ikke krav på en genoptræningsplan. Men den almindelige ambulante genoptræning efter sundhedsloven kan kommunerne ikke styre, da det er sygehusene, der visiterer via genoptræningsplanerne, som patienterne har krav på. Ved henvisning efter sundhedsloven afgør den kommunale visitation således ikke, om der skal ydes træning – kun i hvilket omfang. Derimod afgøres det ved kommunal visitation, om der skal ydes træning efter serviceloven. Disse strukturelle forskelle er baggrunden for mange terapeuters bekymring for, at svage ældre borgere med komplekse problemstillinger og behov for træning efter serviceloven vil blive buffer ved ressourceknaphed i kommunerne.

Andre dagsordner, som også præger udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen, er relevante at tage i betragtning, særligt mulighederne for at sikre sammenhæng og forløbskontinuitet – også på træningsområdet. Udflytningen af den almindelige ambulante genoptræning til kommunerne betyder, at flere patienter end tidligere får et sektorskift ved overgangen fra stationær til ambulante træning med øget risiko for kontinuitetsbrud til følge. Før reformen havde hospitalsterapeuterne flere steder opbygget en arbejdsform, hvor de lagde vægt på kontinuiteten fra den akutte over den stationære til den ambulante fase, hvilket muliggjorde specialisering på fagområder, samtidig med at terapeuterne fulgte hele forløb. Reformen fjerner grundlaget for begge dele, og ændrer således hospitalsterapeuternes arbejde radikalt.

Herudover bliver udgangspunktet for det tværsektorielle samarbejde og vidensdeling hen over sektorgrænser forringet af flere årsager. For det første forventes der på basis af kommunernes udmeldinger til sygehusene, at der vil komme en nedgang i antallet af *hjemmebesøg*, hvor hospitalsterapeuter kan følge patienterne helt til dørs ude i primærsektoren og overdrage patientforløbet fra terapeut til terapeut. For det andet har de kommunale terapeuter ikke samme lette adgang til *patientjournaler*, som hospitalsterapeuterne har. Journalerne indeholder viden, som kan danne grundlag for at sikre sammenhæng i hele patientens forløb, herunder særligt operationsnotater på kirurgiske patienter. For det tredje er der med lovændringen kommet nye begrænsninger i indholdet af *genoptræningsplanerne*. Mange steder blev planerne før reformen brugt i forbindelse med de lokale samarbejdsaftaler, hvor kommunerne udførte genoptræning for amterne på basis af beskrivelser af mål og metoder i planerne. Efter reformen må planerne ikke længere indeholde en beskrivelse af den genoptræning, som hospitalsterapeuterne anbefaler med baggrund i deres viden om patienten. Det understreges derimod, at genoptræningsplanerne ikke må være en ydelsesanvisning, idet kommunerne ønsker at beholde visitationsretten for at sikre så meget kontrol som muligt med dette driftsområde, som de skal finansiere, men som de ikke har visitationsretten over. Derfor søger de at minimere den regionale indflydelse og begrænse den til en ren henvisningsopgave.

Samlet set betyder det øgede antal sektorskift kombineret med det umiddelbart forringede udgangspunkt for samarbejde og vidensdeling over sektorgrænsen, at der er risiko for, at forløbskontinuiteten

og sammenhængen i *hele* patientens forløb kan blive forringet. Reformen skaber således et akut behov for at etablere nye og mere effektive overleverings- og vidensdelingsmuligheder, idet der nu skal håndteres flere patienter med sektorskift på et ringere grundlag for vidensdeling.

Hos terapeuterne henter reformen legitimitet fordi patienterne i højere grad genoptrænes i eget hjem, idet det giver god faglig mening for terapeuterne. Antagelsen er, at genoptræning kommunerne vil give mere træning i patienternes nærmiljø. Det er imidlertid et åbent spørgsmål, hvorvidt træningen reelt bliver flyttet ud af de kommunale træningscentre, og hjem i borgeres nærmiljø. Reformen stiler efter en udflytning af genoptræningsopgaven, ikke en ændring eller en forøgelse af opgaverne. Og genoptræning i hjemmet synes umiddelbart dyrere end genoptræning i standardiserede omgivelser ofte også på hold. Hvis kommunerne skal overholde kravet om udgiftsneutralitet, må man forvente, at langt størstedelen af genoptræningen udflyttes fra standardiserede omgivelser på det lokale sygehus til standardiserede omgivelser i det kommunale træningscenter. Spørgsmålet er, i hvilket omfang det giver mere træning i borgernes eget hjem og nærmiljø.

Reformen rummer både en centralisering i kraft af kommunesammenlægninger, som giver større træningsmiljøer i kommunalt regi, og en decentralisering af genoptræning fra relativt få amtslige genoptræningsenheder til flere kommunale træningsenheder. For den kommunale træning efter serviceloven som samles, skabes der således et større volumenmæssigt grundlag for faglig bæredygtighed og forbedrede muligheder for specialisering. Men for den ambulante genoptræning, som flyttes ud, sker det modsatte: Opgaverne spredes ud på flere hænder i flere kommuner, og den faglige bæredygtighed og specialiseringsmulighederne forrises for disse patientforløb.

Perspektivering

Afslutningsvis diskuteres træningsrådets placering i krydsfeltet groft sagt mellem to overordnede styringsrationaler: Et socialfagligt serviceorienteret styringsrationale som er præget af en politisk økonomisk rationalitet, og overvejende er dominerende i kommunerne, versus et sundhedsfagligt evidensorienteret styringsrationale, som henter sit grundlag i en sundhedsfaglig forskningskultur, og primært er dominerende på sygehusene. Styringsrationalerne udgør rammerne for de lokale aktørers forståelse af træningsfeltet, og er dermed centrale for at forstå de dilemmaer, konflikter og handlinger, som opstår. Gråzoneproblemer på træningsområdet handler således ikke blot om, at der er to sektorer med bl.a. hver sin pengekasse at tænke på, de vedrører også de udfordringer, det giver, at de to sektorer domineres af forskellige styringsrationaler, som ikke er umiddelbart kompatible.

I denne sammenfatning gengives kun hovedtræk i de to styringsrationaler i nedenstående oversigt:

Sundhedsfagligt evidensorienteret styringsrationale	Socialfagligt, serviceorienteret styringsrationale
Dominerer primært på sygehusene	Dominerer primært i kommunerne
Sundhedsloven definerer ingen specifikke ydelser , kun et helt overordnet ansvar for at drive sygehusvæsen	Service Lovgivningen beskriver skal-ydelser relativt detaljeret i de enkelte paragraffer
Sundhedsmæssig effekt som målet for sundhedsydelser	Brugernes tilfredshed som målet med serviceydelser
Ydelser skal evidensbaseres	Ydelser skal sikre overholdelse af gældende love
Sundhedsfaglige instrukser, vejledninger og regimer danner grundlag for træningen	Politisk fastsatte kvalitetsstandarder, ofte om træningshyppighed og varighed, er grundlag for træningen
Stræber efter at skabe kontinuitet ved at samle forløb under en eller meget få terapeuter og skabe en sundhedsfaglig styring	Stræber efter at adskille bestiller og udfører (BUM-model med visitatorer), og efter at introducerer markedskræfter (udbud og efterspørgsel)

1. Indledning

1.1 Strukturreformen og træningsområdet problemer

Genoptræningsområdet har længe været et erkendt problemområde i sundhedsvæsenet, og der har været påpeget bl.a. gråzoneproblemer igennem en længere årrække. Før strukturreformen havde amterne som led i sygehusbehandlingen ansvaret for genoptræning i forbindelse med indlæggelse, hvad enten denne fandt sted under indlæggelsen eller ambulant efter udskrivning fra sygehus. Kommunerne havde ansvaret for genoptræning af typisk ældre borgere, der havde behov for genoptræning som følge af ikke indlæggelseskrævende sygdom. Derudover var kommunerne forpligtet til at yde vedligeholdelsestræning til ældre og personer med medfødte eller erhvervede kroniske lidelser.

En række ændringer af lovgivningen på området gennem specielt de seneste ti år frem til strukturreformen i 2007 havde ikke formået at løse problemerne. Eksempler herpå er indførelsen af kommunal forpligtelse til at genoptræne ikke indlæggelseskrævende sygdom, kommunale kvalitetsstandarder for genoptræning, indførelsen af genoptræningsplaner i forbindelse med udskrivning fra sygehus og senere også en kontaktperson med ansvar for genoptræningsplaner.

For at løse gråzoneproblemerne på træningsområdet ændrede man med strukturreformen opgave- og ansvarsfordelingen mellem sektorerne således, at kommunerne fik myndighedsansvaret for al genoptræning efter udskrivning fra sygehus, hvilket betyder, at kommunerne skal finansiere al ambulant genoptræning – uanset om den er almindelig eller specialiseret. Derudover skal kommunerne medfinansiere såvel indlæggelser som behandling og genoptræning under indlæggelse.

Myndighedsansvaret på det ambulante træningsområde er således entydigt placeret hos kommunerne, mens driftsansvaret på området blev delt mellem kommunerne og regionerne, idet kommunerne fik driftsansvaret for den almindelige, ambulante genoptræning, mens den specialiserede, ambulante genoptræning fortsat er placeret i det regionale sygehusvæsen.

Både drifts- og myndighedsansvaret for genoptræning under indlæggelse og al behandling, herunder fysioterapeutisk og ergoterapeutisk behandling på sygehus er fortsat placeret i det regionale sygehusvæsen.

Spørgsmålet er imidlertid, om strukturreformens ændringer på genoptræningsområdet kommer til at løse problemerne på træningsområdet.

1.2 Forskningsprogram om reformens konsekvenser på træningsområdet

Denne rapport, som er en midtvejsrapport, er anden del af et større forskningsprogram, der omfatter tre dele. Det samlede forskningsprogram har til formål at undersøge, hvordan træningsområdet påvirkes af strukturreformen, herunder i hvilket omfang reformen medvirker til at løse specielt grænsedragingsproblemer på træningsområdet.

Med strukturreformens implementering har man ønsket at bidrage til løsningen af de grænsedragings-, definitions- og hermed også kassetækningsproblemer, som har præget genoptræningsområdet og gjort det til en gråzone. Forskningsprogrammet undersøger derfor:

Hvordan påvirker strukturreformen genoptræningsområdet, og medvirker den til at løse problemerne og skabe forbedringer på området?

- ◆ Medfører reformen en ændret organisering af ydelserne, arbejdsdelingen og samarbejdet på tværs af sektorerne?
- ◆ Påvirker reformen selve genoptræningsydelse – både med hensyn til art og omfang?
- ◆ Ændrer reformen ressourcerbruget på området?

Forskningsprogrammet svarer på disse spørgsmål gennem tre projekter over en årrække (2005-2010).

Den første del af forskningsprogrammet omfattede udgivelsen af en minirapport med en spørgeskemabaseret kortlægning af genoptræningsindsatsen i hele landet før strukturreformen.² Rapporten indeholder en kortlægning af indsatsen i kommunalt regi, amtsligt regi og sygesikringsregi. Det er hensigten at gentage denne kortlægning af genoptræningsindsatsen i 2009 med henblik på en sammenligning, der kan vise ændringer i den samlede genoptræningsindsats og ændringer i arbejdsdelingen imellem de tre genoptræningsregier: sygehus, kommune og praktiserende fysioterapi.

Anden del af forskningsprogrammet omfatter denne midtvejsrapport, hvori der afrapporteres en historisk analyse af nationale styringstiltag på træningsområdet via lovgivning, samt fire caseanalyser af træningsområdet i udvalgte amter og kommuner, som fokuserer på områdets udvikling frem til reformen samt de umiddelbare konsekvenser af reformen.

Tredje del af forskningsprogrammet vil omfatte en rapport med opsamling af den indledende spørgeskemabaserede kortlægning og caseanalyserne fra midtvejsrapporten. I den afsluttende rapport vil fokus være rettet mod udviklingen af træningsområdet efter reformen.

1.3 Rapportens opbygning og læsevejledning

Rapporten er opbygget som følger: I kapitel 2 redegøres der for denne midtvejsrapports design samt de valgte metoder. Kapitel 3 indeholder en historisk analyse af træningsområdets udvikling på nationalt plan med fokus på de lovgivningsmæssige tiltag og forsøg på problemløsning, der havde fundet sted. Kapitel 4-7 indeholder de fire caseanalyser, mens kapitel 8 indeholder et sammendrag af de fire caseanalyser. Rapporten afsluttes med en samlet diskussion i kapitel 9 samt en perspektivering i kapitel 10.

1.3.1 Læsevejledning

Rapportens empiriske caseanalyser kan læses på to måder:

- **Den særligt interesserede læser** kan læse de fire caseanalyser i deres fulde længde i kapitel 4-7, og herefter gå videre til diskussionen i kapitel 9.
- **Den travle læser** kan vælge at springe caseanalyserne i kapitel 4-7 over og i stedet læse sammendraget i kapitel 8. Sammenfatningen indeholder ikke dybere argumentation, citater eller kildehenvisninger. Dette må man finde i den enkelte caseanalyse. Til gengæld giver den en hurtigt og summarisk overblik over indholdet af caseanalyserne i komprimeret form.

1.3.2 Caseanalysernes opbygning

Caseanalyserne er opbygget så ensartet som muligt: Først behandles træningsområdet i den kommunale sektor, herefter i amtet med fokus på den valgte casekommunes primære sygehus. Dernæst analyseres temaer, der går på tværs af sektorerne med særligt fokus på håndteringen af samarbejde og snitflader. Til sidst strukturreformen og dens implementering og umiddelbare konsekvenser. Det er imidlertid ikke fuldstændig det samme antal år, der beskrives i de enkelte cases. Tidsperspektivet i de

² Ankjær-Jensen A, Vinge S, Reindahl Rasmussen S, Christensen M. Genoptræning under forandring. En kortlægning af træningskapaciteten i amter, kommuner og privat fysioterapi før strukturreformen. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007.

enkelte cases afhænger af, hvad informanterne har peget på som værende markant og relevant i forhold til at beskrive den lokale udvikling på træningsområdet inden for de sidste 10-15 år.

Der anvendes interviewcitater i caseanalyserne. Vi har valgt ikke at angive informanternes navne i forbindelse med citering, men i stedet stilling, uddannelse eller geografisk tilhørsforhold – alt efter konteksten. Årsagen er, at alle personer i dette projekt er interviewet som konsekvens af deres stilling og/eller deres rolle på træningsområdet – ikke som konsekvens af hvem de ellers er. Et eksempel herpå er en amtsundhedsplejerske, som er interviewet qua sin rolle som nøgleperson i relation til træningsområdets udvikling i det tidligere Vejle Amt, hvorfor der henvises til hende som ”nøgleperson på træningsområdet i Vejle Amt”.

Af hensyn til læsevenligheden er referencelisten kapitelopdelt, så det er nemt at få et overblik over datagrundlaget i hver enkelt case.

1.4 Tak til følgegruppen og til de medvirkende i de fire cases

Til projektet har været tilknyttet en følgegruppe bestående af følgende ressourcepersoner: Faglig konsulent i Danske Patienter Annette Wandel (ved projektets start Danske Fysioterapeuter), afdelingschef i Danske Fysioterapeuter Karen Langvad, faglig konsulent i Ergoterapeutforeningen Beate Jarl, konsulent i Kommunernes Landsforening Maj-Britt Winther, konsulent i Danske Regioner Susan Kolding, fuldmægtig i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Brit Borum Madsen, ledende terapeut på Ergoterapi- og fysioterapiafdelingen ved Århus Sygehus Ulla Skou, forsknings- og udviklingsleder på Rehabiliteringsafdeling ved Odense Universitetshospital Hanne Kaae Kristensen, chefterapeut og afdelingsleder ved Rehabiliteringsafdeling på Odense Universitetshospital Marianne Bjerg, ledende terapeut i Horsens Kommune Lene Petersen samt praktiserende fysioterapeut Vibeke Laumann, Bagsværd Fysioterapi.

Følgegruppen har kommenteret på undersøgelsens resultater samt publikationer og således leveret værdifuldt input til projektet, som dog alene er forfatterens ansvar.

Der skal ligeledes rettes en stor tak til alle, der har medvirket i interview, og på anden måde har bidraget til datamaterialet. Flere har ydet en stor indsats med at fremskaffe og validere data – ofte af historisk karakter. Dette har i nogle tilfælde været et stort arbejde lokalt, og DSI siger mange tak for den velvilje og det engagement, vi er blevet mødt med lokalt.

2. Design og metoder – redegørelse og diskussion

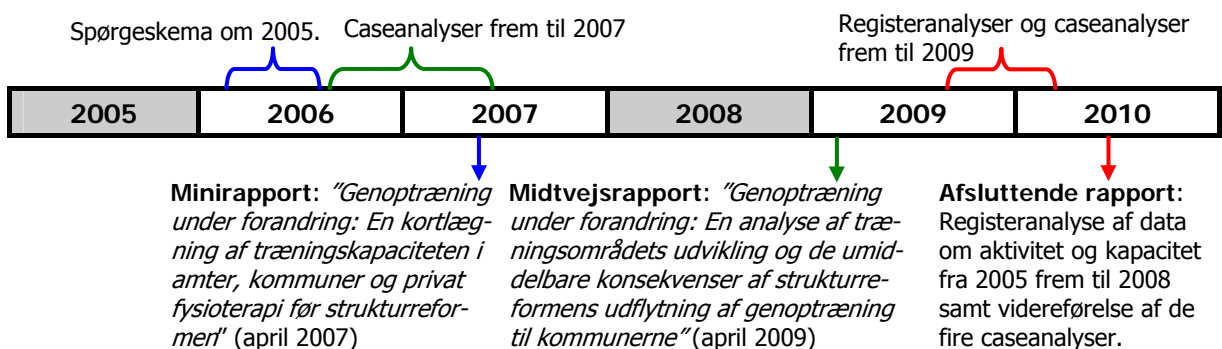
I dette kapitel redegøres for designet af det samlede forskningsprogram, som denne undersøgelse er en del af. Dernæst behandles design, data og metoder i denne undersøgelse mere detaljeret. Afslutningsvis diskuteres de metodiske valg i det samlede program såvel som i denne undersøgelse.

2.1 Forskningsprogrammets design

Formålet med det samlede forskningsprogram er at undersøge, hvordan strukturreformen påvirker genoptræningsindsatsen, herunder hvorvidt den medvirker til at løse problemerne på området og forbedrer indsatsen.

Forskningsprogrammet løber over flere år, og indeholder så vidt muligt parallelle dataindsamlinger og analyser før såvel som efter strukturreformen. På nedenstående tidslinje er projektets dataindsamlinger anført (oven for tidslinjen) såvel som publikationer (under tidslinjen):

Figur 2.1 Illustration af designet i det samlede forskningsprogram.



Det samlede program rummer således i alt fire undersøgelser, der adskiller sig på to parametre, kronologi og metodik:

Figur 2.2 Illustration af forskningsprogrammets fire analysetyper.

	Kvantitativ analyse	Kvalitativ analyse
Træningsområdets udvikling frem til reformen	1) Minirapport: Spørgeskemabaseret kortlægning af træningsområdet i 2005 (april 2007)	2) Midtvejsrapport: Historisk analyse af udviklingen på nationalt plan samt fire caseanalyser
Træningsområdets udvikling efter reformen	3) Afsluttende rapport: Registerbaseret analyse af træningsområdet fra 2005 til 2008 (planlagt udgivelse i 2010)	4) Afsluttende rapport: Opfølgning på udviklingen på nationalt plan samt de fire caseanalyser efter reformen

Det første delprojekt var en spørgeskemabaseret kortlægning af træningsområdet i 2005, som blev udgivet i april 2007. Nærværende midtvejsrapport er udgivet i foråret 2009. De to opfølgninger planlægges udgivet i 2010 i en samlet, afsluttende rapport, som vil omfatte en opsamling af den indledende

de spørgeskemabaserede kortlægning og caseanalyserne fra midtvejsrapporten. I den tredje og afsluttende del af forskningsprogrammet vil fokus være rettet mod udviklingen af træningsområdet *efter* reformen, og først herefter vil hele forskningsprogrammets undersøgelsesfelt være afdækket.

Formålet med det valgte design er at kombinere styrkerne i de to metoder. De kvantitative spørgeskemaer og registeranalyser sikrer bredden, og giver et nationalt overblik over enkeltstående og løsevne fakta om træningsområdet. I rapporterne fra før og efter reformen vil der blive foretaget så vidt muligt identiske dataindsamlinger indenfor de valgte områder. Dette klassiske før/efter design kan kortlægge og dokumentere forandring på udvalgte løsevne parametre. Disse data muliggør dækkende analyser af fx udviklingen i træningskapaciteten i alle tre sektorer. Men det kan ikke forklare, hvad der er sket i den mellemliggende proces, og dermed skabe en egentlig forståelse af de dokumenterede forandringer.

Bredden opnås således på bekostning af dybden. Spørgeskema- og registeranalyserne siger således intet om baggrunden for disse fakta, årsagerne til eventuelle ændringer i dem over tid, eller om den historiske udvikling på træningsområdet som de er et produkt af. Dette er begrundelsen for at kombinere de kvantitative kortlægninger med mere kvalitative caseanalyser, der gør det muligt at komme i dybden med den lokale udvikling i kommuner og på sygehuse, og med de konsekvenser strukturreformen har haft for træningsindsatsen. Caseanalyserne giver et mere detaljeret og nuanceret billede af forandringer på træningsområdet, og dermed en bedre forståelse af de dynamikker som former praksis på træningsområdet.

2.2 Midtvejsrapportens design

Denne midtvejsrapport indeholder to typer af analyser. Kapitel 3 indeholder en historisk analyse af udviklingen i de lovgivningsmæssige rammer på træningsområdet på nationalt plan. Denne analyse giver indsigt i de nationale myndigheders forsøg på at styre området i den ønskede retning. Samtidig er den et vigtigt element i forhold til forståelse af de fire efterfølgende caseanalyser i kapitel 4-7 af den lokale udvikling på træningsområdet i kommuner og amter, der i et vist omfang er foregået som respons på de nationale styringstiltag.

2.2.1 Analyse af træningsområdets udvikling

Den historiske analyse af træningsområdets udvikling på nationalt plan er baseret på dokumentanalyse, primært af lovstof og tilhørende bekendtgørelser og vejledninger samt andre relevante udgivelser fra centrale myndigheder. For at forstå baggrunden for mange af ændringerne, herunder strukturreformen, er der i nogle tilfælde anvendt lovforslag, som indeholder begrundende og forklarende bemærkninger, der ikke findes i de endeligt vedtagne lovtekster.

2.2.2 Valg af cases

Der er foretaget fire caseanalyser som præsenteres i kapitlerne 4-7. Valget af cases er foretaget ud fra et ønske om variation. Der indgår således både sammenlægningskommuner (case 2 og 4) og "fortsætter-kommuner" (case 1 og 3). Kommunerne er endvidere beliggende i fire forskellige amter, som med reformen sammenlægges i to regioner. Størrelsesmæssigt er der, som det fremgår af tabel 2.1, tale om små og mellemstore kommuner. Der er desuden tilstræbt en vis geografisk spredning. Der er imidlertid ingen af de fem største kommuner, som indgår i projektet, hvilket betyder, at resultaterne fra denne undersøgelse kan mangle nuancer eller aspekter i forhold til de største af landets kommuner. Eksempelvis vil der være andre organisatoriske muligheder i meget store kommuner, som ikke bliver belyst i denne rapport.

Enhederne i hver case ses i tabel 2.1.

Tabel 2.1 Oversigt over befolkningen i de fire caseenheder. Antal.

	Kommuner (befolkning)		Amt (befolkning)	Region (befolkning)
	Før strukturreformen	Efter strukturreformen	Før strukturreformen	Efter strukturreformen
Case 1	Greve (47.968)	Greve (47.672)	Roskilde (241.523)	Sjælland (816.118)
Case 2	Dragsholm (13.882) Nykøbing-Rørvig (7.697) Trundholm (11.311)	Odsherred (32.980)	Vestsjælland (307.207)	
Case 3	Fredericia (49.252)	Fredericia (49.260)	Vejle (360.921)	Syddanmark (1.189.817)
Case 4	Svendborg (43.052) Egebjerg (8.924) Gudme (6.530)	Svendborg (58.714)	Fyn (478.347)	

Kilde: Danmarks statistik: Folketal pr. 1. januar 2006 (før strukturreformen) henholdsvis pr. 1. januar 2007 (efter strukturreformen).

2.2.3 Datagrundlag

Datagrundlaget i caseanalyserne består af interview kombineret med forskellige lokale dokumenter om træningsområdet og dets udvikling. I det følgende redegøres først for interviewdata og dernæst for dokumenter, om end der er en tæt relation mellem de to: Lokale dokumenter har dannet grundlag for mange uddybende spørgsmål i interview, såvel som mange interview har henledt opmærksomheden på yderligere dokumenter.

Interview

Der er i alt gennemført 24 interview med i alt 50 personer i perioden efteråret 2006 – januar 2007. Nogle interview er gennemført som individuelle interview, mens andre er gennemført som gruppeinterview. Alle interview med trænende terapeuter er gennemført som gruppeinterview.

Interviewene fordeler sig på de fire cases på følgende vis:

- ◆ Case 1 (Fyns Amt & Svendborg, Gudme samt Esbjerg Kommuner) i alt ni personer, heraf to ledere og nøglepersoner på træningsområdet samt syv trænede terapeuter.
- ◆ Case 2 (Vejle Amt & Fredericia Kommune) i alt 13 personer, heraf fire ledere og nøglepersoner på træningsområdet samt ni trænede terapeuter.
- ◆ Case 3 (Roskilde Amt & Greve Kommune) i alt 13 personer, heraf fem ledere og nøglepersoner på træningsområdet samt otte trænede terapeuter.
- ◆ Case 4 (Vestsjællands Amt & Dragsholm, Nykøbing-Rørvig samt Trundholm kommuner) i alt 17 personer, heraf seks ledere og nøglepersoner på træningsområdet samt ni trænede terapeuter.

Som det fremgår, er det tilstræbt at foretage interview med ledere såvel som med de medarbejdere, som yder den træning, som det hele handler om. I de meget små kommuner har det dog ikke altid været muligt at følge denne sontring, idet der i flere tilfælde kun har været én eller to terapeuter og ingen direkte driftsledelse af træningsområdet.

Interviewene er foretaget ud fra interviewguides, som har været tilpasset de enkelte interview. Forud for hvert interview har der været indhentet så meget skriftligt materiale som muligt, hvilket har medvirket til at danne grundlag for specifikke spørgsmål til dokumenternes status, betydning og anvendelse.

se i praksis. De lokale forskelle til trods har alle interview behandlet følgende temaer – om end med forskellig vægtning:

- ◆ Træningsområdets lokale organisering og struktur: Hvor der ydes træning, hvem der yder træning, hvilke former for træning der ydes mv.
- ◆ Borgerens/patientens vej gennem systemet: Henvi sning, visitation, træningsformer, registrering, tests.
- ◆ Lokale og nationale forandringstiltag: Genoptræningsplaner, kvalitetsstandarder, samarbejdsaftaler mv.
- ◆ Forandringer over tid i ydelser, organisering, ressourcer, samarbejde og snitflader: Baggrund, årsag og betydning.
- ◆ Strukturreformen: "Bodelingsprocessen" og det umiddelbare resultat.

Alle interview er optaget og udskrevet som basis for analyserne.

Dokumentanalyser

I forbindelse med den lokale styring af træningsområdet er der i stigende grad blevet udarbejdet dokumenter, både lovpligtige i form af fx kvalitetsstandarder og andre typer af dokumenter som fx virksomhedsplaner, tværsektorielle samarbejdsaftaler, (kliniske) retningslinjer mv. I det omfang, det har været muligt, er dokumenter indhentet og læst som baggrund for interview. Alternativt er de indhentet senere. Disse dokumenter har dannet grundlag for udarbejdelsen af caseanalyserne af træningsområdets historik lokalt. I referencelisten i slutningen af rapporten findes en kapitelopdelt oversigt over datagrundlaget i den enkelte case – både skriftligt materiale og en oversigt over interviewpersoner.

2.2.4 Afgrænsning af undersøgelsesfeltet

Der er i denne midtvejsrapport fokuseret på træningsområdet på sygehuse og kommuner, idet strukturreformen har ført til ændrede ansvarsområder for netop syghusektoren og den kommunale sektor. Af denne grund er fokus *ikke* rettet mod de praktiserende fysioterapeuters arbejdsområde, som kun er inddraget i det omfang, det er fundet relevant for en given beskrivelse af træningsområdet.

Det har ikke været muligt at medtage lægers perspektiv på genoptræning, da projektet dermed ville blive for omfattende i forhold til mulige empiriske omfang af projektet. Der indgår heller ikke interview med patienter, men dette er af metodemæssige grunde: Det er ikke muligt på en meningsfyldt måde at interviewe patienter om deres oplevelser og vurdering af træning både *før* og *efter* strukturreformen, da patienterne ikke vil have et relevant sammenligningsgrundlag.

Hjælpemiddelområdet ligesom børneområdet indgår ikke i rapporten. Det er ikke et bevidst fravalg, der er taget, men et resultat af at det ikke har været et problemfelt, som de interviewede aktører har lagt vægt på i relation til udflytningen.

Endelig skal det bemærkes, at der i rapporten er foretaget en afgrænsning i forhold til at behandle forhold, der relaterer sig til ændringer i ressourcetildelingen på det overordnede niveau, i form af ændringerne i tildelingen af DUT-midler³ på nationalt plan. I relation til ændringer i ressourceanvendelsen fokuserer denne rapport således på lokale og praktiske forhold i relation til antal stillinger, der afgives af amtet/modtages af kommunen.

³ Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) indebærer, at staten kompenserer kommuner og regioner for kommunale og regionale udgiftsændringer som følge af blandt andet ny lovgivning. Det sker ved, at det samlede statstilskud forhøjes eller reduceres, når kommunerne eller regionerne bliver pålagt eller frataget opgaver.

2.3 Definition af centrale begreber: Genoptræning og vedligeholdelsestræning

På træningsområdet skelnes mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning, men begreberne er ikke entydigt defineret. Således er betegnelserne træning, optræning, genoptræning og vedligeholdelsestræning og (terapeutisk) behandling⁴ rundet af forskellige kontekster, historiske betingelser, og har derfor været brugt forskelligt. Betegnelserne har ofte været anvendt i relation til grænsedragning, og derfor bliver definitionerne på træningsområdet let diskussionstemaer. Og som den følgende gennemgang af udviklingen i lovgivningen vil vise, har definitionerne på træningsområdet også udviklet sig som følge af lovgivningen på området, der gradvist er blevet justeret og præciseret.

Helt overordnet set kan der dog skelnes mellem de to former for træning på følgende måde jf. ministeriets vejledning fra 2004 (2):

- ◆ **Genoptræning** indebærer både træning af muskler og led samt træning i at kunne klare almindelige daglige gøremål. Træning kan også sigte mod at få personen til at fungere bedre intellektuelt, følelsesmæssigt og socialt. Formålet med træningen er at bringe personen tilbage til samme funktionsniveau som tidligere eller på så højt et niveau som muligt. Hvis funktionsniveauet kan forbedres ved brug af hjælpemidler, indgår afprøvning og instruktion i brug af hjælpemidler som en del af genoptræningen. Genoptræning er begrænset til den periode, hvor funktionsniveauet fortsat forbedres gennem yderligere træning.
- ◆ **Vedligeholdelsestræning** kan defineres som målrettet træning for at forhindre funktionstab og for at fastholde eller forbedre det hidtidige funktionsniveau. Vedligeholdelsestræning omfatter al anden træning, som ikke er genoptræning. Målgruppen for vedligeholdelsestræning er alle personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer vurderes at have et behov herfor. Vedligeholdelsestræning omfatter også træning af personer med kroniske lidelser. Tilbuddene omfatter tilbud om hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddene gives efter en konkret vurdering, og skal bidrage til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

I denne rapport anvender vi begrebet træning som en samlet betegnelse for genoptræning og vedligeholdelsestræning i henhold til de lovttekster og vejledninger, der findes på træningsområdet. I case-analyserne anvendes begreberne lokalt ud fra den forståelse, de lokale terapeuter og ledere har.

2.4 Metodediskussion

I dette afsnit diskuteres centrale spørgsmål i relation til det valgte design og de tilhørende metoder.

2.4.1 *Hvorfor er historien vigtig?*

Forskningsprogrammet rejser spørgsmålet om strukturreformens konsekvenser. Denne rapport indeholder imidlertid primært analyser af træningsområdets udvikling over tid – både de nationale myndigheders styringstiltag (kapitel 3), samt de lokale caseenheders forskellige former for udmøntning af disse og den øvrige lokale udvikling på træningsområdet (kapitel 4-7). Denne vægtning af den historiske udvikling på træningsområdet som baggrund for analysen af strukturreformen og dens konsekvenser har flere årsager.

Reformen har medført drastiske ændringer på træningsområdet. En simpel kortlægning af konsekvenser giver ikke megen mening uden den historiske kontekst. For at forstå såvel baggrunden for reformen som dens senere konsekvenser er det nødvendigt at se dem som en del af en historisk udvikling:

⁴ Indtil 1. januar 2007 betegnede det arbejde, autoriserede ergoterapeuter og fysioterapeuter udførte, jf. Terapiassistentloven, "sygebehandling" (1).

Som beskrevet har træningsområdet længe været præget af problemer såvel som forsøg på at løse disse via diverse tiltag fra de nationale myndigheders side. Strukturreformens ændringer på træningsområdet bør således ses som kulminationen af en længere udvikling, som har været præget af flere tidligere forsøg på at løse problemerne på træningsområdet via forskellige indgreb.

Særligt i et mere anvendelsesorienteret perspektiv er den historiske kontekst væsentlig, idet det kræver en indgående viden om en organisation – eller i dette tilfælde et større organisatorisk fagprofessionelt felt – at designe og sidenhen justere indgreb, som blot tilnærmelsesvis får de tilsigtede konsekvenser. Hvis projektet således ikke blot skal kunne udsige noget om, hvorvidt reformen medvirker til at afhjælpe problemerne på træningsområdet, men også kunne komme med et kvalificeret bud på, hvorfor (eller hvorfor ikke) dette er tilfældet, så kræver det viden om andet og mere end selve reformen og dens målbare konsekvenser.

Feltets historiske udvikling er også væsentligt af andre årsager. Reformen foretages i sociale systemer, som har den egenskab, at de altid er i bevægelse. Der foregår således mange andre typer af store og små forandringer og udviklingstendenser. Det er ikke muligt i denne form for realtime forskning i sociale systemers udvikling at isolere effekten af en enkelt variabel som fx en større reform. Men en dybdegående og nuanceret viden om feltets udvikling gør det muligt at argumentere mere kvalificeret for, hvilke konsekvenser der kan tilskrives en reform, og hvilke der snarere må ses som udløbere af andre sideløbende udviklingstendenser.

2.4.2 En tværfaglig tilgang til en kompleks forandringsproces

Forskningsprogrammets overordnede forskningsspørgsmål om reformens konsekvenser på træningsområdet er suppleret med tre underspørgsmål:

- ◆ Medfører reformen en ændret organisering af ydelserne, arbejdsdelingen og samarbejdet på tværs af sektorerne?
- ◆ Påvirker reformen selve genoptræningsydelse – både med hensyn til art og omfang?
- ◆ Ændrer reformen ressourceforbruget på området?

Ingen af spørgsmålene kan besvares endeligt i en *midtvejsrapport*. I denne rapport analyseres primært de umiddelbare konsekvenser af reformen for de første to spørgsmål vedrørende organisering af ydelserne, arbejdsdeling, samarbejde og ydelser. Det sidste spørgsmål om ændringer i ressourcer besvares via registeranalyse i den afsluttende rapport.

Underspørgsmålene relaterer sig til forskellige mulige typer af konsekvenser i relation til organisering, ydelser og ressourcer. Disse tre aspekter behandles integreret i caseanalyserne og ikke separat som løsrevne variable. Ambitionen har været at afdække udviklingen før såvel som efter reformen med fokus på alle tre aspekter og i særdeleshed på samspillet mellem dem. Af caseanalyserne vil det eksempelvis fremgå, at der i flere kommuner har fundet en udvikling sted på træningsområdet, som i grove træk kan beskrives således: En ændret organisering på træningsområdet, hvor terapeuterne i stigende grad samles under en fælles faglig ledelse, betyder en ændret hverdag, hvor terapeuternes egen faglighed kommer i centrum, hvilket igen medvirker til at ændre ydelserne på området. Denne udvikling medvirker til at synliggøre træningsområdet og dets potentiale for borgere såvel som for lokalpolitikere, hvilket igen medvirker til at skabe en øget efterspørgsel efter træning samt lokalpolitisk velvilje, der igen kan påvirke ressourcetildelingen til området. Eksemplet og dets antydning af kausalsammenhænge er selvfølgelig en forsimpning af virkeligheden. Men det viser, at virkelighedens kompleksitet ikke tillader os at foretage separate analyser efter en model med adskilte prædefinerede variable. Udfordringen er netop at få en tværfaglig forståelse af samspillet mellem organisering, ydelser og ressourcer i praksis.

Formålet med dette analysedesign er således at fokusere på sammenhænge i et stort og komplekst system under forandring. De interessante spørgsmål bliver således ikke blot ændringerne i fx ydelserne, men i lige så høj grad at forklare hvad der betinger den påviste udvikling. Det forholder sig på samme måde med de to andre fokusområder – og som ovenstående eksempel antyder, så påvirker organisering, ydelser og ressourcer hinanden gensidigt. Projektet gør sig imidlertid ingen antagelser om, hvordan og i hvilke retninger disse påvirkninger sker, idet dette er empiriske spørgsmål, der skal undersøges. Fx kan det ikke afgøres a priori, at det er input (fx ressourcer), der er entydigt bestemmende for output (i form af ydelser). Det kan heller ikke antages, at de strukturelle og organisatoriske rammer er bestemmende for de konkrete processer og patientforløb. Dette må i stedet undersøges konkret og empirisk.

De fire caseanalyser er resultatet af en balancegang mellem det unikke i den individuelle case, og de generelle fællestræk på tværs af cases. Den analytiske ambition har været at gå åbent og eksplorativt til hver case for at forstå den lokale historik på træningsområdet – på lokale præmisser. På den anden side er der tilstræbt en vis parallelitet via underspørgsmålenes fokus på de tre temaer – organisering, ydelser og ressourcer – som går igen i alle interviewguides såvel som i analyse- og fremstillingsform. Formålet med den tilstræbte parallelitet er både at lette læsningen såvel som den efterfølgende diskussion i kapitel 9, hvor analysens resultater præsenteres på tværs af de tre temaer.

Samlet set ønsker forskningsprogrammet at vise konkrete ændringer, men i lige så høj grad at frembringe detaljeret viden om hvordan samspillet mellem niveauer og fokusområder er foregået over tid. Designet skal kunne generere viden, ikke blot om *hvilke* ændringer der kan observeres efter struktur-reformen, men også om *hvordan* disse ændringer sker, om *hvilke* konkrete dynamikker og faktorer der producerer netop de ændringer, som kan observeres.

3. Hovedtræk i genoptræningsområdet udvikling

Strukturreformens ændringer i lovgivningen på træningsområdet er langt fra de første, området har undergået de seneste år. For at sætte strukturreformens ændringer ind i en relevant kontekst, gennemgås hovedtrækkene i udviklingen på træningsområdet frem til reformen i dette kapitel med udgangspunkt i følgende spørgsmål: Hvilke problemer har der været på træningsområdet, og hvordan har man tidligere søgt at afhjælpe disse via forskellige lovgivningsmæssige indgreb?

Først gives en kort introduktion til træningsområdet frem til strukturreformen samt mere præcise definitioner på de to centrale begreber genoptræning og vedligeholdelsestræning. Herefter følger en beskrivelse af opgavefordelingen samt en gennemgang af lovgivningsmæssige tiltag på området fra 1998 frem til reformen. Til sidst analyseres de ændringer, strukturreformen medfører, samt de udfordringer dette skaber fremover.

3.1 Opgavefordelingen på træningsområdet frem til strukturreformen

Det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium varetog som central myndighed på sundhedsområdet de overordnede opgaver vedrørende planlægning, samordning og udvikling af indsatsen i sundhedssektoren. Ansvar for finansiering og tilvejebringelse af træningsydelser til borgere var pålagt henholdsvis amter og kommuner.

3.1.1 Amtskommunale opgaver før reformen

Amterne havde indtil strukturreformen såvel drifts- som myndighedsansvaret for den genoptræning, der fandt sted på sygehusene. Herudover ydede amtet via Den offentlige Sygesikring desuden tilskud til fysioterapi henholdsvis vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren hos praktiserende terapeuter.

Sygehusene før reformen

Amterne havde ifølge § 5 i Lov om sygehusvæsen pligt til at yde vederlagsfri behandling på sygehusene, og herunder hørte også hospitalsansatte terapeuters ydelser. Helt parallelt til sygehusenes øvrige aktiviteter var der både tale om ydelser til indlagte patienter såvel som til patienter i ambulante forløb.

Genoptræningen i tilknytning til sygehusbehandling havde til formål, i det omfang det var muligt, at bringe patienten tilbage til samme funktionsniveau som tidligere – eller på så højt et niveau som muligt. Hvis der var et lægefagligt begrundet behov for genoptræning i forlængelse af sygehusbehandlingen, var det sygehuset og dermed amtet, der havde ansvaret for genoptræningen. Dette gjaldt uanset, om træningen foregik i sygehusregi, eller om amtet valgte at lade kommunen udføre disse træningsopgaver mod betaling, fx via den type samarbejdsaftaler som mange amter og kommuner indgik i årene umiddelbart op til strukturreformen (1).

Praktiserende fysioterapeuter

Strukturreformen har ikke ændret de lovgivningsmæssige rammer for de praktiserende i praksissektoren. I henhold til sygesikringsloven yder Den offentlige Sygesikring tilskud til fysiurgisk behandling, der udføres af fysioterapeut efter henvisning fra en læge (2;3).

Der findes to former for offentlige sygesikringstilskud: Et tilskud som dækker ca. 40 % af omkostningerne til fysioterapeutisk behandling (§ 6), og et tilskud som fuldt ud dækker omkostningerne (veder-

lagsfri behandling) (§ 7). Sundhedsstyrelsen fastsætter de nærmere retningslinjer for, hvilke personer der har adgang til vederlagsfri fysioterapi (3).

Ordningen om vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter til personer med svært fysisk handicap blev indført i 1989. Med ca. 5-6 års mellemrum er ordningen blevet tilrettet, idet den har vist sig at være svær at styre økonomisk. Samtidig har det været vanskeligt at få præciseret personkredsen entydigt uden muligheder for brede fortolkninger.⁵

I henhold til retningslinjerne for vederlagsfri fysioterapi skal fire kriterier være opfyldt for at kunne blive henvist til vederlagsfri fysioterapi:

1. Personen skal have et **svært fysisk handicap**.
2. Fysioterapien skal have til formål at forbedre den fysiske funktionsevne, vedligeholde funktionsevnen eller forhale en forringelse af funktionsevnen.
3. Tilstanden skal være **varig** (dvs. at der er udsigt til, at den vil vare i mindst fem år).
4. Fysioterapien skal være rettet mod et funktionsevnetab, der er forårsaget af en **diagnose** indenfor en af de af Sundhedsstyrelsen definerede fire diagnosegrupper: (1) Medfødte eller arvelige sygdomme, (2) Erhvervede neurologiske sygdomme, (3) Fysiske handicap som følge af ulykke, (3) Nedsættelse af led og/eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme (5;6).

3.1.2 Primærkommunale opgaver før reformen

Frem til strukturreformen var § 73 i Lov om Social Service (7) den centrale paragraf på det kommunale træningsområde. Den omfattede tre delelementer med følgende ordlyd:

*"§ 73. Kommunen sørger for tilbud om hjælp, omsorg eller støtte samt **optræning** og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.*

*§ 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." (8) [fremhævelser tilføjet].*

Ifølge den daværende vejledning på træningsområdet havde kommunerne frem til reformen tre opgaver på træningsområdet (1):

1. **Optræning**⁶ af færdigheder til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Bestemmelsen er især rettet mod voksne med funktionsnedsættelse som følge af udviklingshæmning, hjerneskade, epilepsi, nedstat bevægelsesfunktion, manglende eller nedsat talefunktion – og afgrænsningen uddybes i vejledningen som værende: "Den persongruppe, der almindeligvis opfattes som handicappede".
2. **Genoptræning** af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til sygehusindlæggelse. Målgruppen er ifølge vejledningen typisk ældre borgere.

⁵ I den nyeste vejledning fra Sundhedsstyrelsen fra juli 2008 redegøres der i et indledende afsnit for de ændringer af personkredsen, der har haft mulighed for at modtage vederlagsfri fysioterapi siden indførelsen heraf i 1989 (4).

⁶ I modsætning til genoptræning og vedligeholdelsestræning, er begrebet optræning ikke defineret i ministeriets vejledning om træning i amter og kommuner, hvorfor vi ikke medtager en definition af begrebet her.

3. **Vedligeholdelse** af fysiske eller psykiske færdigheder. Målgruppen omfatter foruden personer med kroniske lidelser også de borgere, som grundet nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer vurderes at have behov.

Denne afgrænsning af de kommunale træningsopgaver er fremkommet via en historisk udvikling præget af en række ændringer, der beskrives nærmere i det følgende afsnit. Ændringerne er sket som led i en proces, der på forskellig vis søger at præcisere ansvars- og opgavefordelingen på træningsområdet, og dermed bidrage til løsningen af de forskellige typer af gråzoneproblematikker der gennem årene har præget området.

3.2 Udviklingen i styringstiltag på træningsområdet frem til reformen

Der har gennem mere end ti år været ønsker om at tydeliggøre ansvarsfordelingen mellem amter og kommuner på træningsområdet. En af vanskelighederne har været at sikre en klar afgrænsning af opgaverne i de to sektorer, samt koordinere samarbejdet på tværs af sektorer.

Siden 1994 har man gennemført flere lovændringer, der på forskellig vis søger dels at tydeliggøre ansvarsfordelingen, og dels at styrke samarbejdet mellem sektorerne. Det drejer sig om indførelse af 1) samarbejds- og planlægningsbestemmelser mellem amter og kommuner i 1994, 2) kommunalt opgavemæssigt ansvar for vedligeholdelsestræning i 1998, 3) genoptræningsplaner i 2001, 4) kommunal genoptræning i 2001, 5) kommunale kvalitetsstandarder på træningsområdet i 2003 samt 6) en præcisering af grænsen mellem de amtslige driftsområder i form af genoptræning i sygehusregi og i praksissektoren i 2004.

I det følgende beskrives disse tiltag i kronologisk rækkefølge.

3.2.1 Rammerne for det kommunale træningsområde frem til 1998

Før 1998 var kommunernes ansvar på træningsområdet defineret indenfor rammerne af den daværende bistandslov (9), som dog ikke gav kommunerne noget præcist opgaveansvar på træningsområdet. Sundhedsministeriet beskriver i 1994 den kommunale forpligtelse på området således:

”Selvom det ikke udtrykkeligt fremgår af bistandsloven, har kommunerne en vis forpligtelse til at sikre borgerne genoptræning eller vedligeholdelsestræning. Den kommunale indsats er primært rettet mod forebyggelse og/eller vedligeholdelse af helbredstilstanden, og kræver ikke lægeordination eller behandlingshenvisning. Vedligeholdelsestræning i kommunalt regi har desuden til formål at afprøve færdigheder med henblik på at vurdere, om og hvorledes den pågældende kan klare sig i egen bolig med relevante støtteforanstaltninger, f.eks. hjemmehjælp, hjælpemidler og boligændringer. Ifølge bistandslovens §§ 60 og 74 kan kommunerne iværksætte aktiviteter for pensionister og andre personer, der har behov for det. Kommunerne kan som led i det almindelige omsorgsarbejde, jf. § 60, give tilbud om ergoterapi og pensionistgymnastik.” (10) [fremhævelser tilføjet].

Kommunernes opgaver på området må således betegnes som såkaldte *kan-opgaver* og ikke som deciderede *skal-opgaver* i denne periode frem til 1998.

Indenfor rammerne af disse kommunale *kan-opgaver* appellerede Sundhedsministeriet i 1994 til aktørerne i begge sektorer om at forbedre indsatsen på træningsområdet ved at påpege, at:

”Hvis den enkelte sektor ikke i tilstrækkeligt omfang påtager sig opgaven med genoptræning, kan det medføre et større ressourceforbrug inden for begge sektorer på lidt længere sigt. Såvel ud fra den enkelte sektors synsvinkel som ud fra en samfundsøkonomisk synsvinkel kan

det derfor bedst betale sig at iværksætte genoptræning på det rigtige tidspunkt og i et tilstrækkeligt omfang.” (10).

En væsentlig årsag til gråzoneproblemerne opståen på træningsområdet er således manglen på et klart defineret opgaveansvar som afsæt for afklaringen af opgavedelingen mellem sektorerne.

3.2.2 Indførelsen af samarbejds- og planlægningsbestemmelser i 1994

Med henblik på at styrke samarbejdet mellem kommuner og amter blev der pr. 1. januar 1994 indført fælles samarbejds- og planlægningsbestemmelser for alle dele af det kommunale og amtslige sundhedsvæsen. Bestemmelserne var bredt formuleret, som det fremgår af følgende paragraf (§ 27 b):

”Amtsrådet og kommunalbestyrelserne i amtskommunen skal i fællesskab etablere et samarbejde om den amtskommunale og den kommunale indsats på sundhedsområdet samt mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.” (11).

Formålet med samarbejds- og planlægningsbestemmelserne var at styrke samarbejdet på sundhedsområdet, indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme og kvalitetsudviklingen.

Forpligtelsen til at samarbejde og planlægge i fællesskab kommer samme år som et ministerielt debatoplæg (10), der opfordrer til samarbejde og fælles ansvarlighed på træningsområdet, og begge udspil er karakteriseret ved at være meget generelle og overordnede. Derfor er det også svært at afgøre, hvilke konsekvenser henholdsvis debatoplægget og lovfæstelsen af forpligtelsen til samarbejde har haft. Begge sendte imidlertid et klart signal om, at samarbejdet mellem sektorerne blev anset for at være væsentligt, og at der på nationalt plan var opstået en klarere bevidsthed om, at en væsentlig nøgle til løsningen af sundhedsvæsenets problemer bestod i et bedre samarbejde på tværs.

Lovfæstelsen af planlægning og samarbejde har således ikke været specifikt rettet mod at løse gråzoneproblemer på træningsområdet, men bestemmelserne har været særligt relevante på dette område. Dog er det stadig væsentligt at huske på, at kommunerne på dette tidspunkt ikke havde noget opgaveansvar på træningsområdet, som de kunne samarbejde med amterne om. Der skulle gå endnu fire år, inden de fik det.

3.2.3 Lovfæstelse af kommunalt ansvar på træningsområdet i 1998

Kommunerne havde ikke noget klart defineret opgaveansvar på træningsområdet frem til vedtagelsen af Lov om Social Service i 1998 (12), hvor det i § 71 præciseres, at *”Kommunen sørger for tilbud om hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder”*. Hertil kommer § 73 som siger, at *”Kommunen sørger for tilbud om ... optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.”*[fremhævelser tilføjet].

Situationen på træningsområdet frem til 1998 må således i høj grad betegnes som værende en gråzone i og med, at lovgivningen ikke definerede noget klart kommunalt træningsansvar, men lod det være op til den enkelte kommune selv at fortolke behovet for de nævnte *kan-opgaver*. Man kan således ikke tale om egentlige indgreb i denne periode, men snarere om opfordringer til at udvise samfundsøkonomisk sindelag ved at investere mere i *kan-opgaverne* på træningsområdet.

3.2.4 Indførelsen af genoptræningsplaner i 2001 og sygehuskontaktpersoner i 2004

Efter en række folkehøringer foretog man i 2001 to lovændringer på genoptræningsområdet. Den ene vedrørte genoptræningsplaner ved udskrivelse fra sygehuset, og den anden udvidede kommunernes ansvar og forpligtigelser på genoptræningsområdet. Disse ændringer beskrives i de to følgende afsnit.

Man pålagde amterne at udarbejde skriftlige, individuelle genoptræningsplaner til patienter, som efter en lægelig vurdering havde behov for genoptræning ved udskrivelse fra sygehuset (13). Genoptræningsplanerne skulle danne basis for den kommunale genoptræning, som amtet kunne indgå en samarbejdsaftale med kommunerne om at udføre på amtets regning.

Genoptræningsplanerne skulle udarbejdes sammen med patienten og udleveres til patienterne senest i forbindelse med udskrivningen og desuden sendes til egen læge sammen med udskrivningsbrevet – efter aftale med patienten. Planen skulle indeholde en beskrivelse af patientens funktionsniveau ved indlæggelse, på udskrivningstidspunktet, og det funktionsniveau som kunne forventes efter genoptræning. Desuden skulle planen beskrive, hvornår og hvor træningen skulle foregå, og om muligt skulle den også lægge en tidsplan for kontrol og opfølgning (14).

Genoptræningsplanerne vedrørte således ikke selve træningsydelse eller det egentlige opgaveansvar på træningsområdet. Planerne var rettet mod at forbedre det tværsektorielle samarbejde og sikre en bedre information til og kommunikation med patienterne samt patientinddragelse.

Således rettede de tidligere beskrevne planlægnings- og samarbejdsbestemmelser og genoptræningsplanerne sig grundlæggende set mod de samme problemstillinger. Forskellen består primært i, at genoptræningsplanerne var langt mere specifikke og konkrete: Der var tale om et artefakt, som skulle sikre kontinuitet og koordination af indsatser på tværs af sektorer i hvert eneste forløb, samtidig med at patienten eksplicit skulle inddrages, hvilket heller ikke var tilfældet med planlægnings- og samarbejdsbestemmelserne, som var langt mere overordnede og generelle og ikke specifikt rettet mod de enkelte forløb.

Men netop fordi genoptræningsplanerne medførte klare og ikke mindst målbare forpligtelser, har der også været langt mere efterfølgende diskussion af implementeringen – ikke mindst af hvorvidt de nye krav overhovedet blev opfyldt i praksis.

I 2004 tilføjedes således en bestemmelse, der skulle sikre implementeringen, idet der nu blev stillet lovgivningsmæssigt krav om, at amterne – der havde ansvaret for planernes udarbejdelse – skulle udpege en kontaktperson, som skulle have ansvaret for, at sygehusene varslede og koordinerede udskrivningen med kommunerne for patienter med genoptræningsbehov (15).

3.2.5 Indførelsen af kommunal genoptræning i 2001

I 2001 fik kommunerne udvidet deres ansvar på træningsområdet til også at omfatte genoptræning af borgere med funktionsnedsættelser forårsaget af sygdom, der ikke kræver sygehusindlæggelse, jf. § 73 a i Lov om Social Service (16) (se s. 26 for den eksakte ordlyd af hele § 73 a). Det betyder, at genoptræning nu ikke længere defineres så snævert som tidligere, hvor der kun var tale om genoptræning, hvis det foregik i sygehusregi; enten under indlæggelse eller ambulant. Allerede året efter tilføjes et nyt stk. 2 til § 73 a, som egentlig blot er en præcisering af kommunens ansvar for at give tilbud om at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder (tidligere punkt 3 i § 71) (17).

Forud for denne nye kommunale forpligtelse havde Socialministeriet og Sundhedsministeriet – qua en spørgeskemaundersøgelse foretaget af Dansk Sundhedsinstitut – fået afdækket, at der i perioden 1996 til 1999 var sket en opgaveglidning af genoptræningsopgaven fra sygehusene og til kommunerne. Det viste sig, at variationen mellem kommunernes oplevelse af omfanget af opgaveglidningen delvist var betinget af antallet af kommunale terapeuter (målt i årsværk), hvilket formentlig kan ses som et resultat af, at i de kommuner, hvor genoptræning kunne varetages kommunalt, blev opgaven i praksis overdraget fra amtet til de pågældende kommuner (18).

I modsætning til sygehuslovens bestemmelser, er der dog ikke i serviceloven krav om en lægefaglig vurdering af behovet for genoptræning. Der stilles heller ikke i serviceloven krav om udarbejdelse af

en genoptræningsplan svarende til sygehuslovens regler om genoptræningsplaner. Dog er der et formaliseret krav om, at afgørelsen skal meddeles ansøgeren skriftligt, og at den skal være ledsaget af en skriftlig begrundelse (§ 75 a), men afhængig af de enkelte kommuners standard på dette område, er borgerens muligheder for at foretage en opfølgning på en given genoptræning vanskeliggjort, når der ikke foreligger en egentlig plan (17).

3.2.6 Krav om kommunale kvalitetsstandarder i 2003

I forbindelse med indførelsen af frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp blev der i 2003 introduceret kommunale kvalitetsstandarder for pleje- og træningsområdet, hvorfor denne paragraf tilføjedes til serviceloven:

“§ 74 a. Socialministeren fastsætter regler om kvalitetsstandarder, hvori kommunalbestyrelsen bl.a. skal redegøre nærmere for de beslutninger, der er truffet om indhold, omfang og udførelse af hjælp efter §§ 71⁷ og 73 a samt om opfølgningen på disse beslutninger.” (17).

Med virkning fra 1. januar 2003 stilles der i den tilhørende bekendtgørelse (19) samt vejledning (20) en række krav til kvalitetsstandarderne: Kommunerne skal mindst én gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for kommunal genoptræning såvel som for vedligeholdelsestræning. Borgerne skal kunne bruge standarden til at orientere sig om serviceniveauet i kommunen og dermed om den hjælp, de kan forvente fra kommunen. Standarden må ikke være en overordnet hensigtserklæring, men skal indeholde en præcis beskrivelse af indholdet, omfanget og udførelsen af kommunens træningsydelser, samt konkrete mål og planer for hvordan målsætningerne i standarden føres ud i livet.

Som det fremgår af bekendtgørelse og vejledning henvender standarderne sig til borgerne, idet de skal kunne bruge kvalitetsstandarden til at få overblik over, hvilke træningsydelser de har ret til i kommunen. Tanken er således, at kvalitetsstandarden skal medvirke til at sikre, at kommunens borgere kender deres rettigheder.

Men kvalitetsstandarderne henvender sig også til medarbejderne i kommunen, idet myndighedsopgaven i forbindelse med frit valg af leverandør ikke kan løses uden en form for beskrivelse af den standard, som ydelserne kan tildeles efter. Indførelsen af kvalitetsstandarder er generelt knyttet til indførelsen af frit valg af leverandør på det kommunale område og dermed en intention af at skabe en højere grad af adskillelse mellem bestiller og udfører, en model⁸ man siden 1999 har haft på de områder, der omhandler personlig og praktisk hjælp (hjemmehjælp).

Standarderne er også relevante i relation til gråzoneproblematikken: De mange krav om tydeliggørelse af indhold og omfang, såvel som udførelse på træningsområdet, har også til hensigt at skabe gennemsigtighed, som det formuleres i vejledningen. Tanken er således, at den øgede gennemsigtighed, som standarderne skulle bringe, ville medvirke til at fjerne uklarheden og tvivl om, hvilke træningsydelser borgerne med rette kan forvente – altså fjerne gråzoner.

3.2.7 Præcision af grænsen mellem to af de amtslige driftsområder i 2004

I 2004 udsendte det tidligere Sundhedsministerium en "Vejledning om træning i amter og kommuner" (21), hvor bl.a. reglerne vedrørende henvisning til genoptræning hos praktiserende fysioterapeuter blev præciseret. Herunder blev specielt grænsen mellem *"genoptræning som led i sygehusbehandling"* og *"opfølgende fysioterapeutisk træning i privat praksis"* klarlagt.

⁷ Denne paragraf omfatter på dette tidspunkt alene den kommunale forpligtigelse til at tilbyde to ting: 1) personlig hjælp og pleje og 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet. "Hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske fær-digheder" er samtidig med indførelsen af § 74 a fjernet og omformuleret i § 73 a stk. 2.

⁸ Også kaldet bestiller-udfører model (BUM).

Baggrunden var, at der i amterne havde udviklet sig forskellige former for praksis med hensyn til, hvilke træningsopgaver der blev håndteret på de to amtslige driftsområder i form af sygehussektoren og praksissektoren. Problemet var, at nogle amter henviste patienter til privat fysioterapi med tilskud som alternativ til at tilbyde ambulante genoptræning efter udskrivelse, hvilket påførte patienterne egenbetaling. Andre henviste til vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren.

Vejledningen præciserer således amternes ansvar for træningen i sygehussektoren såvel som reglerne for tilskud til fysioterapi under sygesikringen:

”Som nævnt er sygehusbehandling – herunder den nødvendige genoptræning – vederlagsfri for borgeren. Amtet kan således ikke henvise patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning som led i sygehusbehandling, til behandling hos praktiserende fysioterapeuter og dermed påføre patienten en egenbetaling.

Amtet kan heller ikke henvise patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning som led i sygehusbehandling til den vederlagsfri fysioterapi efter sygesikringsloven, idet det vil være mod Sundhedsstyrelsens retningslinjer om afgrænsningen af den omfattede personkreds.” (21).

Hermed blev det præciseret, at patienterne har ret til gratis genoptræning som led i sygehusbehandling, og at der ikke må være nogen egenbetaling. Amterne kan heller ikke anvende den vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren i stedet for blot at yde tilskud, da dette overtræder reglerne om, hvilken personkreds der kan få vederlagsfri terapi (se afsnit om praktiserende fysioterapeuter s. 25 for en uddybning af reglerne på området).

I praksis betød vejledningen, at hvis amterne ikke selv havde kapacitet til at forestå al den ambulante genoptræning efter udskrivelse, måtte de i stedet for praksissektoren gøre brug af samarbejdsaftaler med kommunerne om økonomisk kompensation for udførelse af amtslige driftsopgaver. Vejledningen åbnede dog også op for muligheden af, at amterne kunne indgå aftale med praktiserende fysioterapeuter om at varetage disse genoptræningsopgaver mod økonomisk kompensation fra amtet. Nogle steder lykkedes det faktisk de praktiserende fysioterapeuter at få en sådan aftale i stand med amtet på samme vilkår som kommunerne (se fx case 2 om udviklingen af samarbejdsaftaler i det tidligere Fyns Amt).

3.3 Fortsatte gråzoneproblemer

Træningsområdets udvikling har således været præget af flere forskellige typer af problemstillinger. I mange år havde kommunerne ikke noget klart defineret opgaveansvar på træningsområdet, og dermed havde myndighederne kun mulighed for at appellere til en højere prioritering af træningsområdet og dermed en bedre indsats. Først i 1998 sker der en egentlig lovfæstelse af et klart kommunalt ansvar på træningsområdet. I årene efter 1998 forsøger man ved forskellige typer af indgreb løbende at præcisere såvel som at udvide aktørernes ansvar på træningsområdet via en serie af lovgivningsmæssige indgreb.

Imidlertid løser rækken af indgreb ikke de grundliggende problemer på området, og genoptræningsområdet bliver ved med at fremstå som et gråzoneramt problemfelt: Fx ender en arbejdsgruppe i den nuværende Region Syddanmark, som har foretaget udredningen omkring genoptræningsområdet i forbindelse med strukturreformen, med at konkludere:

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

opgaver ud fra disse begreber, og arbejdsdelingen er derfor i vidt omfang baseret på aftaler mellem parterne i de enkelte amter.” (22).

Det primære gråzoneproblem før reformen var spørgsmålet om, hvornår genoptræning efter indlæggelse ophørte, og hvornår borgeren overgik til vedligeholdelsestræning.

Sekundært eksisterede der indenfor de amtslige driftsopgaver en anden gråzoneproblematik, nemlig mellem sygehusets forpligtelser og sygesikringens forpligtelser.

I årenes løb er der fremkommet forskellige lokale fortolkninger af opgavevaretagelsen på træningsområdet og særligt af snitfladen mellem sektorerne. Det har resulteret i mange lokale samarbejdsaftaler mellem amter og kommuner suppleret med mere uformaliserede samarbejdspraksisser, hvilket har sikret en hverdag på træningsområdet, der ikke konstant er fyldt med grænsedragningsproblemer og gråzoner.

Nedenstående figur 3.1 opsummerer de forskellige typer af ambulante træning før strukturreformen, samt hvordan ansvaret for henholdsvis finansieringen, visitation og udførelse var fordelt mellem kommuner og sygehuse, og hvor de primære gråzoner befandt sig før strukturreformen:

Figur 3.1 *Typer af ambulante træning før strukturreformen samt gråzoner.*

	1) Genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom	2) Vedligeholdelsestræning	3) Genoptræning efter indlæggelse	4) Genoptræning uden tilknytning til indlæggelse
Myndighedsansvar	Kommune	Kommune	Amt	Amt
Finansiering	Kommune	Kommune	Sygehus/amt	Sygesikringen/amt (evt. brugerbetaling)
Visitation/henvisning	Kommune	Kommune	Sygehus (via genoptræningsplan)	Praktiserende læge
Udførelse	Kommune/privat udbyder	Kommune/privat udbyder	Sygehus el. kommune/praksissektor	Privat praktiserende fysioterapeuter

Primær gråzone: Grænsen mellem *genoptræning* og *vedligeholdelsestræning*

Sekundær gråzone: Grænsen mellem *sygehusets forpligtelser* og *sygesikringens forpligtelser*

3.4 Strukturreformen: Opgøret med gråzonerne og nye snitflader

Dette afsnit går bag om sundhedslovens ændringer på træningsområdet og ser på baggrunden for dem. Herefter beskrives de nye krav til genoptræningsplaner og kommunale kontaktpersoner, der skal ses som en følge af den ændrede finansierings- og myndighedsstruktur. Endelig beskrives to nye snitflader⁹ på træningsområdet, som reformen introducerer, og som begge har økonomiske konsekvenser for de nye regioner og kommuner. Der er tale om henholdsvis snitfladen mellem almindelig¹⁰ og specialiseret ambulante genoptræning henholdsvis snitfladen mellem terapeutisk sygehusbehandling og genoptræning.

⁹ Snitfladerne har – som beskrevet – været så uklare før strukturreformen, at de er blevet omtalt som gråzoner. Denne sprogbrug er bredt anvendt i hele genoptræningsfeltet, hvorfor den også anvendes i denne rapport. Imidlertid er det et åbent spørgsmål, hvorvidt de nye snitflader løser gråzoneproblemerne, og derfor omtales de i denne rapport mere neutralt som snitflader – og ikke som gråzoner.

¹⁰ I nogen sammenhænge anvendes udtrykket ”almen genoptræning” i stedet for almindelig. Vi har valgt konsekvent at bruge udtrykket ”almindelig genoptræning” i denne rapport.

3.4.1 Den nye sundhedslov og udflytningen af genoptræningsområdet

De sejlivede gråzoneproblemer på træningsområdet har været en væsentlig årsag til, at man med strukturreformen valgte at foretage radikale ændringer på området. Af bemærkningerne til den nye sundhedslov fremgår det således, at netop gråzoneproblemerne har været en af de væsentligste begrundelser for ændringerne:

"I dag [før strukturreformen] 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 reformen 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. [...] For at tilstræbe økonomisk neutralitet mellem genoptræning under og efter indlæggelse og undgå kassetænkning, skal kommunerne [...] betale for egne borgeres genoptræning under indlæggelse." (23).¹¹

Når det bliver et mål at tilstræbe såkaldt "økonomisk neutralitet" mellem genoptræning ambulante og stationær genoptræning, er det fordi det anses som et væsentligt led i at undgå kassetænkning. Begrebet økonomisk neutralitet går igen i relation til reformens ændringer i finansieringsstrukturen på genoptræningsområdet, og det refererer til, at både den ambulante såvel som den stationære genoptræning nu betales af én kasse – så at sige – nemlig den kommunale, frem for som tidligere hvor der på det ambulante område var en såkaldt glidende overgang mellem den amtslige forpligtelse til at yde ambulante genoptræning i henhold til sygehusloven og kommunernes forpligtelse til at yde forskellige former for træning i henhold til lov om social service. Med økonomisk neutralitet forstås dermed at det ikke har økonomiske konsekvenser om træningen foregår stationært eller ambulante – og at det derfor ikke er muligt at spekulere i hvilken kasse, der skal betale.

Reformen har desuden generelt til formål at skabe en klar økonomisk tilskyndelse til at investere i sundhed, forebyggelse og genoptræning i kommunerne, hvilket blandt andet formuleres således i Regeringsudspillet om Det nye Danmark:

"Kommunerne skal have medansvar og økonomisk tilskyndelse til at forbedre den forebyggelse og opfølgende indsats i form af genoptræning og pleje" (24).

Disse intentioner udmøntes i § 140 i den nye sundhedslov (25), der lyder som følger:

"§ 140. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

¹¹ Vær opmærksom på at den citerede bemærkning er til § 141 i lovforslaget fra februar 2005. I den endeligt vedtagne sundhedslov fra juni 2005 er paragraffen ændret til § 140.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsens indsats efter stk. 1 tilrettelægges i sammenhæng med de kommunale træningstilbud m.v. i henhold til anden lovgivning.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbud om genoptræning i henhold til stk. 1 ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud.”

Hermed overdrages ansvaret for al den ambulante træning overordnet set fra sygehusene (amter) til kommunerne. Som gennemgangen af den efterfølgende implementering af loven vil vise, er der imidlertid en del undtagelser til denne regel om, at kommunerne får overdraget et entydigt ansvar for *”al den træning der ikke foregår under indlæggelse på et sygehus”*, som var intentionen med loven, jf. lovforslaget (23).

Ud over disse nye forpligtelser beholder kommunerne deres hidtidige ansvar for at levere genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom (§ 86 stk. 1 samt vedligeholdelsestræning § 86 stk. 2) (25). Den nye sundhedslovs bestemmelser på træningsområdet præciseres yderligere i en ny vejledning om træning i kommuner og regioner (26).

3.4.2 Nye genoptræningsplaner og krav om kommunal kontaktperson

Ifølge § 84 i sundhedsloven skal sygehusene fortsat udarbejde genoptræningsplaner, men grundet den ændrede finansierings- og myndighedsstruktur stilles der nu andre krav til planerne, som bl.a. uddybes i vejledningen (26).

Med de nye bestemmelser i vejledningen udvides kravet om genoptræningsplaner til også at gælde alle patienter, der har været i kontakt med et sygehus, og ikke blot som tidligere de indlagte. I praksis betyder det, at også skadestuer og ambulatorier skal udarbejde genoptræningsplaner efter reformen.

Som minimum skal planerne indeholde en beskrivelse af funktionsevnen umiddelbart før den aktuelle sygehusbehandling og på udskrivningstidspunktet. Beskrivelsen skal omfatte patientens funktionsevne, ressourcer og begrænsninger i relation til kropsfunktion og deltagelse. Der skal endvidere foretages en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet. Denne del af beskrivelsen skal indeholde en præcisering af, hvilke begrænsninger i patientens funktionsevne – herunder hvilke funktionsnedsættelser samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger – genoptræningen skal rettes mod. Endelig skal planen angive, hvornår kommunen senest skal tage kontakt til patienten efter sygehuskontakt.

Det er værd at bemærke, at vejledningen også lægger vægt på, hvad planerne ikke må indeholde: Hverken forventninger til resultatet af træningen eller nogen form for anbefaling af metoder eller indhold i selve træningen eller dens omfang. Dette er en direkte konsekvens af den nye snitflade, hvor kommunerne har ansvaret for den ambulante træning, hvorfor man vælger at præcisere, at sygehuset ikke må foretage nogen form for hverken formel eller uformel visitation til kommunal træning. Via træningsplanerne må sygehuset udelukkende påpege, at der er et behov for træning. Der må således ikke indgå nogen form for vurdering, forslag til behandling eller genoptræningsbeskrivelse baseret på den viden, sygehusets medarbejdere har på udskrivningstidspunktet.

3.4.3 Udflytning – ikke udbygning af træningsopgaver

Samlet set foretages der flere og store ændringer på træningsområdet via strukturreformen. Men samtidig gøres det klart, at der ikke er tale om nogen reform af træningsydelse som helhed. Re-

formens sigte er udelukkende at foretage en flytning af opgaver fra en sektor til en anden. Ministeriet formulerer det således:

”Det bemærkes, at der med de nye regler på genoptræningsområdet efter sundhedslovens §§ 84 og 140 hverken er tiltænkt en udvidelse eller indskrænkning i den genoptræningsydelse, som borgerne efter den gældende lovgivning har ret til i dag.” (27).

Udfordringen for kommunerne er således at undgå, at det øgede kommunale fokus på genoptræning, som reformens udflytning medfører som følge af nye og flere opgaver og medarbejdere, ikke kommer til at igangsætte en udvikling, der øger borgernes efterspørgsel efter træning; det være sig genoptræning såvel som vedligeholdelsestræning. Samtidig må kommunerne sætte deres lid til, at sygehushælgernes vurdering af patienternes genoptræningsbehov også forbliver den samme.

3.4.4 Nye snitflader på træningsområdet efter reformen

De tidligere forsøg på at skabe klare snitflader på træningsområdet havde ikke formået at løse de vedvarende gråzoneproblemer. Derfor omtales snitfladerne før reformen ofte som gråzoner – både af myndigheder såvel som af praktikere. Imidlertid er det et empirisk spørgsmål om de nye snitflader på træningsområdet efter reformen kan løse gråzoneproblemerne på området, og derfor vælger denne rapport at omtale sektorgrænserne efter reformen med det mere neutrale begreb ”snitflader” – og dermed ikke som gråzoner.

Allerede i bemærkningerne til lovforslaget blev der gjort opmærksom på, at der skal etableres en ny snitflade mellem det regionale og det kommunale ansvar på genoptræningsområdet, idet det ikke er al ambulansetræning, der kan flyttes ud i kommunerne, men kun den del der vurderes at være almindelig ambulansetræning, mens specialiseret ambulansetræning, ”der forudsætter et sygehus’ ekspertise, udstyr mv.” skal tilbydes på sygehus (23).

Derudover introduceres en ny snitflade mellem begreberne ”behandling”(terapeutisk) og ”genoptræning”, som har økonomiske konsekvenser, idet kommunerne, jf. loven om regionernes finansiering (28), skal medfinansiere egne borgeres stationære og ambulante sygehusforløb i et omfang, der er betydeligt mindre¹² end den medfinansiering, kommunerne skal yde til den stationære genoptræning, som er 70 %.

Der er derfor stort behov for en både mere operationel og mere præcis definition af disse to nye snitflader. Både til brug for selve udflytningsprocessen og den endelige bodeling i forbindelse med udflytningen, såvel som for den efterfølgende drift under den nye struktur og finansieringssystem. Det besluttes derfor allerede i forbindelse med lovgivningen at nedsætte en arbejdsgruppe under ministeriet, som bl.a. skal præcisere disse snitflader, der langt fra er klare, da lovgivningen vedtages (se bemærkninger til § 141) (23).

3.4.5 Snitfladen mellem almindelig og specialiseret ambulansetræning

På baggrund af arbejdet i arbejdsgruppen udarbejdede Indenrigs- og Sundhedsministeriet et notat til kommuner og sygehusejere til brug for bodelingen i forbindelse med nedlæggelsen af amterne (29). I et notat fra oktober 2005 peger det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium på to mere operationelle kriterier for, hvordan snitfladen mellem almindelig og specialiseret ambulansetræning skal fastlægges (27), og de samme to kriterier ophøjes i december 2006 til lov (30). Der er tale om kriterier for, hvornår der er tale om specialiseret genoptræning – og almindelig genoptræning defineres således implicit som al ambulansetræning, der ikke lever op til kriterierne for specialiseret genoptræning:

¹² 30 % af DRG-taksten ved stationære ydelser (op til maksimalt 4.476 kr. pr. indlæggelse i 2007) og 30 % af DAGS-taksten ved ambulante ydelser (op til maksimalt 298 kr. pr. besøg i 2007).

”Genoptræning skal ydes på et sygehus, hvis patienten har behov for genoptræningsydelse, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling. Genoptræning skal endvidere ydes på et sygehus, hvis patienten har behov for genoptræningsydelse, der af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.” [fremhævelse tilføjet] ((30) § 2, stk. 4).

Som antydnet finder disse kriterier anvendelse i to forskellige typer af situationer: For det første som grundlag for den bodeling der fandt sted i forbindelse med selve udflytningen af den almindelige ambulante træning. For det andet i den daglige drift efter reformen hvor de udgør grundlaget for den løbende visitation i forbindelse med udskrivelse af en patient med hensyn til, hvorvidt genoptræningen skal være specialiseret eller almindelig:

”Anvendelsen af kriterierne har til formål at understøtte en meget snæver faglig afgrænsning af de ambulante genoptræningsforløb, der efter reglerne skal ydes i det regionale sygehusvæsen. Det er ved anvendelsen af kriterierne ikke alene diagnosen, men ofte patientens tilstand, herunder sygdommens sværhedsgrad, der afgør, om patienten efter udskrivning fra sygehus skal have tilbud om specialiseret, ambulante genoptræning i sygehusvæsenet.” (26).

Sygehuset – hvilket formelt set vil sige lægen, som har ansvaret for genoptræningsplanen – skal således løbende vurdere, om den enkelte patient med et genoptræningsbehov har brug for almindelig eller specialiseret ambulante genoptræning. Denne vurdering skal både foretages på baggrund af diagnosen såvel som ud fra kriterierne om henholdsvis tværfaglighed og patientsikkerhed. Kriterierne finder således ikke blot anvendelse i relation til bodelingen og selve udflytningen, men også løbende i hverdagen, hvor det er et individuelt skøn, om patienten har behov for specialiseret eller almindelig genoptræning.

Snitfladen mellem behandling og genoptræning

Det påpeges allerede i ministeriets notat om præciseringen af begreberne, at terapeuter i sygehusregi ud over genoptræning også udfører ydelser, der kan karakteriseres som behandling:

”Det er [...] forudsat, at det regionale sygehusvæsen skal yde ambulante ergo- og fysioterapeutiske ydelser som ambulante sygehusbehandling i den nye struktur, ud over den ambulante genoptræning, det regionale sygehusvæsen skal yde efter sundhedslovens genoptræningsbestemmelser.” (27).

I rapporten fra en sundhedsfaglig arbejdsgruppe nedsat af Indenrigs- og Sundhedsministeriet til bl.a. at præcisere disse nye snitflader (genoptræning vs. behandling) blev det understreget, at i klinisk sammenhæng er genoptræning og behandling tæt forbundne elementer i patientforløbet, og kun ganske få ydelser kan siges at være ren behandling eller ren genoptræning.¹³ Som en konsekvens af dette dilemma foretog arbejdsgruppen en afgrænsning baseret på Sundhedsvæsenets Klassifikations-system (SKS). Ud af 36 godkendte ergo- og fysioterapeutiske koder til indberetning til Landspatientregistret er det kun 10 af ydelseskoderne, som betragtes som overvejende genoptræning, 14 af ydelseskoderne betragtes som overvejende behandling, mens de øvrige koder vurderes enten at være halvt behandling og halvt genoptræning, situationsbestemte, overvejende til brug for psykiatrien eller af administrativ art (32).

¹³ Danske Fysioterapeuter gav endvidere i et brev til Indenrigs- og Sundhedsministeren udtryk for, at skellet mellem genoptræning og behandling er abstrakt og på ingen måde afspejler en klinisk praksis (31).

Denne skelnen mellem behandling og genoptræning er central, fordi det betyder, at en del af de ambulante ydelser, som sygehuslæger udfører, således ikke kan betegnes som genoptræning, og da det kun er den ambulante *genoptræning* – ikke den ambulante *behandling* – der skal flyttes ud til kommunerne, betyder det, at en del af de ambulante terapeutiske sygehusydelser på denne måde trækkes ud af bodelingsdiskussionen.

Begge snitflader får økonomiske konsekvenser for såvel regioner som kommuner. Kommunerne skal således finansiere specialiseret, ambulante genoptræning med 100 % af de af Sundhedsstyrelsen beregnede ambulante genoptræningstakster. Kommunerne skal ligeledes medfinansiere stationær genoptræning med 70 % af de stationære genoptræningstakster¹⁴. Den terapeutiske behandling er imidlertid ikke takstfastsat. Den indgår imidlertid som en del af den øvrige sygehusbehandling, hvor den kommunale medfinansiering i store træk¹⁵ udgør 30 % af DRG-taksten¹⁶ ved stationære ydelser (op til maksimalt 4.476 kr. pr. indlæggelse i 2007) og 30 % af DAGS-taksten¹⁷ ved ambulante ydelser (op til maksimalt 298 kr. pr. besøg i 2007) (34).

Kort sagt betyder dette, at sygehusene ved at klassificere ydelser som *behandling* frem for *genoptræning* undgår en udflytning, men samtidig mister de bagefter en betydelig del af den kommunale medfinansiering af driften. Og ved at forløb klassificeres som specialiserede frem for almindelige, mister kommunerne muligheden for selv at styre genoptræningsniveauet, som de imidlertid skal betale.

Oversigt over nye snitflader

Samlet set betyder reformen, at den nye ansvarsfordeling på træningsområdet ser ud som følger:¹⁸

Figur 3.2 Genoptræningsområdet og dets snitflader efter strukturreformen.

	1) Genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom	2) Vedligeholdelsestræning	3) Almindelig ambulante genoptræning	4) Specialiseret ambulante genoptræning	5) Terapeutisk behandling (ambulant el. stationær)	6) Genoptræning under indlæggelse
Myndighedsansvar	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune	Region	Region
Finansiering	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune	Region (indgår i sygehusbehandlingen, 30 % kommunal medfinansiering)	Region (70 % kommunal medfinansiering)
Visitation/henvisning	Kommune	Kommune	Sygehus (via træningsplan)	Sygehus (via træningsplan)	Sygehus	Sygehus
Udførelse	Kommune/privat udbyder	Kommune/privat udbyder	Kommune (evt. privat udbyder el. sygehus)	Sygehus/region ¹⁹	Sygehus/region	Sygehus/region

Primære gråzone for strukturreformen: Genoptræning vs. vedligeholdelsestræning

Ny snitflade: Specialiseret vs. almindelig genoptræning

Ny snitflade: Genoptræning vs. behandling

¹⁴ Sundhedsstyrelsen har således beregnet to særskilte sæt af genoptræningstakster; et for ambulante genoptræning som omfatter tre takster, og et for stationær genoptræning som omfatter fem takster (33).

¹⁵ Desuden skal kommunerne betale særskilt for færdigbehandlede patienter, som venter på udskrivelse, og de skal betale en særlig langliggertakst oveni i DRG-taksten ved særligt lange forløb.

¹⁶ DRG-systemet (Dignose Relateret Gruppering) anvendes til afregning af somatiske patienter på basisniveau.

¹⁷ DAGS-taksterne (Dansk Ambulant Grupperingssystem) anvendes til afregning af ambulante, somatiske basispatienter.

¹⁸ Figuren er en bearbejdet version af Tabel 1 i en tidligere publiceret rapport om genoptræning fra Region Syddanmark (22).

¹⁹ "Det regionale sygehusvæsen har driftsansvaret mens kommunen fortsat har myndigheds- og finansieringsansvaret for den specialiserede, ambulante genoptræning." (27).

Som det fremgår af figur 3.2, er ansvaret for finansiering, visitation og udførelse af de forskellige typer af træning (og behandling) placeret under samme myndighed for fire typer af træning: For (1) *Genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom* og (2) *Vedligeholdelsestræning* har kommunerne hele ansvaret. Omvendt har regionerne hele ansvaret for (4) *Terapeutisk behandling (stationær eller ambulante)* og for (5) *Genoptræning under indlæggelse* (dog skal kommunerne (med)finansiere efter faste takster). På de to resterende områder (3) *den almindelige* og (3) *den specialiserede ambulante genoptræning* efter indlæggelse er de forskellige elementer af træning – myndighedsansvar, finansiering, visitation og udførelse – delt mellem kommuner og regioner.

Ud over de økonomiske forskelle i finansieringen af de forskellige typer træning har også det delte ansvar for disse to typer træning givet anledning til debat om de nye snitflader mellem almindelig og specialiseret genoptræning samt mellem terapeutisk behandling og genoptræning.

3.4.6 Økonomien bag udflytningen

Kommunerne kompenseres økonomisk for udflytningen via en central overførsel af midler. Udgangspunktet for denne kompensation er, at 45 % af al aktiviteten til en samlet værdi af 1.197 mio. kr. er ambulante, mens 55 % er stationær. Værdien af de 45 % ambulante aktivitet er således 539 mio. kr. Herfra trækkes 26 %, som anses at være behandling – ikke genoptræning. Hertil lægges dog 69 mio. kr., som er den beregnede værdi af den træning, kommunerne allerede inden reformen udførte for sygehusene på basis af lokale samarbejdsaftaler. Den samlede kommunale kompensation for at overtage driftsansvaret for den almindelige ambulante genoptræning er således beregnet til 539 mio. for samlet ambulante aktivitet minus 140 mio. for behandling plus 69 mio. for aftalebaseret kommunal genoptræning, i alt 469 mio. kr. Kommunerne skal desuden medfinansiere 70 % af den stationære genoptræning på i alt 659 mio. kr. fratrukket 30 % i anslået behandlingsaktivitet, hvilket giver 323 mio. kr. Den samlede kommunale kompensation beløber sig således til 468 mio. kr. for den ambulante træning plus 323 mio. kr. for den stationære plus ekstra 19 mio. kr. til kompensation af befordringsudgifter, svarende til i alt 809 mio. kr.

Samlet set er det således kun ca. 33 % af den samlede aktivitet, som er ambulante genoptræning, der skal deles i specialiseret henholdsvis almindelig genoptræning. Den samlede kommunale kompensation fremgår herunder:

Tabel 3.1 Oversigt over den kommunale kompensation (DUT²⁰) i forbindelse med udflytningen på træningsområdet.

Beskrivelse	Mio. kr. (06-pl)
Udgangspunkt (samlet fys/ergo aktivitet)	1.197
Ambulante andel (45 % af samlet aktivitet)	539
Minus behandling (26 % heraf)	-140
Plus aftalebaseret kommunal genoptræning	69
Genoptræning efter udskrivning (ambulant)	468
Stationær andel (55 % af samlet aktivitet)	659
Minus behandling (30 % heraf)	-198
Delsum	461
Kommunal medfinansiering af genoptræning under indlæggelse (70 % heraf)	323
Befordring	19
I alt	809

Kilde: Bergholt M. Overvågning af genoptræning. (35).

²⁰ "Det Udvidede Totalbalanceprincip", som kompenserer kommunerne (og amter/regioner) for de udgiftsmæssige konsekvenser af ændringer i byrdefordelingen og opgavevaretagelsen.

Som grundlag for den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering er der udarbejdet fem stationære og tre ambulante genoptræningstakster. Det er den dyreste registrerede SKS-kode, der udløser taksten. For stationær genoptræning udløses der kun én takst per udskrivning, og det er uanset hvor mange ydelser og SKS-koder der er blevet registreret for indlæggelsen. De ambulante genoptræningstakster er besøgstakster, hvilket betyder, at der udløses én genoptræningstakst, uanset hvor mange ydelser der er udført under besøget. Nedenstående tabel 3.2 og 3.3 giver et overblik over taksterne samt den kommunale finansiering i 2007.

Tabel 3.2 Genoptræningstakster for stationær genoptræning, 2007.

Takstgruppe	Takst (kr.)	Kommunal udgift (kr.) (70 % af taksten)	Betegnelse
GEN1S	750	525	Selvtræning efter instruktion i motionsrum Ergoterapeutisk afprøvning vedr. erhvervsaktivitet
GEN2S	1.591	1.114	Biomekanisk bevægelsesterapi Neuromuskulær bevægelsesterapi Træning med relation til kognitive og intellektuelle funktioner Træning af psykosocial funktion Træning og vedligeholdelse af psykisk funktion
GEN3S	3.068	2.147	Aktivitetstræning af fysisk funktion
GEN4S	4.241	2.969	Færdighedstræning i forbindelse med daglig livsførelse
GEN5S	10.861	7.306	Hjemmebesøg

Kilde: KL. Takster og betaling på genoptræningsområdet. (36).

Tabel 3.3 Genoptræningstakster for specialiseret ambulante genoptræning, 2007.

Takstgruppe	Takst (kr.) svarer til 100 % kommunal finansiering	Betegnelse
GEN1A	640	Selvtræning efter instruktion i motionsrum Ergoterapeutisk afprøvning vedr. erhvervsaktivitet Biomekanisk bevægelsesterapi Neuromuskulær bevægelsesterapi Træning med relation til kognitive og intellektuelle funktioner Træning af psykosocial funktion Træning og vedligeholdelse af psykisk funktion
GEN2A	855	Aktivitetstræning af fysisk funktion Færdighedstræning i forbindelse med daglig livsførelse
GEN3A	1.381	Hjemmebesøg

Kilde: KL. Takster og betaling på genoptræningsområdet. (36).

3.5 Opsamling og diskussion

3.5.1 Træningsområdet før strukturreformen

Inden strukturreformen var opgavefordelingen på genoptræningsområdet tilrettelagt således, at amterne havde såvel det økonomiske som det driftsmæssige ansvar for genoptræning i forbindelse med sygehusbehandling; hvad enten det drejede sig om genoptræning under indlæggelse eller ambulante efter udskrivning fra sygehus. Kommunerne havde ansvaret for genoptræning som følge af sygdom, der ikke kræver sygehusindlæggelse.

Derudover var og er kommunerne forpligtet til at tilbyde vedligeholdelse af fysiske eller psykiske færdigheder. Endelig kunne og kan der via Den offentlige Sygesikring ydes tilskud til fysioterapeutisk behandling samt vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter – sidstnævnte er kun for en afgrænset gruppe af borgere.

Til trods for disse forskelligartede træningstilbud kunne man stadig i 2004 påpege, at træningsindsatsen ikke var tilstrækkelig (37), ganske som Sundhedsministeriet gjorde det et årti tidligere i temaoplægget "Mellem to stole" (10).

I denne periode var der taget jævnlige lovgivningsmæssige initiativer med henblik på at forbedre samarbejdet på træningsområdet og tydeliggøre forpligtelserne i begge sektorer. Dette omfattede i de første år venlige henstillinger og oplæg til debat på området (1994). Herefter fulgte en stadfæstelse af det kommunale opgaveansvar i 1998, der gjorde kan-opgaver til skal-opgaver. Senere fulgte en udbygning af serviceloven, der pålagde kommunerne at tilbyde genoptræning uden tilknytning til indlæggelse og vedligeholdelsestræning, hvilket alt andet lige yderligere understregede behovet for kommunale træningsydelse til borgere med behov for træning, også selvom deres sygdom ikke havde været indlæggelseskrævende (2001-2002); mens amterne fik pålæg om at udarbejde genoptræningsplaner (2001) og udpege kontaktpersoner, der skal koordinere udskrivningen af patienterne med kommunerne (2004) – begge dele for at sikre at patienterne fik den træning, de havde behov for. Endelig fik kommunerne pålæg om at udarbejde kvalitetsstandarder for den kommunale træning, hvilket sigtede på at muliggøre frit valg af leverandør, men også en øget gennemsigtighed for borgerne med hensyn til hvilke ydelser, man med rette kunne forvente (2002). Og i 2004 blev mulighederne for amtslig anvendelse af praksissektoren yderligere præciseret for at undgå egenbetaling blandt patienter og en forkert brug af reglerne om, hvem der er berettiget til vederlagsfri fysioterapi.

Til trods for alle disse initiativer bestod de grundlæggende problemer på træningsområdet, som op til reformen stadig var præget af en mangelfuld opgavevaretagelse med uklare afgrænsninger, af, hvornår den amtslige genoptræning på sygehus slutter, og hvornår der er tale om en kommunal opgave i form af vedligeholdelsestræning. Dette resulterede i, at der i 2004 kom en vejledning, hvoraf det bl.a. fremgår, at sammenhængende træningsforløb forudsætter et tæt samarbejde mellem de involverede myndigheder i såvel social- som sundhedssektoren.

De mange års vedvarende gråzoneproblemer på træningsområdet var imidlertid – som det fremgår af bemærkningerne til den nye sundhedslov – medvirkende til de radikale ændringer, der kom med strukturreformen.

3.5.2 Snitflader på træningsområdet efter strukturreformen

For at komme den tidligere gråzone mellem den ambulante genoptræning i sygehusregi og den kommunale vedligeholdelsestræning til livs, har kommunerne nu fået det økonomiske ansvar for hele den ambulante træning. Det er dog stadig sygehuset, som henviser til den almindelige kommunale ambulante genoptræning via en genoptræningsplan, som kommunerne ikke kan afvise. Kommunerne har fået mulighed for at hjemtage den almindelige ambulante genoptræning, mens den specialiserede fortsat udføres i sygehusregi.

Denne fordeling af økonomisk ansvar, henvisning/visitation og udførelse har skabt en række udfordringer i relation til det ambulante træningsområde: For det første har man i forbindelse med selve udflytningsprocessen skullet foretage en bodeling, hvor alle ambulante træningsaktiviteter skulle deles i almindelige og specialiserede, en opdeling der langt fra har været entydig, og som har ledt til meget forskellige lokale fortolkninger af, hvad der kan karakteriseres som henholdsvis almindeligt og specialiseret, hvilket caseanalyserne efterfølgende bl.a. vil vise. For det andet har man en ny snitflade i den

daglige drift, hvor det er en sygehusvurdering fra patient til patient, om vedkommende har behov for specialiseret eller almindelig ambulante genoptræning.

Kommunerne har således fået det økonomiske ansvar for det ambulante træningsområde, men ikke kontrol over henvisningerne til ambulante træning og for den specialiserede ambulante genoptrænings vedkommende heller ikke over udførelsen. Denne konstruktion har skabt en situation, hvor kommunerne søger så meget kontrol som overhovedet muligt med den specialiserede ambulante træning, fordi de har finansieringsansvaret. Dette er en af forklaringerne på den negative definition af indholdet i de nye genoptræningsplaner:²¹ For at maksimere kontrollen med den ambulante træning ønsker kommunerne ikke, at planerne kommer til at få en visiterende funktion men alene en henvisende. Hermed menes, at planerne skal sige så lidt som muligt ud over at påpege, at der er et lægefagligt begrundet behov for træning.

I forbindelse med udflytningen blev det fra regionernes (dengang amternes) side påpeget, at ikke al terapeutisk aktivitet er genoptræning, men noget må karakteriseres som behandling. Strukturreformen tager væsentligst kun sigte på udflytning af genoptræningen, idet der ikke er beregnet særskilte behandlingstakster for terapeutisk behandling. Kommunerne skal således finansiere genoptræning helt eller delvist, og kommunerne medfinansierer terapeutisk sygehusbehandling som led i den almindelige kommunale medfinansiering af sygehusbehandling. Således har det store økonomiske konsekvenser, om sygehusterapeuterne koder deres aktivitet som værende behandling eller genoptræning.

Intentionerne med reformen var at komme gråzonerne på træningsområdet til livs ved helt grundlæggende at redefinere sektorgrænserne og gøre dem mere klare – altså minimere gråzonerne. I stedet for en sektorgrænse et sted på en glidende overgang mellem genoptræning med forbedringspotentiale og vedligeholdende træning skulle grænsen nu gå ved sygehusets mure: Kommunerne skulle have ansvaret for *"al den træning, der ikke foregår under indlæggelse"*, som det blev formuleret i lovforslaget (23). Men i praksis var man allerede med vedtagelsen af loven godt klar over, at kommunerne ikke kunne overtage al ambulante træning. Derfor blev grænsen i stedet sat ved en anden glidende overgang, nemlig mellem specialiseret og almindelig ambulante træning, en grænse der både i forbindelse med selve udflytningen og den efterfølgende drift har krævet megen lokal fortolkning og forhandling.

I forsøget på at *"tilstræbe økonomisk neutralitet mellem genoptræning under og efter indlæggelse og undgå kassetænkning"*, hvilket var det erklærede mål i lovforslaget (23), skulle kommunerne betale for egne borgeres genoptræning under indlæggelse i form af 70 % medfinansiering af genoptræningstaksterne. Den terapeutiske behandling er imidlertid ikke takstfastsat og indgår som en del af den øvrige sygehusbehandling, hvor den kommunale medfinansiering udgør 30 % af henholdsvis DRG- og DAGS-taksterne. Således betyder forsøget på at opnå økonomisk neutralitet mellem stationær og ambulante træning, at der i stedet er opstået en situation hvor der langt fra er økonomisk neutralitet for sygehusene mellem ydelser kodet som henholdsvis behandling eller genoptræning.

Dette kapitel har belyst, hvordan man på nationalt plan har søgt at løse de problematikker, der har præget området gennem tiden, samt hvordan strukturreformen sigter på at ændre gråzoneproblemerne på området ved en mere radikal omfordeling af opgaver, end de tidligere indgreb der i højere grad har været karakteriseret ved at tydeliggøre og præcisere opgaveansvar og sektorgrænser. Således udgør dette kapitel udviklingen i den nationale kontekst, som de efterfølgende fire lokale caseanalyser foregår inden for rammerne af.

²¹ Dog er der tilkommet et nyt krav til indhold, idet genoptræningsplanerne skal relatere såvel funktionsevne som genoptræningsbehov til krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau.

Referencer til kapitel 3

- 1) Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om genoptræning i amter og kommuner. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004.
- 2) Lovbekendtgørelse af Lov om offentlig sygesikring. LBK nr. 509 af 01/07/1998. 1998.
- 3) Bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til fysioterapeutisk behandling. BEK nr. 405 af 18/05/2001. 2001.
- 4) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi. 2008.
- 5) Sundhedsstyrelsen. Fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi. København: Sundhedsstyrelsen; 2000.
- 6) Sundhedsstyrelsen. Fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi. Retningslinier, revideret august 2005. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- 7) Socialministeriet. Bekendtgørelse af lov om social service. LBK nr. 280 af 5/4/2005. 2005.
- 8) Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, lov om hjemmeservice og lov om individuel boligstøtte (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v.). LOV nr. 399 af 06/06/2002. 2002.
- 9) Baggesen O, Buss G, Frederiksen B. Bistandsloven med kommentarer. København: Juristforbundets Forlag; 1976.
- 10) Sundhedsministeriet. Mellem to stole. Temaoplæg om genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver. København: Sundhedsministeriet; 1994.
- 11) Lovbekendtgørelse af Lov om offentlig sygesikring. LBK nr. 77 af 31/01/1994. 1994.
- 12) Lov om social service. LOV nr. 454 af 10/06/1997. 1997.
- 13) Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Genoptræningsplaner). LOV nr. 1314 af 20/12/2000. 2000.
- 14) Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om udarbejdelse af genoptræningsplaner ved udskrivning fra sygehus. BEK nr 534 af 11/06/2001. København: Sundhedsministeriet; 2001.
- 15) Bekendtgørelse om udarbejdelse af genoptræningsplaner ved udskrivning fra sygehus. BEK nr. 1009 af 09/12/2003. 2003.
- 16) Lov om ændring af lov om social service (Fleksibel hjemmehjælp og kommunal genoptræning). LOV nr. 1307 af 20/12/2000. 2000.
- 17) Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, lov om hjemmeservice og lov om individuel boligstøtte (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v.). LOV nr. 399 af 06/06/2002. 2002.
- 18) Engberg L, Søgaard J, Tang K. Kortlægning af ressourceforbruget på kommunalt niveau til træning af ældre - en sammenligning af 1996 og 1999 med hovedvægten på genoptræning. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2000.
- 19) Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v. BEK nr. 837 af 09/10/2002. 2002.
- 20) Vejledning om supplement til vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. efter lov om social service. (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp). VEJ nr. 95 af 09/10/2002. 2002.
- 21) Vejledning om træning i amter og kommuner. VEJ nr. 9292 af 10/06/2004. 2004.
- 22) Region Syddanmark. Arbejdsgruppe vedrørende genoptræning. Statusrapport fase 1. Kortlægning og beskrivelse. [Vejle]: Region Syddanmark; 2005.
- 23) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Forslag til Sundhedsloven LOV nr. 74 24/02/2005. 2005.
- 24) Regeringen. Det nye Danmark - en enkel offentlig sektor tæt på borgeren. København: Regeringen; 2004.

- 25) Sundhedsloven. LOV nr. 546 af 24/06/2005. 2005.
- 26) Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om træning i kommuner og regioner. København: Socialministeriet; Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2006.
- 27) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Notat vedr. præcisering af visse begreber i lovgivningen på genoptræningsområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- 28) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Lov om regionernes finansiering. LOV nr. 543 af 24/6/2005. 2005.
- 29) Arbejdsgruppen vedr. sundhed. Status for opgaveløsning - Fase 1 i kommissoriet for arbejdet [Notat]. 2005.
- 30) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. BEK nr 1266 af 05/12/2006. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- 31) Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter. Ny gråzone i delingsgrundlaget til finansiering af genoptræningsområdet efter d. 1. januar 2007. København: 2006.
- 32) Sundhedsfaglig arbejdsgruppe om genoptræning. Afgrænsning af genoptræningsopgaven vs. behandling / træning. Rapport fra en sundhedsfaglig arbejdsgruppe. Bilag 07_170306B Rapport om afgrænsning af genoptræningsopgaven. Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- 33) DRG-enheden. Gruppering og takstberegning for genoptræningsydelser. Bilag 7. Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 34) KL. Kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen - vejledning i økonomistyring. Notat. KL; 2007.
- 35) Bergholdt M. Overvågning af genoptræning. Nyhedsmagasinet Danske Kommuner 2006;(32):46-7.
- 36) KL. Takster og betaling på genoptræningsområdet (Notat). Kommunernes Landsforening; 2006 Dec 1.
- 37) Hede A, Jønsson AH. Genoptræning - fra problem til princip. København: Huset Mandag Morgen; 2004.

4. Case 1: Vejle Amt og Fredericia Kommune

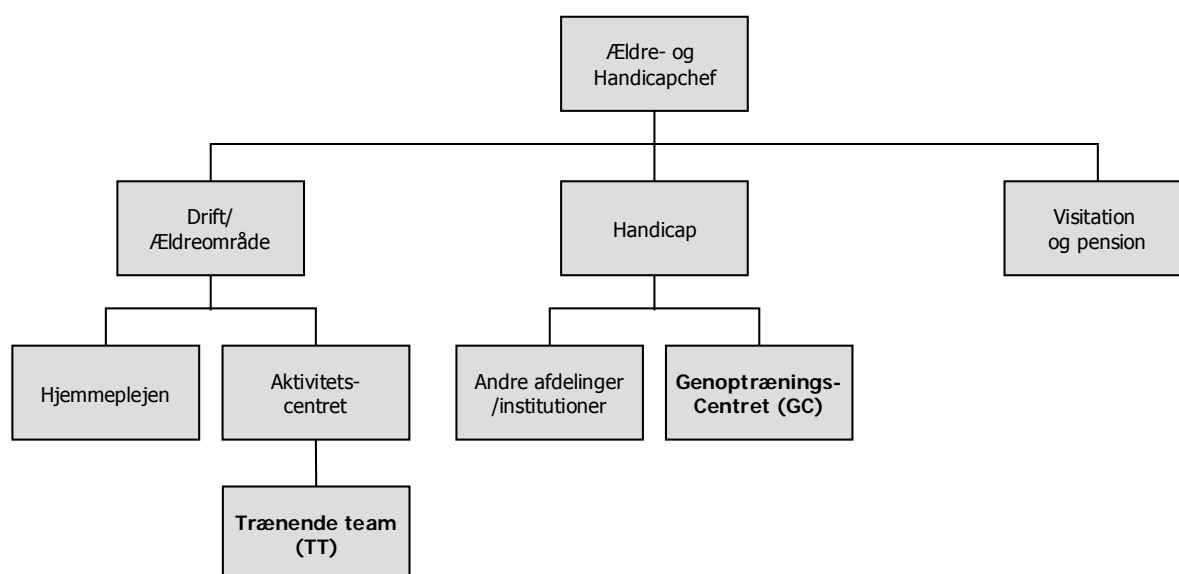
Fredericia Kommune, der ikke blev sammenlagt med andre kommuner i forbindelse med strukturreformen, er beliggende i det tidligere Vejle Amt. Kommunen havde pr. 1. januar 2007 et indbyggertal på 49.260.

Vejle Amt bestod af 16 kommuner, og havde pr. 1. januar 2006 et indbyggertal på 360.921. I Vejle Amt var træningsområdet organiseret i afdelinger på hvert af amtets tre sygehuse, som hvert dækkede over to matrikler: Brædstrup-Horsens, Vejle-Give og Fredericia-Kolding. Med strukturreformen blev Vejle Amt delt, så syv af de gamle kommuner kom til at indgå i Region Midtjylland, mens de resterende ni blev del af Region Syddanmark. Region Midtjylland havde pr. 1. januar 2007 et indbyggertal på 1.227.428, mens indbyggertallet i Region Syddanmark var på 1.189.817.

4.1 Træningsområdet i Fredericia Kommune

Inden strukturreformen var genoptræningsområdet i Fredericia Kommune både administrativt, ledelsesmæssigt og økonomisk opdelt i to enheder: GenoptræningsCentret og Det Trænende Team. GenoptræningsCentret udgjorde en selvstændig institution under ældre- og handicapområdet, mens Det Trænende Team hørte under ældreområdets aktivitetsafdeling, som illustreret herunder.

Figur 4.1 Organisatorisk placering af træningsområdet i Fredericia Kommune inden strukturreformen.



De to enheder varetager forskellige typer træning: Det Trænende Team tager sig af vedligeholdelsestræning og fysisk træning, mens GenoptræningsCentret varetager rehabilitering af kommunens borgere, og træning der retter sig mod borgerens hverdagsliv. GenoptræningsCentret udfører således træning med et bredere sigte end Det Trænende Team, der alene fokuserer på det kropslige (1).

4.1.1 GenoptræningsCentret

Centret arbejder med træning og rehabilitering af borgere, som er ramt af funktionsnedsættelse, typisk efter apopleksi, andre neurologiske lidelser eller følger efter kirurgiske indgreb. Centret udfører træning både på centret og i borgerens eget hjem og i enkelte tilfælde også på plejehjem.

I 2004 modtog centret 226 henvisninger, i 2005 257 og i 2006 steg tallet til 330 henvisninger, hvorfor en del af træningen blev omlagt til hold. Samtidig med stigningen i antallet af henvisninger, er der også sket en ændring i henvisningsmønstret, jf. nedenstående tabel.

Tabel 4.1 Den procentvise fordeling af henvisninger til GenoptræningsCentret, 2002-2005.

	2002-3	2004	2005	Ændring 2002-5 i %-point
Borgeren selv	7 %	7 %	8 %	+ 1 %-point
Hjemmeplejen	38 %	31 %	28 %	- 10 %-point
Sygehus	34 %	42 %	50 %	+ 16 %-point
Egen læge	17 %	16 %	13 %	- 4 %-point
Praktiserende fysioterapeut	4 %	4 %	1 %	- 3 %-point

Kilde: (1;2).

Tendensen går mod flere henvisninger fra sygehus, og færre fra hjemmeplejen. Lederne²² af GenoptræningsCentret har flere bud på, hvad der ligger bag denne udviklingstendens. Der er for det første kommet mere fokus på rehabilitering og på genoptræningsplaner generelt. I Vejle Amt har de desuden lavet samarbejdsaftaler, som er blevet implementeret grundigt via bl.a. tværsektorielle temadage (mere herom senere).

Genoptræningscentret havde i 2006 en normering på 8,72 stillinger fordelt på følgende stillingskategorier: 3,86 fysioterapeuter, 2,62 ergoterapeuter, 1 leder samt 0,7 husassistent og 0,54 assistent (1;2).

4.1.2 Det trænende team

Det trænende team varetager træningen af borgere med behov for vedligeholdelsestræning, samt borgere der alene har behov for fysisk træning. En stor del af patienterne er patienter, der har haft en apopleksi eller er faldet, ofte med hofte- eller overarmsbrud til følge. Der er ofte tale om patienter med generelt faldende funktionsniveau, og mange af dem er meget plejkrævende. Træning udføres enten i borgerens hjem, på plejehjem eller på dagcentre.

Teamet består af fire terapeuter (3,6 fuldtidsstillinger). Derudover er der tilknyttet syv medhjælpere, som enten er sygehjælpere eller sosu-assistenten. Arbejdsdelingen mellem terapeuter og medhjælpere er, at terapeuterne altid har første kontakt til borgerne og laver træningsprogram, som medhjælperne udfører ofte på hold, mens terapeuterne også følger op på træningsforløbene. Er der behov for træning i hjemmet, forestår terapeuterne træningen (kommunal terapeut, Det Trænende Team).

4.1.3 Samarbejde og snitflader imellem de to træningsenheder i Fredericia Kommune

Alle henvisninger til træning behandles ved et ugentligt fælles visitationsmøde mellem de to træningsenheder. Her besluttet det, om der er tale om vedligeholdelsestræning og dermed en opgave for Det Trænende Team, eller om der kan opstilles mål i forhold til aktiviteter og deltagelse hverdagslivet og dermed en opgave for GenoptræningsCentret (1, samt observation af visitationsmøde d. 9.11.2006). I

²² Da interviewene blev foretaget, var der lige indtruffet et lederskift, idet den tidligere leder havde fået en højere stilling i kommunen, mens en terapeut var konstitueret leder. Begge blev interviewet sammen, og der refereres derfor ofte gennem caseanalysen til "lederne" af GenoptræningsCentret, selvom der ret beset kun er én leder af GenoptræningsCentret.

praksis er arbejdsdelingen den, at de svageste borgere og dem med mindst træningspotentiale trænes af Det Trænende Team. Terapeuterne i Det Trænende Team beskriver deres primære målgrupper som værende svage ældre med faldende funktionsniveau ofte uden nogen specifik diagnose, men derudover også ofte hoftefrakturer, overarmsfrakturer og apopleksier. I praksis betyder dette, at snitfladen mellem de to enheder er, at Det Trænende Team har borgerne på plejehjem og daghjembrugere, mens GenoptræningsCentret har dem i eget hjem (interviews med kommunale terapeuter, Det Trænende Team). Denne snitflade, som går på boligform, var i 2006 ved at blive ophævet til formel arbejdsdeling mellem de to enheder.

4.1.4 Visitation og træningspakker

Henvendelser om træning kommer som tidligere nævnt mange steder fra, og på visitationsmødet går en repræsentant for hver enhed sammen ugens henvendelser igennem, og fordeler dem mellem sig. I nogle tilfælde er borgerne allerede fordelt, og her har mødet karakter af orientering – ikke visitation (observation af visitationsmøde, d. 9.11.2006).

Herefter foretages et visitationsbesøg, som for **GenoptræningsCentrets** vedkommende oftest foretages af lederen i ugen efter mødet. Traditionelt har GenoptræningsCentret kun visiteret til individuelle forløb, ikke til holdtræning – en praksis som blev ændret kort før strukturreformens implementering pga. for stort arbejdspress. Ledere foretager således formelt set visitationen, men det er reelt set de trænende terapeuter, som beslutter hvilke konkrete træningsydelser, der skal udgøre forløbet. Som denne fysioterapeut fra GenoptræningsCentret forklarer:

”Det er mig, der laver en vurdering af, hvor mange gange om ugen og hvad træningen skal indeholde, og om jeg skal have en ergoterapeut med på banen. Sammen med borgeren sætter jeg mål for træningen. Nogen gange er vores leder også ude hos borgeren på et visitationsbesøg i hjemmet. Og der laver hun jo selvfølgelig sine observationer, og spørger også lidt ind til borgerens mål, og laver en overordnet vurdering af, hvad der skal på banen. Men så er det mig som terapeut, der sætter mig ned og finder ud af indholdet, reelt” (kommunal terapeut, GenoptræningsCentret).

Arbejdsdelingen omkring visitationsopgaven i GenoptræningsCentret er således, at lederen sætter den overordnede tidsmæssige ramme for træningen, mens terapeuterne fylder den ud.

Når en borger er visiteret til **Det Trænende Team**, foretager terapeuterne i fællesskab en prioritering og fordeling af borgerne imellem sig. Dette sker ved morgenmøder hver anden uge. Fordelingen af borgerne sker efter geografi, idet terapeuterne har delt kommunens distrikter med tilhørende plejehjem imellem sig.

Når en terapeut har fået tildelt en borger, tager hun på hjemmebesøg og finder ud af, hvilken træning borgeren skal have, og hvor den skal foregå. Der tilbydes både individuel og holdtræning – dog mest i små hold.

Terapeuterne fra begge træningsenheder visiterer ikke til specifikke ydelser, på samme måde som man kender det fra fx hjemmeplejen. Der visiteres i stedet til forskellige ”pakker”, som består af en timeramme og et overordnet formål. Der findes følgende typer af pakker i kommunen:

Træningspakkerne

- T1 bestående af 8 timer/uge i 24 uger
- T2 bestående af 5 timer/uge i 17 uger.

Udredningspakken

- U bestående af 3 timer/uge i 4 uger.

Vejledningspakkerne

- V1 bestående af 1t. 45min./uge i 16 uger
- V2 bestående af 2 timer/uge i 2 uger.

Generel vedligeholdende og forebyggende træningspakke

- G bestående af 1t. 15min./uge i 26 uger.

Note: Alle timenormer er vejledende (3).

Pakkerne har eksisteret siden 2003. Træningspakkerne er løbende blevet justeret i antal og omfang, jf. de erfaringer man år for år har gjort sig. Pakkerne 1-3 anvendes af GenoptræningsCentret, mens 4 er tiltænkt Det Trænende Team. Denne fungerer imidlertid ikke rigtigt i praksis ifølge medlemmerne af Det Trænende Team. Der findes kun denne ene vedligeholdelsespakke, og vurderingen er, at den er for stor. Teamets medlemmer begrundet det med, at de ikke kan tilbyde lige så meget træning til den enkelte borger, som GenoptræningsCentret kan.

Visitationsprocessen i praksis

Med indførelsen af visitation ønskede man bl.a. at skabe en mere klar adskillelse mellem bestiller og udfører på de kommunale driftsområder, og dermed en introduktion af en art markedsmekanisme som i sidste ende skulle føre til flere eller bedre ydelser indenfor de givne rammer – altså en effektivisering eller et kvalitetsløft eller en kombination.

Men ser man på praksis i GenoptræningsCentret, kan man dårligt sige, at visitationen indebærer nogen egentlig bestilling af en bestemt ydelse, som derefter udføres (af en anden person). Tildelingen af en pakke gør snarere visitationen til en fastlæggelse af det helt overordnede formål med træningen samt den ressourcemæssige ramme for arbejdet, som den trænende terapeut overtager. De ledende terapeuter beretter, at i nogle tilfælde foretager terapeuterne selv visitationsbesøgene – hovedsageligt i perioder med travlhed og mange henvisninger.

I praksis er visitation til træning i Fredericia Kommune ikke præget af tankegangen omkring adskillelse af bestiller og udfører. Faktisk så de ledende terapeuter i GenoptræningsCentret visitationen som et fordyrende led i processen – og ikke et effektiviserende. Og lederne argumenter for at overveje enten at springe visitationen over eller lade de trænende terapeuter, som alligevel skal forestå selve træningen, udføre den er faktisk ønsket om effektivisering:

“Vi har besluttet, at vi fremadrettet vil forsøge at ændre lidt på, at det er lederen der visiterer, for hver gang bruger jeg en time plus kørsel og skrivning på det. Det er meget tid jeg bruger, inden jeg overgiver det til en terapeut, der så også skal tage nogle oplysninger. Så har der været en visitorator ude og spørge, og på sygehuset har de også spurgt en masse. For at begrænse dette vurderer vi, at det ikke er alle, der har brug for et visitationsbesøg. Men regelsættet har været, at der skulle aflægges et besøg, eller at borgerne kom her. Så det er et spørgsmål om at rationalisere: Spørgsmålet er, om man virkelig skal bruge sammenlagt måske to timer på at visitere til en ydelse, der ikke er voldsomt dyr i forhold til de ydelser, en [hjemmepleje]visitorator visiterer til.”²³ Skal vi bruge så lang tid på det?” (ledende kommunal terapeut).

²³ “Ikke voldsomt dyr” skal ses i relation til de ofte permanente ydelser, som en visitorator til kommunal hjemmepleje visiterer til. Et genoptræningsforløb er en tidsbegrænset ydelse på et relativt lille antal timer – igen set i forhold til en permanent tildeling af fx to gange ugentlig hjemmehjælp.

Det er således ikke faglige begrundelser, der ligger bag de ledende terapeuters kritiske syn på visitation på det kommunale træningsområde. Det er i stedet økonomiske overvejelser: Visitation er i nogle tilfælde for dyr en ydelse i forhold til træningens pris.

De trænende terapeuter ser dog også fordele ved, at lederen af GenoptræningsCentret fungerer som visitator: For det første oplever de, at der foregår en ensartning af niveauet i og med, at det primært er én leder, som aflægger de fleste visitationsbesøg, og dermed i praksis selv kan ensrette kriterierne for tildeling af træning. Terapeuterne peger også på, at lederen på denne måde kan *"holde øje med, om der er en lille opgaveglidning på vej mellem sygehus og kommune"*, som terapeuterne formulerer det. Men den væsentligste fordel for terapeuterne, ved at lederen visiterer, det er faktisk, at lederen ikke fjerner sig for langt fra det, det hele handler om, nemlig borgerne:

"Vi oplever, at når lederen er ude og lave visitationen, så er lederen med på banen, og så har vi faglige diskussioner. Og det er altså en god måde stadigvæk at have fingeren nede i jorden på som leder: At man er ude og se patienterne og tale med dem og få en fornemmelse af, hvad er det, der er galt her. Det synes vi er enormt vigtigt. Vi har nogle gange oplevet, at hvis lederen i en periode slet ikke har lavet visitationer, så har vi fået en oplevelse af, hun har fjernet sig lidt fra hverdagen, og ligeså snart at en leder fjerner sig fra mig fra hverdagen, så sker der et eller andet" (kommunal terapeut, GenoptræningsCentret).

Når terapeuterne således er glade for visitationen, så handler det om, at den har en del afledte funktioner i hverdagen, som de finder væsentlige. Det handler ikke om at adskille bestiller og udfører.

4.1.5 Kvalitetsstandarder

I Fredericia Kommune består kvalitetsstandarderne på træningsområdet i en specifikation af træningsydelser i form af de før omtalte pakker. Og kommunens kvalitetsmål for alle træningsydelser er *"at der ikke er venteliste til ydelserne"* (4).

Derudover indeholder kvalitetsstandarderne en beskrivelse, der for hver af de fire pakker giver meget kortfattede svar på overordnede spørgsmål, så som: Lovgrundlaget, formålet med ydelsen, aktiviteter der (ikke) kan indgå i ydelsen, hvem der modtager, hvem der leverer, omfanget og egenbetaling. Der er således tale om en kort samling af fakta om træning.

4.1.6 Dokumentation og registrering af træningsindsatsen: ICF og COPM

I Fredericia anvendes ICF-klassifikationen som grundlag for dokumentation af træningsindsatsen. ICF står for *International Classification of Functioning, Disability and Health*, og i den danske version lyder den fulde titel *International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand* (5). ICF er et klassifikationssystem, der beskriver den enkeltes situation indenfor følgende områder:

- ◆ Funktionsevne
 - Kroppens funktioner og anatomi
 - Aktiviteter (det enkelte individs udførelse af opgaver og handlinger)
 - Deltagelse (en persons involvering i socialt liv og samfundsaktiviteter)
- ◆ Kontekstuelle faktorer i form af ydre og indre påvirkninger af funktionsevne.

I Fredericia fungerer ICF som *"en overordnet forståelsesramme for rehabiliteringen"*, som det formuleres i GenoptræningsCentrets virksomhedsplan. Men ICF er også et værktøj til arbejdsdeling, både internt i kommunen og i relation til snitfladen med sygehusene. Internt i kommunen har Det Trænende Team ansvaret for den kropslige træning, mens GenoptræningsCentret har ansvaret for den træ-

ning, som også har et rehabiliterende sigte, og hvor genoptagelse af aktiviteter og deltagelse i socialt liv står mere centralt (Snitfladen i relation til sygehusene beskrives mere indgående senere i kapitlet).

For at operationalisere den forståelsesramme, som ICF udgør, anvendes et andet redskab, COPM, som er en forkortelse for Canadian Occupational Performance Measure. COPM er et struktureret spørgeværktøj, som terapeuterne bruger til at identificere forskellige typer af aktivitetsproblemer²⁴ inden for områderne egenomsorg, arbejde og fritid.²⁵ Derudover bruges COPM til at få borgeren til at vurdere vigtigheden af de forskellige problemer, og dernæst til at prioritere mellem dem så træningsplanen bliver målrettet de problemer, som er væsentligst for borgeren.

Det Trænende Team anvender også ICF, men har gjort det i mindre end ét år op til reformen, så det er relativt nyt. Selve dokumentationen foregår i det elektroniske journalsystem Care. Men registreringspraksissen er endnu ikke nogen naturlig og meningsfuld integreret del af terapeuternes arbejde:

“Vi registrerer, men vi ved egentlig ikke helt hvorfor. Vi skal registrere, og vi er meget i tvivl om, hvad det er, vi skal registrere: Er det den tid, borgerne får, eller er det vores tid? Der kan bruges lang tid på transport, på at skrive i journalen og på at kontakte læger” (kommunal terapeut, Det Trænende Team).

4.1.7 Udviklingen på træningsområdet i Fredericia Kommune

Dette afsnit beskriver de centrale udviklingstræk på træningsområdet, som danner konteksten for strukturreformens udflytning af træningen.

Selvstændiggørelse og øget fokus på træningsområdet

Træningsområdet er gradvist blevet udskilt fra hjemme- og ældreplejen som et selvstændigt område med egen organisation og egen faglig leder, der på linje med andre kommunale driftsområders ledere kan repræsentere og synliggøre træningsområdet både udadtil og indadtil i den kommunale organisation. Parallelt med denne udvikling er der også kommet mere fokus på træningsområdet generelt. Disse to udviklingstendenser er forbundet: Selvstændiggørelsen skaber synlighed og muligheder for indflydelse, som giver et større fokus på træningsområdet i hele den kommunale organisation. Men samtidig betyder et øget fokus på området nationalt set, at der opstår et behov for at skabe en klare træningsfaglig profil og kultur ude i kommunerne, hvilket blandt andet gøres ved at samle kræfterne og skille området ud fra det plejedominerede ældreområde. En ledende terapeut på GenoptræningsCentret har oplevet udviklingen således:

“Vi er gået fra at være et meget lille ukendt appendiks: Et genoptræningscenter i en kommune som mange folk ikke ved, hvad der foregår i. Nu er vi blevet meget mere synlige, både her i kommunen, men også med hensyn til træning på landsplan, fordi man diskuterer det meget mere, og der har været fokus på det i lovgivningen” (ledende kommunal terapeut).

Selvstændiggørelse af træningsområdet

GenoptræningsCentret blev oprettet i 1994, mens Det Trænende Team først blev oprettet i 2004, hvor det blev udskilt fra plejehjemmenes plejenormering. I begyndelsen var GenoptræningsCentret den lille enhed. I 1995/96 var der således kun fem terapeuter på GenoptræningsCentret, mens der ude i lokalområderne var i alt 12 fuldtidsstillinger (6). Umiddelbart før strukturreformen var billedet et andet: På

²⁴ Eksempler: Evnen til at tage tøj på, gå på trapper i huset, lave mad, udføre arbejde, fritidsaktiviteter, tage bussen, handle, rejse, have gæster, gå på besøg osv.

²⁵ Der anvendes en interviewmanual i COPM, hvor terapeuterne tager udgangspunkt i hverdagen, fra man står op, og til man går i seng, og hvor borgeren skal beskrive, hvad de helt konkret gør om morgenen, og om de har nogle problemer i relation til det osv.

GenoptræningsCentret var der 6,5 fuldtids terapeutstillinger og en terapeutfaglig leder, mens Det Trænende Team udgjorde 3,6 fuldtidsstillinger efter udskillelsen af hjælpemiddelområdet.

Terapeuterne var indtil oprettelsen af GenoptræningsCentret organiseret decentralt ude på plejehjemmene, og havde til opgave at varetage træning af de ældre, vejledning til personalet i forflytninger og administration af hjælpemidler. I 2004 foretog man imidlertid en udskillelse af administrationen af hjælpemidler. Langt hovedparten af de terapeuter, som havde været organiseret under plejeområderne, blev overflyttet til hjælpemidler. Men samtidig blev der en mindre gruppe tilbage ude på plejecentrene, som primært skulle træne (vejlede) og ikke have noget at gøre med hjælpemidler. Der var således fire terapeuter (= 3½ stilling) ude på plejecentrene. Efter en tid lykkedes det dem efter eget ønske at blive samlet under en fælles ledelse, som dog blev en administrativ person med flere andre områder under sig. I første omgang forblev det til terapeuterne tilknyttede hjælpepersonale imidlertid ude under plejedistrikterne, hvilket terapeuterne fandt uensigtsmæssigt, for som én af dem beskrev: *"Hvis der var nogle opgaver, vi ville have medhjælperne til at lave, så skulle vi ud og parlamentere med deres ledere, om vi nu kunne få lov til det"*. Men fra 2006 overflyttedes hjælperne til samme administrative ledelse som terapeuterne. En ledende terapeut på GenoptræningsCentret beskriver udviklingen således:

"Man valgte at beholde dem [terapeuterne, red.] på plejecentrene, fordi det har været et ønske fra bl.a. driftschefen og områdelederne på plejecentrene at beholde deres terapeuter tæt knyttet til plejecentrene, fordi det var der, de synes, der skulle ske noget udvikling. Men for at de her terapeuter ikke skulle sidde alene rundt omkring, samlede man dem ét sted, så de kunne sparre med hinanden, og derfra skulle de så køre ud. Områdelederne ude på plejecentrene har ikke ønsket at give afkald på dem og få dem samlet under en samlet træningsenhed. Så var de bange for, at de så kom for langt væk fra plejecentrene. Så det er hele tiden det her med, om man skal centralisere eller decentralisere. Det har været vores ønske at samle alle vores træningsopgaver og så varetage de opgaver, der også er på plejecentrene. Men man har ikke ønsket at give slip på dem. Derfor har vi to træningsenheder i kommunen" (ledende kommunal terapeut).

Oprettelsen af GenoptræningsCentret tilbage i 1994 markerede et afgørende skridt i retning af en udskillelse af træningsområdet fra ældreområdet og dermed en samling af terapeuterne i kommunen i en selvstændig organisation med egen terapeutfaglig ledelse. Man gik fra udelukkende at have terapeuter ansat decentralt integreret i et plejesystem, til at have et selvstændigt træningscenter med egen faglig ledelse præget af en stærk terapeutfaglig kultur. Men skridtet blev ikke taget fuldt ud i Fredericia, og kommunen beholdt som nævnt et antal terapeuter decentralt på plejeområdet, hvor de ikke havde egen faglig ledelse. Grundlæggende set handlede det om et organisatorisk dilemma, som en terapeut fra Det Trænende Team her udtrykte det på et møde, hvor en ledende terapeut fra GenoptræningsCentret nikkede billigende: *"Vi [Det Trænende Team og GenoptræningsCentret] vil gerne være tættere sammen. Men kommunen ønsker, at vi [Det Trænende Team] skal være tættere på plejecentrene"*. Man har således forsøgt at bibeholde en struktur i Fredericia, der både tilgodeser ønsket om et selvstændigt træningsområde med en klarere faglig profil (i form af GenoptræningsCentret), men som samtidig bibeholder decentrale terapeuter på ældreområdet i plejecentrene (i form af Det Trænende Team).

Balancegangen mellem de to hensyn er imidlertid ikke helt uproblematisk, idet terapeuter i Det Trænende Team kan iagttage, hvordan deres kollegaer i GenoptræningsCentret i højere grad har mulighed for at blive hørt i det kommunale system, fordi de har en faglig leder, der udelukkende repræsenterer dem. Flowet af information med relevans for træningsområdet opleves også som bedre i GenoptræningsCentret, fordi den terapeutfaglige leder i GenoptræningsCentret informerer langt mere nedad, og

er langt mere fokuseret på netop træningsområdet, end den administrative leder for Det Trænende Team, som også har mange andre enheder og medarbejdere under sig. Der er også bedre muligheder for opdyrkning af en fælles terapeutfaglig kultur i en organisation som GenoptræningsCentret, hvor terapeuterne udgør den faglige kerne og ikke et lille mindretal. Et eksempel er, at man i GenoptræningsCentret holder intern kollegial supervision: Hver anden uge bruger man en time på, at en terapeut fremlægger en problemstilling, en anden spørger nærmere ind til den, og de øvrige deltagere agerer reflekterende team. Der afholdes også ekstern supervision ved fx en neuropsykolog (1). Derudover er GenoptræningsCentret også praktiksted for ergoterapeuter.

Terapeuterne i begge enheder oplever, at det er u hensigtsmæssigt, at de er placeret i to forskellige kommunale organisationer, som de trænende terapeuter udtrykker det. Ud over de forskelligheder som terapeuterne oplever, betyder det også forskelle for borgerne. Fx er der fri kørsel til borgere, der trænes på GenoptræningsCentret, mens der ikke er det for borgere tilknyttet Det Trænende Team – med det resultat at mange borgere hellere vil trænes af GenoptræningsCentret end af Det Trænende Team, fordi transportomkostningerne ikke er helt ubetydelige for nogle af de ældre, der er tale om.

Udskillelsen af terapeuterne fra plejeområdet via dannelsen af en selvstændig træningsfaglig organisation med egen faglig ledelse har således været et væsentligt element i den udvikling, der er sket på området, og som har været karakteriseret af fagliggørelse og selvstændiggørelse. Vigtige elementer i denne proces har været så forskellige elementer som ICF, COPM, integration af terapeutstuderende og klinisk vejledning samt intern og ekstern supervision.

Fra genoptræning til rehabilitering: En fælles forståelse af faglighed via ICF og COPM

Udviklingen på træningsområdet har i høj grad været drevet fra GenoptræningsCentret. Med indførelsens begrebsmæssige rammer og værktøjer som ICF og COPM er der skabt en klar fælles faglighed, der kan beskrives som et skift fra genoptræning til rehabilitering. Lederne af GenoptræningsCentret ser dette skift som den største forandring, der er sket på træningsområdet:

”Den største forandring det er, at vi begyndte at lave rehabilitering og ikke bare genoptræning. Vi har fået en meget større bevidsthed omkring det arbejde, man laver som terapeut. Også en meget høj faglig bevidsthed. En stor kunst efter strukturreformen bliver at bevare den del af rehabilitering i forhold til de nye opgaver, for vi kommer til at få nogle rene genoptræningsopgaver igen” (ledende kommunal terapeut).

Udviklingen har været understøttet af aktiv brug og tilpasning af internationale koncepter i form af ICF og COPM. Koblingen mellem ICF og COPM er resultat af et lokalt udviklingsarbejde med en gennemgang af ca. 250 forløb. Da begge dele er så centrale for udviklingen på træningsområdet i kommunen, beskrives de her kort.

En ledende terapeut beskriver ICF som *”en samling af definitioner”*. Noget handler om *”omsorg for sig selv”*. Her beskrives fx morgenplejen, og herunder er der en præcis definition, der hedder *”at vaske sig”*, som er meget afgrænset og klart defineret. Det betyder, at ICF giver et præcist sprog til beskrivelse af funktionsnedsættelser. Graden af nedsættelse opgøres i % på en skala med fx 5-10 % nedsættelse, 10-25 % osv. Men som en ledende terapeut påpeger, er skalaen u hensigtsmæssig: *”Problemet er bare: 10-25 %, hvor meget er det? Det er der, kæden hopper af i forhold til ICF”* (ledende kommunal terapeut). Dette problem løses ved at bruge COPM til skalering i stedet for ICF. Koblingen mellem de to systemer er således, at ICF bruges til at indkredse de problemstillinger, som borgeren vil arbejde med på en meget præcis måde, mens COPM giver en skala, som er nært knyttet til borgernes egen vurdering af, hvad der er væsentligt. Som en af centrets ledere udtrykker det:

"Vi mener, at COPM er den rigtige måde at gøre det på. Det må være de mål, som borgerne selv har udpeget, de gerne vil arbejde med, og de problemer som de oplever, der er det væsentlige, og ikke fx en eller anden gangtest der kan måle, hvor hurtige er de nu blevet til at rejse sig eller sætte sig. Det er jo standardtests man bruger mange steder, ligegyldig om borgeren har det mål at kunne gå på trapper, så tester man dem alligevel i det. Og så er det min påstand, at det giver en tendens til, at det er det, man tilrettelægger træningen omkring. Det her med at 'nu skal du gå ti sekunder hurtigere, end du gjorde for tre måneder siden', frem for måske at kigge på, hvad er det for et hverdagsliv borgerne skal tilbage til: Hvordan skal de fungere, hvad er det for ønsker, de selv har til deres liv fremover?" (ledende kommunal terapeut, GenoptræningsCentret).

Her fremgår det tydeligt, at COPM er med til at give terapeuterne i GenoptræningsCentret en klar faglig identitet omkring deres lokalt udviklede forståelse af rehabilitering. Der lægges meget vægt på COPM's måde at inddrage borgernes perspektiv, og der tages i samme åndedrag også klart afstand til andre metoder til dokumentation af effekt, som anvendes i andre amter og kommuner, i form af standardtests af fx den tid det tager en person at rejse sig og gå en bestemt distance ("*timed up and go*") eller test af gangfunktion på trapper.

Brugen af internationale koncepter som ICF og COPM giver arbejdsformen i Fredericia en ekstern legitimitet i og med, at der bygges på andet og mere end egne lokale idéer, metoder og erfaringer. Som en ledende terapeut formulerer det, er ICF et klassifikationssystem, som WHO har udarbejdet, og desuden er det en klassifikation, som er i familie med ICD-10, som læger bruger til diagnosekodning. Både WHO og ICD-10 er legitimitetsskabende aktører på sundhedsområdet, og således har arbejdet med ICF og COPM givet en meget høj grad af faglig identitet for terapeuterne, som kun er blevet styrket af, at det var hele denne forståelsesramme, som senere kom til at danne grundlag for samarbejdsaftalen mellem Vejle Amt og samtlige kommuner i amtet – ikke bare Fredericia (se senere afsnit).

Standardisering og styring af træningsområdet

Via lovgivning og lokal styring af træningsområdet er det stillet krav om kvalitetsstandarder og specifikation af ydelse på træningsområdet. I Fredericia er disse krav håndteret via træningspakkerne, som udelukkende er en specifikation af en tidsramme og et helt overordnet formål (fx træning eller udredning). Andre kommuner har håndteret disse krav ved at lave standardforløb for bestemte diagnoser. Fredericia har imidlertid lavet en absolut minimumsmodel. Ved kun at specificere en tidsramme får terapeuterne den maksimale faglige frihed til at tilrettelægge og udføre træningsforløbene – samtidig med at man lever op til de formelle krav om kvalitetsstandarder og visitation til ydelser.

Begrundelsen for denne model skal igen findes i den forståelsesramme som ICF og COPM udgør: Det er ikke nedsættelse i funktionsevne eller diagnosen alene, der bestemmer, hvilken træning en borger skal have, men i stedet borgerens individuelle livssituation, som en ledende terapeut her forklarer:

"Når man taler om visitation til træningsydelser, kan man ikke sætte lighedstegn mellem en eller anden funktionsevne, en borger har, og et træningsniveau. Det er ikke det, der er bestemmende i forhold til den pakke, der visiteres til. Det er et helt andet helhedsbillede, der tegnes af en borger. Det kan være en yngre mand, der har fået en let hjerneskade, men skal tilbage på sit arbejde og fungere i sin familie. Han skal måske have en stor pakke. Så kan der være en gammel mand, som skal fungere i et plejecenter, og bor på plejehjem, og har en meget lille verden. Han får en lille pakke. Så funktionsevne alene kan ikke bruges til noget. Det er meget vigtigt at have for øje, når træningsydelser tildeles" (ledende kommunal terapeut).

Baggrunden for udarbejdelsen af pakkerne var en usikkerhed i kommunen i forbindelse med indførelsen af visitation, hvor GenoptræningsCentret's terapeuter ikke vidste, om de selv fortsat måtte visite-

re. Det viste sig, at de i første omgang beholdt visitationsretten, men tvivlen er med til at forklare, hvorfor man valgte et standardiseringsniveau, der var så lavt som overhovedet muligt, og som således overlod så høj en grad af faglig frihed til terapeuterne som muligt.

Samlet set er udviklingen på træningsområdet i Fredericia kommune stærkt præget af, at samlingen af terapeuterne i en fagligt ledet enhed har banet vejen for en markant faglig udvikling, hvor anerkendte internationale systemer og metoder er blevet tilpasset og implementeret lokalt og senere udbredt som overordnet ramme for det amtslige/kommunale samarbejde i hele amtet. Det har givet en stærk faglig identitetsfølelse i den ene del af terapeutmiljøet, som er samlet i GenoptræningsCentret, mens den resterende del, som stadig er placeret decentralt i plejesystemet, ikke oplever samme faglige identitet.

4.2 Træningsområdet i Vejle Amt

I Vejle Amt var der i sygehusvæsenet ansat ca. 101 terapeuter fordelt på 67 fysioterapeuter og 34 ergoterapeuter. Derudover var der i alt små 34 ledere og undervisere samt 13 øvrige medarbejdere (sekretærer, sosu-assistenters og portører, mv.) (7).²⁶ Terapeuterne var organiseret i afdelinger med terapeutfaglig ledelse på hver af amtets tre sygehuse, som hver dækker over to matrikler: Brædstrup-Horsens, Vejle-Give og Fredericia-Kolding. Fredericia Kommune ligger i optageområdet for Sygehuset i Fredericia-Kolding, som derfor er i fokus i denne analyse.

4.2.1 Visitation og regimer

Henvendelserne til terapeuterne kommer i form af rekvisitioner fra andre områder og afdelinger, og primært som følge af standardiserede patientforløb der indeholder genoptræning, fx efter bestemte operationer eller specifikke diagnoser. Sådanne idealforløb kaldes også regimer, og de er diagnosespecifikke.

I tillæg til denne form for standardrekvisitioner af træning eksisterer også en forholdsvis ny praksis på det medicinske område, hvor terapeuter er med til at screene medicinske patienter, og, i de tilfælde hvor de også selv vurderer, at der er behov, ligeledes træner patienterne for at mindske eller helt undgå funktionstab som følge af indlæggelse. I denne funktion er terapeuterne således med til at visitere til egne ydelser, og her handler det mere om funktionsniveau end om diagnosespecifikke regimer (interview med ledende samt trænende kommunale terapeuter).

De diagnosespecifikke regimer fungerer i praksis som en art kvalitetsstandarder, der beskriver genoptræningsindsatsen i forbindelse med bestemte funktionsnedsættelser.

4.2.2 Dokumentation og registrering

Terapeuterne anvender en bred vifte af standardiserede tests og undersøgelsesredskaber i deres arbejde, inkl. COPM i kombination med ICF.

For indlagte patienter dokumenteres træningsforløbet samt testresultater i en elektronisk patientjournal (EPJ). For ambulante patienter registrerer terapeuterne i EPJ i tilknytning til lægekontroller og ellers efter behov. Derudover registrerer terapeuterne al behandling og genoptræning i Landspatientregisteret i form af SKS-koder.

²⁶ Stillingerne er opgjort i brutto basisstillinger svarende til 1924 timer/år. Oplysningerne stammer fra opgørelser i forbindelse med udflytningen pr. 1/6 2005 (7).

4.2.3 Udvikling af træningsområdet i Vejle Amt

Udviklingen på træningsområdet i sygehusregi er præget af de generelle udviklingstræk for hele sekundærsektoren: Standardisering af forløb og kortere indlæggelsestider samt et øget fokus på dokumentation.

Standardisering og harmonisering

Gennem de sidste 10 år er der foregået en løbende harmoniseringsproces, hvor terapeuter på tværs af de forskellige sygehusmatrikler har forsøgt at ensrette tilbud og træningsniveau ved at definere bestemte træningsregimer til forskellige patientgrupper. Men de interviewede ledere på genoptræningsområdet oplever to faktorer, som på hver sin vis hæmmer harmoniseringsarbejdet: Decentral økonomistyring og lægernes individuelle ordinationsret.

Det enkelte sygehus har ret til at prioritere sine egne ressourcer. Det betyder, at sygehusene ikke afsætter de samme ressourcer²⁷ til træningsområdet, og dermed ikke kan levere det samme niveau af træning.

Lægerne udgør en anden barriere for terapeuternes forsøg på harmonisering:

”Det svære spil er, at lægerne er meget individuelle. De har aftaler indbyrdes om, hvilke tilbud fx en hoftealloplastik skal have, og det kan de også være nogenlunde enige om på amtsplan. Men læger er individualister, og så ordinerer de alligevel noget andet på trods af aftalerne. Vi har forsøgt at harmonisere, men bliver hele tiden påvirket af lægernes individuelle ordinationer, som vi selvfølgelig går i dialog med” (ledende hospitalsterapeut).

Standardiseringspresset kommer således fra terapeuterne selv, men de oplever ydre faktorer, som gør det svært at gennemføre i praksis.

Terapeuternes arbejde har i de senere år ændret sig fra overvejende at være behandling til at være genoptræning, rådgivning og instruktion i egentræning. Dette skyldes bl.a. de kortere indlæggelsestider, hvor patienterne ikke er færdigtrænede, når de udskrives. I stedet for instrueres de i, hvordan de selv kan træne. Dette betyder, at terapeuterne ikke har samme grad af kontrol og direkte styring med træningen, idet instruktion til fx egentræning ikke på samme måde sikrer, at træningen udføres.

Mere dokumentation – mere synlighed

De kortere patientforløb er ikke eneste årsag til, at terapeuterne oplever, at de bruger mindre tid på direkte træning af patienter. En anden årsag er, at der går mere tid med dokumentation:

”Der var meget mere patientbehandling tidligere. I dag oplever jeg, at der er meget mere arbejde ved computeren. Hver gang jeg skal lave noget, skal jeg ind og skrive bagefter, læse og dokumentere” (hospitalsterapeut).

Den øgede dokumentation er et led i en mere fundamental ændring af professionen. Sammenligner man med fx læger, så er dokumentation af undersøgelser og behandling i journalen ikke en opgave, som betegnes som værende 'administrativ' eller på anden måde værende i modsætning til patientar-

²⁷ Specielt de trænende terapeuter på sygehusniveau giver i interviewet udtryk for, at de har oplevet besparelser og deraf følgende nedskæringer. Det skal dog bemærkes, at den samlede udvikling i antallet af stillinger fra 2002-2006 ikke er kendt. I denne periode har den ledende terapeut på Sygehuset i Fredericia-Kolding oplevet, at det er "strammet til økonomisk". Hun har i denne periode "afviklet 10 stillinger", alle ved naturlig afgang. Samtidig er der blevet tilført nye ressourcer til øremærkede projekter som fx screening af medicinske patienter eller følge-hjem projekter. Forud herfor blev der imidlertid i perioden 1996-2002 tilført i alt 10,32 fuldtidsstillinger fordelt på samtlige matrikler med undtagelse af Vejle Sygehus, hvor der er blevet 0,81 stilling mindre i perioden (8, s.12 samt egne beregninger) og (Supplerende telefoninterview med ledende sygehuseterapeut, 7. august, 2008).

bejdet. Det er en helt integreret del af patientarbejdet at diktere til journal. Andre sundhedsfaglige som fx sygeplejersker og terapeuter er senere kommet i gang med at gøre dokumentation til en integreret del af den faglige praksis, og ikke blot et spørgsmål om øget administration til glæde og gavn for andre end terapeuter og patienter.

Men terapeuterne ser ikke kun ulemper. De er også bevidste om, at den øgede dokumentation af deres indsats har haft positive konsekvenser. Som en terapeut udtrykker det: *"Dokumentationen har også gjort os meget mere synlige og skarpe, og vi er meget mere med på banen"*.

4.3 Snitflader og samarbejde mellem kommunen og amtet

Udviklingen i samarbejdet mellem kommune og amt er her beskrevet med udgangspunkt i en tematisk analyse af centrale dokumenter, som er resultaterne af de forsøg, der gennem godt 10 år er gjort for at forbedre samarbejdet mellem sektorerne.

4.3.1 Temaplanen *"Mellem to stole"* (1997)

Genoptræningsområdet var ét blandt flere områder i Vejle Amts sundhedsplan for 1998-2001. En arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra kommuner og amt, samt faglige repræsentanter for terapeuter, læger, psykologer, sygeplejersker og hjemmeplejen, udarbejdede en såkaldt temaplan med den sigende titel *"Mellem to Stole"* (6).²⁸

Temaplanen peger på, at det særligt er efter udskrivning og overgang fra sygehus til kommune, at der opstår et såkaldt *"afgrænsningsproblem"* med hensyn til, hvem der har hvilket ansvar i forhold til træning. Temaplanen indeholder forslag til arbejdsdeling mellem sektorerne, hvor *"Sygehusene skal varetage den intensive specialiserede træning, indtil det terapeutmæssigt fagligt vurderes, at patienten kan overgå til andet regi"*; og primærsektoren skal *"varetage den generelle træning med udgangspunkt i træningsplanen fra sygehuset"*. En forudsætning for denne arbejdsdeling er således, at der i sygehusregi udarbejdes *"en standardiseret status og træningsplan for patienterne"*. En anden forudsætning er, at der er enighed om, hvornår en patient er færdigbehandlet i sygehusregi, og at der således *"arbejdes ud fra en fælles definition af, hvornår borgeren er færdigbehandlet lægeligt, plejemæssigt og træningsmæssigt"* (6, s.21f).

4.3.2 Statusrapport for genoptræningsområdet i Vejle Amt (2002)

I forbindelse med implementeringen af lov om genoptræningsplaner blev der udarbejdet en statusrapport for genoptræningsområdet i Vejle Amt (8). Som temaplanen viste, havde man i Vejle Amt arbejdet med træningsplaner længe før de blev lovpligtige. Alligevel må statusrapporten i 2002 konkludere, at forudsætningerne i temaplanen fra 1997 ikke var blevet virkeliggjort:

"To væsentlige områder i temaplanens forudsætninger for træningsindsats, og som også indgår i den nye lov om genoptræningsplaner, er ikke gennemført. Det drejer sig om udarbejdelsen af en træningsplan ved udskrivelse fra sygehus samt en fælles opfattelse af at være færdigbehandlet" (8, s.4).

I Vejle ved man således på dette tidspunkt godt, at det ikke er nok med et krav om træningsplaner – der skal mere til:

²⁸ I øvrigt samme titel som Sundhedsministeriets temaoplæg fra 1994 om netop gråzoneproblemerne på træningsområdet tværsektorielt set.

"Erfaringerne med implementeringen af temaplanen 'Mellem to stole' har vist, at det er vigtigt, at der bliver afsat tid og ressourcer til indførelse af loven om genoptræningsplaner for at opnå den ønskede effekt" (8, s.5).

Statusrapporten viser desuden, at der er store forskelle på den træning, der tilbydes både sygehusene imellem og kommunerne imellem.

For at sikre en mere ensartet og entydig opgavedeling sektorerne imellem udarbejdede man i statusrapporten en model over grænsefladen, som tager udgangspunkt i to faktorer: træningsbehovet (svær, middelsvær eller let) og den tidsmæssige tyngde (5, 3 eller 1-2 gange ugentligt). Figuren er gengivet herunder, sammen med den forklarende tekst.

Figur 4.2 Illustration af snitfladen mellem kommunal og hospitalstræning i Vejle Amt.

Træningsbehov	Svær	Middelsvær	Let	Tid i primær sektor
Tidstyngde i sygehusregi				
5 x Ugen				Hos prakt. fysioterapeut eller i kommunalt regi Individuel vurdering.
3 x Ugen				
1-2 x Ugen				

Original figurtekst: "Figurens venstre side skal hovedsagelig betragtes som en guide til sygehusene, og ikke som en anvisning for antal gange om ugen en patient i primær sektor skal trænes. Højre siden omfatter både praktiserende fysioterapeuter og træning i kommunal sektor, hvor den individuelle vurdering lægges til grund for, hvor patienten skal trænes, hvor meget og af hvem. Det diagonale midterfelt tilkendegiver, at der altid vil være en gråzone, hvor det vil være individuelle skøn, der bestemmer, hvor patienten skal genoptrænes eller vedligeholdelsestrænes" (8, s.29).

I Vejle Amt forsøgte man sig således allerede på dette tidspunkt med en model, som ikke tog afsæt i lovgivningens begreber om 'vedligeholdelse' og 'genoptræning' som grundlag for arbejdsdelingen mellem sygehuse og kommuner. Udgangspunktet i modellen er sværhedsgrad og tyngde.

4.3.3 "Samarbejde om træning og træningsplaner på sygehuse og primær sektor i Vejle Amt" (2003)

Statusrapporten i 2002 leder frem til en ny samarbejdsaftale på træningsområdet, og året efter udkommer en fælles håndbog for sundhedspersonalet i begge sektorer om samarbejdet mellem sygehusene og primærsektoren på træningsområdet (9). Håndbogen beskriver arbejdsdelingen imellem kommune og sygehus med udgangspunkt i ICF-klassifikationen – ikke med udgangspunkt i den model statusrapporten året forinden var kommet frem til (og som er vist herover). Sygehusets opgave er nu at træne i den akutte fase, indtil patienten er stabiliseret, og fungerer så optimalt som muligt i forhold til basale *kropslige* færdigheder. Hvis der herefter kun er behov for træningstiltag i forhold til de rent kropslige og fysiske færdigheder, trænes patienten færdig på sygehus. Hvis patienten derimod har behov for hjælp og støtte til at genoptage *aktiviteter* i forhold til dagligdagen og omgivelserne, overgår træningen til kommunerne. Med andre ord overgår en træningsopgave til kommunen, når *"fokus skifter fra det kropslige niveau, til hvordan patienten fungerer i sin dagligdag"*(1).

"Der er mere end muskler og led i verden": ICF som fælles sprog

Både fra amtets side og fra kommunernes side gives der i interviewene udtryk for, at arbejdsdelingen med udgangspunkt i ICF fungerer godt i praksis. Flere giver udtryk for, at det er svært at skelne mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning, mens det derimod er nemmere og mere operationelt for terapeuterne at skelne mellem isoleret fysisk træning på kropsligt niveau, og træning der har til formål at gøre borgere i stand til at få hverdagslivet til at fungere igen. I kommunen oplever man, at anvendelsen af ICF som overordnet forståelsesramme for arbejdsdelingen mellem kommune og amt har begrænset gråzonen imellem dem betydeligt (1). Arbejdsdelingen mellem sektorerne illustreres således i samarbejdsaftalen fra 2003:

Figur 4.3 Illustration af arbejdsdelingen mellem sektorerne, 2003.

Træningsintensitet		Træningsbehov		
		Kropsniveau	Aktivitet	Deltagelse
5 x Ugentligt	Amtet	Kommunen		
3 x Ugentligt				
1-2 x Ugentligt				

Original figurtitel: Beskrivelse af opgavefordelingen mellem amtet og kommunen ved en træningsindsats – udtrykt ved ICF's begrebsramme (9, s.3.3).

Figuren ligner den tidligere model fra statusrapporten (afbildet s. 16), men de noget diffuse begreber svær, middelsvær og let er nu erstattet med ICF-klassifikationens begreber: krop, aktivitet (i hverdagen) og deltagelse (i socialt liv). I den arbejdsdeling, som figuren illustrerer, ligger snitfladen mellem sektorerne i "krydset" omkring aktiviteter. Ledere i kommunen såvel som på sygehusene beskriver, at sygehusene også har nogen træning i helt basale aktiviteter, som fx at kunne vende sig i sengen, badeværelsestræning og køkkentræning. Som en træningsleder fra sygehussektoren udtrykker det:

"Det er i aktivitetsdelen, at man kan sige, at der er et overlap mellem sygehuse og kommune. Men der er alligevel mening i det, for aktivitetsdelen på sygehuset foregår – også ifølge ICF – i standardiserede omgivelser, og det er det, vi gør i terapierne. Skellet ligger der, hvor man kan se, at for at komme videre så har patienten brug for at komme hjem i egne omgivelser og lave daglige aktiviteter på en naturlig måde. Man forsøger på sygehuset så langt hen, man kan. Men når man kan se, at nu sker der ikke et skred mere, så lader vi dem gå over til kommunen, og de laver daglige aktiviteter med dem" (ledende hospitalsterapeut).

Det er værd at bemærke, at dette snit forudsætter, at kommunen ikke blot fortsætter træningen i andre standardiserede omgivelser, men at den rent faktisk formår at få træningen ud i det hverdagsliv, som borgeren skal kunne genoptage.

At det er lykkedes at foretage en arbejdsdeling imellem amt og kommune, som fungerer i praksis, synes i høj grad at være faciliteret af, at den er udarbejdet med udgangspunkt i ICF-klassifikationen, og at der er brugt både tid og ressourcer på at implementere tankegangen bag. Interviewpersoner i begge sektorer henviser til, at ICF har haft betydning for udveksling af informationer imellem de to

sektorer. Indførelse af ICF har således efter en ledende hospitalsterapeuts mening styrket samarbejdet imellem de to sektorer, bl.a. fordi de nu taler samme sprog: *“Det at have et fælles sprog er altafgørende”*.

Lovens begreber som problem – ICF's begreber som løsning

Ideen til at bruge ICF som grundlaget for fastlæggelsen af snitfladen mellem hospital og kommune på træningsområdet i Vejle Amt kom fra terapeuterne på GenoptræningsCentret i Fredericia Kommune.²⁹ Et første udkast til en samarbejdsaftale blev sendt i høring, og afstedkom et kritisk høringssvar fra ledelsen på GenoptræningsCentret i Fredericia, idet udkastet havde anvendt lovgivningens begreber som udgangspunkt for arbejdsdelingen, som en ledende kommunal terapeut her forklarer:

“De havde brugt de definitioner, der er i lovgivningen, som laver et snit mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning, og det er lige så problematisk, som behandling og genoptræning er i dag. Da vi fik talt mere om det, kunne man se, at det her måske var årsagen til, at der har været gråzone på området, fordi man har brugt nogle begreber, der ikke kan anvendes i praksis. Det var grundlaget for, at man havde lyst til at kigge på en anden begrebsramme for en arbejdsdeling” (ledende kommunal terapeut, GenoptræningsCentret).

Terapeuterne i Vejle Amt kunne også se, at det var problematisk:

“Umiddelbart kan det jo lyde besnærende: Genoptræning og vedligehold. Men går man ind og kigger på den enkelte patient, så kan man ikke sige, hvornår overgangen sker – der er ingen skarp linje. Noget af den træning, der foregår, er vedligeholdelse af nogen funktioner, og noget af det er genoptræning. Så vi kunne se, at ved at man havde skelnet sådan centralt, så dannede det faktisk meget større problemer. Det var en sondring, som reelt ikke kunne bruges. Og det var vi egentlig enige om [i amt og kommune]. Og det var der, vi tog et banebrydende skridt: Nu har vi gennem mange år talt om genoptræning og vedligeholdelsestræning, og det giver kun en gråzone, for man kan ikke sige, hvornår man går fra det ene til det andet. Og så tog vi en internationalt anerkendt model fra WHO: ICF, og lagde ned over det. Og vi mener, at vi fik et system, der har været fremragende og velfungerende for os” (ledende hospitalsterapeut).

Der var således en klar fælles forståelse af, at man lokalt havde fundet en bedre løsning på grænse-dragningen mellem sektorerne, end der var lagt op til fra centralt hold. Men samtidig pointeres det klart, at der ikke er tale om nogen tilfældig lokal arbejdsdeling i og med, at det understreges, at ICF er både international og også anerkendt i Danmark. Man søger med andre ord at skabe international legitimitet omkring en lokal løsning, som ikke har formel national legitimitet, fordi lovgrundlaget bruger andre begreber.

Men brugen af ICF i stedet for lovgivningens begreber er ikke bare et spørgsmål om at finde begreber, som letter arbejdsdelingen for terapeuterne. Der rejses også en mere værdiladet kritik af lovens begreber:

“Vi gør op med, at der er genoptræning og vedligeholdelsestræning. Ordet ‘vedligeholdelse’ kan jeg ikke lide, for det sender et signal om, at når man er nået dertil, så kan man ikke komme længere – og det er langt fra tilfældet. Fx hjerneblødningspatienter, de vil udvikle sig over mange år. Det er meget bedre at skelne mellem, at nu har vi træning i nogen standardiserede omgivelser, og så skal man bagefter ud og træne i eget hjem. Og så begynder der at ske en udvikling med patienten. Det er vigtigt, at borgeren ikke er låst fast i, at det her er vedligeholdelsestræning, og nu kan det ikke blive bedre” (ledende hospitalsterapeut).

²⁹ Dette både ifølge de interviewede ledere / nøglepersoner på træningsområdet i Vejle Amt og i Fredericia Kommune.

Det daglige samarbejde mellem amt og kommune på basis af ICF

ICF har haft betydning for samarbejdet mellem sektorerne. Blandt andet har fremhævelsen af "aktiviteter og deltagelse" haft betydning for sygehusenes perspektiv på træningsopgaven, mener en amtslig nøgleperson på træningsområdet:

"Sygehusene er måske blevet bevidste om, at der er mere i verden end muskler og led. Der er en hverdag, som patienterne skal tilbage til, og kan de nu klare sig uden hjælp i den forbindelse? De er begyndt at tænke det skridt længere. Så mere end en opgaveglidning har aftalen skabt en bevidsthed om en opgave, der skulle løftes i kommunerne. Sygehuset skal tænke ud i kommunen. Det er så væsentligt, og det har den samarbejdsaftale sikret. Vi har været glade for, at der er kommet flere [genoptræningsplaner], for vi mener jo, at det er de rigtige mennesker, vi har givet hjælp. Det er dem, der virkelig har et stort behov, og som givetvis trækker på andre ydelser i kommunen. Vi tror, at det betaler sig at tage os af lige præcis den målgruppe" (amtslig nøgleperson).

Også de kommunale terapeuter ser vigtigheden af, at sygehusene forholder sig til patienternes hverdag. Tre terapeuter fra kommunen fortæller i fællesskab denne historie for at illustrere arbejdsdelingen såvel som perspektivforskellene mellem sygehus og kommune:

"Det er vigtigt at erkende den kompleksitet, der kan være, når man er en ældre kvinde på 78: Så har man altså ikke bare et hoftebrud. Så har man ofte tre andre diagnoser, og der er tit mange piller i pilleglaset. Der er rigtig mange ting, som man skal have taget med i sine overvejelser. Der kan også være en masse angst for at gå i stå i sin hverdag. Der er nogle af dem, vi tager ind her, som jo netop er dem, hvor man ville sige på sygehuset, at vedkommende er færdigtrænet, og nu kan hun komme ud og klare sig selv. Så kommer de ud i kommunen, og så viser det sig, at det kan godt være, hun er kropsligt færdigtrænet, men nu er hun lige pludselig blevet bange for at falde, så nu tør hun ikke at gå ned i Netto mere. Hun tager heller ikke trappen mere, fordi hun nu er blevet bange. Og så skal der lige et skub til, ellers sidder hun bare hjemme, og så bliver der noget depressivt i det også, for nu sidder hun pludselig bare i sin lejlighed, og kommer ikke ud af den. Og så begynder der måske at komme lungebetændelse til og alt mulig andet, fordi hun ikke får bevæget sig, og hun har mistet appetitten. Og vi ser tit, at de der lidt ældre damer, som er blevet lidt skrøbelige efter alt det, der nu er sket dem, de har også en tendens til at lade hjemmeplejen overtage hele deres liv. Og hjemmeplejen de har jo det store hjerte, så de gør det jo tit, fordi de jo gerne vil hjælpe den her gamle dame, som nu sidder der og hoster, og er bange for at gå ud til køleskabet" (kommunal terapeut, GenoptræningsCentret).

Det er det, terapeuterne omtaler som "et skub til", der kan sikre genoptagelse af aktiviteter og deltagelse i hverdagen, som er træningscentrets opgave. ICF-fundamentet for arbejdsdelingen skal således være med til at sikre, at sygehusene får øje på, at overgangen fra trygt træningsmiljø på et sygehus til at gå ned ad trapperne hjemme i opgangen og hen og handle i Netto, ikke altid forløber uproblematisk.

Det er dog tydeligt, at selvom hospitalsterapeuterne også generelt udtrykker sig positivt i relation til den nye ICF-baserede samarbejdsaftale, så finder de det ikke helt så uproblematisk at foretage et skel mellem de tre niveauer (krop, aktivitet og deltagelse), som de kommunale terapeuter gør.

Den fælles forståelse af snitfladen imellem sygehusopgaver og kommunale opgaver betyder dog, at der generelt er stor tilfredshed med samarbejdet de to sektorer imellem. De kommunale terapeuter udtrykker således tilfredshed med, at sygehusets terapeuter ved, hvor langt de skal gå, og hvornår kommunen skal tage over.

Med de mange roser til samarbejdsaftalen og dens snitflade in mente, er det dog væsentligt at huske på, at det ikke blot er papirer, men processen som har skabt samarbejdet. I processen har aktører på hver sin side af sektorgrænsen lært hinanden at kende, og derfor kan en af lederne i Genoptrænings-Centret konkludere:

"En del af denne samarbejdsaftale har jo været meget mere, end det skriftlige materiale: Den har betydet, at man har kontaktet hinanden meget mere end tidligere" (ledende kommunal terapeut).

Og de trænende terapeuter i kommunen bekræfter det:

"Ingenting erstatter jo en god telefonsamtale. Så hvis der er nogen uklarhed omkring, er det en borger, der skal ud omkring os? Jamen så tager vi jo en drøftelse om det over telefonen, og får vendt de mest væsentlige ting" (kommunal terapeut, GenoptræningsCentret).

Terapeuterne i begge sektorer lægger således vægt på, at den telefoniske kontakt imellem terapeuterne er vigtig for overleveringen af patienten.

Økonomisk samarbejdsaftale med kommunerne

Som led i samarbejdsaftalen fra 2003 (9) blev der ud over indførelse af ICF indgået en aftale om økonomisk kompensation til kommuner, der udførte amtslige opgaver (9;10). Aftalen rettede sig mod demente og konfuse ældre med knoglebrud. Den fysiske optræning af disse patienter er en amtslig opgave, men det blev vurderet, at træningen af disse patienter mest hensigtsmæssigt kunne foregå i hjemmet. Begrundelsen for aftalen – og for den valgte målgruppe – var, at kommunerne oplevede, at mange af disse borgere ikke blev trænet ordentligt, og dermed blev tabt af sygehusene. På sygehuset oplevede de på den anden side, at de ikke kunne komme igennem med træning til denne gruppe:

"Når de var indlagt, kunne de ikke finde ud af at træne – og de blev sendt hjem. Men vi var enige om, at de også havde krav på et træningstilbud – derfor ville vi prøve at gøre det derhjemme" (ledende hospitalsterapeut).

Alle kommuner i amtet endte med at tilsluttede sig aftalen. Aftalen går ud på, at sygehuset kan rette henvendelse til kommunen, når en patient ligger indenfor målgruppen. Kommunen udfører herefter træningsopgaven, og sender bagefter et aftale- og afregningsskema med oplysninger om diagnose, den anvendte tid og resultatet af træningsindsatsen. Kommunerne modtog et beløb på 540 kr. pr. træningstime (2004 P/L), inden for en fastlagt ramme på fem timer pr. patient, som dog kunne afviges.

Ifølge en evaluering af aftalen (10), der dækker to perioder mellem september 2004 frem til september 2006, fremgår det, at spredningen på tidsforbruget pr. trænet patient i kommunerne er stort, men at gennemsnittet i begge evalueringsperioder blev 5,3 timer – altså lidt højere end rammen på de fem timer. Til gengæld var der færre patienter end anslået: Oprindeligt regnede man med 100 patienter om året inden for rammen af aftalen. Imidlertid udgjorde antallet af kommunalt trænede patienter i det første år kun ca. halvdelen af de anslåede, og i det andet år ca. 2/3.

I Fredericia Kommune har det primært været Det Trænende Team, der har trænet sygehuspatienter indenfor aftalen, fordi langt de fleste borgere i aftalens målgruppe – demente og konfuse borgere med knoglebrud – er borgere i Det Trænende Teams målgruppe. Men det har ikke betydet nogen væsentlig forøgelse af antallet af patienter, oplever Det Trænende Team, idet de aldrig har haft mere end 3-4 af disse sygehuspatienter ad gangen. Evalueringen viser således også, at Fredericia Kommune i 2004/5 kun havde to patienter, mens tallet i 2005/6 steg til 11.

4.3.4 De privatpraktiserende fysioterapeuters rolle på genoptræningsområdet

I samarbejdsaftalen fra 2003 (9) indgik også, at sygehusene i vidt omfang henviste patienter med behov for yderligere genoptræning efter sygehusbehandling til videre genoptræning hos privatpraktiserende fysioterapeuter. De praktiserende fysioterapeuter blev betalt gennem sygesikringstilskud og patienternes egenbetaling. Denne praksis er en gammel tradition i amtet, hvor man allerede i den første temaplan fra 1997 finder denne arbejdsdeling omkring patienter udskrevet fra sygehus med et træningsbehov:

"Når der er behov for supplerende af træningen, fx en mere intensiv behandling af enkelte optræningsproblemer eller en smerte- eller bløddelsbehandling, foregår denne ved en praktiserende fysioterapeut. I nogle tilfælde vil den udvidede vederlagsfrie fysioterapiordning være velegnet herfor. (...) Patienter henvist fra sygehuset, som ikke ønsker eller ikke har behov for dagcenterkontakt, bliver henvist til praktiserende fysioterapeuter" (6, s.23).

Det er således en bevidst strategi at inddrage praksissektoren i træningsområdet, for at sygehusene kan prioritere det mere specialiserede:

"Ved at lade praksissektoren overtage den bedst fungerende fjerdedel af de patienter, der trænes ambulant på sygehusene, vil terapierne på sygehusene blive aflastet til fordel for de mere tunge patienter, hvor der ofte er større behov for specialviden samt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med primærsektoren" (8, s.28).

I forbindelse med statusrapporten i 2002 blev det desuden klart, at der var store forskelle på, hvor meget sygehusene henviste til praktiserende terapeuter. De patienter, som primært blev trænet i praksissektoren, var ortopædiske frakturpatienter, opererede patienter (knæ, hofte, skulder, ryg/nakke) og medicinske/neurologiske patienter (apopleksier, sclerose, Parkinson, polio, gigt og lammede). Tendensen var, at det primært var de patienter, som havde ret til vederlagsfri fysioterapi, som blev henvist til praksissektoren.

Imidlertid opstod der et problem, da Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2004 udsendte en "Vejledning om træning i amter og kommuner", som gjorde det klart, at denne praksis var imod reglerne, idet genoptræning for det første skal være vederlagsfri for borgeren, og for det andet skal være en del af sygehusbehandlingen – og derfor ikke kan overgå til praksissektoren. Amtet indgik derfor en aftale i 2006 med de praktiserende fysioterapeuter om løsning af denne træningsopgave frem til Strukturreformen, hvor opgaven overgår til kommunerne (11;12). Ifølge aftalen får de praktiserende det fulde honorar, men beløbet udbetales udenfor sygesikringsregi. Hele honoraret betales af amtet, mens den egenbetaling, der normalt finder sted, falder væk.

Det skønnedes, at den genoptræning, der hidtil blev varetaget af praktiserende fysioterapeuter, på årsbasis svarer til en sygesikringsudgift på knap 9 mio. kr. – hvilket svarer til ca. 16 % af de samlede udgifter til den fysioterapeutiske praksissektor i amtet. Hertil kommer den udgift, som hidtil er betalt af patienterne selv, hvilket anslås til ca. 1,544 mio. kr. årligt (11).

4.3.5 Genoptræningsplaner

Startskuddet til den proces, som kom til at indeholde såvel statusopgørelsen på træningsområdet i Vejle Amt fra 2002 (8) som samarbejdsaftale året efter (9), var lov om genoptræningsplaner fra 2001 (13) samt loven fra 2000 om kommunal genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom (14). Som et led i arbejdet med håndbogen "Samarbejde om træning og træningsplaner" (9) blev der udarbejdet en skabelon for udformningen af de træningsplaner, som sygehuset ifølge loven skulle udarbejde ved udskrivningen. Skabelonens udformning afspejler ICF klassifikationens perspektiv på patientens situation.

Ifølge Lov om genoptræningsplaner er udgangspunktet, at det er en lægefaglig vurdering, om patienten har et genoptræningsbehov – ikke en terapeutfaglig. I Vejle Amt besluttede man imidlertid fra starten at *“decentralisere genoptræningsplanerne”*, som en ledende hospitalsterapeut formulerer det, så terapeuterne udarbejder dem, men lægerne godkender – med den begrundelse at lægerne ikke har tid og indsigt i det.

Genoptræningsplanerne opfylder flere funktioner. Terapeuter på sygehuset peger på, at de udover at være et visitationspapir også er en beskrivelse af patientens status, samt et dokument til patienten. Flere af de kommunale terapeuter oplyser, at de har stor nytte af genoptræningsplanen netop på grund af dens udformning. Terapeuterne i Det Trænende Team, som træner de mest tunge patienter, er dog mindre begejstrede og mener ikke, at planerne er den store hjælp. Det er sjældent, at de er fyldestgørende, og nogle gange er de mål, der opstilles, helt urealistiske.

Begge ledere af den kommunale træning peger på, at planerne i sig selv har betydet meget lidt for indholdet i selve træningsforløbene. Derimod har det betydet noget for mængden af træningsforløb, at træningsplanerne og samarbejdsaftalen – begge bygget på et ICF-fundament – er kommet til: I kommunen har de ledende terapeuter oplevet en stigning i antallet af genoptræningsplaner efter samarbejdsaftalens implementering, som har afstedkommet, at alle terapeuter har været på temadage om bl.a. ICF, aftalen og de nye snitflader omkring krop, aktivitet og deltagelse.

Hospitalsterapeuterne peger imidlertid på, at træningsplanerne også har medvirket til at ændre kommunikationen med kommunerne. En hospitalsterapeut beskriver samarbejdet med en stor kommune i amtet:

“Kommunikationen har forandret sig. I starten var det jo tit sådan, at vi ringede ud og kunne snakke om det [træningen]. Og så sendte vi nogle gange status, og andre gange gjorde vi ikke, hvis det var en forholdsvis enkel sag. Så kom træningsplanerne ind, og så blev det i en periode sådan, at vi ringede og spurgte, hvad de havde af tilbud, og så skrev vi genoptræningsplanen, og så sendte vi det ud. Men så sagde kommunerne, ‘Vi er egentlig ikke så interesseret i, at I ringer mere, fordi I sandsynligvis ikke kommer til at snakke med den terapeut, som kommer ud til patienten’, så derfor sendte vi kun træningsplanen ud. Så til sidst sendte vi dem bare af sted uden at vide, hvad der skete” (hospitalsterapeut).

“Hvis man kigger over tid, er det blevet sværere og sværere at få fat i folk ude i kommunen. Telefontiderne er blevet mindre, og til sidst endte det med mail. Jeg kan godt forstå, de gerne vil have det på skrift. Ulempen er, når vi ikke rigtig får et svar tilbage om, at det er modtaget. Så nogen gange føler jeg, at vi sender patienten ud i det blå. Vi skriver derfor til patienten, at hvis du ikke har hørt fra kommunen indenfor 10 dage, så har du her et telefonnummer, du kan ringe på. Dette er efter aftale med kommunen. De har været svære at få fat i i telefontiden, fordi den ofte ligger i træningstiden” (hospitalsterapeut).

Introduktionen af træningsplaner medfører en standardiseret skriftliggørelse af samarbejdet. Hvis der i forvejen ikke er nogen kontakt, vil planerne ubetinget være et fremskridt, der styrker kommunikationen og samarbejdet. Men er der i forvejen en anden form for samarbejdspraksis, der er mere baseret på direkte mundtlig kommunikation, så oplever hospitalsterapeuterne, at de formaliserede planer kan svække den kommunikation af anden karakter, som der var i forvejen. Hertil kommer, at indførelsen af kommunal visitation betyder, at der er flere terapeuter inde over, og derfor er det ikke så let at finde frem til rette vedkommende. Billedet af, at planerne styrker samarbejdet og kommunikationen, er derfor ikke helt entydigt i Vejle Amt.

Det er dog væsentligt at bemærke, at sygehusenes terapeuter oplever meget store forskelle mellem kommunerne. Specifikt peger de på, at samarbejdet med Fredericia Kommune er godt, hvilket kan

forklare, at de kommunale terapeuter i denne undersøgelse generelt er mere positive omkring det tværsektorielle samarbejde end hospitalsterapeuterne, idet sidstnævnte skal samarbejde med mange kommuner. Allerede statusrapporten fra 2002 om genoptræningsområdet i hele Vejle Amt konkluderede følgende om samarbejdet mellem Fredericia Kommune og Sygehus:

"Generelt fungerer samarbejdet på genoptræningsområdet tilsyneladende bedst mellem Fredericia Sygehus og Fredericia Kommune. Dette skyldes formentlig, at temaplanen "Mellem to stole" blev implementeret i forbindelse med projektet "Samarbejde om genoptræning til ældre borgere i Fredericia 1995-98". Gennem dette projekt blev der fokuseret på intra- og interpersonelle elementer i træningssamarbejdet. (...) Det er bemærkelsesværdigt, at Fredericia Sygehus er det sygehus i amtet, som har den laveste normering af terapeuter i forhold til antallet af patienter, og hvor forudsætningerne for træningsindsatsen³⁰ også er bedst opfyldt. Dette forhold dokumenterer vigtigheden af at afsætte tid og ressourcer til implementering af nye værdier og retningslinjer som fx "Mellem to stole" og "Loven om genoptræningsplaner" (8, s.16).

Statusopgørelsen peger her på, at konsekvenserne af nye tiltag ikke blot er en direkte funktion af iboende egenskaber ved disse tiltag, men at deres effekt i høj grad er en konsekvens af den implementeringsproces, som de lokale ledere formår at iværksætte. Og her tyder meget på, at Fredericia Kommune skiller sig ud. Hospitalsterapeuterne peger således specifikt i forhold til Fredericia Kommune på, at *"Det, der har været en styrke, er at kunne snakke med den enkelte terapeut. Vi ringede ofte ud for at høre, hvordan ventelisten så ud. Hvis den så var lang, planlagde vi en ambulant træning herinde. Men de var gode til at tage dem hurtigt"* (hospitalsterapeut).

4.4 Strukturreformen

Dette afsnit omhandler selve udflytningsprocessen, og dens umiddelbare konsekvenser for opgaver, ressourcer og organisering. Ved at stille skarpt på de mange forskellige typer af beslutninger i forbindelse med udflytningsprocessen er det muligt at analysere graden af sammenhæng og kobling mellem beslutningerne.

4.4.1 Etablering af den nye snitflade: Hvad er specialiseret, og hvad er almen genoptræning?

Den nye grænseflade mellem specialiseret og almen ambulant genoptræning introducerede nogle kategorier i praksis, som man ikke var vant til at arbejde eksplicit med. Derfor bestod den første opgave i processen i at få klarhed over, hvilke former for træning der var specialiseret, og hvilke der var almen træning. I Vejle Amt foregik først en proces, hvor ledende terapeuter og embedsmænd gennemgik alle diagnoser, og delte dem i henholdsvis specialiseret og almen. Resultatet blev i første omfang, at der ikke skulle overføres personale med den begrundelse, at i forbindelse med samarbejdsaftalen i 2003 blev "den almindelige genoptræning i det alt væsentlige udflyttet til de praktiserende fysioterapeuter og kommunerne" (15, s.37). Imidlertid betød ministeriets præcisering af snitfladen i det senere notat vedr. præcisering af blandt andet snitfladen mellem specialiseret og almen genoptræning (16), at man måtte revurdere fordelingen. Der blev nedsat en ny arbejdsgruppe – denne gang med repræsentanter fra kommunerne, som foretog en ny vurdering af snitfladen, som endte med, at der skulle overflyttes i alt godt fem terapeutstillinger fra sygehusene til kommunerne (15, s.37).

³⁰ Bl.a. "Udveksling af information om patienten i form af en standardiseret genoptræningsplan, fælles definition/opfattelse af, hvornår patienten er færdigbehandlet medicinsk/kirurgisk, pleje- og træningsmæssigt" (8, s.16).

I Fredericia Kommune valgte man at hjemtage al almen ambulat genoptræning. Det betød, at man påtog sig genoptræning af følgende nye sygdomsgrupper, som kommunen ikke havde erfaring med: Gigttilfælde, knogleskørhed, KOL, rygopererede og bløddelskirurgi i skulder/albue og knæ. Herudover overtog kommunen knæ- og hoftealloplastikker, amputationer, palliative forløb, det geriatriske område og forskellige typer af frakturer, hvilket alle er grupper, som kommunen allerede har erfaringer med at håndtere, og som således ikke er nye for kommunen (17). På KOL-området vurderede man på sygehuset, at det var 50 % af de ambulante genoptræningsforløb, som var specialiserede, mens man på hjerterehabiliteringsområdet i første omgang vurderede, at de første to ud af tre faser i rehabiliteringsforløbet var specialiserede, mens fase tre blev lagt ud til kommunerne. Disse to sygdomsgrupper var således både specialiserede og almene i udgangspunktet (ledende hospitalsterapeut).

Selvom ledere såvel som trænende terapeuter i begge sektorer ser fordele ved reformens udflytning, har etableringen af den nye sektorgrænse ikke været nogen let og ligefrem proces. Den nye snitflade mellem specialiseret og almen ambulat træning, har langt fra givet sig selv, for der er megen fortolkning involveret i at trække en grænse for, fx hvor mange af KOL-patienterne der har behov for specialiseret, og hvor mange der har behov for almen ambulat træning? Der er tale om skøn, og der er mange interesser involveret og meget på spil for mange af aktørerne i processen. Frustrationen opstår specielt i kommunen, idet beslutningen træffes på sygehuset:

”De tal [for hvor stor en andel der flyttes ud] som er lavet, er jo skønnede tal. Hvad er det for patienter, der har behov for specialiseret træning, og hvem har behov for almen træning? Det er skønnet til 50 %, men det kan jo i virkeligheden godt være, at det er 75 %. Når man sidder på sygehuset og laver fordeling, så ved man godt, hvor mange terapeuter, man har. Og når strukturreformen kommer, skal der være arbejde til dem. Fordelingen er også lavet med bagtanke i, at man gerne vil beholde noget arbejde inde på sygehusene. Men ser den reelle procentfordeling sådan her ud? Det ved vi faktisk ikke. Er der virkelig behov for specialiseret træning til de 25 %, man kunne være i tvivl om? Er der behov for, at der er en læge ved siden af? Det er det store spørgsmål. Der er mange interesser i at lave de her tal og det materiale” (ledende kommunal terapeut).

Omregningen fra diagnoser til konkrete forløb og ydelser var således heller ikke uproblematisk. Der var store problemer med at finde et retvisende grundlag for, hvilken træning der rent faktisk var blevet ydet til hvem i årene op til reformen. Der blev trukket tal i forskellige systemer, men systemerne og registreringerne i dem var ikke lavet med denne brug for øje, og derfor var tallene helt åbenlyst fejlbehæftede. En ledende hospitalsterapeut nævner som eksempel, at en oversigt over aktiviteter viste, at man i sygehusregi havde haft én apopleksipatient – vel vidende at tallet var ganske betydeligt højere i virkeligheden. For at få et overblik over opgaverne startede man derfor i stedet med at registrere træningen ved at føre regnskab over, hvor mange ambulante patienter der var, samt hvilke ydelser de fik, og hvad tidsforbruget var. Den ledende terapeut pegede på, at *”vi kom så tæt, som vi kunne, men helt nøjagtigt var det ikke”* (ledende hospitalsterapeut).

Ud over den ambulante træning i sygehusregi foregik en ikke ubetydelig del af træningen i praksissektoren – en ordning som kørte videre på dispensation frem til reformen, fordi det blev klart et par år tidligere, at den var i strid med gældende regler på sundhedsområdet (se evt. kapitel 3 om udviklingen på træningsområdet for en uddybning). I forbindelse med udflytningen skulle denne opgave også kvantificeres for at kunne indgå i beregningerne bag udflytningen. Amtet skrev derfor ud til samtlige praktiserende terapeuter, og bad dem tælle antallet af patienter, som var henvist fra sygehusregi. På

basis af disse tal anslog man, at de privatpraktiserende terapeuter havde udført genoptræning på amtet svarende til 10 stillinger³¹.

Fredericia Kommune fik oplyst i efteråret 2006, at de ville få ca. 200 nye forløb om året. Hertil skal lægges, at kommunen siden indgåelsen af samarbejdsaftalen og den ny ICF-baserede snitflade mellem sektorerne, delvist havde overtaget en del træningsforløb³². Derfor beskriver kommunen den samlede nye genoptræningsopgave som værende ca. 400 forløb årligt, mens det kun er ca. halvdelen, der reelt er nye opgaver (18).

Men allerede inden reformen trådte i kraft, forventede alle, at det reelle tal ville blive større:

“Der kommer til at ske en forøgelse i antallet af genoptræningsforløb. Det sker fordi, der er et behov, som ikke er blevet dækket i forvejen af sygehuset. De har ikke taget deres del af den kropslige genoptræning, men har ladet det være op til borgeren selv at betale. Nogle af de borgere kommer til at få en genoptræningsplan nu. Det har de [terapeuterne på sygehuset] selv sagt. Men de kan ikke sige noget om antallet. De 10 stillinger er et slag på tasken” (ledende kommunal terapeut).

Forventningen er således, at der ikke blot er tale om en udflytning, men også om en stigning i omfanget. Dette bunder efter de kommunale terapeuters opfattelse i den nye finansieringsstruktur på genoptræningsområdet, hvor sygehusene foretager vurderingen af, hvem der har behov for genoptræning, mens kommunerne betaler for træningen.

Da det er meningen, at udflytningen skal være udgiftsneutral, skal kommunen holde det samme serviceniveau som før udflytningen. Men samtidig tales der i begge sektorer om, at man regner med flere forløb efter reformen – altså et samlet løft til området. Det kommunale dilemma består i, at de på den ene siden skal holde et uændret serviceniveau, men på den anden side må kommunen ikke afvise nogen med en genoptræningsplan. Denne situation bekymrer naturligt nok den kommunale ledelse, og det forklarer også, hvorfor kommunen lægger så stor vægt på at understrege – skriftligt såvel som mundtligt – at *“Sygehusene skal være opmærksomme på, at serviceniveauet ikke skal stige. De skal fortsætte samme procedure som tidligere. Vurderingerne skal være de samme”* (17).

4.4.2 Kommunens organisering af de nye opgaver

Fredericia Kommune har besluttet, at alle de nye opgaver skal håndteres i GenoptræningsCentret, hvor man frem til reformen kun har haft individuel træning. For at sikre at der ikke sker en ændring i serviceniveauet, er udgangspunktet for fastlæggelsen af træningsniveauet for de udflyttede opgaver de kliniske retningslinjer fra sygehusene, som for de fleste udflyttede grupper bestod i holdtræning. Terapeuterne på sygehusene påpeger, at de også har haft en del holdtræning (eller “skoler”) inden for grupperne: knæ, rygge, osteoporose og KOL. Her er der etablerede tilbud på sygehusene, som kommunen overtager mere eller mindre som et fast koncept (kommunal terapeut, GenoptræningsCentret). Samtidig vil holdtræning også blive aktuel i fremtiden for nogle af de eksisterende patientgrupper, som hidtil har fået individuelt træning. Terapeuternes forventning til at gå fra individuelle træningsforløb til hold er positiv:

³¹ Oplysningerne omkring processen såvel som resultatet stammer fra personlig kommunikation fra den ledende terapeut på terapiafdelingen ved Fredericia og Kolding Sygehuse henholdsvis på mail d. 5. august 2008, suppleret med telefoniske uddybninger d. 7. august 2008.

³² Det skal bemærkes, at Fredericia som følge af den ICF-baserede arbejdsdeling, der i praksis har været mellem amtet og kommunen, allerede på et tidligere tidspunkt har haft 150-200 genoptræningsforløb, som de overtog i snitfladen mellem “krop” og “aktivitet/deltagelse”. Disse forløb har ligget udenfor den sideløbende aftale, der var om økonomisk kompensation for kommunal træning af konfuse og/el. demente ældre (interview med ledende kommunale terapeuter).

"De kan egentlig drage meget stor nytte af hinanden, er vores erfaring: De har glæde af hinanden, og derfor kan man godt sætte to eller tre sammen i stedet for at køre det rent individuelt. Vi kan effektivisere lidt, både ved at udnytte at de har hinanden at udveksle erfaringer med, men også ved at vi simpelthen samler bare flere patienter på et hold" (kommunal terapeut, GenoptræningsCentret).

Men nye patienter betyder også et behov for nye kompetencer blandt terapeuterne. Specielt i forhold til gig, osteoporose, KOL og ryglidelser peger GenoptræningsCentret på et behov for kompetenceudvikling (17). Terapeuterne bekræfter i november 2006, at den største udfordring *"lige nu og her"*, er deres bekymring for, om de kan nå at få kompetencerne.

Der er således tale om en helt ny type patienter, som skal have en mere isoleret fysisk træning, hvilket leder til overvejelser om kompetenceniveauet. Men samtidig mener terapeuterne, at der er tale om patientgrupper, der er mindre komplekse end centrets nuværende målgruppe. Dette skal forstås således, at terapeuterne vurderer, at der er tale om patienter med knapt så komplekse rehabiliteringsproblemstillinger, men i stedet med mere isolerede kropslige problemstillinger. Det betyder en ændring i arbejdsformen med blandt andet indførelsen af mere standardiseret holdtræning. Som en terapeut på centret formulerer det:

"Det bliver noget med, at så kommer de herind, de bliver kørt hertil, træner på hold, ud igen. Det bliver meget mere samlebandsagtigt. Langt de fleste" (kommunal terapeut, GenoptræningsCentret).

I forbindelse med udflytningen af genoptræningsopgaverne er der en pågående debat om konsekvenserne for kvaliteten af træningen. Udgangspunktet er, at niveauet skal være det samme: Lederne i kommunalt regi er meget bevidste om, at det ikke må stige, og de trænende terapeuter er meget bevidste om, at der heller ikke må ske en forringelse:

"Man kunne også tænke: Bliver træningen nu forringet ved at komme ud i kommunalt regi? Men i forhold til for eksempel hofterne, som der også er snak om skal på hold, og som vi ikke før har haft på hold, der har vi stadigvæk et tilbud til dem, som vi ikke mener, kan klare et hold, og som vi hidtil har givet individuelle forløb. Og det bibeholder vi, selvom vi laver hold. Så vi føler i hvert fald ikke, det bliver en forringelse i forhold til, hvad vi har gjort tidligere" (kommunal terapeut, GenoptræningsCentret).

Men også sygehusene kan se fordele ved, at træningen flyttes ud til kommuner, og peger specielt på de medicinske patienter:

"I forhold til de medicinske patienter kan jeg se store fordele i, at det ambulante forløb kommer til at ligge der ude. De kan udsætte patienten for nogle flere komplekse opgaver, end jeg kan herinde, fordi jeg ikke kan tage hjem [til patienterne]" (hospitalsterapeut).

Det er dog væsentligt at bemærke, at de fordele, som hospitalsterapeuten her peger på, er helt afhængige af, *hvordan* kommunerne håndterer de nye opgaver. Ligesom ICF-klassifikationen, der dannede grundlag for arbejdsdelingen mellem amt og kommuner før reformen, lægges den helt afgørende vægt på, at der trænes i hjemmet – og ikke i såkaldt ikke-standardiserede omgivelser. Gevinsten for patienten består ikke i at blive flyttet fra træning i standardiserede omgivelser i sygehusregi til standardiserede omgivelser i kommunalt regi – men i at træne aktiviteter og deltagelse i hjemlige omgivelser.

4.4.3 Ressourcemæssige konsekvenser: Medarbejdere og økonomi

Sygehusene i Vejle Amt har i forbindelse med den arbejdsdeling, der blev fastlagt via statusopgørelse fra 2003 og samarbejdsaftale fra 2003 (8;9), udlagt en del af den ambulante genoptræning til de

praktiserende fysioterapeuter, hvorfor den tilbageværende træning i sygehusregi er relativt specialiseret. Dette er ifølge amtet den væsentligste årsag til, at relativt få terapeutressourcer – og relativt få træningsopgaver – er flyttet ud til kommunerne: Ca. fem terapeutstillinger³³ er nedlagt i amtet, mens kommunerne får tilført ressourcer svarende til yderligere 10 stillinger som kompensation for den træning, praksissektoren hidtil havde udført for amtet. Nedskæringen på de fem stillinger forventes at ske via naturlig afgang – ikke via udflytning af medarbejdere (7;15).

Udgangspunktet var en terapeutnormering i Vejle Amt på ca. 100 terapeuter (7). Hertil skal lægges de anslåede 10 årsværk, som praksissektoren har udført for amtet – altså i alt ca. 110 fuldtidsstillinger til at udføre sygehustræningen i Vejle Amt. Ud af disse 110 kompenseres kommunerne svarende til i alt 15 årsværk – altså en samlet udflytning af ca. 13 % af den samlede træningskapacitet i Vejle Amt. Udflytning fra sygehusene svarer til fem terapeuter ud af 100 – altså omkring 5 % af medarbejderne. Dette tal er relativt lavt, og det er givetvis forklaringen på, at hospitalsterapeuterne beskriver det som en meget smertefri proces:

”Så kom de frem til, at seks³⁴ skulle ud, og det var jo meget lidt i Vejle Amt, og det blev en meget smertefri proces på den måde, hvor de sagde, at det klarer vi ved naturlig afgang. Det er 1-2 på hvert sygehus. Så prikkerunde havde vi intet af” (hospitalsterapeut).

Kompetencerne flytter ikke med ud

Vejle Amt flytter alene opgaver ud til kommunerne, idet i alt fem terapeuter forlader sygehusene ved naturlig afgang. Umiddelbart betyder det, at udflytningsprocessen har været relativt smertefri set fra hospitalsterapeuternes perspektiv. Men det betyder også, at de specialkompetencer, som genoptræningen på sygehusene har været baseret på, ikke flytter med ud. En ledende hospitalsterapeut forklarer her, hvad det betyder i praksis:

”Sygehusene havde gennem mange år opbygget en specialviden – det tager 10-15 år inden det bliver opbygget i kommunerne. Fx vores terapeuter der arbejder med knæ: Man kan generelt godt træne et knæ, men det der lige gør, at det der knæ, det bliver godt, det er mange års erfaring i at se på de knæ og vide, at dét der, det tyder på sådan og sådan, og så er det noget andet, der skal til. Og den kompetence, den kommer vi til at miste i en årrække. Vi vil gerne hjælpe kommunerne med materiale, og det gør vi også. Men kompetencen, erfaringen og rutinen tager tid” (ledende hospitalsterapeut).

Det faktum, at kompetencerne ikke følger opgaverne i Vejle Amt, betyder, at terapeuterne er usikre på, hvad de sender patienterne ud til:

”Andre ved nu, hvad de sender patienterne ud til, fordi de har haft kollegaer, der skulle derud. Vi har tit tænkt, hvad er det, vi sender dem ud til, og ved de overhovedet, hvad vi laver herinde? Det har givet usikkerhed blandt terapeuterne” (hospitalsterapeut).

Hjemtagning i Fredericia Kommune

Fredericia Kommune får som sagt ca. 200 nye forløb årligt. Antallet af forløb har dannet baggrund for en omregning til personaleressourcer, som har betydet en opnormering af GenoptræningsCentret med tre fysioterapeuter³⁵. Hertil kommer en bevilling på et engangsbeløb på 650.000 kr. til indkøb af nyt inventar og indretning af et nyt træningslokale. Derudover regner kommunen med, at udgifterne til

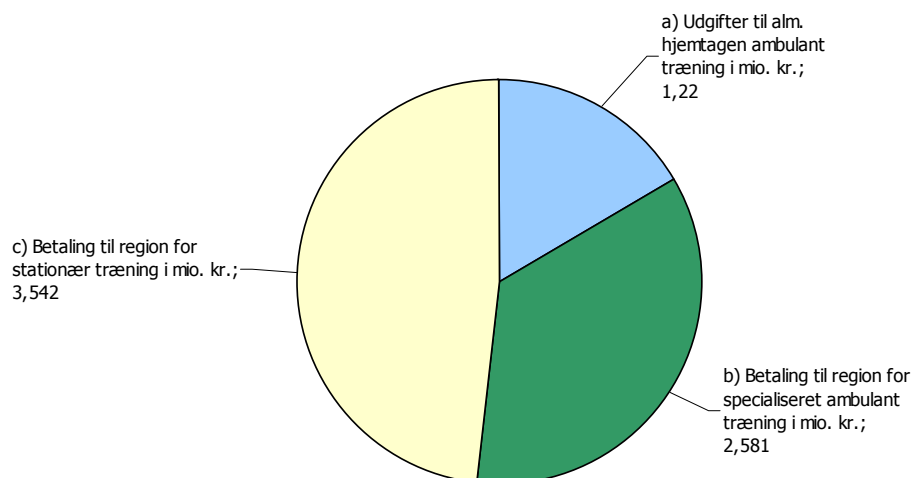
³³ 4,98 stillinger, fordelt med 0,33 ergoterapeut og 4,65 fysioterapeutstilling (7).

³⁴ Terapeuten i interviewet mente, at der på dette tidspunkt i processen var tale om i alt seks terapeuter, og ikke de fem som det reelt endte med.

³⁵ Følgende er baseret på referater af sagsbehandling i sundhedsudvalget i Fredericia Kommune (18), samt interview med de to ledende terapeuter i Fredericia Kommune.

regionen for specialiseret genoptræning³⁶ kommer til at beløbe sig til 2,581 mio. kr. Samlet set ser forventningerne til betaling for træning således ud:

Figur 4.4 Fredericia Kommunes forventede fordeling af udgifter til træningsområdet.



Udgifterne til a) den almindelige ambulante træning svarer som sagt til udgifter til tre nye terapeuter. Beløbene til regionen, b) og c), er fremkommet ved, at kommunen har taget udgangspunkt i de tal, som amtet er fremkommet med om deres aktivitet. Hertil er lagt 5-6 % i forventet aktivitetsstigning³⁷.

Ser man på de samlede kommunale udgifter til genoptræning (excl. engangsomkostninger i forbindelse med reformen), er det således kun 17 % af de samlede udgifter (på i alt 7,343 mio. kr.), der går til hjemtagen kommunal træning. De resterende 83 % går til betaling for træning udført i amtet – det værende sig stationær såvel som specialiseret ambulans træning. Det er væsentligt at holde sig for øje, at den hjemtagne træning i kommunen, udgør en relativ beskedne del af den samlede træningsindsats, som Fredericia Kommune nu er blevet økonomisk ansvarlig for at finansiere.

I og med at man i kommunen har valgt, at de nye opgaver placeres i GenoptræningsCentret, fortsættes den udvikling, som allerede er i gang, hvor centret vokser og får flere opgaver, mens kommunens anden træningsorganisation, det Trænende Team, ikke undergår tilnærmelsesvis samme udvikling. Man har desuden valgt at placere de nye hjemtagne "skal"-opgaver på det ambulante område sammen med en del af kommunens eksisterende forpligtelser jf. § 73a. Begrundelserne er bl.a. ønsker om stordriftsfordele, sammenhæng med den øvrige træningsindsats samt at udbygge det faglige niveau (18).

³⁶ Inkl. almen genoptræning af børn, som ikke hjemtages.

³⁷ Oplyst af økonomisk konsulent Anne Grethe Eriksen, Fredericia Kommune (pr. telefon d. 30. maj 2008).

4.5 Datagrundlag for case 1: Vejle Amt og Fredericia Kommune

Interviewliste

Af nedenstående liste fremgår de personer, der har deltaget i interview, og fra hvilke der indgår oplysninger til brug for nærværende case.

Amt/Kommune	Navn	Stilling + institution	Citeret som
Vejle Amt	Dorthe Maagård	Chefterapeut på Fredericia-Kolding Sygehus	Ledende hospitalsterapeut
Vejle Amt	Anita Fogh ³⁸	Amtssundhedsplejerske	Amtslig nøgleperson
Vejle Amt	Ulla Lebahn	Ergoterapeut, Kolding Sygehus	Hospitalsterapeut
Vejle Amt	Annette Aaris	Specialeansvarlig ergoterapeut, Fredericia Sygehus	Hospitalsterapeut
Vejle Amt	Hanne Skov Thomsen	Fysioterapeut, Kolding Sygehus	Hospitalsterapeut
Vejle Amt	Hanne Hauer Larsen	Fysioterapeut, Kolding Sygehus	Hospitalsterapeut
Fredericia Kommune	Anne Slot Engholm	Leder af sundhedsafdelingen (tidl. leder af genoptræningscenteret)	Ledende kommunal terapeut
Fredericia Kommune	Tina Karlsen	Konstitueret leder af GenoptræningsCentret	Ledende kommunal terapeut
Fredericia Kommune	Jane Honore	Fysioterapeut, GenoptræningsCentret	Kommunal terapeut, GenoptræningsCentret
Fredericia Kommune	Heidi Pedersen	Fysioterapeut, GenoptræningsCentret	Kommunal terapeut, GenoptræningsCentret
Fredericia Kommune	Kate Schmidt	Ergoterapeut, GenoptræningsCentret	Kommunal terapeut, GenoptræningsCentret
Fredericia Kommune	Gitte Lundsgaard	Fysioterapeut, Trænende terapeuter	Kommunal terapeut, Det Trænende Team
Fredericia Kommune	Birgitte Mikkelsen	Fysioterapeut, Trænende terapeuter	Kommunal terapeut, Det Trænende Team

³⁸ Anita Fogh var amtssundhedsplejerske i Vejle Amt, men var en nøgleperson på træningsområdet gennem en årrække. Hun har deltaget i mange af de arbejdsgrupper, der har været på området i den periode, som beskrives, og hun var bl.a. formand for den arbejdsgruppe, som udarbejdede "Statusrapport for genoptræningsområdet i Vejle Amt" i forbindelse med implementeringen af den nye lov om genoptræningsplaner (juni 2002).

Referencer til kapitel 4

- 1) GenoptræningsCentret. Virksomhedsplan 2005. Fredericia: GenoptræningsCentret Fredericia; 2005.
- 2) GenoptræningsCentret. Virksomhedsplan 2006 - status fra 2005. Fredericia: GenoptræningsCentret Fredericia; 2006.
- 3) Fredericia Kommune. Pakke- og ydelsesspecifikationer træningsområdet. Fredericia: Fredericia Kommune; 2006.
- 4) Fredericia Kommune. Kvalitetsstandarder for træning. Fredericia: 2005.
- 5) Mairdal L. Træningen foregår ikke kun i en gymnastiksal. Ergoterapeuten 2004;(5):8-10.
- 6) Vejle Amt. Temaplanen "Mellem to stole" - Sundhedsplan 1998-2001. Vejle: Vejle Amt; 1997.
- 7) Region Syddanmark. Arbejdsrapport omhandler harmonisering og konvergens de fire amter i mellem. Genoptræning. Materiale til brug for: 1. dialogrunde med de 22 kommuner i perioden marts-maj 2006. [Odense]: Region Syddanmark; 2006.
- 8) Vejle Amt. Statusrapport for genoptræningsområdet i Vejle Amt. Udarbejdet i forbindelse med implementering af den nye lov om genoptræningsplaner. 2002.
- 9) Vejle Amt. Samarbejde om træning og træningsplaner på sygehusene og primær sektor i Vejle Amt. Håndbog for sundhedspersonalet på sygehusene, i den kommunale hjemmepleje og for praktiserende fysioterapeuter og læger. Vejle: Vejle Amt; 2003.
- 10) Sundhedsforvaltningen VA. Den økonomiske aftale om kommunal træning - evaluering af perioderne fra 01.10.2004 til 30.09.2005 og fra 01.10.2005 til 30.09.2006. Vejle: Vejle Amt; 2006.
- 11) Vejle Amt. Generelt, aftale om genoptræning af sygehuspatienter hos praktiserende fysioterapeuter. Åben del. Udskrift af protokol for ekstraordinært møde i Økonomiudvalget fredag den 28. april 2006 kl. 8:00 i mødeværelse 1. 2006. p. 7-9.
- 12) Vejle Amt, Danske Fysioterapeuter. Aftale mellem Vejle Amt og Danske Fysioterapeuter om genoptræning af sygehuspatienter. Vejle: Vejle Amt; 2006.
- 13) Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Genoptræningsplaner). LOV nr. 1314 af 20/12/2000. 2000.
- 14) Lov om ændring af lov om social service (Fleksibel hjemmehjælp og kommunal genoptræning). LOV nr. 1307 af 20/12/2000. 2000.
- 15) Vejle Amt. Fordelingsaftale. Aftale om fordelingen af Vejle Amts aktiver og passiver, rettigheder og pligter samt personale som følge af opgaveflytninger 1. januar 2007 i forbindelse med kommunalreformen. Vejle: Vejle Amt; 2006.
- 16) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Notat vedr. præcisering af visse begreber i lovgivningen på genoptræningsområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- 17) Fredericia Kommune. Fordeling af nye træningsopgaver i Fredericia Kommune. 2006.
- 18) Fredericia Kommune. Lukket sag - handlingsplan og drøftelse af organiseringen af de nye træningsopgaver, der er Kommunens ansvar pr. 01.01.07. - sagsid.: 06/40042. 2006.

5. Case 2: Fyns Amt og Ny Svendborg Kommune

Ny Svendborg Kommune består af de tre tidligere kommuner: Svendborg, Egebjerg og Gudme, der var beliggende i det tidligere Fyns Amt. Ny Svendborg Kommune havde pr. 1. januar 2007 et indbyggertal på 58.714.

Fyns Amt bestod af 32 kommuner og havde pr. 1. januar 2006 et indbyggertal på 478.347. Fyns Amts Sundhedsvæsen omfattede Universitetshospitalet i Odense samt Sygehus Fyn med afdelinger i Svendborg, Nyborg, Fåborg, Ringe, Middelfart og Ærøskøbing. I forbindelse med strukturreformen blev Fyns, Sønderjyllands og Ribe amter samt en del af Vejle Amt sammenlagt til Region Syddanmark, som ved sammenlægningen kom til at omfatte 22 kommuner. Region Syddanmark havde pr. 1. januar 2007 et indbyggertal på 1.189.817.

5.1 Træningsområdet i Svendborg, Egebjerg og Gudme kommuner

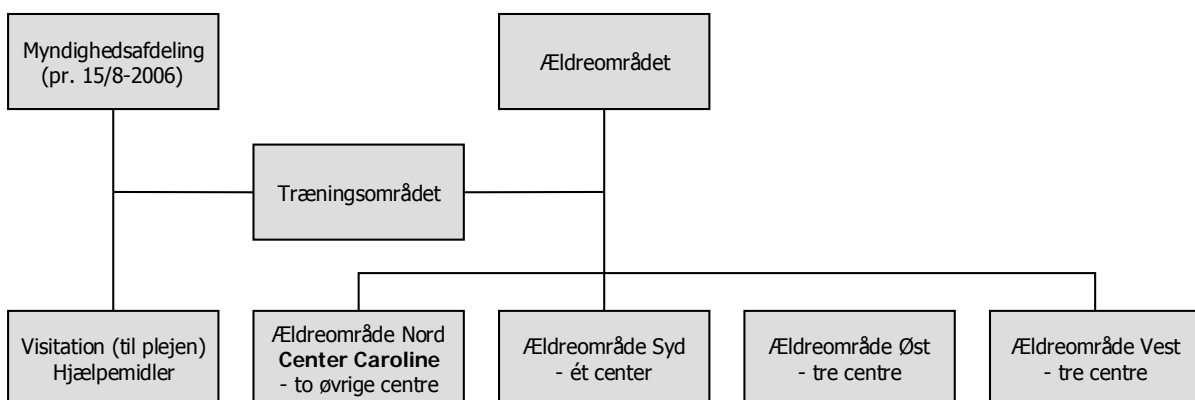
Blandt andet som konsekvens af størrelsesforskellene var træningsområdet meget forskelligt organiseret i de tre kommuner. Således var der i Svendborg Kommune 12,9 fuldtidsterapeuter på træningsområdet sammenlignet med Egebjergs 1,1 og Gudmes 0,6 (alle tal ekskl. hjælpemiddeladministration) (1).

I det følgende beskrives strukturen og organiseringen af træningsområdet i de tre tidligere kommuner kort, dog med hovedvægt på Svendborg, der er langt den største af de tre. De faktuelle informationer er baseret på de udleverede dokumenter samt på interviews med kommunale terapeuter i Gudme og Egebjerg og med ledende samt trænende terapeuter i Svendborg Kommune.

5.1.1 Organisering af træningsområdet

I **Svendborg** var alle terapeuterne i årene op til reformen samlet under en terapeutfaglig ledelse. Træningsområdet befandt sig organisatorisk set i ældreområdet og havde reference til en ældrechef. Men i praksis oplevede træningsområdets leder, at terapeuterne var en selvstyrende enhed, som havde til huse i lidt afsidesliggende lokaler på et stort kommunalt dag- og træningscenter, som også husede mange andre aktiviteter (Center Caroline, jf. figur 5.1 nedenfor). Økonomisk hørte træningsområdet dog ikke under ældreområdet, men under myndighedsafdeling (jf. figuren).

Figur 5.1 Træningsområdets organisering i Svendborg Kommune (før reformen).



Der blev ydet træning i hjemmet og på de 10 centre, som er nævnt i organisationsdiagrammet, hvilket svarer til 10 steder i alt. Det primære center for træning var Center Caroline, hvor terapeuterne havde til huse.

I **Gudme** Kommune havde der siden 1998 og frem til reformen været en fysioterapeut i 0,6 fuldtidsstilling samt en ergoterapeut, der primært tog sig af sagsbehandlingen på hjælpemiddelområdet. Terapeuterne var en forholdsvis selvstående enhed under lederen af hjemmeplejen.

Før 2001 bestod arbejdet primært i at formidle hjælpemidler til borgerne. Efter 2001 blev træning og hjemmebesøg en større del af arbejdsopgaverne for terapeuterne, og ergoterapeuten begyndte at komme på to af kommunens fire plejehjem for at træne borgerne. Fra 2004 kom der træning på kommunens dagcenter. De individuelle træningsforløb sorterede under fysioterapeuten, der arbejdede meget selvstændigt (kommunal terapeut, Gudme).

I **Egebjerg** Kommune var der før 2001 ikke nogen decideret træning, men primært hjælpemidler som to ergoterapeuter tog sig af. I 2001 blev en fysioterapeut ansat til at varetage den egentlige træning. Træningen er både forgået i hjemmet og på et dagcenter (kommunal terapeut, Egebjerg). Terapeuterne var organisatorisk set placeret under hjemmeplejeforstanderen i en enhed sammen med visitatorerne.

Trods mindre forskelle er organiseringen af træningsområdet i de to små kommuner Egebjerg og Gudme meget ens, idet terapeuterne sidder meget tæt på visitatorerne til hjemmehjælp og i Gudme også med hjemmesygeplejerskerne. De er placeret lige under ledelsen af ældreområdet, og begge de interviewede trænende terapeuter fra de to kommuner beskriver, hvordan den lille organisations flade struktur har fremmet et tæt tværfagligt samarbejde.

5.1.2 Træningsområdet i praksis

For at give et billede af hvordan træningsområdet fungerede i hverdagen, beskrives praksis i de tre kommuner i hovedtræk, herunder kvalitetsstandarder, visitation og registreringspraksis.

Kvalitetsstandarder

I **Svendborg** Kommune beskrev kvalitetsstandarderne, som var fra november 2004, følgende typer af træning:

- ◆ Genoptræning efter genoptræningsplan: (jf. lov om sygehusvæsen § 5f) hvor henvisning sker fra sygehus, og hvor både ydelsernes omfang og målsætningen (funktionsniveau efter træning) fastlægges via genoptræningsplanen. Regningen for denne type træning sendes til amtet.
- ◆ Genoptræning (på hold eller individuelt): (jf. lov om social service §§ 73 og 73A) rettet mod funktionsnedsættelser efter ikke indlæggelseskrævende sygdom. Som oftest tremåneders forløb med træning 1-3 gange ugentligt.
- ◆ Hjemmetræning: (jf. lov om social service §§ 73 og 73A) rettet mod funktionsnedsættelser efter ikke indlæggelseskrævende sygdom, for borgere som ikke kan træne i et center. Her er der ligeledes tale om et tremåneders forløb med træning 1-3 gange ugentligt.
- ◆ Målrettet vedligeholdende træning: (jf. lov om social service §§ 71, 73 og 73A) målrettet borgere med kronisk sygdom. Træningen foregår normalt ugentligt i forløb på ca. tre måneder.

De første tre træningsformer ydes udelukkende af terapeuter, mens den vedligeholdende træning også kan ydes af en medarbejder, der er vejledt af en terapeut (2).

De kommunale terapeuter i Svendborg peger på, at standarderne i praksis har den funktion, at de sikrer "at tingene ikke løber af med os" og "at folk ikke træner i ni måneder, uden at nogen holder øje med, om der sker noget", som lederen af træningsområdet formulerer det. I tiden før standarder (og

visitation) beskriver terapeuterne, hvordan tildelingen, indhold og omfang af træningen foregik: *"Det har været den enkelte terapeut, der har visiteret, og har haft nogle gående 5-6 år, og det blev der ryddet op i"* med indførelsen af standarderne. Terapeuterne oplever således, at den standardiserede løbende revurdering, som standarderne introducerede, har hjulpet dem til at forholde sig mere eksplicit til effekten af træningen – og ikke blot leveringen af den. Dette gælder specielt for vedligeholdelsestræningen, hvor terapeuterne oplever, at det har haft stor betydning, at der nu skal foretages en vurdering med en vis fastsat frekvens.

Udover den tidsmæssige grænse på ca. tre måneder arbejdede man i Svendborg Kommune ikke med andre typer af specifikation af, hvilke ydelser, standardforløb eller 'træningspakker' der kunne visiteres til. Den træning fx en apopleksipatient fik, var således ifølge terapeuterne meget forskellig – alt afhængigt af hvor vedkommende havde fået træning før, hvor gammel apopleksien var, og dermed hvilket potentiale terapeuterne mente, der var.

I **Gudme** og **Egebjerg** har kvalitetsstandarderne for træning ifølge de lokale terapeuter haft mindre effekt. I Egebjerg Kommune beskriver standarderne genoptræning (efter § 73a) og vedligeholdelsestræning (efter § 71). Genoptræning kan ydes individuelt, som vejledning til selvtræning eller vejledning til hjælperne. Vedligeholdelsestræningen kan enten ske på hold i dagcentre, via ældregymnastik eller ved særlige behov som individuelle forløb ved enten terapeut eller hjælper (3;4).

I Gudme var det ikke muligt at få udleveret kvalitetsstandarder (hverken fra den interviewede terapeut eller fra andre i kommunen), men som en kommunal terapeut fra Gudme udtrykte det: *"Kvalitetsstandarderne var så lidt fyldstørende, at de ikke har haft den store betydning"*.

Hvor specielt tidsgrænserne i standarderne i Svendborg betød et øget fokus på fremskridt i forløbene, så beskriver terapeuterne i Egebjerg og Gudme, at de havde borgere til at gå i forløb med vedligeholdelsestræning i op mod et år. Årsagen var, at terapeuterne oplevede, at der pludselig kom *"en snært af fremgang"*, og så lod de borgerne fortsætte.

Henvisning og visitation til træning

Det skønnes, at de tre kommuner tilsammen modtog ca. 1.100 henvisninger vedrørende træning, vejledning og konsulentopgaver³⁹ i de første 10 måneder af 2004, hvor de sidste tilgængelige opgørelser inden reformen var fra. Ud af disse var godt 200 genoptræningsplaner fra udskrevne sygehuspatienter fordelt med 143 i Svendborg, 28 i Egebjerg samt 15 i Gudme (1). De kommunale terapeuter peger alle tre steder på, at antallet af genoptræningsplaner var stigende i årene herefter.

I **Svendborg** skrev man alle henvendelser på en liste, som blev gennemgået på et ugentligt visitationsmøde. De kommunale terapeuter var organiseret i to geografisk baserede teams, og hvert team holdt visitationsmøde, og gennemgik deres del af henvendelserne. Mødet havde flere formål: Henvendelser om træning blev fordelt på terapeuter, men i nogle tilfælde skønnede terapeuterne, at det var relativt entydigt, hvilken træning der var relevant, og her fungerede mødet ikke blot som fordelingsmøde, men også som en visitation til en bestemt form for træning.

Fordelingen af borgere på de enkelte terapeuter skete ud fra flere hensyn: Fag (forstået som ergo-henholdsvis fysioterapeut), faglige kvalifikationer (nogle fysioterapeuter er specielt uddannet til at tage sig af områder som fx inkontinens), geografi i form af terapeuternes tilhørsforhold til bestemte lokalområder samt hensynet til hvilke terapeuter som reelt havde tid i kalenderen.

Første kontakt til borgerne var som oftest et hjemmebesøg, hvor terapeuten traf beslutning om, hvilken træning der evt. skulle ydes. Terapeuterne kunne dog også *inden* visitationsmødet tage kontakt

³⁹ Konsulentoptager bestod i: Instruktion i selvtræning, vejledning i forhold til arbejdsstillinger, lejrning og forflytning samt rehabilitering (1).

og fx få startet en borger på et hold. Det ugentlige visitationsmøde kunne således have tre forskellige funktioner: 1) *Tildeling af terapeut*, som derefter tager kontakt til borgeren og visiterer til samt udfører træning, 2) *Tildeling af terapeut samt visitation* til ydelser. 3) *Orientering* fra terapeut om allerede foretaget visitation (og evt. også borgerkontakt).

Der var i denne struktur ingen organisatorisk eller personalemæssig adskillelse af visitationsbeslutningen ("bestilling") og træning ("udførelse"). Den ledende terapeut beskriver dog, hvordan ændringerne over tid – bl.a. i form af kvalitetsstandardernes introduktion, systematikken omkring en skriftlig visitationsliste og de ugentlige visitationsmøder – har betydet, at der er kommet mere struktur på visitationen.

I **Gudme** og **Egebjerg** var der reelt set kun én medarbejder i hver af kommunerne, der stod for den egentlige træning, idet ergoterapeuterne begge steder primært tog sig af hjælpemiddelområdet. Således gav det ikke nogen mening at tale om nogen visiterende og dermed 'bestillende' funktion, som var adskilt fra en udførende funktion.

Henvendelserne om træning kom som oftest pr. telefon, hvorefter der blev skrevet en henvisning med problemstilling og mål. Herefter var det den enkelte kommunale terapeut, der tog stilling til, hvorvidt der skulle påbegyndes et træningsforløb. Terapeuterne beskriver begge steder, at de startede stort set alle forløb med et hjemmebesøg, hvor de *"kigger på borgerens funktionsniveau, hører lidt om problemstillingerne og finder ud af, hvad de har lyst til at gå i gang med"*. Træningen har været meget afhængig af, hvad den enkelte terapeut har kunnet træne, og har næsten udelukkende været udført i hjemmet som individuelle forløb ifølge terapeuterne i de to kommuner.

Registrering og dokumentation

Terapeuterne i **Svendborg** brugte flere forskellige administrative systemer: Ét system til at styre henvendelser og visitation (eget hjemmelavet it-baseret system) og et andet system (Rambøll Care) til den løbende registrering af indholdet i forløbene. Årsagen var, at ingen af systemerne kunne begge dele, og det gav selvfølgelig en del dobbeltarbejde at skulle oprette alle borgere i to forskellige systemer. Registreringen i Care skete under kategorierne "mål", "handling" og "evaluering" samt "problemer". Den løbende registrering var dog meget forskellig fra terapeut til terapeut, og lederen af området peger på, at terapeutdelen af systemet ikke var tilpasset en terapeutfaglig måde at tænke og arbejde på, men i stedet primært var målrettet hjemmeplejen. Terapeuterne pegede således på, at de fx ikke kunne trække tal ud af systemet, der fx viste, hvor mange de havde med en bestemt diagnose. Den slags var systemet ikke lavet til, og det blev derfor opfattet som et mere administrativt dokumentationssystem, end et system der kunne understøtte en sundhedsfaglig arbejdspraksis. Det betød efter den ledende kommunale terapeuts opfattelse, at systemet ikke rigtigt blev brugt til noget aktivt, men at det kunne bruges til at se, hvad andre visitatorer i fx hjemmeplejen havde gjort, og hvor de kunne hente basisoplysninger om borgerne. Desuden registrerede terapeuterne træningstiden på de patienter, der havde en genoptræningsplan, idet tiden var grundlaget for den senere udarbejdelse af regninger til amtet indenfor rammerne af samarbejdsaftalen⁴⁰. Som led i et tværsektorielt samarbejde indenfor rammerne af en fælles aftale om standarder for bl.a. tværsektoriel kommunikation (5) registrerede man også, om genoptræningsplanerne kom rettidigt, hvilket ifølge standarden var indenfor 48 timer efter udskrivelse.

⁴⁰ Samarbejdsaftalen behandles mere udførligt s. 83.

I **Gudme** og **Egebjerg** var dokumentation og registrering af forløbene sparsom. I Gudme havde man et it-system med et hjælpemiddelmodul, og senere kom også et træningsmodul til. I Egebjerg foregik registreringen papirbaseret på kartotekskort. Der blev primært skrevet status på borgere, som kom med en genoptræningsplan, idet der for disse borgere krævedes en del dokumentation som grundlag for betalingen fra amtet indenfor rammerne af samarbejdsaftalen. Begge terapeuter beskriver registrering som noget, de har gjort relativt lidt ud af, og terapeuten fra Gudme peger på, at *"dokumentationen har været mangelfuld"*.

Årsagerne er flere: For det første er registrering tidskrævende, og der skal derfor være et klart formål med det, hvis sundhedsfaglige skal motiveres til at prioritere tid til at skrive frem for at behandle/træne. Det skrevne skal på håndgribelig vis kunne understøtte den sundhedsfaglige praksis eller udviklingen af den for at være meningsfuld. I Egebjerg beskriver terapeuten således, hvordan hun i hendes hjemmelavede kartotekskortsystem kort noterede det væsentligste – set fra hendes perspektiv: *"Hvornår jeg havde trænet med hvem, hvor, hvad jeg trænede med dem, hvorfor, og en dato for alle de gange jeg trænede med dem."* Denne information kunne hun umiddelbart se et formål med at have styr på, og derfor blev den registreret.

En anden årsag til, at registreringen blev prioriteret relativt lavt, var ifølge terapeuterne i de små kommuner, at de ikke skulle kommunikere med andre end dem selv: Der var ikke nogen kollegaer, som opgaverne og dermed informationerne skulle deles med. Som terapeuten i Egebjerg udtrykte det: *"Jeg kan jo huske dem alle sammen: Alle dem, der har været trænet her i kommunen, har jeg jo haft i hænderne – der var jo ingen før mig!"* Registreringens formål bliver derfor i højere grad at understøtte den enkelte terapeuts egen hukommelse – som eksemplet med de hjemmelavede kartotekskort viser – og formålet bliver således ikke en dokumentation af træningsforløb med henblik på alverdens andre sundhedsfaglige og/eller administrative formål.

Tests i træningsarbejdet

Op til reformen var der desuden sket en udvikling i retning af en øget brug af standardiserede tests⁴¹ som led i træningsarbejdet. Blandt andet som basis for den indledende vurdering af funktionsevne og opstilling af mål for træningen samt løbende evaluering af fremskridt. De kommunale terapeuter i **Svendborg** peger således på, at bl.a. et samarbejdsprojekt med amtet⁴² havde betydet, at de havde fået et øget fokus på brugen af tests som måleredskaber i forbindelse med træning.

I **Gudme** og **Egebjerg** var man også de senere år begyndt at anvende tests. Særligt i Egebjerg beskriver terapeuten, at hun brugte testredskaber som udgangspunkt for vurdering af funktionsniveauet⁴³. I Gudme har der også – men ikke i samme grad – været anvendt tests i arbejdet.

5.1.3 Udviklingen på det kommunale træningsområde frem til reformen

I alle tre kommuner har træningsområdet været under forandring i årene op til strukturreformen. I **Gudme** og **Egebjerg** peger terapeuterne samstemmende på, at de har oplevet et kraftigt øget fokus på træningsområdet, som gav sig udslag i en voksende efterspørgsel efter træning, specielt i relation til ældre borgere. Men de beskriver også, at de ikke oplevede en tilsvarende økonomisk opbakning til området fra lokalpolitisk side, og at området ikke var blevet tilført flere ressourcer eller mere kapacitet i perioden efter 2001, hvor der skete en opgradering af hele området, som beskrives i det følgende.

⁴¹ Terapeuterne nævner forskellige typer tests, som blev anvendt, og disse stammer for hovedpartens vedkommende fra Fælles Funktionsmåling Fyn (se s.84), suppleret med COPM, der er nærmere beskrevet i kapitel 5, case 1, s.49.

⁴² Samarbejdsaftalen samt "Funktionsmåling Fyn", som beskrives nærmere senere i denne case.

⁴³ Som eksempler nævner terapeuten i Egebjerg forskellige testredskaber indenfor Fælles Funktionsmåling Fyn.

Terapeuterne i de små kommuner beskriver begge, at de forsøgte at brede træningsaktiviteterne ud til andre aktører end dem selv. I Egebjerg beskriver terapeuten således, hvordan hun har forsøgt at udvikle kontakten til besøgsvenner, idrætsaktiviteter, skabe flere dagcenteraktiviteter og få skabt lidt mere aktivitet på plejehjemmene via ældreplejens medarbejdere.

I **Svendborg** har træningsområdet udviklet sig i retning af en organisatorisk såvel som en faglig selvstændiggørelse. Den beskrevne organisering af træningsområdet i Svendborg Kommune, som er karakteriseret ved, at terapeuterne er samlet i ét center under en terapeutfaglig ledelse, er således en relativt ny konstruktion. Indtil ca. to år før reformen var terapeuterne organiseret decentralt ude i de fire ældreområder, som hver havde deres terapeuter (ledende kommunal terapeut). Således var der i årene op til reformen foretaget ændringer i træningsområdets organisering, som havde samlet terapeuterne i en enhed med egen faglig ledelse, og dermed fjernet dem mere fra lokalområderne og ældreplejen. Terapeuterne mener selv, at samlingen langt overvejende har haft fordele:

"Det har betydet en øget faglighed. Det, at man er flere sammen, gør, at man får udviklet sin faglighed. Man kan nok ikke sige, at vi er specialiserede, men der er nogen områder, som man koncentrerer sig mere om end andre, fordi der er nogen andre i samme faggruppe til at tage sig af de andre ting" (kommunal terapeut, Svendborg).

Lederen af terapeuterne beskriver, hvordan samlingen af terapeuterne har muliggjort en faglig udvikling, idet der blev basis for at begynde at organisere terapeuterne i teams, lave temadage og skabe fora for faglige diskussioner blandt henholdsvis ergo- og fysioterapeuter.

Samlingen har også betydet *"en større synlighed opad i systemet"* ifølge terapeuterne selv, men samtidig peger de også på, at *"dengang vi blev lagt sammen, der forsvandt synligheden i lokalområdet."* Terapeuterne har således også blik for, at samlingen er sket på bekostning af det tætte samarbejde med og kendskab til plejegrupperne i lokalområderne. Lederen af træningsområdet mener dog, at nærheden til dagcentrene ikke var helt uproblematisk i den tidligere decentrale struktur, idet terapeuterne i højere grad blev set som en del af det samlede personale, som blev gjort mere eller mindre kollektivt ansvarlig for driften, som dette eksempel på, at terapeuterne lavede meget andet end træning, da de var ansat decentralt i lokalområderne, illustrerer:

"Nogen siger: 'Vi mangler lige en aftenvagter, kan du ikke lige?' Eller 'vi mangler lige en inde i cafeen'. Og derfor har nogle terapeuter virkelig været alt muligt: Med på ferieture med dagcentrene. Og sådan noget gør vi ikke mere!" (ledende kommunal terapeut, Svendborg Kommune).

Resultatet af samlingen af terapeuterne har således, som en terapeut formulerer det, betydet, at: *"Vi er blevet mere professionsrettede"*, en bevægelse der både indebærer styrker og svagheder.

I alle tre kommuner er begreber som dokumentation, test, registrering og evaluering, langt fra fuldt integrerede i den daglige praksis på træningsområdet. Men udviklingen går tydeligvis i den retning, specielt der hvor flere terapeuter samles i større enheder under egen faglig ledelse.

Efter terapeuternes opfattelse er baggrunden for udviklingen primært lovændringerne i 2001 med indførelse af genoptræningsplanerne, kommunal genoptræning og kvalitetsstandarder. I Egebjerg Kommune betød lovændringerne i 2001 fx en ny stilling på træningsområdet, fordi kommunerne blev eksplicit forpligtet til at tilbyde både vedligeholdende træning og genoptræning.

Terapeuten fra Gudme beskriver, hvordan der i tiden før 2001 ind i mellem blev ringet fra sygehusene, når nogen blev udskrevet: *"Der blev ringet ud og spurgt, om der var mulighed for en eller anden form for træning, men der var ikke noget krav om det, så det var den kvalitet, som kommunen nu en gang havde"*. Denne situation betød efter terapeuternes vurdering, at de små kommuner givet har benyttet

sig mere af vederlagsfri fysioterapi end de større (som fx Svendborg), og at privatpraktiserende terapeuter trænede en del, og der blev fx henvist til dem, når kommunens eneste terapeut fx skulle på ferie. Der var reelt set ingen eller meget begrænset træningskapacitet i de små kommuner før 2001.

En terapeut fra Svendborg opsummerer hovedtrækkene i udviklingen, men peger også på, hvilke udfordringer den rummer – særligt i relation til svage patientgrupper:

”Dengang lov om genoptræning kom i 2001⁴⁴, der skete der virkelig noget. Før da var genoptræning stort set ikke eksisterende. Der kom flere borgere til genoptræning, og der kom et øget fokus på os. Dengang sad vi jo ude i de forskellige områder på dagcentre. Ude ved mig skete der det, at jeg blev nødt til at lægge mine arbejdsrutiner om. Jeg blev nødt til at prioritere og komme af med nogle af de borgere, man havde haft i årelang træning, fordi man ikke vidste, hvor man ellers skulle gøre af dem rent træningsmæssigt. Vi var nødt til at have nogle regler for, hvor længe man kunne være i vedligeholdende træning. Der fik vi helt klart strammet op omkring nogen ting. Og vi fik fælles kvalitetsstandarder. Vi måtte prioritere og rydde op – og det var sundt. Men for de svage borgere, som er meget svage psykisk og fysisk, der er det svært at have tilbud til dem hele tiden. Vi har ikke andre steder end dagcentre, og det er ikke alle centre, der er gearret til at tage sig af dem, og der har der nok været nogen, som er blevet tabt. Det har været en pris, som borgerne har betalt. Men rent fagligt har det bestemt højnet det hele ved, at man kommer i gang med at lave genoptræning, og man bliver tvunget til at gå ind og tage stilling til, hvad er målet her, og så få afsluttet folk og få dem videre i systemet. Det stillede nogen krav til mig, som jeg måske også havde savnet blev stillet, og som ikke var der før” (kommunal terapeut, Svendborg).

Alt i alt peger de kommunale terapeuter i de tre kommuner på en kraftig udvikling på området, som især har været drevet af mere klare lovgivningsmæssige forpligtelser. Øget efterspørgsel og flere borgere henvist til genoptræning hen over sektorgrænsen har betydet en mere klar prioritering af træningsopgaverne. På det faglige plan oplever terapeuterne, at udviklingen betød et øget fokus på mål med træningen, og at der blev stillet flere faglige krav til området. Samtidig har organisatoriske ændringer betydet, at terapeuterne som faggruppe er blevet mere synlige i det kommunale landskab i denne periode. Terapeuterne ser positivt på denne udvikling, men peger også på, at udviklingen, med flere sygehuspatienter med genoptræningsplaner, øget efterspørgsel uden flere ressourcer samt udskillelsen fra ældreområdet, rummer en fare for den vedligeholdende træning af svage ældre, hvis sigte er at forebygge funktionstab snarere end at genoptræne efter et funktionstab. Derfor har den sværere ved at overleve i et felt, hvor der kommer mere og mere fokus på måling og dokumentation af fremgang i funktionsniveau snarere end forebyggelse af tilbagegang.

5.2 Træningsområdet i Fyns Amt

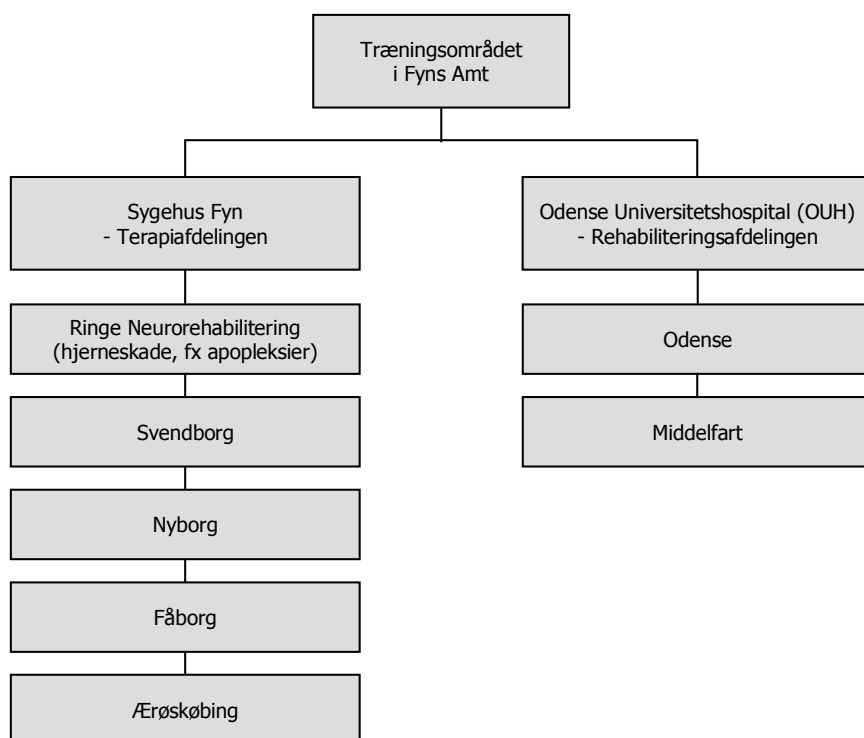
Træningsområdet i det tidligere Fyns Amt var organiseret under to enheder på Sygehus Fyn og OUH.

Samlet set var der ca. 183 terapeuter fordelt på ca. 130 fysioterapeuter og 53 ergoterapeuter. Hertil kom godt 35 ledere og undervisere samt i alt ca. 28 andre medarbejdere (i form af sekretærer, SOSU assistenter, portører mv.)⁴⁵ (6).

⁴⁴ Indførelsen af § 73a i Lov om Social Service der omhandler kommunal genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom, se evt. kapitel 3.

⁴⁵ Stillingerne er opgjort i forbindelse med udflytningen i 2005, og er opgivet i brutto basisstillinger, som udgør 1.924 timer/år.

Figur 5.2 Organisering af træningsområdet i Fyns Amt.



De interviewede terapeuter og ledere er alle fra Terapiafdelingen på Sygehus Fyn, hvis optageområde dækker de tre casekommuner.

5.2.1 Henvisning og tildeling af ydelser og standarder

Sygehusterapeuterne peger på, at der er store forskelle sygehusafdelingerne imellem med hensyn til, hvordan der henvises til træningsydelser. Hospitalsterapeuterne er specialiserede på forskellige områder, og har ansvaret for forskellige afdelinger: Nogen arbejder fx med ortopædkirurgi, nogen med gynækologi og andre med geriatri. Overordnet set kommer alle henvisninger elektronisk i et skema, og listen af nye henvisninger tjekkes hver dag af den terapeut, som har ansvaret for den pågældende afdeling, og som så tager kontakt til afdelingen såvel som til patienten. På nogen afdelinger med høj træningsintensitet – fx ortopædkirurgi – deltager terapeuterne i et tværfagligt morgenmøde, hvor patienterne fordeles på terapeuter.

Beslutningen om, hvor meget træning den enkelte patient skal tildeles, er næsten udelukkende en individuel beslutning hos den terapeut, som forestår træningen. To hospitalsterapeuter forklarer:

“Det er meget individuelt, hvilke træningsydelser og tidsforbrug der anvendes ved de forskellige patienter, og det er et individuelt skøn hver gang.” ... “Der er jo ikke sat tid eller tal på tildeling af ydelser. Det er de enkelte terapeuter, der enkeltvis og i samarbejdet må skønne, hvad er behovet, og hvor meget tid har man i dag? Det er faktisk sådan, det er. På en travl dag må man cutte lidt på det, og på en dag, hvor det går godt, kan man give lidt mere” (hospitalsterapeuter, Sygehus Fyn).

Der foregår således en prioritering baseret på, hvad der er praktisk muligt, et arbejdsvilkår som grundlæggende set gælder overalt. Men derudover er måden at tildele ydelser på baseret på en sundhedsfaglig arbejdsmetodik: Terapeuten bruger sin faglige viden som basis for at foretage løbende

(re)vurderinger og deraf følgende justeringer i træning eller behandling. En terapeut beskriver denne arbejdsform med udgangspunkt i et eksempel fra ortopædkirurgien:

"Ortopædkirurgiske patienter vil typisk ligge i sengen og være opereret eller gipset, første gang man ser dem. Der foretages en vurdering af deres ledbevægelighed, hvad kan de i forhold til deres operation, og så skal de op og ud af sengen første dag. Man beder dem om – eller hjælper patienten med – at bevæge igennem, så det er muligt at vurdere dem smertemæssigt og ledmæssigt. Derudfra laves en vurdering af, hvad de kan klare den dag. Og så tages det dag til dag" (hospitalsterapeut, Sygehus Fyn).

Terapeuterne giver dog et eksempel på, at der findes undtagelser fra reglen om den individuelle tildelelse af ydelser på basis af løbende vurderinger, og det er et apopleksiafsnit: *"Der har de en helt bestemt standard og procedurer, de går igennem med specifikke undersøgelser"*. Sådanne standarder og procedurer findes for stort set alle større diagnosegrupper, men terapeuterne oplever, at standardiseringen af forløb i praksis er stærkere på apopleksiområdet end på andre områder.

Standardiseringstendenserne er ikke kun slået igennem på de individuelle træningsforløb, men også via oprettelsen af hold. Holdforløbene er, ifølge hospitalsterapeuterne, *"nøje beskrevet med tværfaglig behandling, sygeplejeinterventioner, fysisk træning og undervisning"*. Terapeuterne giver flere eksempler på både kirurgiske såvel som medicinske hold⁴⁶.

5.2.2 Dokumentation og registrering

Terapeuterne anvender to typer af systemer: *Medicare* som er et journalsystem, hvor træning, udvikling, testresultater mm. dokumenteres, og *FPAS* (Fyns Amts administrerings-, patient- og registreringssystem) hvor SKS-koder anvendes til at kode ydelserne ud fra de 36 koder på området, som Sundhedsstyrelsen har anbefalet ifølge lederen af terapiafdelingen. Denne praksis havde eksisteret siden 1. januar 2004.

Lederen af afdelingen peger på, at det ikke har været helt uproblematisk at få indført registrering, og at der var en del indkøringsvanskeligheder i begyndelsen. Hun forklarer det bl.a. med, at registreringen har forskellig betydning for ledelsen og for medarbejderne:

"For lederne har det betydet, at vi har fået nogle udtræk på kryds og tværs, og mulighed for at gå ned i dybden: Hvor meget yder vi? Hvad yder vi? På hvilken afdeling yder vi? Det blev et ledelsesredskab, hvor vi trækker meget ud af systemet. For terapeuterne har det være besværligt – de har ikke forstået hvorfor, fordi det ikke har været overordnet brugt. ... Det har været en stor kulturændring at skulle bruge tid på at gå ind og registrere på en computer – for terapeuterne. Og det, tror jeg, er meget generelt for terapeuter: Vi er ikke uddannet og ansat som kontomedarbejdere – vi er ansat som behandlere, og vi er sammen med patienten og behandler patienten. De synes, det har taget meget tid at sætte sig ind i teknologien og registreringsteknologien. Og det har forekommet dem som en stor procentdel af behandlingstiden. De har typisk brugt hele behandlingstiden på den direkte patientbehandling og patientkontakt, og så har de ikke sat tid af til registreringen, så det har haltet efter, og det er dermed blevet en belastning at skulle registrere. Og nogen gange har de glemt det, for "Hvad betyder det? Jeg har jo givet behandlingen!". Det har været en stor proces at få skabt mening, forståelse og forandring for, hvorfor vi skal SKS-registrere" (ledende hospitalsterapeut).

⁴⁶ Hoftehold for patienter med hoftealloplastik og colles femuris fracturer [lårbensbrud], knæhold for patienter med korsbåndslæsioner og større knæoperationer, skulderhold for skulderopererede patienter, bækkenbundshold, hold for gravide med bækkenmerter, hold for patienter opereret for brystcancer, hjertetræning på hold, rygtræning på hold, lungeskoler for henholdsvis KOL- og lungecancerpatienter.

Hospitalsterapeuterne beretter, at der i dag registreres ved stort set hver eneste kontakt med en patient: testresultater, fremskridt og ændringer, og der er kun meget få undtagelser. På hold registreres dog ikke hver eneste gang individuelt, men som minimum registreres ved start og ved slut af et forløb.

Kernen i registreringsproblematikken handler om at gøre det meningsfuldt i et sundhedsfagligt perspektiv, hvilket lederen også var inde på i citatet herover. Udfordringer er, som en af de trænende terapeuter formulerer det: *"Det er det med at få skrevet noget brugbart"*. Og når terapeuterne selv skal forklare, hvorfor de skal bruge tid på at SKS-kode, peger de på at *"Vi bruger SKS-koderne, for at vi kan få penge. Vi skal registrere, hvad vi har lavet, og hvor meget tid vi bruger på det, og hvem der gjorde det, og hvornår og hvorfor"*. Og en aktivitet, som i terapeuternes øjne udelukkende handler om at få penge, giver ikke meget mening i en sundhedsfaglig optik, hvilket forklarer de vanskeligheder, som lederen har oplevet i forbindelse med implementeringen af registreringssystemerne. Terapeuterne beskriver, at de primært registrerer grundlag og ændring i det, som træningen retter sig mod, hvilket giver mening for terapeuterne.

5.2.3 Udviklingen på træningsområdet i Fyns Amt

Tre tendenser karakteriserer udviklingen på træningsområdet i Fyns Amt op til Strukturreformen: En øget specialisering, en øget standardisering, evidensbasering af genoptræningen samt en øget registrering.

Øget specialisering

De trænende terapeuter peger på en øget specialisering som værende hovedtendensen i udviklingen. En konsekvens har været, at en del diagnoser er forsvundet fra terapeuternes arbejdsområde. En hospitalsterapeut beretter således:

"Jeg har fx stået i min pure ungdom⁴⁷ og taget mig af nakkemyoser i offentligt regi. Det kunne vi jo ikke drømme om i dag. Men der er også andre smådiagnoser, som er viftet ud – og med rette. Et eller andet sted har man skullet sætte en grænse, og det har jo hele tiden været, når man havde tidsmangel. Så har man jo skullet stramme kriterierne for, hvad det er, vi kan tage os af her: Hvad er rimeligt? Og på den måde har jeg set, at feltet er blevet snævret ind i årenes løb" (hospitalsterapeut).

Ud over diagnoser, som ikke behandles længere, peger de trænende terapeuter også på diagnoser, som er blevet flyttet fra sygehusområdet til andre institutioner, men som stadig behandles. Terapeuterne oplever selv, at specialiseringen har været et plus, og de oplever de kvalitetsløft, som mulighederne for individuel specialisering har ført med sig for den enkelte terapeut og dermed også for den enkelte patient. Men det er værd at bemærke, at der har været tale om en specialisering, som udelukkende har begrænset sig til diagnoser – ikke til kun at omfatte en del af et forløb. Den enkelte terapeut har således fulgt de enkelte patienter fra den akutte, stationære fase til afslutningen i den ambulante fase.

Øget standardisering og evidensbasering

En anden markant udviklingstendens består i en øget grad af standardisering som følge af, at der foregår en videnskabeliggørelse på træningsområdet – og dermed en højere grad af evidensbasering. Lederen af terapiafdelingen oplever udviklingen således:

⁴⁷ Terapeuten, der udtaler sig, har 28 års erfaring i sygehussektoren.

”Genoptræningsområdet har altid været et overset område. Der har ikke været status på genoptræningsområdet – det har bare været noget, der skal gøres. Ortopædkirurgerne, som er de store leverandører, har ikke haft så meget fokus på selve genoptræningsdelen. De har opereret, de har sat nye hofte, nye knæ, nye skuldre i og de har repareret på tingene, og så er det det. Og så har de afleveret det til noget genoptræning. Så der har ikke været så meget fokus på det her område. Men det er der kommet indenfor de sidste 5-6 år, fordi vi som fagorganisationer har satset meget på forskning, kandidater og ph.d.er, der har været med til at sætte lødig forskning i gang på området. Indenfor de sidste år er der kommet meget dokumentation på effekten af fysisk træning” (ledende hospitalsterapeut).

I praksis har denne udvikling betydet, at der på flere og flere områder er lavet så meget forskning, at det er muligt at henvise til forskning som basis for træningsforløbene. Lederen af terapiafdelingen giver følgende eksempel på, hvordan denne form for evidensbaseret standardisering foregår i praksis:

”Et eksempel er vores hjerterehabileringshold, som vi har haft på fire matrikler. To steder fik de 12 behandlinger, et andet sted seks, og det sidste sted et helt andet tilbud. Og det skal laves ens nu: Der skal være samme behandling. Og der går vi ind og kigger på evidensen, der siger otte behandlinger” (ledende hospitalsterapeut).

Denne udvikling betyder, at det sundhedsfaglige perspektiv på therapeutydelse får en større og mere legitim rolle som grundlag for definitionen og indhold såvel som antallet af ydelser. Det er således nu evidensen, der siger otte behandlinger – ikke en politisk beslutning om lokalt serviceniveau.

Øget registrering

Andre tendenser i udviklingen er en øget elektronisk dokumentation, som terapeuterne på den ene side oplever letter tilgængeligheden af data – i forhold til tidligere tiders papirdokumentation: *”Da jeg startede ud, skrev vi på et kort, som så blev gemt et eller andet sted – det var en dokumentation, der er svær at hente frem”* (hospitalsterapeut). Men terapeuterne oplever samtidig, at der er blevet mindre tid med patienterne, fordi der er mere registrering end tidligere.

5.3 Snitflader og samarbejder på tværs af sektorer

Samarbejdet mellem sektorerne beskrives og analyseres i dette afsnit med fokus på de samarbejdsaftaler og tiltag, der har været gjort for at forbedre samarbejdet.

5.3.1 Samarbejdsaftale mellem Fyns Amt og Kommuneforeningen på Fyn.

I forbindelse med lovændringerne i 2001 besluttede Fyns Amt og Kommuneforeningen på Fyn at lave en samarbejdsaftale om genoptræning (7). Aftalen trådte i kraft 1. januar 2002, og havde til formål at sikre koordination mellem amtets og kommunernes indsats i genoptræningsforløbene, at afklare parternes konkrete ansvar i relation til træning af udskrevne patienter og at få fastlagt det, man i aftalen benævner de nærmere økonomiske vilkår for kommunal udførelse af amtslige genoptræningsopgaver.

Aftalen indebar, at amtet betalte kommunerne for genoptræning af udskrevne patienter med genoptræningsplaner. Der blev ikke aftalt nogen standardpris eller noget standardforløb, men udelukkende at man ville afregne time-for-time til en aftalt sats (433,70 kr./time i prisniveau 1.10.2001). Alle 32 kommuner i Fyns Amt tiltrådte aftalen i løbet af godt to år (8).

Modellen var, at sygehuset skulle lave en genoptræningsplan og tage stilling til, om forløbet mest hensigtsmæssigt kunne udføres i kommunalt regi. Der fandtes følgende (vejledende) målgrupper for aftalen: (a) Akut forbigående funktionsnedsættelse i forbindelse med akut sygdom, (b) Kronisk fremad-

skridende medicinsk eller neurologisk lidelse, (c) Opererede patienter med betydelig forbedring af funktionsniveau, (d) Traumepatienter med behov for genoptræning, (e) Apopleksipatienter og (f) Geriatrike patienter med kombinerede problemer. Dernæst skulle sygehusets kontaktperson – ofte en terapeut – kontakte kommunen og vurdere, om kommunen havde kapacitet til at levere træningen. Herefter blev genoptræningsplanen udleveret til patienten, sendt til kommunen og til egen læge. Kommunen leverede herefter træningsforløbet jf. genoptræningsplanen, og udarbejdede som afslutning en beskrivelse af det opnåede funktionsniveau, som blev sendt til sygehusafdelingen, samt en regning for udført arbejde. Den kommunale terapeut skulle også vurdere, om der var behov for yderligere vedligeholdende træning (7).

5.3.2 Funktionsmåling Fyn

I forbindelse med lovændringerne i 2001 og den økonomiske samarbejdsaftale mellem sygehuse og kommuner på Fyn, som blev etableret i kølvandet på lovændringerne, blev der udarbejdet et system til fælles og ensartet funktionsmåling på tværs af sektor, sygehus og kommunegrænser, kaldet "Funktionsmåling Fyn" (9).

Den økonomiske samarbejdsaftale skabte en markedslignende relation, hvor kommunerne udførte et arbejde for amterne mod betaling. Derfor blev der behov for at kunne synliggøre og dokumentere 'varen' i form af de træningsresultater, der blev betalt for. Der var således behov for et fælles sprog der kunne synliggøre målbare ændringer i funktionsniveau. Dette blev til Funktionsmåling Fyn, som skulle danne grundlag for en ensartet og standardiseret model for vurdering af funktionsniveau. Formålet var at bruge standardiserede tests og skalaer til at skabe mere dokumentation, gennemskuelighed, sammenligning af effekt, prioritering, opfyldelse af kvalitetsmål og ikke mindst et bedre grundlag for forskning (9, s.5).

Funktionsmåling Fyn indeholder indikatorer⁴⁸ for funktionstests i form af en testprocedure, der nøje reproduceres hver gang, kombineret med patientens egenvurdering af funktionsniveau og en samlet systematisk vurdering af funktionsniveauet (9, s.14).

Implementering af Funktionsmåling Fyn krævede, at terapeuterne blev uddannet i modellen, hvorfor en større uddannelsesindsats blev sat i værk i 2002. En evaluering af samarbejdsaftalen (10) viser, at i 2003 havde mellem 30-40 % af terapeuterne i de to største kommuner (Odense og Svendborg, der varetager over 50-60 % af den kommunale genoptræning på Fyn) været på kursus i funktionsmåling. På sygehusene havde der deltaget personale fra alle faggrupper, undtagen læger. Den massive uddannelsesindsats til trods konkluderer evalueringen imidlertid, at funktionsmålingerne generelt ikke er særligt udbredte hverken i kommunerne eller i sygehusregi. Man forklarede dette med, at der ikke var tradition for at anvende funktionsmålinger, og at der manglede tid, blandt andet fordi andre nye projekter fyldte. Trods den begrænsede succes konkluderer evalueringen alligevel, at der er generel opbakning til principperne om at udvikle måleredskaber, der kan formidle informationer om den enkelte borgers funktionsniveau på tværs af sektorer og faggrænser. Og en sidegevinst ved kurserne har været, at den tværsektorielle deltagelse skabte et forum på tværs af sektorer, hvor terapeuter mødes og diskuterer træning (10).

I 2006 er det billede, som tegnes af Funktionsmåling Fyn i interviewmaterialet, på linje med evalueringen fra 2003. På spørgsmålet om, hvorvidt Funktionsmåling Fyn har betydet noget, svarer en kommunal terapeut fra Svendborg:

⁴⁸ Begrebet indikatorer dækker i Funktionsmåling Fyn over funktionsmål, helbredsstatusmål, helbredsskalaer, index, livskvalitets-skalaer, statusmål, funktionelt helbred (9, s.12).

"Ja og nej. Det er et lidt tungt materiale. Der er nogle tests vi bruger – der kan være nogle diagnosegrupper, hvor der kommer nogle test med fra sygehusene sammen med genoptræningsplanen, og så laver vi også de tests, når vi afslutter. Og det betyder så, at vi taler samme sprog" (kommunal terapeut).

Men terapeuten fortæller videre, at de ude i kommunen supplerer med bl.a. COPM, som også blev anvendt i Vejle Amt, og som adskilte sig fra andre typer af funktionsmålinger ved også at inkludere patientens vurdering ikke blot af funktionsniveau, men også af væsentligheden af forskellige aktiviteter og færdigheder i en erkendelse af, at der er stor forskel på, hvilke funktioner der er væsentlige for den enkelte borger.

5.3.3 Samarbejdsaftalens økonomiske konsekvenser

Det var ikke hensigten, at lovændringerne i 2001 skulle medføre ændringer i opgavefordeling mellem amter og kommuner, og det var heller ikke intentionen, at indførelsen af genoptræningsplaner skulle have økonomiske konsekvenser (jf. bemærkningerne til loven citeret i aftaleteksten (7)). Alligevel afsatte Fyns Amt ved indgåelse af aftalen allerede det første år, 2002, to mio. kr. "i erkendelse af, at en række kommuner havde udført genoptræningsopgaver for deres borgere efter sygehusbehandling" (11).

Samlet set har udvikling i antal gennemførte forløb og udgifterne til dem været som vist i tabel 5.1.

Tabel 5.1 Udviklingen i antal gennemførte forløb og udgifter, 2002-2005.

	Antal forløb	Udgift (mio. kr.)	Udgift pr. forløb (kr.)	Budget	Budget - udgifter (mio. kr.)
2002	416	1,9	4.567	2,0	0,1
2003	1.019	5,8	5.692	4,0	-1,8
2004	1.542	6,6 ⁴⁹	4.280	4,4	-2,2
2005	1.691	5,2	3.075	4,1	-1,1

Kilde: Løbende statusopgørelser samt evalueringer (10;12-14), og egne beregninger.

Note: L. Rasmussen, forvaltningsmedarbejder på Sygehus Fyn, som udarbejdede talmaterialet i tabellen, gør opmærksom på, at tallene er behæftet med en vis usikkerhed, men at de her opgivne tal udarbejdet i 2006 er Fyns Amts bedste bud på den reelle udvikling i økonomien bag samarbejdsaftalen (oplyst pr. telefon 6. august 2008).

Som tabellen viser, holdt forbruget på 1,9 mio. i 2002 sig indenfor budgettets 2 mio. Men herefter begyndte forbruget at stige betydeligt hurtigere end budgettet: Budgettet for 2003 var 2,5 mio. kr., men forbruget de første 8 måneder 2,3 mio., og man skønnede allerede på dette tidspunkt, at et realistisk årligt budget for året ville være ca. 4 mio. kr., hvorfor man foretog en efterregulering af budgettet til 4 mio. kr. I 2004 sættes budgettet op til 4 mio. kr., men forbruget stiger endnu mere, og der efterreguleres til 4,4 mio., men de første 10 måneder af 2004 viste et forbrug på ca. 5 mio. kr., og det skønnes på dette tidspunkt, at forbruget for hele 2004 vil blive ca. 6 mio. kr. I 2005 er budgettet 4,1 mio. kr., men igen efter forbruget på et højere niveau. I 2006 var der et budget på 4,2 mio. kr., og medio 2006 forventes der et forbrug svarende til 2005, altså 5,2 mio.

Merforbruget blev et problem for de involverede sygehusafdelinger, idet sygehusene selv skulle finansiere det. I 2004 betød det fx, at underskuddet på 2 mio. skulle fordeles mellem de to træningsenhe-

⁴⁹ Amtets forvaltning forklarer i et notat om status på aftalen følgende: "Grunden til, at udgifterne i 2004 har været så høje på trods af, at antallet af genoptræningsforløb er mindre end i 2005, er, at der var rigtig mange lange og dyre forløb, og det er der efterfølgende strammet op på med hensyn til, at der skal søges om at gennemføre forløb, der overstiger kr. 10.000" (12).

der på Sygehus Fyn og OUH (14). Denne beslutning oplevede terapeuterne i terapiafdelingen på Sygehus Fyn, som at de blev straffet for at have lavet genoptræningsplaner:

"Vi var flinke til at lave genoptræningsplaner, men det blev vi straffet for, fordi så havde vi lavet for mange genoptræningsplaner, som var sendt ud, og så skulle vi cutte i timerne herinde. Så der blev vi smækket!" (hospitalsterapeut).

Det skabte således en problematik, at det var terapeuterne på sygehuset, som udfyldte genoptræningsplanerne og dermed henviste til træning, men det var ikke dem selv der udførte træningen. Denne konstruktion vanskeliggjorde såvel styring af som overblik over forbruget, og gjorde det derfor meget svært at styre økonomien i det samlede system. Denne problematik er relevant i lyset af strukturreformen. Her kommer den samme grundlæggende fordeling af opgaver til at gentage sig – dog med den væsentlige forskel, at det nu ikke længere er sygehusafdelingerne, som selv skal betale regningen for det forbrug, de visiterer til.

Årsager til merforbruget

Der er flere mulige årsager til, at der stort set fra starten opstod så stor diskrepans mellem det forventede forbrug og det faktiske: Lige fra en undervurdering af det faktiske behov til det faktum at der fra starten ikke var sat fast pris, fx i form af en timeramme, på forløbene indenfor de forskellige områder – ej heller nogen øvre beløbsgrænse for de enkelte forløb.

I evalueringen fra 2003 peges der på flere forhold, herunder at indførelsen af genoptræningsplanerne såvel som indgåelsen af samarbejdsaftalen i sig selv har været med til at sætte fokus på området og dermed skabe en større bevidsthed om genoptræningsmulighederne:

"Lovkravet om genoptræningsplaner og indgåelsen af aftalen mellem Fyns Amt og Kommuneforeningen har skabt større bevidsthed om genoptræningsmulighederne, og flere patienter tilbydes genoptræning. Det er kommunernes opfattelse, at det giver større tilfredshed. Samtidig har det haft en afsmittende effekt på kommunernes tilbud om vedligeholdende træning" (10, s.8).

Selvom det således var intentionen, at indførelsen af genoptræningsplaner skulle være udgiftsneutral, så peges der her på, at den opmærksomhed, som en sådan lovændring på et område medfører, i sig selv har afledte effekter, som skaber mere administrativ politisk såvel som faglig bevågenhed, hvilket har en effekt på forbruget.

Styring af forbrug via kommunal ensretning og standardisering

Merforbruget skabte et behov for bedre styring. I statusopgørelserne fra 2004 og 2005⁵⁰ analyseres forbruget derfor via diverse sammenligninger for at finde forklaringer såvel som styringsmuligheder. Man begyndte således at opgøre træningsudgifterne på kommunebasis og undersøge, hvad et gennemsnitligt genoptræningsforløb kostede i de forskellige kommuner. Dette analysearbejde viste, at de tre største kommuner – Fåborg, Svendborg og Odense – tilsammen stod for 60-65 % af forløbene og 66-68 % af de amtslige udgifter til kommunal træning. Således er de store kommuner dyrere end gennemsnittet.

Analyserne viste desuden, at gennemsnitsprisen på et træningsforløb varierede voldsomt kommunerne imellem. Men det fremgik også, at der var meget stor forskel på de gennemsnitlige udgifter til genoptræning af fx et knæ (som er relativt billigt) sammenlignet med fx genoptræning efter apopleksi (som

⁵⁰ Følgende to statusopgørelser er kilde til samtlige faktuelle oplysninger i dette afsnit (14) samt (13).

er dyrere). Således kunne de store variationer i gennemsnitsprisen pr. forløb kommunerne imellem let skyldes forskelle i de diagnoser, de trænede.

Man udregnede derfor den gennemsnitlige pris i den enkelte kommune for diagnosespecifikke træningsforløb⁵¹. Dette gjorde det meget tydeligt, hvilke kommuner der lå over prisgennemsnittet og på hvilke diagnoser.

Fordi baggrunden for dette analysearbejde var et merforbrug, var der naturligt nok særligt fokus på de store diagnosegrupper i de store kommuner. Og her fandt man bl.a. fandt frem til, at Odense Kommune – som varetog ca. 40 % af alle forløbene – var ca. 20 % dyrere end gennemsnitsprisen for genoptræning af en hoftenær fraktur (den hyppigste diagnose). Men også på mange af de andre diagnoser lå Odense Kommune væsentligt over gennemsnitsprisen.

Konfronteret med disse tal påpegede Odense Kommune, at kommunens kvalitetsstandard på området indebar, at der var flere instruktører på genoptræningsholdene, end der var i de øvrige kommuner. Konsekvensen blev imidlertid, at fra 2004 til første kvartal 2005 faldt den gennemsnitlige pris på langt de fleste af diagnosegrupperne i Odense Kommune (og dermed for gennemsnittet af kommuner, idet Odense udgjorde så stor en andel). Odense Kommune accepterede nemlig at anvende en lavere standard for, hvor mange instruktører der skulle være på et genoptræningshold, hvilket *"har haft en væsentlig betydning for det markante fald i den gennemsnitlige pris pr. forløb"*(13).

Hele forløbet omkring merforbruget, og det efterfølgende fokus på prisen for træning i de forskellige kommuner, illustrerer hvordan adskillelsen mellem bestiller og udfører⁵² skabte et behov for sammenlignelighed og for styringsmuligheder. Alle kommunerne blev således målt i forhold til deres faktiske priser på forskellige diagnoser, og det blev meget synligt, om de lå over eller under gennemsnittet, og en for høj pris – særligt for en diagnose med høj volumen i en stor kommune – skabte et forklaringsbehov.

Således skete der en ensretning af niveauer på tværs af kommuner som følge af aftalen. På denne måde fik de sammenligninger, som samarbejdsaftalens adskillelse mellem bestiller og udfører skabte, indflydelse på den enkelte kommunes kvalitetsstandarder. Dette havde aldrig været intentionen med samarbejdsaftalen, men det styringsbehov, som den meget åbne time-for-time model for betaling skabte, skabte et pres i retning af standardisering af niveauer kommunerne imellem.

Det er desuden værd at bemærke, at man udelukkende så på økonomi og ikke på kvalitet. Det ville således være nærliggende at spørge: Bliver borgerne i kommuner med en billig træning på fx hoftenære fakturer dårligere genoptrænede end i de kommuner, der har dyrere forløb for hoftenære frakturer? Blandt andet Funktion Fyn var designet til at skabe øget gennemsigtighed og basis for sammenligning af kvalitet i form af funktionsniveau (9). Spørgsmålet rejstes imidlertid ikke i forbindelse med statusopgørelserne, som udelukkende er udtryk for en budgetstyringslogik.

Ud over presset i retning af harmonisering af standarder, blev der også senere sat grænser for de frie rammer, kommunerne havde haft under samarbejdsaftalen. Igen var fokus på de områder, som var dyre, og derfor blev det efter 2004 vedtaget, at kommunerne skulle søge om at gennemføre genoptræningsforløb, der kostede over 10.000 kr., hvilket gav et fald fra ca. 5 % til 1,7 % af forløbene, som kostede over 10.000 kr. (12;13).

⁵¹ Listet efter faldende hyppighed: Hoftenære frakturer (30-35 % af samtlige forløb), øvrige (restkategori), apopleksier, øvrige brug (end hoftenære frakturer) i underekstremiteter, og bækken, skulder-/arm læsioner, ny hofte, andre neurologiske lidelser (end apopleksi), ryglidelser, nyt knæ, gigtlidelser og til sidst amputationer.

⁵² Hvor det i dette tilfælde er amtet, der bestiller og betaler, mens kommunerne udfører.

Samarbejdsaftalens faglige konsekvenser: En generalprøve på strukturreformen

Som det fremgår, har samarbejdsaftalen således ikke kun haft økonomiske konsekvenser, men også faglige. Aftalen betød, at kommunerne i årene op til reformen havde stiftet bekendtskab med nye typer af patienter og genoptræningsforløb, hvilket medførte en faglig udvikling blandt de kommunale terapeuter. Lederen af træningsområdet i Svendborg beskriver det således:

”Der er altid nogle ting i et samarbejde, som ikke fungerer, men jeg syntes generelt, det har fungeret godt. Vi er blevet tvunget ud i et bredere spektrum af træning, vi har fået flere forskellige borgere med flere forskellige slags diagnoser”. ... [Som konsekvens af aftalen er] ”vi pludselig blevet kastet ud i nogle opgaver, vi måske ikke havde fået ellers, og det er jo en faglig udfordring, og det er jo sundt” (ledende kommunal terapeut).

Samarbejdet udvides: De privatpraktiserende fysioterapeuters rolle

På Fyn blev de praktiserende terapeuter også inddraget i samarbejdet. Det var imidlertid en kompliceret proces at få samarbejdet i stand og finde en rolle til praksissektoren. I det følgende gennemgås de tre faser, som forløbet indeholdt:

Allerede i september 2002 – under et år efter at aftalen om samarbejde mellem sygehuse og kommuner var trådt i kraft – behandlede sygehusudvalget en henvendelse fra de praktiserende fysioterapeuter om at blive inddraget i samarbejdsaftalen med sygehusene på lige fod med kommunerne (11;15). Udvalget vurderede, at en inddragelse af praksissektoren ville give borgere mere frit valg, men samtidig forudsås en række problemer: Det ville medføre, at de praktiserende fysioterapeuter skulle forpligtes til at uddanne sig i Fælles Funktionsmåling Fyn⁵³, og det ville også betyde, at sygehusene skulle håndtere et samarbejde med langt flere aktører end blot 32 kommuner. Udvalget var desuden bekymret for, om de patienter, som allerede gik hos praktiserende fysioterapeuter mod egenbetaling, ville begynde at ønske fuld offentlig betaling, når de opdagede, at andre patienter – indenfor aftalen – fik fuld kompensation. Udvalget afviste derfor de praktiserende terapeuters anmodning, men sendte dog samtidig sagen videre til Forebyggelses- og Sundhedsudvalget som skulle vurdere, om der i stedet kunne laves en § 2-aftale under sygesikringen⁵⁴ om visse patientgrupper.

I december 2003 godkendte sygehusudvalget en § 2-aftale vedrørende de patienter, som ikke havde behov for en tværfaglig indsats i betydningen andet og mere end en fysioterapeut (16;17). Det forudsættes, at de fysioterapeuter, der skal forestå genoptræningen, er uddannet i Funktionsmåling Fyn. De praktiserende terapeuter skal – ligesom kommunerne – lave en beskrivelse af det opnåede funktionsniveau efter endt træning, og de honoreres efter samme satser som de kommunale terapeuter.

I april 2005 indgås imidlertid en ny aftale mellem de praktiserende fysioterapeuter på Fyn og Fyns Amt, som stort set har samme ordlyd som den oprindelige aftale mellem kommunerne og amtet fra 2001 (18). Det lykkedes således de praktiserende fysioterapeuter at få en aftale om genoptræningen efter udskrivelse på lige vilkår med kommunerne – om end fire år senere. Alle aftaler mellem amt og kommuner henholdsvis praktiserende fysioterapeuter ophører med strukturreformen, hvor amtet ikke længere har ansvar for den ambulante træning.

⁵³ Det er værd at bemærke, at evalueringen af aftalen i oktober 2003 (10) viser, at langt fra alle kommunale terapeuter, endside alle kommuner, er uddannet i anvendelsen af Fælles Funktionsmåling Fyn, selvom aftalen har været i kraft i omkring to år på dette tidspunkt.

⁵⁴ Der henvises til § 2 i Landsoverenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter om fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi.

5.3.4 Samarbejde i praksis: Samarbejdsaftale og genoptræningsplaner

Alle med behov for ambulant genoptræning efter indlæggelse har ret til en genoptræningsplan. I hvor høj grad sygehusene levede op til dette krav er uklart. Men de løbende statusopgørelser i forbindelse med samarbejdsaftalen peger på, at implementeringen og brugen af genoptræningsplanerne ikke har været problemfri. I 2003 vurderede man på baggrund af en interviewundersøgelse, at 85-95 % af de patienter, det er relevant for, fik udarbejdet en genoptræningsplan, men at der var enkelte afdelinger, hvor det fungerede meget dårligt, idet de stort set ikke udarbejdede genoptræningsplaner (10). Status fra 2005 peger på, at problemet ikke er løst:

"Der har været mange tilbagemeldinger fra kommunerne om, at genoptræningsplanerne manglede centrale oplysninger, eller at det ikke var den rigtige genoptræningsplan. En opfølgning på sagen i Sygehus Fyn har vist, at det er få afdelinger, som ikke udfylder genoptræningsplanerne korrekt. Problemet er særligt koncentreret om afdeling O på OUH, som i 1. kvartal 2005 står for ca.22 % af de ikke korrekt udfyldte genoptræningsplaner, som kommuner har sent ind i perioden" (13).

I forbindelse med reformen har man for ingen af de fire amter i Region Syd opgjort antallet af genoptræningsplaner med den begrundelse, at "antallet af genoptræningsplaner ikke er lig med den genoptræning, der udbydes" (6, s.4). Begrundelsen er ifølge arbejdsgruppen, at:

"En del patienter, ikke mindst med ukomplicerede diagnoser, udskrives i dag [marts 2006] fra sygehusene uden en genoptræningsplan, men tilbydes ambulant genoptræning i sygehusregi. En væsentlig forklaring på, at ikke alle patienter med et genoptræningsbehov modtager en genoptræningsplan, skal nok forklares dels med lægernes rutiner, og dels med at det er en stor administrativ byrde, der pålægges terapienhederne" (6, s.4).

Implementeringsproblemerne til trods har erfaringerne med planerne generelt været positive i begge sektorer. Samlet set viser evalueringen af samarbejdsaftalen (ca. 2 år efter dens implementering) en positiv udvikling på træningsområdet – specielt i kommunerne:

"Kommunerne peger på, at samarbejdet på genoptræningsområdet har betydet et kvalitetsløft på såvel udskrivelser generelt som på kommunernes egen organisering og udvikling på genoptræningsområdet. Det gælder såvel genoptræning under aftalen mellem Fyns Amt og kommunerne, som den genoptræning kommunerne er forpligtet til jævnfør § 73 i serviceloven" (10).

På sygehuset peger terapeuterne på, at planerne – ligesom indførelsen af øget registrering – tager tid fra patienterne og giver terapeuterne mere "papirarbejde". Men planerne har også haft positive konsekvenser for patienterne, mener terapeuterne:

"Den positive må være, at man har fået fokus på patienten, og hvad det er, der skal ske. Det har haft indflydelse på, at man meget konkret skulle finde ud af, hvad det er, patienten har brug for videre frem, når de skal udskrives herfra, og kan det lade sig gøre. I stedet for at man sendte dem hjem, og så krydsede fingre, for at de klarer den derhjemme" (hospitalsterapeut, Sygehus Fyn).

Planerne var således et konkret artefakt, hvor "der blev skrevet, hvad behovet var, og hvilke mål man satte for patienten, og hvad man mente, de havde behov for, og hvor lang tid man syntes, det skulle være", som hospitalsterapeuterne formulerede det. I forbindelse med planerne opstod en praksis, hvor amtets terapeuter ringede hver gang, de lavede en genoptræningsplan og sendte en borger videre til træning i kommunalt regi. Formålet var at sikre, at kommunen kunne gennemføre træningen. Begrundelsen var, at man ville sikre, at man i sygehusregi ikke lovede borgeren noget, som kommunen

ikke kunne holde. De kommunale terapeuter oplevede, at *"de ringede også stort set hver gang"*, og at kommunikationen fungerede godt – problemer med tilgængelighed og forskellige telefontider til trods. Men denne mundtlige kommunikation betød samtidigt, at der blev mulighed for at tale om patienterne/borgerne, stille uddybende spørgsmål osv.

Oplevelsen blandt de interviewede praktikere var således, at planerne og det tilhørende krav om den tværsektorielle kontakt i forbindelse med udarbejdelsen og udskrivelsen skabte en anden bevidsthed hos terapeuterne om efterforløbet, og var en konkret anledning til vidensdeling hen over sektorgrænsen.

Genoptræningsplaner i et kommunalt perspektiv

De tre casekommuner modtog i de første 10 måneder af 2004⁵⁵ i alt 206 genoptræningsplaner – 143 til Svendborg, 28 til Egebjerg og 15 til Gudme. Ifølge lederen af træningsområdet i Svendborg Kommune har der ikke været ansat ekstra medarbejdere til at løse disse nye opgaver, som samarbejdsaftalen indebar. Opgaven er således blevet løst ved at prioritere ressourcer til den amtslige genoptræning. Selvom omfanget ikke har været stort, så har det – alt andet lige – betydet færre ressourcer til de øvrige kommunale træningsforpligtelser jf. serviceloven, herunder vedligeholdende træning til ældre.

I Svendborg oplever terapeuterne ikke, at genoptræningsplanerne har haft den store betydning for indholdet af den leverede træning:

"Indholdsmæssigt syntes jeg ikke, de har gjort den store forskel, fordi der står ikke ret meget på dem. Ligesom det var tidligere, så ved vi ikke ret meget mere end diagnosen. Selve planen har ikke gjort den helt store forskel. Det har nok gjort det, at de på sygehusene er blevet lidt mere systematiske, og de ved, vi eksisterer, og bruger os" (kommunal terapeut, Svendborg).

Terapeuterne peger dog på, at der rent indholdsmæssigt var stor forskel på planerne, og at det ikke så sjældent skete, at de modtog planer med målsætninger for træningen, som enten var meget løst definerede, eller som stort set allerede var opnået. Flere terapeuter mener, at det var en fordel, idet det gav dem friere hænder og muliggjorde, at de kunne foretage et fagligt skøn – i stedet for at skulle følge mål, som andre havde defineret, og som af forskellige årsager ikke længere var så relevante ifølge de trænende terapeuter:

"Det var ikke altid, at det, som borgeren havde været med til at skrive ned, imens de lå inde på sygehuset, holdt stik med, hvad de egentlig gerne ville, når de så pludselig var i eget hjem. De havde måske nogle andre ønsker, når de kom hjem, og så var det jo godt, at der ikke stod så meget, for så kunne man selv vælge, om man ville bruge så meget tid på trappen, eller om det var vigtigere at komme ud" (kommunal terapeut, Gudme).

Terapeuterne peger således på, at planerne har haft indflydelse på træningsarbejdet i og med, at de har bidraget med testresultater som grundlag for den videre træning. Men derudover havde planerne også den funktion, at de klart markerede, at patienten ikke var færdigtrænet ved udskrivelsen:

"Udgangspunktet var, at borgeren ikke var færdigtrænet, men der var et stykke arbejde, der skulle gøres, og på den måde har planerne været springbræt for det videre arbejde: Det kan godt være, at det, der har stået på genoptræningsplanen, ikke har været så aktuelt længere, men så har de været afsættet til at finde ud af, hvad borgeren så har brug for" (kommunal terapeut, Egebjerg).

⁵⁵ Det har ikke været muligt at få det samlede tal for 2004 – eller for 2005. Det er disse delvise opgørelser, som de tre kommuner har brugt som udgangspunkt for deres egen sundhedsplanlægning (se evt. (1, Bilag 6)).

De trænende terapeuter i Svendborg peger på, at indførelsen af planerne har haft betydning for samarbejdet. Ligesom deres kollegaer i Gudme og Egebjerg mener de heller ikke, at det skyldes selve indholdet i planerne, der trods en udvikling mod det bedre stadig ind i mellem er mangelfulde. Effekten af planer skal snarere findes i det tværsektorielle samarbejde, de har givet anledning til. Før planerne beskriver terapeuterne, at der var få henvendelser og begrænset kommunikation på tværs af sektorerne på træningsområdet. Og selvom der i lovgivningen om genoptræningsplaner lægges vægt på, at planerne skal være skriftlige, så fremhæver terapeuterne i langt højere grad effekten af den mundtlige tværsektorielle kommunikation, de gav anledning til.

5.3.5 Standardisering og harmonisering af ydelser

En gennemgående tendens på træningsområdet har været tiltag i retning af en øget standardisering af forskellige typer af praksisser og procedurer på træningsområdet. Som det fremgår af den caseanalyse, betød fx indgåelsen af samarbejdsaftalerne – først med Kommuneforeningen i 2001 og senere med de praktiserende fysioterapeuter i 2005 – at der opstod et standardiseringspres på prisen på de kommunale træningsforløb. Andre tiltag har skubbet i samme retning.

I forbindelse med implementeringen af genoptræningsplaner og den kommunale samarbejdsaftale er der udarbejdet et "Katalog over genoptræningsforløb" (8: bilag 2). Kataloget opstiller både retningslinjer for, hvad en genoptræningsplan er, procedurer for hvad kommunerne skal gøre i forskellige situationer (fx hvis der *ikke* er en genoptræningsplan), og kommer med eksempler på forløb, som involverer samarbejde mellem sygehus og kommune. Kataloget er således et forsøg på at standardisere planerne såvel som udførelsen af samme.

5.3.6 Opsamling om samarbejdet mellem Fyns Amt og kommunerne

Udviklingen af træningsområdet i Fyns Amt har været præget af den omtalte samarbejdsaftale og dens kobling til Funktionsmåling Fyn. Men også den bredere samarbejdsaftale, "Sund Dialog" (5) har haft indflydelse. Sund Dialog er en generel samarbejdsaftale mellem kommuner og sygehusvæsen på Fyn, som dækker hele sundhedsområdet, og som baserer sig på den form for metodik omkring kvalitetsudvikling, der arbejder med standarder, retningslinjer, indikatorer samt registrering og dokumentation af målopfyldeelse i procent.

Disse forskellige aftaler og redskaber har således klare fælles rødder i et udviklings- og forandringsparadigme, som også genfindes i Det nationale Indikatorprojekt (NIP) eller Den danske Kvalitetsmodel (DDKM). Metoderne lægger vægt på udvikling af standarder, indikatorer, registrering af målopfyldeelse samt anvendelse af sammenlignelige og dokumenterede metoder – alt sammen udtryk for en bestemt måde at arbejde med kvalitetsudvikling på.

I praksis har terapeuterne i kommunerne givet udtryk for, at fx Funktionsmåling Fyn med alle de mange tests, er et "*noget tungt materiale*". Evalueringerne viste, at ikke alle er blevet uddannet i Funktionsmåling, ikke alle får genoptræningsplaner, selvom standarden i Sund Dialog sættes til 100 % opfyldelse, planerne er ofte mangelfulde eller irrelevante, og de kommunale terapeuter bruger ikke Funktionsmålingens tests systematisk. Men implementeringen af store rationelle styringssystemer har også andre afledte konsekvenser end de direkte tiltænkte. Og her peger terapeuter i begge sektorer på, at planer og tests til funktionsmålinger har haft en klar positiv indvirkning på samarbejdet via den mundtlige dialog mellem terapeuter, som det har faciliteret, og via den ændring af fokus i retning af patienten og forløbet efter udskrivelse som planerne er med til at sikre. Og selvom Funktionsmålingens tests ikke altid bruges helt som tiltænkt, så giver de et godt udgangspunkt for den videre træning, mener terapeuterne.

I praksis er man således langt fra at have den systematiske kvalitetsstyring og udvikling, som tankegodset bag Funktionsmåling Fyn og Sund Dialog lægger op til. Men på den anden side beretter alle de interviewede terapeuter i begge sektorer, at systemerne – og ikke mindst deres afledte konsekvenser for terapeuternes tværsektorielle dialog – har været klart medvirkende til at påvirke træningsområdet i positiv retning.

5.4 Strukturreformen

Dette afsnit diskuterer kort de umiddelbare konsekvenser af strukturreformen.

5.4.1 Etablering af den nye snitflade mellem specialiseret og almen ambulant genoptræning

På Fyn er arbejdet med at etablere en snitflade mellem almen og specialiseret ambulant genoptræning foregået af flere omgange, idet man i første omgang endte med en fordeling, som ifølge lederen af terapiafdelingen var 50-55 % almen ambulant genoptræning og 50-45 % specialiseret. Men embedsmænd i Fyns Amt ønskede en fordeling, som var mindst 60 % almen og højst 40 % specialiseret, så der blev nedsat nye arbejdsgrupper og lavet nye fordelinger, som endte med, at flere opgaver kunne hjemtages af kommunerne, og dermed også at flere terapeuter skulle flyttes ud til kommunerne.

Resultatet blev, at en lang række ambulante opgaver blev klassificeret som almene⁵⁶, og dermed flyttes de ud i kommunerne, mens de specialiserede opgaver⁵⁷ skulle blive i sygehusregi. Nogen områder blev delt, fx KOL, hvorom der står: "På OUH skønnes det, at man har 20 % med så mild sygdom, at de vil kunne behandles udenfor sygehusregi" (19: bilag 9, s. 48). Samlet set svarer dette til, at ca. 66 % af alle de ambulante ydelser flyttes ud til kommunerne (20).

Allerede inden udflytningen af disse diagnoser peger lederen af Terapiafdelingen på, at fordelingen snarere skal ses som startskuddet på en længere udflytningsproces end som en etablering af en endelig og klar snitflade på basis af skellet mellem specialiseret og almen træning:

"Jeg tror, at gråzonen, mellem hvad der er alment og hvad der er specialiseret, bliver til diskussion lang tid endnu, fordi kommunerne vil have, at vi skal diskutere den snitflade. Og jeg tror også, der bliver lagt mere og mere ud til kommunerne, og at den specialiserede ambulante genoptræning bliver mindre og mindre på sigt. Men de faglige kompetencer skal følge med ude i kommunerne, hvor de også skal forsøge at specialisere sig, for patienterne søger sygehuse, fordi de har oplevet, at vi er specialister" (ledende hospitalsterapeut).

Den lokale udmøntning af snitfladen er således fremkommet via en længere forhandlingsproces. Den leder til en løbende udflytning i takt med opbygningen af kommunale kompetencer på træningsområdet, snarere end en udflytning, som er overstået én gang for alle. Samtidig er det også værd at bemærke, at nogle diagnoser er både specialiserede og almene – fx KOL og hjerterehabilitering. Her afhænger det af den enkelte læges vurdering af patientens tilstand, om der skal gives almen eller specialiseret træning. Der er således stadig et væsentligt løbende skønselement forbundet med det nye sektorsnit.

⁵⁶ Heriblandt genoptræning af hofter, knæ, fødder, ryg, skulder, albue samt efter apopleksi, kræftsygdom, amputation (efter akutfase) eller fraktur i underekstremiteter; holdtræning for osteoporose- samt brystcancer-patienter (19).

⁵⁷ Heriblandt genoptræning inden for håndkirurgi, børneneurologi og ortopædkirurgi, efter amputation (akutfase), fod- og knæskader (kræver bandagering), cancersygdom (kræver særligt udstyr), hjertesygdom. For genoptræning inden for gynækologi/obstetrisk, geriatri og KOL-området samt neurorehabilitering forbliver hovedparten af opgaverne i sygehusregi (19).

5.4.2 Ressourcemæssige konsekvenser: medarbejdere og økonomi

Fyns Amt flytter i alt 37,8 medarbejdere ud i kommunerne fordelt på 27,6 fysioterapeuter + 6,4 ergoterapeuter og 3,7 "overheadpersonale" (sekretærer, social- og sundhedsassistenter mv.), hvilket svarer til 15 % af det samlede antal medarbejdere på træningsområdet, eller 19 % af terapeuterne isoleret set (6). Udover udflytningen af medarbejdere kompenseres kommunerne også for værdien af den træning, som de hidtil har udført indenfor rammerne af samarbejdsaftalen. Derfor kompenseres til en værdi af yderligere 10 årsværk⁵⁸. Medregnes denne yderligere compensation, svarer det til, at 23 % af terapeutkapaciteten flyttes ud i kommunerne fra Fyns Amt.

I Ny Svendborg Kommune kommer i alt otte nye medarbejdere på træningsområdet, hvor der før var 15 i Svendborg Kommune: To kommer fra Gudme og Egebjerg grundet kommunesammenlægningen, fire kommer fra sygehusene som konsekvens af udflytningen⁵⁹, og hertil kommer to administrative medarbejdere fra forvaltningen.

Der flytter således hospitalsterapeuter med opgaverne ud i Svendborg Kommune, hvilket er en mulig medvirkende årsag til, at terapeuterne ikke gav udtryk for nogen utryghed overfor de nye opgaver i overgangsfasen. Sygehuset har været meget bevidst om den vidensoverførsel, der sker med udflytningen af terapeuter, og håber ad den vej at kunne medvirke til at skabe en anden faglig kultur omkring træningsområdet i kommunerne. Lederen af terapiafdelingen forklarer:

"I Fyns amt overdrager vi mange medarbejdere til kommunerne, og de har jo nogen gode kompetencer udi kvalitetsudvikling med sig. Og ifølge sundhedsloven skal kommunerne jo også kvalitetsudvikle og lægge sig op ad de nationale retningslinjer og udmeldinger. Og når jeg sidder sammen med kommunerne, er de meget lyttende og spørger til, hvad er fx SSTs udmeldinger på kronikerområdet og hjerteområdet osv. Og det siger mig, at de godt er orienterede om, at der er nogen nationale ting – via MTVer og rapporter – som man skal lægge sig op ad. Og jeg tror, at vores amtslige medarbejdere, der kommer ud i kommunerne, kan være med til at skabe et læringsmiljø på det område, for de kommer ud med nogle rigtig gode kompetencer på det område. Da vi lærte reformen at kende, har vi gjort os meget umage med at kompetenceudvikle de terapeuter, der skal ud, for at sikre at minimumsniveauet også kan følge med ud i kommunerne. Håber vi kan bringe læring med ud – især omkring kvalitetsudvikling og faglig udvikling" (ledende hospitalsterapeut).

Med udflytningen af medarbejdere sammen med opgaverne håber lederen af terapiafdelingen således at kunne påvirke det kommunale træningsområde i retning af en mere sundhedsfagligt baseret praksis – frem for et politisk baseret vedtaget serviceniveau. Der er tale om to meget forskellige paradigmer og syn på træningsområdet, som rejser spørgsmålet: Er træningsområdet grundlæggende set et *sundhedsfagligt* område, styret af videnskab og evidens for effekt – eller er der tale om et *serviceområde*, styret af krav til bestemte serviceforpligtelser givet i lovgivningen på området, som resulterer i politisk vedtagne serviceniveauer og kvalitetsstandarder?

I tillæg til den vidensoverførsel der sker med udflytningen af medarbejdere, har samarbejdsaftalen også fungeret som en slags "generalprøve" på strukturreformen i og med, at den skabte en mindre udflytning af opgaver fra sygehus til kommuner. Det betød, at kommunale terapeuter kom til at løse flere af de opgaver, som kommunerne nu også får myndigheds- og finansieringsansvaret for. Lederen af træningsområdet i Svendborg Kommune udtrykker det således:

⁵⁸ Årsagen til denne ekstra compensation er, at kommunerne i forvejen udfører en del træning for amtet, som konsekvens af den indgåede samarbejdsaftale (6). Omfanget af denne træning er 10 årsværk ifølge både den tidl. chefterapeut på Sygehus Fyn (personlig meddelelse i form af e-mail d. 22. august 2008), samt lederen af Rehabiliteringsafdelingen på Odense Universitetshospital (20).

⁵⁹ Disse fire fordeler sig på 1,0 ergoterapeut, 2,62 fysioterapeut og 0,567 overhead – i alt 4,187 (arbejdsrapport, konvergens, marts 2006, s.12).

"Nu [efter reformen] får vi fx knæpatienter – men det er jo ikke sådan, at vi ikke har fået nogle knæpatienter ud før. Så der er mange af tingene, vi har arbejdet med, inden vi får de nye opgaver. Desuden har vi alle genoptræningsplanerne, og vi har brugt Rambøll Care i lang tid, så vi sidder ikke og ryster og synes, at nu skal der ske noget helt forfærdeligt" (ledende kommunal terapeut).

Den samme fortolkning af samarbejdsaftalens rolle genfindes i den tværsektorielle arbejdsgruppe på træningsområdet, som blev nedsat i forbindelse med udflytningen. Den beskriver således, at *"Genoptræningsopgaven er kun delvis ny, idet de fynske kommuner allerede i dag udfører en del af opgaven i henhold til bestilling og betaling af Fyns Amt"* (21).

5.5 Datagrundlag for case 2: Fyns Amt og Ny Svendborg Kommune

Interviewliste

Af nedenstående liste fremgår de personer, der har deltaget i interview, og fra hvilke der indgår oplysninger til brug for nærværende case.

Amt/Kommune	Navn	Stilling + institution	Citeret som
Fyns Amt	Birgitte Matthiesen	Ledende terapeut på Sygehus Fyn, Svendborg	Ledende hospitalsterapeut
Fyns Amt	Martin Tylstrup Nør-gaard	Trænende fysioterapeut	Hospitalsterapeut
Fyns Amt	Hanne Høfsten	Trænende ergoterapeut	Hospitalsterapeut
Fyns Amt	Bodil Haugaard	Trænende fysioterapeut	Hospitalsterapeut
Svendborg Kommune	Janet Lomholt	Chef for de trænende terapeuter i (Ny) Svendborg Kommune	Ledende kommunal terapeu- t
Svendborg Kommune	Niels Lylloff Henriksen	Trænende fysioterapeut	Kommunal terapeut
Svendborg Kommune	Henriette Franke	Trænende ergoterapeut	Kommunal terapeut
Svendborg Kommune	Connie Kristensen	Trænende fysioterapeut	Kommunal terapeut
Egebjerg Kommune	Hanne Nissen	Trænende fysioterapeut	Kommunal terapeut
Gudme Kommune	Helene Faber	Trænende fysioterapeut	Kommunal terapeut

Referencer til kapitel 5

- 1) Gudme Egebjerg og Svendborg Kommuner. Sundhed - Forslag til sundhedsfremme og forebyggelse, samt rehabilitering og genoptræning i Ny Svendborg Kommune. 2005.
- 2) Svendborg Kommune Social- og Sundhedsforvaltningen. Kvalitetsstandard for genoptræning efter genoptræningsplan. Svendborg Kommune, Social- og Sundhedsforvaltningen; 2004. p. 48-56.
- 3) Egebjerg Kommune Hjemmeplejen. Kvalitetsstandard for kommunal genoptræning. Vester Skerninge: Egebjerg Kommune; 2004.
- 4) Egebjerg Kommune Hjemmeplejen. Kvalitetsstandard for hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Vester Skerninge: Egebjerg Kommune; 2004.
- 5) Fyns Amt. Sund Dialog: Samarbejdsaftale mellem kommuner og sygehusvæsen i Fyns Amt 2003 - 2007. [Odense]: Fyns Amts Sygehusvæsen og Kommuneforeningen i Fyns Amt; 2004.
- 6) Region Syddanmark. Arbejdsrapport omhandlende harmonisering og konvergens de fire amter i mellem. Genoptræning. Materiale til brug for: 1. dialogrunde med de 22 kommuner i perioden marts-maj 2006. [Odense]: Region Syddanmark; 2006.
- 7) Fyns Amt. Aftale mellem Kommuneforeningen i Fyns Amt og Fyns Amt om samarbejde i forbindelse med genoptræning af patienter efter behandling på sygehus [Notat]. Odense: Fyns Amt; 2001.
- 8) Fyns Amt. Evaluering af aftalen om genoptræning mellem Fyns Amt og Kommuneforeningen i Fyns amt. Sygehusudvalgets møde tirsdag den 4. november 2003. 2003. p. 1-2.
- 9) Lauritsen J, Fyns Amt. Funktionsmåling Fyn. Brug af funktionsmåling i genoptræningsplaner i Fyns Amt. Baggrund, indikatorer og forslag til organisering og struktur af et uddannelsesprogram. Odense: Fyns Amt; 2001.
- 10) Styregruppen for aftalen om genoptræning mellem Kommuneforeningen i Fyns Amt og Fyns Amt. Evalueringsrapport for aftalen om genoptræning mellem Kommuneforeningen i Fyns Amt og Fyns Amt. [Odense]: Sygehus Fyn og Odense Universitetshospital; 2003.
- 11) Fyns Amt, Odense Universitetshospital, Sygehus Fyn. Notat om Privatpraktiserende fysioterapeuters inddragelse i aftale om genoptræning efter sygehusbehandling. Odense: Fyns Amt; 2002.
- 12) Rasmussen L. Status på Fyns Amts samarbejde med de fynske kommuner om genoptræning af patienter efter behandling på sygehus [Notat]. Odense: Fyns Amt; 2006.
- 13) Fyns Amt, Sygehus Fyn. Status på aftalen for genoptræning mellem kommuneforeningen i Fyns Amt og Fyns Amt. Status på forbrug 1. kvartal 2005 samt prognose for år 2005. 2005.
- 14) Fyns Amt, Sygehus Fyn. Status på aftalen for genoptræning mellem kommuneforeningen i Fyns Amt og Fyns Amt. Status på forbrug samt prognose for 2004. Odense: Fyns Amt; 2004.
- 15) Fyns Amt. Inddragelse af praktiserende fysioterapeuter i aftale om genoptræning efter sygehusbehandling. Sygehusudvalgets møde tirsdag den 24. september 2002. 2002. p. 4-5.
- 16) Fyns Amt. Sygehusudvalgets møde tirsdag den 9. december 2003.
- 17) Fyns Amt, Afdelingen for Forebyggelse og Sundhed. Aftale mellem Fyns Amt og de praktiserende fysioterapeuter i Fyns Amt om fysioterapeuternes indsats i forbindelse med genoptræning af patienter efter sygehusbehandling. (I henhold til § 2 i Landsoverenskomsten mellem Sygesikringens forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter om fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi). Odense: Fyns Amt; 2003.
- 18) Fyns Amt. Aftale mellem praktiserende fysioterapeuter på Fyn og Fyns Amt om samarbejde i forbindelse med genoptræning af patienter efter behandling på sygehus. 2005.
- 19) Fyns Amt. Fordeling af ambulante genoptræningsopgaver. Odense: Fyns Amt; 2006.
- 20) Bjerg M. Fyns Amts besvarelse af projektrelateret forespørgsel fra DSI til alle amter og H:S vedrørende fysioterapeutiske og ergoterapeutiske årsværk og aktiviteter i 2005. 2005.

- 21) Tværsektoriel arbejdsgruppe vedrørende sundhed i det tidligere Fyns Amt. Status for opgaveløsning - fase 1 i kommissoriet for arbejdet [Notat]. 2005

6. Case 3: Roskilde Amt og Greve Kommune

Greve Kommune, der ikke blev sammenlagt med andre kommuner i forbindelse med strukturreformen, er beliggende i det tidligere Roskilde Amt. Kommunen havde pr. 1. januar 2007 et indbyggertal på 47.672.

Roskilde Amt bestod af 11 kommuner, og havde pr. 1. januar 2006 et indbyggertal på 241.523. Roskilde Amts Sundhedsvæsen omfattede sygehuse i henholdsvis Roskilde og Køge. I forbindelse med strukturreformen blev Roskilde, Storstrøms og Vestsjællands amter sammenlagt til Region Sjælland, som ved sammenlægningen kom til at omfatte 17 kommuner med et indbyggerantal på 820.000.

6.1 Træningsområdet i Greve Kommune

Strukturreformen har medført ændringer i den kommunale organisering af træningsområdet i Greve Kommune. I de første afsnit beskrives organisering og gældende praksis på træningsområdet i efteråret 2006 op til implementeringen af strukturreformen. Herefter beskrives den organisatoriske udvikling, som træningsområdet i Greve Kommune har gennemgået over en 5-årig periode fra ca. 2002-2007.

6.1.1 Organisering af terapeuterne

I efteråret 2006 var der i alt ansat 29 terapeuter i Greve Kommune. Terapeuterne, der arbejdede med genoptræning og vedligeholdelsestræning af voksne (terapeuter)⁶⁰, var organisatorisk placeret i kommunens Pensions- og hjemmeplejeafdelingen. Terapeuterne var opdelt i to teams, som hver dækkede et geografisk område omfattende to lokale plejecentre. I det ene team var der seks terapeuter: tre ergoterapeuter og tre fysioterapeuter, mens der var fire i det andet: to ergoterapeuter og to fysioterapeuter. Hvert team blev ledet af en teamleder, der refererede til hver sin områdeleder. Herudover var der ansat tre terapeuter i forbindelse med et 3-årigt forsøgsprojekt, der løb til udgangen af 2008 (mere herom senere). Den samlede terapeutnormering til træningsområdet udgjorde således inden strukturreformen i alt 15 terapeuter. Der henvises til organisationsdiagrammet i Figur 6.1, som er en afbildning af perioden 2005 - april 2006, dvs. inden teamkoordinatorerne blev udnævnt til teamledere.

Herudover var der ansat yderligere 12 terapeuter i Pensions- og hjemmeplejeafdelingen, som havde andre arbejdsopgaver end træning:

- ◆ Tre ergoterapeuter der arbejdede som visitatorer.
- ◆ Seks sagsbehandlende ergoterapeuter som arbejdede med hjælpemiddelområdet.
- ◆ En ergoterapeut der arbejdede med demente på et af plejecentrene.
- ◆ To ergoterapeuter der arbejdede som forebyggelseskonsulenter.

Herudover var der to fysioterapeuter i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), som arbejdede med børn i førskolealderen.

⁶⁰ I Greve kommune er der ansat flere former for terapeuter, terapeuterne vil efterfølgende blive omtalt som kommunale terapeuter eller blot terapeuter.

6.1.2 De kommunale terapeuters arbejdsopgaver

Terapeuterne i Greve Kommune varetog tre typer arbejdsopgaver:

- Genoptræning (efter Servicelovens § 73a, stk. 1).
- Genoptræning i henhold til en samarbejdsaftale indgået med Roskilde Amt (mere herom senere).
- Diverse konsulenttydelser, som eksempelvis omfattede:
 - Vejledning af plejepersonalet i, hvorledes de skulle udføre vedligeholdelsestræning (efter Servicelovens § 73a, stk. 2).
 - Vejledning og undervisning af plejepersonalet i forflytninger.
 - Vejledning af borgere og pårørende i brug af hjælpemidler, håndtering og indretning af hverdagen.
 - Motionsvejledning for personalet.

Træningen foregik som individuel træning eller på hold, uanset om der var tale om genoptræning efter Servicelovens § 73a, stk. 1, genoptræning i henhold til samarbejdsaftalen med Roskilde Amt, eller det drejede sig om vedligeholdelsestræning efter Servicelovens § 73a, stk. 2.

Afhængig af hvor det var mest hensigtsmæssigt, foregik træningen på kommunens plejecentre (fx i dagcentre, daghjem, midlertidig bolig), i nærmiljøet eller i borgerens hjem. Vedligeholdelsestræningen, som altså betragtes som en konsulentydelse, blev i vid udstrækning udført af plejepersonale under ergo- og/eller fysioterapeutisk vejledning, men kunne også varetages af terapeuterne.

I forbindelse med holdtræningen gav terapeuterne fire forskellige typer af ydelser:

1. **Træning uden forudgående visitation:** "Åbent-hus-Træning": et tilbud til alle borgere, som frit kan komme og træne med hjælp fra en fysioterapeut og en hjælper.
2. **Træning med visitation:** Holdtræning to gange ugentlig i indtil tre måneder for indtil fem personer. Dette tilbud er til borgere, som ikke behøver individuel træning, men omvendt heller ikke kan profitere af selvtræning via "Åbent-hus-Træning." Der oprettes hold efter behov, dvs. når der er et passende antal borgere med samme diagnose, som kan have gavn af at træne med andre, som er i en lignende situation. Eksempelvis har der været oprettet hold for borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) og med balancebesvær.
3. **Træning med visitation jf. samarbejdsaftalen med amtet:**⁶¹ Teamene har inden for denne aftale trænet borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse, følger efter apopleksi og hoftenære frakturer.
4. **Vedligeholdelsestræning:** Dette har været et specifikt tilbud fra terapeuterne i det ene område til trods for, at langt den største del af vedligeholdelsestræningen ellers varetages af plejepersonalet.

Siden 2005 er terapeuterne i højere grad begyndt at tilbyde holdtræning, som sammensættes efter diagnose. Dette er ifølge den ledende kommunale terapeut⁶² baseret på terapeuternes positive erfaringer med den genoptræning, som er blevet udført i henhold til samarbejdsaftalen med Roskilde Amt, hvor patienter med samme diagnose er blevet genoptrænet på hold. Det er terapeuternes erfaring, at denne form for holdsammensætning giver borgerne mulighed for indbyrdes at udveksle erfaringer og dermed at bruge hinanden som ressourcepersoner i forhold til både sygdom og genoptræning.

⁶¹ Ifølge hvilken kommunen mod betaling kan varetage nogle af sygehusets ambulante genoptræningsopgaver.

⁶² Hun blev ansat i midten af 2006.

Den ledende kommunale terapeut er dog meget opmærksom på, at det er vigtigt at holde fast i, *"hvad der er behovet hos borgerne"* frem for udelukkende at se på deres diagnoser. Det betyder, at træningsmængden bliver graderet efter den enkelte borgers behov. Den ledende kommunale terapeut udtrykker det på følgende måde:

"Det kan godt være, at tempoet til en med et nyt knæ er træning to gange om ugen i to måneder. Men hvis der er en borger, der har specielt behov for, at det kun er en gang om ugen i fire måneder, eller måske at få noget individuel træning ved siden af, så går vi ind og vurderer på det" (ledende kommunal terapeut).

6.1.3 Visitation

Alle kan henvende sig og bede om træning; borgerne selv, pårørende, praktiserende læge, samarbejdspartnere i kommunen eller på hospitalet. Greve Kommune indførte *"Bestiller Udfører Modellen"* (BUM) i 2002. Det betyder, at der foregår en central visitation af al genoptræning, mens der ikke er visitation til konsulentydelse og dermed heller ikke til vedligeholdelsestræning.

En borger kan kun modtage kommunal genoptræning efter forudgående visitation. Visitator, der er ansat i hjemmeplejen, kontakter i henhold til kvalitetsstandard på træningsområdet borgeren senest tre hverdage efter henvendelsen, med henblik på at aftale tidspunkt for visitationssamtale (1). Inden for en uge gennemføres visitationssamtalen. Ved aftale om genoptræning indgået med et sygehus foretages visitationen i forbindelse med visitators deltagelse i udskrivningssamtalen på sygehuset.

Under visitationssamtalen fastlægges:

- ◆ Borgerens behov for genoptræning og hvordan det kan imødekommes.
- ◆ Borgerens funktionsniveau i henhold til *"Fælles Sprog"*⁶³.
- ◆ Det overordnede mål og tidsperspektiv for genoptræningen.

I Greve Kommune er der et princip om, at træningen skal målrettes den enkelte borgers behov. Det faglige fokus i træningsindsatsen er ifølge den ledende kommunale terapeut *"at kunne tilpasse tilbuddet til det, den enkelte borger har brug for, også selv om der er 100 med den samme diagnose"*. Der visiteres således ikke til tidsmæssigt afgrænsede *"træningspakker"* (som fx i Fredericia Kommune, beskrevet i case 1), men til et *"retningsgivende mål"* som nogle gange kan være så overordnet som: *"generel forbedring af funktionsniveau"* eller *"at nå det tidligere funktionsniveau"*, mens det andre gange er mere specifikt formuleret: *"Borgeren skal igen være i stand til at gå over til købmanden og drikke øl med sine kammerater, fordi det er meningsfuldt for borgeren"* (ledende kommunal terapeut). Men der kan ikke visiteres til fx gangtræning, da det kun er et af mange midler til at nå et givent mål.

I praksis er det op til den enkelte terapeut at få sat mere specifikke og målbare mål end visitatorens retningsgivende mål. Terapeuten skal samtidig udmønte træningen, herunder stedet for træning, indhold, omfang samt hvorvidt der gives individuel træning eller holdtræning. Dette arbejde baserer terapeuten som oftest på en samtale med borgeren, ifølge én af terapeuterne *"en mere terapeutisk analyse"* [end den funktionsevnevurdering, der er foretaget af visitator].

I de enkelte tilfælde, hvor det efter nogen tids træning viser sig, at borgeren efter terapeutens vurdering ikke kan nå det fastsatte mål, bruger terapeuten visitatoren som sparringspartner med henblik på at drøfte den manglende målopfyldelse. Visitatoren henvender sig herefter til borgeren som myndighedsperson og forklarer borgeren, at det uanset træningsmængde ikke er muligt at nå målet.

⁶³ Fælles sprog er et kommunalt dokumentationsredskab, der bruges til at dokumentere afgørelser i relation til en række kommunale kerneydelser til især ældre og handicappede borgere (omfattende ydelser efter serviceloven §§ 71, 72, 73A samt efter lov om hjemmesygepleje).

Der er ingen visitation til vedligeholdelsestræning. Her er det terapeuterne, der efter den indledende samtale med borgeren vurderer, hvorvidt i) der skal gives et terapeutisk træningstilbud, ii) plejepersonalet vil kunne varetage vedligeholdelsestræningen under vejledning af en terapeut, eller hvorvidt iii) der skal gives et helt andet tilbud, fx kompenserende idræt i kommunen⁶⁴. I nogle tilfælde er der dog behov for egentlig genoptræning, hvilket i givet fald kræver visitation.

6.1.4 Kvalitetsstandarder

Greve Kommune har udarbejdet en "kvalitetsstandard for træning" og en "kvalitetsstandard for terapeutens konsulentfunktion" (1). Tidligere var der standarder for både vedligeholdelsestræning og genoptræning, men den ordning var ifølge den ledende terapeut ikke brugbar, da visitatorerne havde svært ved at skelne mellem vedligeholdelsestræning og genoptræning, hvilket betød, at terapeuterne alligevel skulle ud og vurdere, om det var genoptræning eller vedligeholdelsestræning, der var behov for.

I henhold til kvalitetsstandarden skal de kommunale terapeuter have deres første møde med borgeren hurtigst muligt og senest syv dage efter visitationssamtalen (under forudsætning af, at der er ledig kapacitet). Ved uopsætteligt behov for træning, fx i forbindelse med udskrivning fra sygehus, startes træningen med dags varsel. For at sikre at tidsfristen overholdes, afholdes der et ugentligt terapeutmøde, hvor nyindkomne visitationer og konsulenttydelser behandles.

Den kommunale terapeut skal jf. kvalitetsstandarden sammensætte et individuelt træningsprogram i samarbejde med borgeren. Herudover skal der foretages en midtvejsevaluering, hvis træningsforløbet varer mere end én måned, og endelig skal terapeuten afholde en slutsamtale i forbindelse med afslutningen af træningsforløbet. Visitatoren deltager efter behov i slutsamtalen i de tilfælde, hvor træningsforløbet har været seks måneder eller mere.

Det mest almindelige er, at visitation til træning omfatter træning 2-3 gange ugentligt i en periode på 1-3 måneder. Efter endt træningsperiode er der mulighed for at søge om yderligere tre måneders træning, hvis terapeut og borger er enige om, at borgeren vil have gavn af det. Efter seks måneders træning skal visitator være med til evalueringen, hvis der ønskes endnu en forlængelse. Borgere, der ikke kan klare sig i eget hjem og derfor bor i en midlertidig bolig, visiteres sædvanligvis til intensiv træning, hvilket betyder, at plejen ofte inddrages mere i træningen.

Efter ca. fem års arbejde med BUM og kvalitetsstandarder er terapeuterne på mange måder blevet glade for begge dele. De ser nu redskaberne som et led i at kvalificere den terapeutiske træning. I begyndelsen var terapeuterne ifølge den ledende kommunale terapeut imod, at der blev indført en central visitation: *"Der var ikke nogen, der skulle komme og fortælle os, hvad vi skulle lave"*. I forventning om at det ville lette implementeringsprocessen, blev der derfor ansat ergoterapeuter i visitatorstillingerne. Terapeuterne er imidlertid fortsat selv med til at foretage samtaler og undersøgelser, da det er nødvendigt, at de indsamler egen baggrundsviden, inden de påbegynder et træningsforløb: *"Der handler det om, at man får givet udtryk for [overfor borgerne], at det ikke er det samme, jeg ser [som visitator ser] – det er ikke det samme, jeg gerne vil vide"* (kommunal terapeut).

Terapeuterne giver samlet udtryk for, at især implementeringen af kvalitetsstandarder for træning har været med til at forbedre organiseringen samt målrette træningstilbudet til borgerne:

"Der er kommet mere struktur på. Ved at visitator er kommet til, er der kommet en organisation i vores arbejde. Disse ydre rammer betyder også, at vi ligesom får afsluttet borgerne, så vi ikke har dem uendeligt. Standarderne har egentlig været banebrydende, for terapeutarbejdet har jo hele tiden været der. Standarderne har ikke begrænset os, vi er bare blevet bedre

⁶⁴ Greve Kommune har bl.a. igangsat et motionsprojekt i 2004 i samarbejde med Greve Gymnastik- og Trampolinforening (2).

til at kigge på tingene og være mere klar over, hvor man skal hen med borgeren, og hvad er det, vi vil opnå" (kommunal terapeut).

Den ledende kommunale terapeut giver endvidere udtryk for, at BUM er et godt ledelsesværktøj til både ressourcestyring og kvalitetssikring, men samtidig erkender hun, at BUM er medvirkende til, at der udøves dobbelt kontrol af, hvorvidt træningsstandarderne efterleves:

"Jeg tror, at det [BUM] er en god måde at ressourcestyre på, fordi kvalitetsstandarderne beskriver det serviceniveau, som politikerne har ønsket, der skal være. [...] Ud fra et ledelses-synspunkt synes jeg, BUM er fantastisk, fordi vi får en fuldstændig legitim sikring af, at vi lever op til kvalitetsstandarderne. Fordi der er nogen, der sidder og holder øje med, om terapeuten nu leverer den [varen] – eller om terapeuten synes, 'nej, jeg er simpelthen så træt af, at det lugter dårligt ude ved hende [borgeren], så jeg gider ikke træne hende'. [...]. Bum er rigtig meget med til at sikre de skæve og de svage, at de får den hjælp, de har ret til og behov for" (ledende kommunal terapeut).

"Jeg gør det på træningsområdet, gennemgår listen, og siger, jamen er den her opgave nu udført, og hvor langt er vi nået i det? Det gør jeg som leder, og jeg tænker, at visitatorerne også gør det. Jeg gør det ikke for at kontrollere mine medarbejdere, jeg vil bare gerne sikre mig, at vi leverer det, vi skal levere. [...]. Jeg håber meget, at jeg opdager det før visitatorerne, så vi kan gøre noget ved det" (ledende kommunal terapeut).

Kvalitetsstandarderne, der blev indført i 2002 samtidig med ansættelsen af visitatorer og indførelsen af BUM, har således haft stor indflydelse på terapeuternes arbejde og været med til at kvalificere det.

6.1.5 Dokumentation og registrering af træningsindsatsen

I Greve Kommune anvendes det elektroniske omsorgssystem Rambøll Care⁶⁵ og Samarbejdsbogen (som beskrives herunder). Systemet bruges bl.a. som en form for historik og beskrivelse af forløbene. Det er her visitator og terapeut kommunikerer. Eksempelvis indskrives: De retningsgivende mål for træningen, terapeutens oplysninger fra forundersøgelse, midtvejsevaluering og slutsamtale, herunder individuelt træningsprogram. Terapeuterne indskrives også eventuelle testresultater.

Samarbejdsbogen blev i sin nuværende form introduceret i vinteren 2003 (3). Formålet med bogen er at støtte samarbejdet mellem borgere og plejepersonale, hvorfor den ligger i borgerens hjem. Samarbejdsbogen bruges også som plejepersonalets dokumentation af observationer og handlinger.

Funktionsevnevurderinger foretages i Fællessprog II. Herudover er det op til den enkelte terapeut at vurdere, hvilke tests der er relevante at bruge i forbindelse med træning af en given borger. På et tidspunkt var der ifølge standarderne krav om at bruge den canadiske COPM (Canadian Occupational Performance Measure) til dokumentation af funktionsevnen. Dette er ikke længere et krav, da terapeuterne oplevede, at der er ca. 30-50 % af de borgere, de har kontakt med, som ikke kan gennemføre et interview baseret på COPM.

Generelt har den ledende terapeut erfaret, at der gennem de sidste fem år er kommet mere fokus på dokumentation. Terapeuterne er blevet mere klar over, at der er brug for dokumentation, hvis de terapeutiske indsatser skal kvalitetssikres. En af de trænende terapeuter giver også med tilfredshed udtryk for, at indførelsen af kvalitetsstandarder på træningsområdet bl.a. har betydet, at der er kommet mere struktur på dokumentationen af ydelserne. Det har medført, at der i højere grad end tidligere bliver udarbejdet planer for genoptræningsforløbene.

⁶⁵ Har været benyttet siden 2001/2002, idet der var en overgangsperiode.

I Greve Kommune oplever terapeuterne, at BUM, kvalitetsstandarder og øget fokus på dokumentation har betydet, at deres arbejde i højere grad er blevet bedre organiseret, at træningstilbudet bliver mere målrettet samtidig med, at det er blevet lettere at afslutte et træningsforløb. Endelig anser den ledende kommunale terapeut også BUM for et godt ledelsesværktøj til ressourcestyling, men hun gør også opmærksom på, at dette værktøj medvirker til, at det formentlig dobbelt-kontrolleres, om træningsområdet lever op til de kommunale kvalitetsstandarder.

6.1.6 Udviklingen af træningsområdet i Greve Kommune

I de følgende afsnit sættes der fokus på den selvstændiggørelse, der har fundet sted på træningsområdet inden for de sidste fem år op til reformen. Terapeuterne har i denne periode løsrevet sig fra den tætte tilknytning til plejeområdet, hvilket i høj grad har bevirket en faglig udvikling blandt terapeuterne og skabt en stærkere faglig identitet. I Greve Kommune har der helt generelt været fokus på genoptræningsområdet og de økonomiske konsekvenser ved at have en plejetung gruppe af ældre borgere. Det har ført til, at man har iværksat et forsøgsprojekt målrettet netop denne gruppe, hvilket også beskrives i de følgende afsnit.

Selvstændiggørelse af træningsområdet

Organisatorisk var terapeuterne placeret i hjemmeplejen, som var inddelt i fire områder. Frem til 2005 var der ti terapeuter i Greve Kommune, som var placeret parvis (en ergoterapeut og en fysioterapeut) på kommunens fire plejehjem; dog var der på det ene af plejehjemmene to ergoterapeuter og to fysioterapeuter, fordi der her var etableret et særligt træningstilbud til borgere i alderen 18-67 år. I 2004 fremsatte terapeuterne et ønske om at blive samlet i to teams; de manglede monofaglig sparring og ønskede derfor ikke længere at være placeret på de enkelte centre (ledende kommunal terapeut).

Det resulterede i, at terapeuterne i 2005 blev inddelt i to teams med hver sin teamkoordinator. Hvert team fik en tværgående funktion i forhold til at dække to områder og dermed også to plejecentre. Teamkoordinatoren refererede til områdelederen og havde ikke noget personalemæssigt ansvar, men skulle varetage den daglige koordination af arbejdet samt igangsætte og være ansvarlig for en faglig udvikling. Se figur 6.1 næste side, hvor terapeuternes organisering i perioden 2005 – april 2006 fremgår.

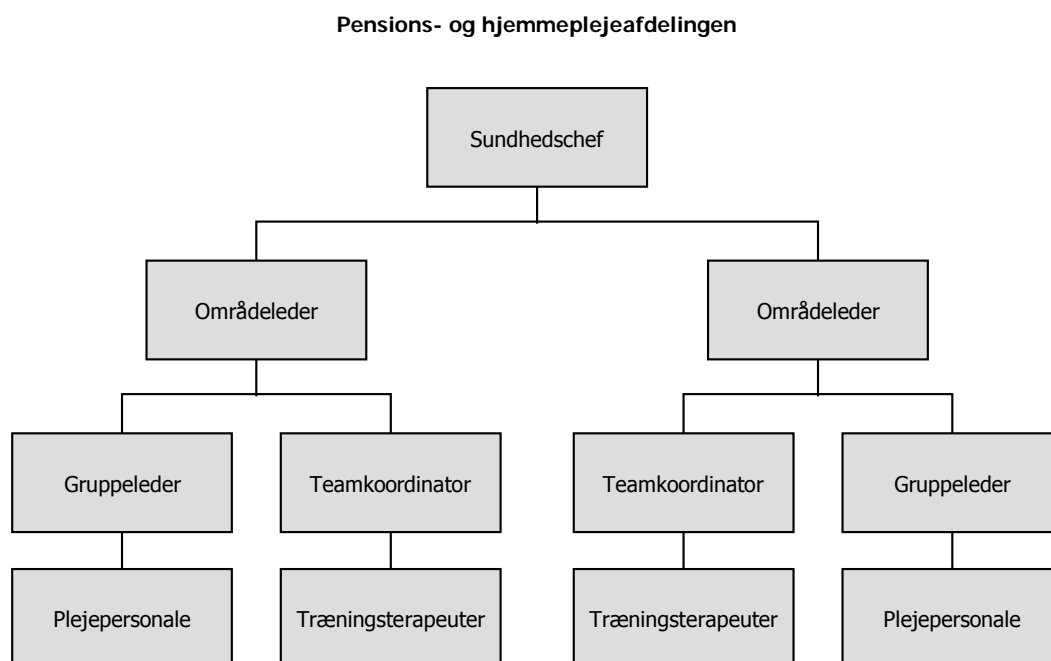
Udviklingen i retning af en frigørelse fra den tætte tilknytning til plejeområdet fortsatte. Allerede 1½ år efter oprettelsen af teams og indsættelse af teamkoordinatorer blev der i perioden maj-september 2006 oprettet to stillinger som teamledere for de trænende terapeuter, idet de to teamkoordinatorer blev udnævnt til teamledere. Den ene teamleder blev imidlertid ansat i en kombineret stilling – med titel af gruppeleder – fordi man i dette område ønskede at have en fælles leder for plejepersonale og terapeuter.

Indsættelsen af teamledere udsprang bl.a. af områdeledernes erkendelse af, at der i forbindelse med strukturreformen ville blive et øget behov for en faglig ledelse på træningsområdet. Den ledende terapeut udtrykker det på følgende vis:

“Der blev større og større behov for at have en med en faglig baggrund, der også kunne tage nogle beslutninger, en der havde nogle stjerner på skuldrene” (ledende kommunal terapeut).

Teamlederne skulle bl.a. tegne gruppens ansigt udadtil, være faglige ledere for terapeuterne, få organiseret og beskrevet træningsområdet samt rådgive politikerne om serviceniveauet for de nye genoptræningsopgaver i forbindelse med strukturreformen. Teamlederne refererede dog fortsat til områdelederen. Terapeuterne var dermed fortsat indplaceret i Pensions- og Hjemmeplejeafdelingen sammen med hjemmeplejen, områderne og centrene.

Figur 6.1 Organisering af træningsterapeuter i Greve Kommune i perioden 2005 - april 2006.



I efteråret 2006 blev der foretaget endnu en organisatorisk ændring på træningsområdet. I forbindelse med Greve Kommunes oprettelse af 16 fag- og fællescentre blev træningsområdet placeret i fagcentret "Sundhed" sammen med bl.a. tandplejen, sundhedsplejen og forebyggelsesområdet⁶⁶ – men ikke sammen med hjemmeplejen. Der blev samtidig oprettet en terapeutfaglig lederstilling for alle terapeuter. Den ledende terapeut på træningsområdet refererer direkte til chefen i Center for Sundhed. Lederen af træningsområdet i Greve Kommune har dermed fra 1. januar 2007 fået det ledelsesmæssige ansvar for i alt 16 terapeuter: 13 terapeuter, idet der med strukturreformen er tilkommet tre terapeuter fra Roskilde Amt, samt tre terapeuter, der er ansat i et forsøgsprojekt frem til udgangen af 2008. Terapeuterne, der arbejder henholdsvis med hjælpemidler og borgere med demens, er organisatorisk blevet placeret i fagcentret "Pleje & Omsorg", hvorved de har bevaret den tætte tilknytning til plejeområdet, mens terapeuterne, der arbejder med konsulentytelser til børn i PPR, er placeret i fagcentret "Børn & Familier".

Den kommunale chef for træningsområdet beskriver her de overvejelser, der lå bag den organisatoriske ændring på træningsområdet forud for strukturreformen:

"Træningsområdet er blevet skilt ud fra plejeområdet og placeret i en selvstændig enhed under Center for Sundhed. Det er gjort ud fra en overbevisning om, hvilke opgaver der ville komme på træningsområdet, og hvad der skulle til for at kunne gøre opgaveudførelsen bæredygtig på langt sigt" (kommunal chef).

Både den ledende terapeut og terapeuterne giver udtryk for en generel tilfredshed med de organisatoriske ændringer på træningsområdet. En af terapeuterne beskriver de seneste års udvikling i samarbejdsrelationerne terapeuterne imellem på denne måde:

"Det første år jeg arbejdede på Strandcentret [et af de kommunale plejecentre], var vi en selvstående gruppe på fire – som det eneste sted i kommunen – og der havde vi så genoptræning af de 18-årige og opefter, og så var der et tilbud der hed +65-årige pensionister. Til-

⁶⁶ Her er ansat to ergoterapeuter som forebyggelseskonsulenter.

budene til de yngre dækkede hele kommunen, så vi var en ergoterapeut og en fysioterapeut til de ældre og en ergoterapeut og en fysioterapeut til de yngre. Der var ikke så meget med at gå ind og hjælpe hinanden. Det har udviklet sig til, at vi nu hver især tager [nye træningsforløb] ind, alt efter hvad man har af ledige tider, og vi har fået blandet nogle af borgerne" (kommunal terapeut).

Den ledende terapeut beskriver den seneste udvikling og dens betydning i forhold til en faglig udvikling på følgende måde:

"Det her handler om, at man via strukturforandringen inde i Greve Kommune ønsker, at genoptræning skal foregå i Center for Sundhed, og at man heldigvis vælger at følge sundhedslovens intention om at planlægge alle træningsopgaverne sammen i kommunen. Jeg synes personligt, det er bedst, frem for at man havde taget de tre terapeuter, vi overtog fra amtet, og satte dem under sundhed, og så lod resten blive i pleje/omsorg, så havde der været sådan en tredeling, så havde man haft tre træningsteams, og det er jo svært at have et fagligt niveau med bare tre medarbejdere" (ledende kommunal terapeut).

Som det fremgår af den tidligere beskrivelse har træningsområdet i Greve Kommune i de sidste 2-3 år været inde i en rivende organisatorisk udvikling, hvor træningsområdet er blevet centraliseret. Terapeuterne er således blevet samlet under en fælles terapeutfaglig leder. Herudover er træningsområdet blevet skilt fra plejeområdet og placeret i en selvstændig enhed under Center for Sundhed, hvor den ledende kommunale terapeut referer direkte til chefen for Sundhed.

6.1.7 Udvikling af terapeuternes fagidentitet

De organisatoriske ændringer på træningsområdet i årene op til strukturreformen har været præget af, at terapeuterne har fået en stærkere fagidentitet og er blevet mere synlige. Dette skyldes ifølge den ledende terapeut væsentligst, at:

"terapeuterne efterhånden er blevet samlet mere og mere, hvorved det er blevet nemmere at se, hvad faget er – for så at gå ud og udbrede det og på den måde at lære organisationen at bruge terapeuterne som terapeuter. [...] Jeg tror, det har været meget betydende, at der har været nogle, der har turdet sige, vi vil godt have lov til bare at være fysioterapeuter" (ledende kommunal terapeut).

Terapeuternes øgede bevidsthed om egen fagidentitet har ifølge den ledende terapeut været sammenfaldende med en tilsvarende faglig bevidstgørelse blandt de øvrige sundhedsfaglige personalegrupper; sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Den ledende terapeut peger i den forbindelse på, at hele organisationen tilsyneladende har været inde i en udvikling, som har medført, at der inden for hver faggruppe er oparbejdet en faglig stolthed, hvor man tør udtrykke: *"Det her er vores fag, og det er vi stolte over".*

Samtidig med den øgede faglige bevidsthed oplever den ledende kommunale terapeut, at det grundet de mere klare faggrænser, der er opstået, undertiden kan være svært at håndtere visse samarbejdssituationer i relation til hjemmeplejen. I arbejdet med at fokusere på fagligt relevante arbejdsopgaver, har terapeuterne frasagt sig nogle af de opgaver, de tidligere varetog:

"For ikke at lade den her [tidligere] opgavedeling mellem fagene ske igen, så er alle nødt til at være meget skarpe på, hvem de nu går til med hvilken opgave. Det kan nogle gange være svært, især for dem der har været her meget længe i kommunen, som er vant til, at man fx går til en fysioterapeut med en kørestol, der er punkteret, og så skal hun lappe den. Det kan godt være svært at forstå, at nu skal man selv tage hjulet af cyklen og gå ned til cykelsmeden

og få det gjort, eller søge Hjælpemiddelkontoret om et nyt dæk" (ledende kommunal terapeut).

Den ledende terapeut er således bevidst om, at en øget bevidstgørelse af egen fagidentitet også medvirker til en skarpere adskillelse af faggruppernes arbejdsområder – og dermed arbejdsopgaver.

6.1.8 Fokus på træningsområdet

Sideløbende med de lovgivningsmæssige ændringer i april 2001, hvor kommunerne fik opgaven med genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom (4), er der generelt kommet mere fokus på hele træningsområdet. Det har bl.a. også betydet, at der er kommet fokus på kommunernes muligheder for eventuelle økonomiske besparelser som følge af tilbud om vedligeholdelsestræning og genoptræning. Man har derfor iværksat et forsøgsprojekt i Greve Kommune, som beskrives her.

Forsøgsprojektet "Målrettet træning for borgere i risiko for omfattende funktionstab"

I Greve Kommune har man fra politisk side ønsket at undersøge, hvorvidt det er muligt at substituere plejeydelser med træning, der kan forhindre eller udsætte funktionstab. I januar 2006 blev der derfor igangsat et forsøgsprojekt: "Målrettet træning for borgere i risiko for omfattende funktionstab" (5). Hensigten er at gøre de borgere, der i forvejen modtager meget praktisk og personlig hjælp, og som pludseligt får et funktionstab, mere selvhjulpne gennem en målrettet træningsindsats.

Projektet er en del af en besparelse på plejeområdet, idet man forventer, at træningsindsatsen vil kunne tjene sig selv ind i form af færre plejeydelser til de pågældende borgere, uden at det vil betyde en forringelse af det kommunale serviceniveau. I forbindelse med igangsættelsen af forsøgsprojektet blev der foretaget en opnormering med tre terapeuter med henblik på at varetage denne træningsopgave. Projektet er ikke initieret af terapeuterne, som ikke er så positive i deres vurdering af projektet. Den ledende terapeut udtrykker det således:

"Det, vi umiddelbart ser, er, at de [deltagerne i projektet] ikke rykker nok. Nogle gange så ligger der sygdomme eller misbrug eller andre ting til grund for, at man falder af. Man kan ikke helbrede cancer eller alkoholisme med træning" (ledende kommunal terapeut).

Ifølge den ledende terapeut burde indsatsen i stedet målrettes en gruppe af borgere, som har bedre forudsætninger for at profitere af den ekstraordinære træningsindsats, idet hun tror, at det bedre kan betale sig at træne, *inden* borgerne bliver så dårlige, som dem der er målgruppen for projektet.

6.2 Træningsområdet i Roskilde Amt

I de følgende afsnit beskrives organiseringen af træningsområdet i Roskilde Amt samt de sygehusansatte terapeuters arbejdsopgaver. Herefter følger to afsnit om henholdsvis genoptræningsplaner og terapeuternes dokumentation af egne ydelser; to områder som i de senere år har haft stor betydning for træningsområdet. Endelig følger nogle overordnede betragtninger over udviklingen af træningsområdet i Roskilde Amt igennem de seneste år.

6.2.1 Organiseringen af hospitalsterapeuterne

Før 2006 blev den ergoterapeutiske og fysioterapeutiske træning i Roskilde Amts sygehusvæsen varetaget af Ergo- og Fysioterapeutisk Afdeling på Roskilde Sygehus (RAS) og ergoterapeuter og fysioterapeuter i Reumatologisk Afdeling på Køge Sygehus (RASK).

Normeringen til den ergo- og fysioterapeutiske aktivitet på Roskilde og Køge sygehuse udgjorde pr. 1. april 2005 i alt 75,7 årsværk⁶⁷ og 91 stillinger (i parentes) (6), fordelt på:

- ◆ 49 fysioterapeuter (62 ansatte)
- ◆ 13,2 ergoterapeuter (18 ansatte)
- ◆ 4,6 social- og sundhedsassistenter (6 ansatte)
- ◆ 3 sekretærer (6 ansatte).

Med henblik på at etablere "Reumatologisk Afdeling" som en funktionel enhed skete der i 2006 en sammenlægning af hidtil adskilte funktioner: Den reumatologiske funktion i Medicinsk Afdeling på RASK, Ergo- og Fysioterapeutisk Afdeling på RASK og Reumatologisk Afdeling på RAS (7). Afdelingen ledes herefter af en afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og en ledende terapeut, som samtidig er leder for ergo- og fysioterapeuterne på Køge Sygehus. Derudover findes en ledende ergo-terapeut og en ledende fysioterapeut på Roskilde Sygehus, som er underordnet afdelingsledelsen. Desuden er der afdelingsterapeuter, som er daglige ledere for de trænende terapeuter samtidig med, at det er dem, der har den løbende kontakt til de forskellige specialer.

6.2.2 Hospitalsterapeuternes arbejdsopgaver

Afdelingen varetager lægeordineret ergoterapeutiske og fysioterapeutiske undersøgelser, vurderinger, behandlinger og genoptræning af patienter henvist fra reumatologer, sengeafdelinger og ambulatorier på de to sygehusmatrikler i Roskilde Amt. Der modtages desuden patienter fra det øvrige 3-amtsområde⁶⁸ samt patienter i henhold til bestemmelserne om frit sygehusvalg. Det er praksis, at der er fast tilknyttede terapeuter til de forskellige afdelinger, idet træningen ofte kræver specialviden.

Interne samarbejdsaftaler

Afdelingen fungerer som en tværgående funktion i forhold til alle afdelingerne på de to sygehuse, hvor der er indgået samarbejdsaftaler med en lang række sengeafdelinger og et enkelt ambulatorium⁶⁹. Der henvises også reumatologiske og lungemedicinske patienter samt børn (8).

I samarbejdsaftalerne⁷⁰ med de respektive afdelinger beskrives det bl.a., hvilke patienter der kan tilbydes behandling/genoptræning af terapeuter, og i hvilket omfang patienterne er omfattet af en rammeaftale, eller om der kræves specifik lægeordination. I nogle tilfælde fremgår træningshyppigheden også. Herudover er det beskrevet, hvordan der skal prioriteres mellem patienterne, og i et enkelt tilfælde også hvornår træningen senest skal være påbegyndt. I samarbejdsaftalerne med Ortopædkirurgisk afdeling og Medicinsk afdeling er der endvidere indgået aftale om, hvilke patientkategorier der kan behandles/genoptrænes ambulant af henholdsvis ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Træning af indlagte versus ambulante patienter

Træningstilbudet på sygehusene i Roskilde Amt er hovedsageligt rettet mod indlagte patienter (6), hvilket bekræftes af de ledende hospitalsterapeuter. Om sygehusets prioritering mellem træning til indlagte henholdsvis ambulante patienter står der i rapporten:

⁶⁷ Normeringen er ifølge rapporten inklusiv lederstillinger, men eksklusiv fire undervisere (to ergoterapeuter og to fysioterapeuter) som underviser fysio- og ergoterapeutstuderende i deres praktikperiode, samt en distriktsfysioterapeut som er ansat i geriatrisk team (RAS) med udadgående funktion.

⁶⁸ 3-amtsområdet består af Roskilde, Storstrøms og Vestsjællands amter.

⁶⁹ Ortopædkirurgisk afdeling, Kirurgisk afdeling, Plastikkirurgisk afdeling, Medicinsk afdeling, Neurologisk afdeling, Geriatrisk afdeling, Anæstesiologisk afdeling, Urologisk afdeling, og Gynækologisk afdeling (G76) og Gynækologisk ambulatorium.

⁷⁰ Udleveret materiale: "Samarbejdsaftale" for de respektive afdelinger.

"Sygehusets genoptræningsressourcer er prioriteret således, at hovedsagelig kun indlagte patienter med genoptræningsbehov tilbydes træning, mens kun specifikke patientgrupper med særlige genoptræningsbehov tilbydes ambulante træning (og her ofte holdtræning) på sygehus efter udskrivning. Fx knæudskiftninger, diskusprolapspatienter (rygskole), håndkirurgiske patienter, korsbåndsoopererede og hjerneskadede i specielle tilfælde" (6).

Substituering af sygehustræning

I Roskilde Amts sygehusvæsen har man igennem ca. 10 år haft fokus på at substituere træning i sygehusregi med træning i andet regi. Praksis har været, at patienter, der fortsat havde behov for fysisk genoptræning efter udskrivelse, blev henvist til træning hos privatpraktiserende fysioterapeuter. Den ene af de ledende hospitalsterapeuter oplyser endvidere, at der med tiden også er sket en substitution fra træning i sygehusregi til egen træning:

"Begrebet egen træning eksisterede ikke dengang, jeg startede [for ca. 10 år siden], men hvor vi typisk havde patienter 10-20 gange inde til træning, så har vi dem nu i opstartsfasen, og så får de et selvtræningsprogram, når de er blevet instruerede" (ledende hospitalsterapeut).

Visse patientgrupper er blevet henvist til træning i kommunalt regi betalt af amtet (se senere afsnit om samarbejdsaftalen). Om tilbudet i sygehusregi siger en hospitalsterapeut: *"Nogle kan klare sig med instruktion og gå hjem og træne og komme ind til kontrol. Andre må vi anbefale praktiserende fysioterapeuter. Få af dem er så komplicerede, at vi må tage dem ambulante"*.

Som et eksempel på patienter der får substitutionstræning, nævnes patienter der får indopereret et korsbånd. På tidspunktet for indførelsen af denne operationsmetode, var sygehusets praksis, at patienterne skulle trænes både før og efter operationen, men efterhånden som terapeuterne fik mere erfaring, og operationerne blev rutinearbejde, er det ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter ikke længere nødvendigt at træne disse patienter præoperativt på sygehuset – det kan foregå et andet sted. Tilsvarende gør sig gældende for patienter der har fået foretaget en hoftealloplastik; nu klarer de fleste patienter at selvtræne efter udskrivning efterfulgt af en kontrol. Ifølge den ene af de ledende terapeuter klarer forbløffende mange sig godt, når de kommer til kontrol, men samtidig er det hendes opfattelse, at det kunne gøres fagligt bedre, hvis der var ressourcer til det.

Kliniske retningslinjer

I de senere år har sygehuset gjort en stor indsats for at udarbejde kliniske retningslinjer. Der findes eksempelvis forløbsbeskrivelser for flere af de store patientgrupper som ortopædkirurgiske patienter og apopleksi patienter. For nogle patientgrupper er der tale om udførlige beskrivelser, for andre er de mere summariske. Hensigten er også at få indføjede referencer i retningslinjerne, så der om muligt kan arbejdes evidensbaseret. Indsatsen for at udarbejde retningslinjer er blevet forstærket efter sammenlægningen af de to afdelinger, idet der er opstået et behov for samordning af serviceniveauet.

Et standardforløb for fx patienter med knæalloplastik afsluttes efter 1-2 måneder med holdtræning i en time to gange ugentligt. Men ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter er der en vis form for "elastik" heri, idet der kan indgås aftaler med hjemkommunerne om, at patienterne skal tilbydes opfølgende vedligeholdelsestræning. I praksis er det hospitalsterapeuterne, der på basis af undersøgelser afgør træningstype, mængde og længde, og dermed også hvornår patienten er færdigbehandlet træningsmæssigt.

6.2.3 Genoptræningsplaner

Der udarbejdes primært genoptræningsplaner i forbindelse med sygehusbetalt genoptræning i de tre kommuner (Vallø, Greve og Hvalsø), som har indgået samarbejdsaftale med amtet (mere herom sene-

re). Hvis patienterne skal have vedligeholdelsestræning, udarbejder hospitalsterapeuterne i stedet et statusark til de kommunale visitatorer, som bl.a. omfatter en beskrivelse af patientens nuværende funktionsniveau, motivation og behov for hjælpemidler.

Genoptræningsplanerne udarbejdes efter en fast skabelon, hvoraf det fremgår, hvem der er kontaktperson efter udskrivelsen, og hvem der har udarbejdet genoptræningsplanen. Herudover beskrives funktionsniveauet før indlæggelsen, ved udskrivelsen og det forventede niveau efter endt træning, samt hvilke hjælpemidler der eventuelt er udlånt fra sygehuset ved udskrivelsen. Endelig fremgår det med afkrydsning, om der har været foretaget hjemmebesøg, og hvorvidt der forventes en kortvarig eller langvarig træningsperiode. Denne skabelon er udarbejdet i samarbejde mellem sygehus og de kommuner, som i 90'erne havde ansat terapeuter. Terapeuterne i Roskilde Amt har således påbegyndt dette arbejde længe før, der i 2001 blev krav om genoptræningsplaner (9).

Ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter er der gjort meget ud af at lave en fælles kommunal-amtslig introduktion til udarbejdelsen og brugen af genoptræningsplaner. Der har således været afholdt en fælles temadag.

6.2.4 Dokumentation

Al aktivitet, der vedrører den enkelte patient, fremgår af patientens journal; både undersøgelse og behandling. Ydelserne registreres og dokumenteres ved brug af SKS-koder i "Det grønne System". Hospitalsterapeuternes samtaler med fx de kommunale terapeuter fremgår ikke af SKS-koderne, de dokumenteres derimod qua journalerne eller på de terapeutark, der ligger i journalen.

Ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter har SKS-koderne en svaghed, idet der ikke indgår en tidsfaktor i koderne, og derudover siger de ikke noget om tyngden i behandlingen. Samtidig har terapeuterne manglet en central udmelding fra amtet om, hvordan der skal registreres i forhold til givne ydelser. Det har betydet, at registreringerne har været forskelligartede, hvorfor det har været svært at sammenligne dem på tværs af amtet. Det er nu ikke fordi, der ikke har været fokus herpå fra hospitalsterapeuterne; registreringspraksis har været og er jævnlige til drøftelse, der bliver undervist heri, og der er udarbejdet cases. Derudover er der planer om at etablere e-learning, og der er arbejdet med samordning om registreringspraksis på Køge og Roskilde Sygehuse og på det seneste også på det regionale niveau. En af de ledende hospitalsterapeuter påpeger, at registreringerne ikke længere kun er et spørgsmål om faglig dokumentation. Efter strukturreformen er det også et spørgsmål om økonomi, hvilket gør registrering langt mere væsentlig.

6.2.5 Udvikling af træningsområdet i Roskilde Amt

Terapeuternes fokus og arbejdsopgaver har ændret sig i de senere år. En af de ledende hospitalsterapeuter peger på, at de største forandringer, der er sket inden for de sidste 15-20 år, vedrører de krav, som stilles fra patienter, pårørende og det omgivende samfund i forhold til patientrettigheder og sammenhængende patientforløb. Herudover er der også sket en faglig udvikling blandt terapeuterne, hvilket bl.a. har betydet, at indsatsen overfor nogle patientgrupper er blevet intensiveret, eksempelvis er dette tilfældet for patienter med hjerneskade og patienter fra Intensiv afdeling:

"Nye patienter og nye pårørende der stiller større krav, det synes jeg påvirker meget. Der er en anden opmærksomhed på, om patienterne får det, som de har ret til. Det, synes jeg, påvirker systemet ret meget. Så synes jeg også, den faglige udvikling den gør, at vi ved mere, vi kan mere, og det vi ved og kan, det vil vi også. Det påvirker meget. Hele den fokusering på at skabe sammenhæng i patientforløb, det har pillet ved murene omkring sygehusene, ved samarbejdet med kommunen" (ledende hospitalsterapeut).

Den samme ledende hospitalsterapeut peger samtidig på, at medicinske fremskridt medfører, at flere patienter end tidligere overlever for eksempel apopleksi og andre alvorlige sygdomme, hvilket kræver genoptræning. En af de andre ledende hospitalsterapeuter forklarer, at fordi befolkningen generelt bliver ældre og dermed mere syg, betyder det, at de som ledende terapeuter *"hele tiden er nødt til at forholde os til, hvad det er, vi skal have på sygehuset – er der noget vi kan luge væk?"*.

Der er kommet flere ressourcer til træningsområdet inden for de seneste år. Dette er sket i forbindelse med, at der er kommet nye opgaver eller nye patientkategorier. Fx fik træningsområdet tilført øgede ressourcer i forbindelse med implementeringen af genoptræningsplaner. Indførelse af "Joint Care"⁷¹ og accelererede patientforløb har også i nogle tilfælde udløst ekstra ressourcer. Det er dog også sket, at terapeuterne er blevet pålagt nye opgaver med besked om, at ressourceforbruget har skullet holdes inden for den givne økonomiske ramme.

Samlet set har de ændrede arbejdsopgaver medført øget aktivitet; flere patienter kommer igennem systemet, og forløbene bliver kortere. Til trods for en vis ressourcetilførsel, har det ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter betydet, at det har været nødvendigt at prioritere, hvilke patienter der skulle have træning:

"Der er også sket det, at man har været nødt til at tilgodese de mest trængende, hvis man kan sige det sådan. Så man har allerede inden strukturreformen været i gang med at vurdere, hvilke patienter der ikke nødvendigvis behøver at have hospitalsbetalt genoptræning" (ledende hospitalsterapeut).

6.3 Samarbejde mellem Greve Kommune og Roskilde Amt

I dette afsnit beskrives to samarbejdsformer mellem Greve Kommune og Roskilde Amt: de etablerede fora og samarbejdet om den enkelte patient. Herefter følger en beskrivelse af gråzoneproblematikken i forbindelse med den amtslige og den kommunale grænsefladedragning på træningsområdet. Endelig følger et afsnit om samarbejdsaftalen mellem Roskilde Amt og bl.a. Greve Kommune om kommunal genoptræning mod økonomisk kompensation.

6.3.1 Faste kontaktflader

Der er flere faste kontaktflader mellem amtet og kommunerne på genoptræningsområdet. Siden 1995 har der eksisteret et kontaktforum for genoptræning mellem sygehusene og kommunernes terapeuter, hvor man blandt andet har drøftet udskrivningsprocesser. En af de ledende hospitalsterapeuter er imidlertid af den opfattelse, at de kommunale terapeuter ikke har haft den fornødne beslutningskompetence på møderne. En anden ledende hospitalsterapeut er enig, men mener, at det tværsektorielle forum også har styrket trods begrænsningerne:

"Det [tværsektorielle forum] er mindst lige så vigtigt i fremtiden, som det har været i fortiden. For eksempel: Udskrivningsprocesser var gode at få vendt der. Hvad er det, der går galt, når fru Jensen kommer hjem, og for eksempel ikke længere har de hjælpemidler, hun skal have? [...] Eller er der nogen typer patienter, som kommunerne synes bliver udskrevet for tidligt? Eller synes vi, at kommunerne er for længe om at tage patienterne hjem? Men det er bare ikke noget, terapeuterne ude i kommunerne kan gøre noget ved. [...] Vi har ikke som sådan kunnet problemløse – vi er nede i småtingsafdelingen: Hvem kan vi rette henvendelse til (kontaktpersoner med direkte telefonnumre)?" (ledende hospitalsterapeut).

⁷¹ "Joint Care" har fokus på det raske menneske, at patienten ikke føler sig syg, og at vedkommende selv tager ansvar for de daglige mål, således at han/ hun hurtigt kan komme hjem igen.

Udover kontaktforummet har der været afholdt fælles temadage for kommunale og amtslige terapeuter. Der har også været igangsat et fælles projekt vedrørende udarbejdelse af referenceprogrammer for sammenhængende patientforløb (fra sygehus til kommune) for ortopædkirurgiske patienter og patienter med apopleksi.

6.3.2 Samarbejdet om den enkelte patient

Hospitalsterapeuterne og de kommunale terapeuters samarbejde foregår væsentligst i forbindelse med udskrivelse fra sygehus; enten fordi der efter sygehusudskrivning skal fortsættes med vedligeholdelsestræning, selvtræning eller ambulant genoptræning jf. samarbejdsaftalen. I første tilfælde udarbejder hospitalsterapeuten en status, og i de sidste to tilfælde bliver der udarbejdet en genoptræningsplan, som fremsendes til kommunen⁷².

I forhold til samarbejdet om den enkelte patient er den generelle opfattelse blandt terapeuter i begge sektorer, at samarbejdet er blevet bedre med årene. Hospitalsterapeuterne giver udtryk for, at det er nemmest at kommunikere med de kommuner, hvor eventuel telefonisk henvendelse kan ske direkte til terapeuterne frem for gennem en visitator, som ikke er terapeut. En af de ledende hospitalsterapeuter siger om samarbejdet: *"Jeg synes, det har været tiltagende bedre. Jeg synes, det er blevet bedre og bedre med årene. Jeg synes, der er kommet mere samarbejde"*. De kommunale terapeuter giver udtryk for, at især samarbejdsaftalen har haft stor indflydelse på udviklingen af et bedre samarbejde (mere herom i afsnittet om samarbejdsaftaler).

6.3.3 Gråzoner i hverdagen

Både hospitalsterapeuterne og de kommunale terapeuter erkender, at der har været en gråzoneproblematik i forhold til at få afgrænset genoptræning udført på sygehus og vedligeholdelsestræning udført i kommunen. Ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter og en amtslig nøgleperson har det haft stor betydning for samarbejdet, at der blev etableret en samarbejdsaftale, hvor kommunerne mod kompensation kunne udføre genoptræning for sygehuset. Det betød nemlig ifølge den ledende hospitalsterapeut, at de kommunale terapeuter gennem dette arbejde selv fik mulighed for at erfare, hvor svært det kan være at skelne mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning. En af de ledende hospitalsterapeuter beskriver det sådan:

"Et af de klassiske problemer er at nå frem til en enighed om, hvorvidt det drejer sig om genoptræning eller vedligeholdelsestræning. Og den er der stadig. Men det har hjulpet, at vi fik sygehusbetalt genoptræning, fordi det var sådan en udslusningsmåde, hvor de så trænede mod betaling, hvorefter kommunen tog over med vedligeholdelsestræning. [...] Og det, der så også har været godt, er, at de tre steder [tre kommuner, som indgår i samarbejdsaftalen] jo også er i den situation, at de skal sende patienter videre til vedligeholdelsestræning i patienternes hjemkommune, [...] og så begynder de selv at se, at snitfladen er der. Og det har der faktisk været læring i" (ledende hospitalsterapeut).

Vanskelighederne ved at skelne mellem vedligeholdelsestræning og genoptræning i sygehusregi betyder ifølge en hospitalsterapeut, at der er patientkategorier som simpelthen *"falder igennem"* og ikke får et betalt genoptræningstilbud. Det gør sig eksempelvis gældende for patienter med akillesenerup-tur og patienter med brækkede skuldre. Disse patienter henvises til privatpraktiserende fysioterapeuter efter reglerne om egenbetaling. En af de ledende hospitalsterapeuter peger på, at nogle af de gamle kan blive *"tabt"* til trods for ordningen om sygehusbetalt genoptræning. De kan nemlig ikke

⁷² Jf. Træningsvejledningen (10) er der dog kun krav om, at der udarbejdes genoptræningsplaner for egentræning til patienter, som modtager varige ydelser fra bopælskommunen, og til patienter som ved udskrivningen har midlertidig hjælp fra bopælskommunen.

klare transporten til genoptræningsstedet, idet de bliver tappet for kræfter; og der er ikke mulighed for, at de kan modtage individuel træning i hjemmet, idet hospitalsterapeuterne ikke kan lave hjemmetræning. Det er heller ikke muligt for kommunerne, idet hjemmetræning ifølge den ledende hospitalsterapeut kun tilbydes som vedligeholdelsestræning. En tilsvarende problematik gør sig gældende for apopleksipatienter med alvorlige dysfunktioner, de kan nemlig hverken profitere af ambulans genoptræning på et sygehus eller på et kommunalt træningscenter. De har ifølge den ledende hospitalsterapeut brug for *"at lære at håndtere situationen i egne og vante omgivelser – ved at gøre de samme ting igen og igen"*.

Den ledende terapeut i Greve Kommune fortæller, at der før strukturreformen var temmelig mange patienter, som efter hendes opfattelse ikke fik tilstrækkelig genoptræning, idet de blev henvist til selvtræning frem for at modtage genoptræning på sygehuset. Hun har flere eksempler på, at ældre med hoftealloplastik ikke har fået den fornødne genoptræning. De har skullet selvtræne, hvilket de ikke har formået, hvorfor de efterfølgende har henvendt sig til kommunen og bedt om at få genoptræning. En opgave, der ifølge den ledende kommunale terapeut ikke burde være kommunal, idet sygehuset efter hendes opfattelse ikke har gjort det godt nok fra starten. Afhængig af omstændighederne har det ført til forskellige løsninger; i) patienterne er enten blevet trænet på sygehuset, ii) patienterne er blevet trænet i kommunen i henhold til Samarbejdsaftalen, eller iii) de er blevet trænet kommunalt uden økonomisk kompensation fra amtet. Den ledende terapeut i kommunen påpeger, at under alle omstændigheder har borgerne fået den nødvendige træning:

"Det har været politikken i Greve Kommune, at borgere, der befandt sig i en gråzone, de måtte ikke falde igennem. Det, der faldt mellem to stole, skulle vi gribe, og det er efter min bedste overbevisning det, vi har gjort" (ledende kommunal terapeut).

Både på et overordnet plan og på individniveau har terapeuterne søgt at bedre samarbejdet på tværs af sektorgrænserne. Ledende hospitalsterapeuter har imidlertid oplevet, at samarbejdet på det overordnede plan har haft vanskelige vilkår, idet de kommunale terapeuter ofte ikke har været udstyret med de fornødne kompetencer til at indgå aftaler. I forhold til samarbejdet om de enkelte patienter er dette blevet bedre gennem årene, formentlig en konsekvens af det tættere samarbejde, der er opstået som følge af afholdelse af fælles temadage og et fælles forsøgsprojekt.

Samarbejdsaftale mellem Roskilde Amt og Greve Kommune

I perioden 2003-2006 har Roskilde Amt hvert år indgået en samarbejdsaftale om genoptræning af patienter fra hele Roskilde Amt med tre af amtets i alt 11 kommuner: Vallø, Greve og Hvalsø. Som følge af samarbejdsaftalen skal Greve Kommune foruden egne borgere foretage genoptræning af patienter fra Solrød og Roskilde kommuner (11). Ifølge en amtslig nøgleperson er denne organisering, hvor tre kommuner varetager al genoptræning for alle kommuner i amtet, en konsekvens af et ønske om geografisk spredning af træningsstederne samtidig med, at man har vurderet hvilke kommuner, der kunne påtage sig opgaven.

Ifølge samarbejdsaftalerne kan kommunerne mod betaling varetage ambulans genoptræning af patienter efter indlæggelse på områder, hvor sygehusene har behov for yderligere kapacitet. Det præciseres, at der overvejende er tale om holdtræning, og at aftalerne vedrører patienter, hvor et realistisk funktionsniveau ikke er nået ved udskrivning, og hvor patienten fortsat gør væsentlige fremskridt funktionsmæssigt. Samtidig fremgår det, at aftalerne alene omfatter patienter, hvor træningsforløbene *ikke* kan foregå hos praktiserende fysioterapeut. Aftalen omfatter tre grupper af patienter: Patienter med hofte-nære frakturer henholdsvis følger efter apopleksi og patienter med KOL. Herudover kan der også indgås aftaler om patienter med helt ekstraordinære forløb. Aftalen indeholder et samlet skøn for

de tre kommuner over det forventede antal patienter, der årligt henvises til genoptræning i kommune-regi, ligesom træningens omfang og hyppighed er beskrevet for hver af de tre patientkategorier.

- ◆ Patienter med hoftenære frakturer: 8-16 træningsseancer (afhængig af patientens behov) med et fremmøde ca. to gange ugentligt.
- ◆ Patienter med KOL: 10 træningsseancer (afhængig af patientens behov) med et fremmøde ca. én gang ugentligt.
- ◆ Apopleksipatienter: 20-30 træningsseancer á en times varighed (afhængig af patientens behov) og med et træningsinterval der tilpasses behovet. Det forudsættes, at der oprettes en form for "klippekort", hvor klippene bortfalder, hvis de ikke er brugt en måned efter udløbet af træningsperioden i henhold til den ordinerede træningshyppighed.

Antallet af patienter genoptrænet efter samarbejdsaftalen med Roskilde Amt for årene 2003-2006, præsenteres i tabel 6.1 på basis af talmateriale fra Roskilde Amts opgørelse for 2004 (6).

Tabel 6.1 Antal patienter henvist fra sygehuse i Roskilde Amt til genoptræning i kommunalt regi fordelt på sygdomsgruppe samt forventet og faktisk modtaget antal i kommunerne.

Sydmsgruppe	Forventet antal for alle kommuner*	Modtaget antal**			
		Alle kommuner	Greve og Solrød kommuner	Roskilde, Gundsø og Ramsø kommuner***	Øvrige kommuner
Hofteære frakturer	80	112	40	31	41
KOL	100	30	9	6	15
Apopleksi	50-60	64	27	10	27
Andre	ikke oplyst	11	5	2	4
I alt	230-240	217	81	49	87

* I 2003.

** I 2004.

*** Det var kun borgerne i Roskilde Kommune, som blev genoptrænet i Greve Kommune. Hvor stor en andel de udgør af det samlede antal i Roskilde, Gundsø og Ramsø kommuner fremgår ikke af Roskilde Amts opgørelse.

Kilde: Baseret på Roskilde Amts aftale mellem Sundhedsforvaltningen og Vallø, Greve og Hvalsø kommuner om genoptræning (11) samt fodnoterne til Bilag 5 i "Kortlægning af genoptræning" (6).

Det fremgår af tabellen, at der var 40 % flere patienter med hoftenære frakturer, som modtog kommunal genoptræning end forventet, mens det kun var 30 % af det forventede antal patienter med KOL, som fik kommunal genoptræning. Det fremgår ligeledes, at for apopleksipatienterne var det estimerede antal i overensstemmelse med det faktiske antal. Det ses også, at der i Greve Kommune i 2004 blev genoptrænet i alt 81 patienter (borgere fra Greve og Solrød kommuner); hertil skal lægges et antal borgere fra Roskilde Kommune, som ikke er kendt, da der kun fremgår et samlet antal for den nye sammenlægningskommune Roskilde (sammenlægges af Roskilde, Gundsø og Ramsø kommuner).

Roskilde Amts betaling til kommunerne udgjorde i 2003 150 kr. pr. træningstime pr. henvist patient (aftalerne var hovedsageligt baseret på holdtræning). I 2004 blev der udarbejdet et supplement til samarbejdsaftalerne, hvor det fremgik, at for patienter, som sygehuset henviste til individuel træning, var prisen 235 kroner pr. træningstime (overvejende for patienter med mere komplicerede følger efter apopleksi og sammenfaldende lidelser).

De aftalte takster ligger væsentligt under det, der har været aftalt i andre amter. En af de kommunale terapeuter er da også af den opfattelse, at aftalen ikke har været økonomisk fordelagtig for kommunen:

"Det har ikke været nogen speciel god aftale i forhold til andre steder, hvor man har lavet de samme aftaler; som for eksempel i Fyns Amt. Vi har fået nogle flere ressourcer tildelt netop med henblik på, at vi skulle tage nogle flere borgere ind. Det var så sygehuset, der skulle betale for det, men i forhold til hvad der er blevet brugt af terapeutressourcer, har det ikke kunnet betale sig" (kommunal terapeut).

Greve Kommunes terapeuter giver imidlertid udtryk for, at de har haft positive erfaringer med samarbejdsaftalen, idet de oplever, at en række barrierer for samarbejdet imellem de to sektorer er blevet nedbrudt. Herudover har denne form for genoptræning medvirket til at give terapeuterne større variation og inspiration i arbejdet, idet aftalen har medført, at de har fået patientforløb, hvor det er gået hurtigt fremad træningsmæssigt sammenlignet med de øvrige kommunale træningsopgaver. Den ledende kommunale terapeut konstaterer også, at terapeuterne qua samarbejdsaftalen har lært hospitalsterapeuterne at kende, har lært deres fagsprog og fået indblik i deres arbejdsgange samtidig med, at de er blevet forberedt på de opgaver, de skal overtage i forbindelse med strukturreformen:

"Vi er vant til at tale med dem, fordi de har skrevet genoptræningsplaner til os i forbindelse med den her aftale [...]. Det gør, at vi har opøvet vores skriftlige kommunikation med sygehuset, fordi vi er vant til at læse genoptræningsplaner via den her aftale. Så det gør, at vi har haft en øvelse i at håndtere den her måde at få overdraget nogle opgaver på" (ledende kommunal terapeut).

Arbejdsdeling med praktiserende fysioterapeuter

På sygehusene i Roskilde Amt har man, som tidligere beskrevet, benyttet sig af at henvise patienter til privatpraktiserende fysioterapeuter. I beskrivelsen af de sygehusansatte terapeuters bestræbelser på "at luge ud" i arbejdsopgaverne og arbejdsmængden fortæller en af de ledende hospitalsterapeuter, at: "Det vi smider ud fra sygehuset, det går ud i praksissektoren". Dette er foregået efter reglerne om delvis egenbetaling:

"Det er holdningen i amtet, at i det omfang patienten er sygehusemæssigt færdigbehandlet, og genoptræningen kan foregå i praksis, henvises der til praksis, når praksis kan imødekomme genoptræningsbehovet" (6). Omfanget af henvisninger kan ikke oplyses af Roskilde Amt, men ordningen synes umiddelbart i strid med retningslinjer på området (10) (som tidl. beskrevet i kapitel 3 om træningsområdets historik). En amtslig nøgleperson er af den opfattelse, at amtet ikke har handlet i strid med reglerne, idet den benyttede henvisningspraksis er blevet godkendt af Social- og sundhedsministeriet.

Kommunerne har også overvejet at bruge privatpraktiserende fysioterapeuter. I begyndelsen af 2005 foreslog den nuværende ledende terapeut i Greve Kommune, at dele af træningen blev udliciteret til privatpraktiserende fysioterapeuter. Formålet var at få målrettet træningstilbudene mere, idet der ifølge hendes opfattelse var borgere, hvor træningen bedst kunne tilbydes i privat praksis. Men forslaget blev aldrig vedtaget, idet politikerne gav udtryk for, at træningstilbudet i Greve Kommune i videst muligt omfang skal gives tæt på borgerne og af terapeuterne i kommunen.

6.4 Strukturreformen

I dette afsnit beskrives Roskilde Amts indledende arbejde med at afgrænse den ambulante genoptræning, der skulle udlægges til kommunerne samt de økonomiske og personalemæssige konsekvenser af reformen.

6.4.1 Forberedelse af strukturreformen

Som forberedelse til strukturreformen nedsatte Roskilde Amt i 2005 en arbejdsgruppe, der skulle kortlægge hvilke opgaver, der skulle flyttes ud samt beskrive snitflader mellem kommunerne og Regionen. Arbejdsgruppen bestod af repræsentanter fra de nye kommuner, Roskilde Amts Sundhedsforvaltning og Roskilde Amts sygehuse. Arbejdsgruppens rapport (6) dannede udgangspunkt for et senere katalog, hvor ambulans behandling, specialiseret genoptræning, kommunal genoptræning og selvtræning⁷³ er beskrevet (12)⁷⁴.

Generelt var hospitalsterapeuterne på interviewtidspunktet – kort før udflytningen – usikre på, hvilke patientgrupper der skulle udflyttes. De havde dog en forventning om, at genoptræning af patienter på rygscole, patienter med "nye knæ", patienter med hoftebrud samt genoptræning af nogle af børnene ville blive overdraget til kommunerne. Det forventedes ligeledes, at genoptræning af patienter med følger efter apopleksi ville blive en kommunal opgave, medmindre der var tilknyttet en neuropsykolog til genoptræningsforløbet. Den ledende kommunale terapeut gav udtryk for, at man i Greve Kommune var parat til at påtage sig almindelig ambulans genoptræning for alle patientgrupper.

6.4.2 Ressourcemæssige konsekvenser for sygehusene

I rapporten fra arbejdsgruppen, som kortlagde genoptræningsområdet på sygehusene (6), fremgår det, at den samlede ergo- og fysioterapeutiske aktivitet på sygehusene i Roskilde Amt omfattede 6.403 patienter i 2004, hvoraf godt halvdelen var ortopædkirurgiske patienter. De ambulante genoptræningsopgaver, der forventes flyttet fra sygehus til kommunerne, vedrører i alt ca. 2.200-2.300 patienter årligt (svarende til i alt ca. 5,8 mio. kroner). Hertil kommer, at sygehusene i 2004 købte ambulans genoptræning i Greve, Hvalsø og Vallø kommuner til i alt 217 patienter, hvilket svarer til en samlet udgift på 0,4 mio. kr. Det betyder, at ca. 2.500 patienter årligt forventes at overgå til ambulans genoptræning i kommunerne, svarende til et ressourceforbrug på 6,2 mio. kroner (ca. 26 % af sygehusenes samlede ressourceforbrug til ergo- og fysioterapeutisk aktivitet).

Som følge af udlægningen af almindelig ambulans genoptræning til kommunerne overdrager amtet terapeuter til kommunerne svarende til en normering på 18 årsværk fordelt på 9,3 fysioterapeuter, 6,4 ergoterapeuter, 1,7 social- og sundhedsassistenter og 0,6 sekretærer.

6.4.3 Udflytningsprocessen

De ledende hospitalsterapeuter fortæller, at man har gjort et stort stykke arbejde for at opfylde hospitalsterapeuternes ønsker i forbindelse med udflytningen, men ikke i alle tilfælde er det lykkedes at opfylde ønskerne, og nogle er flyttet mod deres vilje. Hospitalsterapeuterne har været igennem en høringsrunde, hvor de har udfyldt et skema med ønske om, hvor de helst ville arbejde: i regionen eller i en af de nye kommuner. Det har ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter været en udramatisk, men indgribende proces (13). Det har givet frustrationer, da ikke alle har kunnet få opfyldt deres førstprioritet, men også fordi alle kommuner ikke er lige langt i planlægningen, hvorfor ikke alle terapeuter er klar over placeringen af deres fremtidige arbejdsplads og arbejdsopgavernes art⁷⁵.

6.4.4 Ressourcemæssige konsekvenser for Greve Kommune

Det forventede antal ambulante patienter, som forventes at skulle genoptrænes i Greve Kommune efter strukturreformen, fremgår af tabel 6.2, som er baseret på arbejdsgruppens opgørelser (6). Det ses, at det drejer sig om 440 patienter årligt.

⁷³ Egentræning i Sundhedsstyrelsens terminologi.

⁷⁴ Referencen henviser til version 2 af kataloget, idet det ikke har været muligt at fremskaffe version 1.

⁷⁵ Interviewet blev gennemført primo december 2006.

Tabel 6.2 Antal ambulante patienter genoptrænet på sygehusene i Roskilde Amt fordelt på specialer – samlet set – og for Greve Kommune, 2004.

Specialer	Antal patienter	
	I alt	Greve Kommune
Geriatrici	76	13
Kirurgi	177	31
Gynækologi	209	37
Medicin	354	65
Neurologi	82	26
Ortopædkirurgi	1.264	231
Reumatologi	185	31
Andre	24	6
I alt	2.371	440

* Inklusiv de 217 patienter, som har været genoptrænet jf. samarbejdsaftalerne med Greve, Vallø og Hvalsø kommuner.

Kilde: Baseret på Bilag 5 i "Kortlægning af genoptræning" (6).

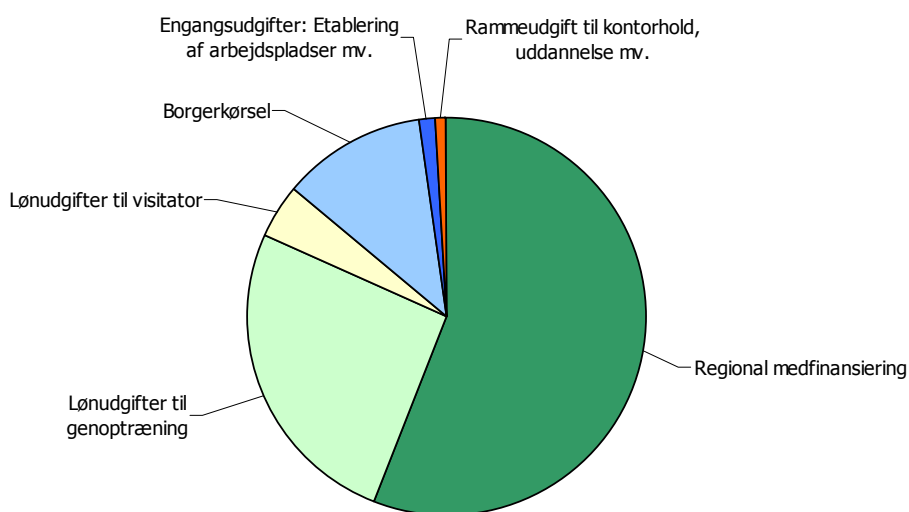
I Greve Kommune nåede man imidlertid frem til, at kommunen skulle "overtage behandlingen af ca. 409 patienter med et ressourceforbrug på 3.695 timer fordelt på 46 diagnosegrupper" (14). Denne beregning er baseret på en oplysning om, at Greve Kommune, jf. arbejdsgruppens rapport (6), skal overtage 17,6 % af amtets ambulante genoptræning.

Den ledende terapeut i Greve Kommune havde inden strukturreformen en forventning om, at kommunen årligt skulle foretage almindelig ambulante genoptræning for ca. 345 patienter. Men alene i januar 2007 havde kommunen modtaget 130 genoptræningsplaner. For at kunne foretage et estimat af det samlede antal borgere, der skal have almindelig ambulante genoptræning i Greve Kommune i hele 2007, skal der dog fratrækkes et ikke opgjort antal borgere, som skal have specialiseret ambulante genoptræning på hospital, de der er døde inden genoptræningen er påbegyndt, samt de der skal have bassintræning (en opgave kommunen endnu ikke kan klare, da den ikke har et bassin). Den ledende kommunale terapeut giver flere forklaringer på diskrepansen mellem det forventede antal borgere og det antal, der formentlig reelt skal trænes i kommunen, som bl.a. omfatter en øget produktion på hospitalerne. Herudover påpeger hun også, at en del af de patienter, der tidligere blev henvist til privatpraktiserende fysioterapeuter, nu får en genoptræningsplan til selvtræning. Det betyder, at de kommunale terapeuter nu involveres i disse patienter i en eller anden udstrækning: "Vi er jo nødt til at lægge et serviceniveau, så vi er nødt til i det mindste at se patienter"⁷⁶.

Greve Kommune modtager tre terapeuter i forbindelse med strukturreformen. Der er i Greve Kommunes budget for 2007 afsat i alt 4,299 mio. kr. til genoptræningsområdet fordelt med 2.400 mio. kr. til regional medfinansiering henholdsvis 1,339 mio. kr. og 0,5 mio. kr. til almindelig, ambulante genoptræning, jf. sundhedsloven, og kørsel hertil af borgerne (11;16), se figur 6.2.

⁷⁶ At de kommunale terapeuter vælger et kommunalt serviceniveau, der også omfatter kontakt til patienter med en genoptræningsplan for egentræning, er et valg, der hverken er betinget af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner (15) eller den tilhørende træningsvejledning (10). Af træningsvejledningen fremgår det, at der alene skal udarbejdes genoptræningsplaner til patienter, som modtager varige ydelser fra bopælskommunen (fx hjemmehjælp, hjemmesygepleje m.v.), og til patienter der i forbindelse med udskrivning fra hospitalet har behov for midlertidig hjælp fra bopælskommunen – og det er ikke at betragte som en lægehenvielse (10).

Figur 6.2 Budget for genoptræningsområdet i Greve Kommune, 2007.



Kilde: Baseret på Kommunalreform katalog, input til Budget 2007-2010 (16).

6.4.5 Opgavemæssige forventninger

Indledningsvis præsenteres hospitalsterapeuternes perspektiv på udflytningen, derefter de kommunalt ansatte terapeuters og chefen for Center for Sundheds forventninger til de nye opgaver, og til sidst hospitalsterapeuternes forventninger til egne opgaver efter reformen.

Hospitalsterapeuters perspektiv på udflytningen

Hospitalsterapeuterne peger på en række forhold, som ifølge deres opfattelse vil kunne betyde et fald i kvaliteten af genoptræningsydelse, med mindre der tages initiativer til at imødegå disse.

For det første har terapeuterne på sygehusene kunnet opnå en vis form for specialiseringsgrad, fordi de har haft mange patienter af samme slags. Når det samme antal patienter skal genoptrænes i flere kommuner, så kan det ifølge en af de ledende terapeuter på sygehuset være svært at få den nødvendige rutine inden for givne diagnosegrupper, med mindre kommunerne finder ud af at fordele dem imellem sig: *"Hvis man sidder med tre skulderpatienter om året, så bliver man ikke særlig god til at behandle skuldre"*. Derudover forventer de, at træningskvaliteten kan blive påvirket negativt af, at de terapeuter, der kommer fra sygehusene til kommunerne, er specialister inden for ét område, hvorfor de i starten kan have svært ved at genoptræne et bredere klientel.

For det andet vil det også blive nødvendigt, at de kommunale terapeuter omstiller sig fra at træne på basis af "funktionstab" til at træne "diagnoserelateret", hvilket betyder, at der kan være brug for at tage specifikke hensyn afhængig af diagnosen. Det er en tankegang, som de kommunale terapeuter slet ikke er vant til ifølge en af de ledende terapeuter på sygehuset.

Dernæst påpeges det også af en af de ledende hospitalsterapeuter, at der i forhold til den kommunale visitation er indbygget en svaghed i systemet, da visitatorerne ofte er sygeplejersker og ikke terapeuter⁷⁷, som ifølge hendes opfattelse er bedre til at vurdere, hvornår en opgave er akut. På sigt kan det derfor ifølge en af de ledende terapeuter på sygehuset eventuelt blive nødvendigt i forbindelse med overdragelsen af genoptræningsopgaven til kommunen at udarbejde forskellige kategorier, hvoraf det fremgår, hvor akut behovet er for genoptræning.

⁷⁷ I Greve Kommune er der tre ergoterapeuter, der arbejder som visitatorer.

Til gengæld forventer hospitalsterapeuterne, at reformen vil være en fordel for de fysisk mest svage patienter, idet det har vist sig, at lang transporttid til træningsstedet ofte har betydet, at træningen har måttet opgives, idet patienterne har været for udmattede, når de ankom.

Kommunale perspektiver på udflytningen

De kommunale terapeuter ser frem til at overtage de nye opgaver. De føler sig sikre på, at de fagligt kan løfte opgaven, hvilket bl.a. skyldes den erfaring, de har fået gennem samarbejdsaftalen. Ydermere er der igangsat en indledende kompetenceudvikling, idet nogle af Greve Kommunes terapeuter deltager i et 5-ugers introduktionsforløb til de ambulante genoptræningsopgaver på Roskilde Amtssygehus i Køge. Samtidig er der indledt en introduktion til Greve Kommune, og de kommende opgaver for de tre terapeuter flytter ud (14). De ser det endvidere som en fordel, at vedligeholdelsestræning og ambulantly genoptræning bliver samlet i Fagcenter for Sundhed, idet deres forventning er, at de nye opgaver vil give inspiration til varetagelsen af de øvrige træningsopgaver i henhold til serviceloven. Det vil således være muligt at oprette blandede hold for borgere, der modtager vedligeholdelsestræning eller genoptræning. Dette bekymrer hospitalsterapeuterne, som mener, at der bør arbejdes diagnosespecifikt med en lang række af de patientgrupper, som skal have ambulantly genoptræning i kommunalt regi.

De kommunale terapeuter forventer også, at de bliver mere synlige, og at der vil blive mere travlhed og faglige udfordringer som følge af, at der bliver flere områder at udvikle kompetencer indenfor.

En kommunal chef mener, at det er vigtigt, at kommunen får igangsat rehabilitering efter patientens udskrivelse:

"... efter udskrivning fra sygehus og så få lavet ordentlige rehabiliteringsindsatser. Det vil være vildt svært i en kommune, for der er så mange, der skal involveres i det, for at det skal gå rigtig godt. Det er udfordringen. Det er ikke bare én terapeut, det er sygeplejersker, hjemmehjælperen, og det er hele familieområdet. Det er børn, dagpenge, pension mv. Der er så mange, der skal ind over her" (kommunal chef).

6.4.6 Hospitalsterapeuternes forventninger til de fremtidige træningsopgaver på sygehuset

Den ledende hospitalsterapeut forventer, at arbejdsopgaverne vil blive lidt mere stereotype, når træningsforløbene bliver kortere. Terapeuterne vil ikke i samme udstrækning som tidligere opnå at se slutresultater, idet en del af træningen hurtigt vil overgå til almindelig ambulantly genoptræning, som kan foregå i kommunalt regi.

De hospitalsansatte terapeuter ser heller ikke så optimistisk på indhold og kvalitet af de fremtidige arbejdsopgaver for sygehusansatte terapeuter. Hospitalsterapeuter oplever, at den faglige udvikling er gået i stå, og de er enige om, at reformprocessen betyder, at arbejdet bliver mere rutinepræget og ensformigt samtidig med, at kvaliteten i arbejdet kan forventes at dale bl.a. på grund af de korte forløb og færre patienter inden for de diagnosegrupper, der er tilbage. Desuden forudser de mere skriftligt arbejde, fordi der skal udarbejdes genoptræningsplaner. Endelig forventer de, at der vil blive mindre forskning grundet manglende overskud blandt terapeuterne.

En af de ledende hospitalsterapeuter mener, at der vil ske en glidning i grænsen mellem almindelig og specialiseret genoptræning, og at en del af det, der i dag betragtes som specialiseret genoptræning, vil blive betragtet som almindelig genoptræning om fem år. Grunden er, at kommunerne nu har et økonomisk incitament til at overtage ambulantly genoptræning, hvilket de ikke har haft tidligere.

6.4.7 Organisatoriske forventninger i kommunen

I Greve Kommune har det været en politisk beslutning at organisere genoptræningsområdet under en ledende terapeut. Ifølge en kommunal chef var der to hensyn, der skulle afvejes: På den ene side *"at træning ikke er noget, der kun udføres af terapeuter, det er noget som alle kan deltage i. Det taler for at integrere terapeuternes arbejde i videst mulig omfang i den øvrige del af hjemmeplejen"*. På den anden side var der behov for at få skabt en organisatorisk ramme, som også ville være bæredygtig på langt sigt. Det har ifølge hans opfattelse derfor været nødvendigt at løfte det ledelsesmæssige ansvar for genoptræning ud af hænderne på områdelederne, men samtidig påpeger han, at det er vigtigt, at det tætte samarbejde med hjemmeplejen fortsætter. Samtidig skal der dog også være plads til, at terapeuterne i fremtiden kan påtage sig genoptræning af eksempelvis unge med skisportsskader, eller ældre der har fået foretaget en knæoperation.

Den kommunale chef forventer, at genoptræningsområdet vil blive et udgiftsområde i vækst og svært at styre, idet det er regionen, der udskriver genoptræningsplanerne, mens det er kommunen, der skal udmønte genoptræningsplanerne. Samtidig peger han på, at den kommunale medfinansiering af indlagte patienter vil give kommunen et incitament til at øge træningsindsatsen og dermed undgå indlæggelser og genindlæggelser.

6.5 Datagrundlag: Case 3: Roskilde Amt og Greve Kommune

Interviewliste

Af nedenstående liste fremgår de personer, der har deltaget i interview, og fra hvilke der er indgået oplysninger til brug for nærværende case.

Amt/Kommune	Navn	Stilling	Citeret som
Roskilde Amt	Birthe Fabricius	Sekretariatschef	Amtslig nøgleperson
Roskilde Amt	Trine Madsen	Ledende fysioterapeut	Ledende hospitalsterapeut
Roskilde Amt	Lise Pedersen	Ledende ergoterapeut	Ledende hospitalsterapeut
Roskilde Amt	Anette Illstad	Ledende fysioterapeut	Ledende hospitalsterapeut
Roskilde Amt	Helen Lomholt	Afd. Terapeut	Hospitalsterapeut
Roskilde Amt	Anette Mortensen	Fysioterapeut	Hospitalsterapeut
Roskilde Amt	Ulla Pedersen	Ergoterapeut	Hospitalsterapeut
Roskilde Amt	Alice Wind	Fysioterapeut	Ledende hospitalsterapeut
Roskilde Amt	Anja Stafelt	Ergoterapeut	Hospitalsterapeut
Greve Kommune	Jacob Bigum Lundberg	Afdelingschef for Center Sundhed	Kommunal chef
Greve Kommune	Pouline Ginger	Tidl. leder i område syd, nu leder for hele genoptræningsområdet	Ledende kommunal terapeut
Greve Kommune	Dorte Elmer Hjordt	Ergoterapeut, Trænende terapeuter	Kommunal terapeut
Greve Kommune	Birgitte Bechgård	Fysioterapeut, Trænende terapeuter	Kommunal terapeut
Greve Kommune	Charlotte Boye Larsen	Fysioterapeut, Trænende terapeuter	Kommunal terapeut
Greve Kommune	Mads Andersen	Fysioterapeut, Trænende terapeuter	Kommunal terapeut

Referencer til kapitel 6

- 1) Greve Kommune, Social- og Sundhedsforvaltningen. Kvalitetshåndbog 2006. For Hjemmeplejen i Greve Kommune. Greve: 2006.
- 2) Bjerg T. Kommunens ansatte er sunde forbilleder. Ugeskrift for Læger 2007;169(14):1286.
- 3) Greve Kommune, Socialudvalget. Kvalitetsudviklingsplan 2005-08. Handle- og tidsplan for "Kvalitetsudvikling på ældreområdet 2005-08". Status 1. Greve: 2005.
- 4) Lov om ændring af lov om social service (Fleksibel hjemmehjælp og kommunal genoptræning). LOV nr. 1307 af 20/12/2000. 2000.
- 5) Greve Kommune, Social- og Sundhedsudvalget. Kvalitetsudviklingsplan 2005-08. Handle- og tidsplan for "Kvalitetsudvikling på ældreområdet 2005-08". Status 2. Greve: 2006.
- 6) Roskilde Amt og 12-mandsforeningen, Styregruppen på, social- pos. Kortlægning af Genoptræningsområdet. Bilag 3. Roskilde Amt; 2005.
- 7) Harreby M, Madsen T. Driftsaftale 2006 Reumatologisk Afdeling. Reumatologisk Afdeling; 2006.
- 8) Ergo- og Fysioterapien, Reumatologisk afdeling, i Roskilde Amt. Fysioterapi og Ergoterapi i Roskilde Amt 2005 - 2006. 2006.
- 9) Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Genoptræningsplaner). LOV nr. 1314 af 20/12/2000. 2000.
- 10) Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om genoptræning i amter og kommuner. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004.
- 11) Fabricius B. Aftale mellem Sundhedsforvaltningen og Vallø, Greve og Hvalsø Kommuner om genoptræning. Roskilde Amt. Sundhedsforvaltningen. Sekretariatet; 2003.
- 12) Kommuner og sygehuse i Region Sjælland. Katalog vedrørende opgavedeling på genoptræningsområdet i Region Sjælland. Sorø: Region Sjælland; 2007.
- 13) Roskilde Amt. Roskilde Amt - Det må ikke gå ud over patienterne.
- 14) Greve Kommune. Social- og Sundhedsudvalget. Referat. Tirsdag den 28.11.06. 2006.
- 15) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. BEK nr 1266 af 05/12/2006. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- 16) Kommunalreform katalog. Budget 2007-2010. Opgave: Genoptræning - genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Beskrivelse og konsekvenser. Social og Sundhedsforvaltningen, Greve Kommune; 2006.

7. Case 4: Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner samt Vestsjællands Amt

Ved strukturreformen blev Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner sammenlagt til Ods herred Kommune. Dragsholm Kommune var den største af de tre kommuner med knap 14.000 indbyggere, Trundholm Kommune havde ca. 11.000 indbyggere, mens Nykøbing-Rørvig Kommune havde knap 8.000 indbyggere (1. januar 2006).

Vestsjællands Amt bestod af 23 kommuner, og havde et indbyggertal på ca. 307.000 (1. januar 2006). Vestsjællands Amts sundhedsvæsen omfattede sygehuse i henholdsvis Slagelse, Kalundborg, Korsør, Nykøbing, Holbæk og Ringsted. I forbindelse med strukturreformen sammenlægges Vestsjællands, Roskilde og Storstrøms amter til Region Sjælland, som ved sammenlægningen kommer til at omfatte 17 kommuner med et indbyggerantal på ca. 820.000.

7.1 Træningsområdet i Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner

Indledningsvis beskrives organiseringen af træningsområdet i de tre kommuner inden strukturreformen. Herefter følger en beskrivelse af terapeuternes arbejdsområder, kommunernes visitationspraksis og brug af kvalitetsstandarder og dokumentation på træningsområdet. Endelig følger en overordnet beskrivelse af udviklingen på træningsområdet i de tre kommuner.

7.1.1 Organiseringen af træningsområdet

De organisatoriske forhold for terapeuterne og deres assistenter har frem til strukturreformen været forskellige i de tre kommuner. Indtil 2001 var terapeuterne i **Dragsholm Kommune** en del af visitationsafdelingen, men de blev på daværende tidspunkt udskilt herfra, bl.a. fordi visitationsafdelingen skulle flytte og samtidig have en ny ledelse. Det betød, at terapeuterne (to fysioterapeuter) og deres medhjælper i tiden frem til strukturreformen fungerede meget selvstændigt og autonomt: De blev først underlagt kommunaldirektøren, som ikke havde nogen træningserfaring, for så i 2005 at blive underlagt lederen af Socialforvaltningens behandlingsdeling som heller ikke havde noget med træning at gøre. Afdelingen har i de seneste år fysisk været placeret på et kommunalt ældrecenter.

På baggrund af en politisk beslutning i **Trundholm Kommune** blev træningen udliciteret til OK-Fonden i 2004. Dette skete i forbindelse med opførelsen af nogle plejeboliger, idet der i samme byggeri blev etableret et såkaldt "servicecenter", der bl.a. skulle indeholde træningsfaciliteter. I den kommunale aftale med OK-Fonden indgik det, at træningen skulle foregå i de kommunale bygninger, ligesom visitationen til træning skulle foretages af en (nyansat) kommunal visiterende terapeut. I samme forbindelse overgik det kommunale træningspersonale til OK-Fonden. De nye træningsfaciliteter omfattede også et træningsbassin, hvilket medførte, at træningsnormeringen blev forøget fra to kommunalt ansatte terapeuter til fire terapeuter og en hjælper i OK-Fonden.

I **Nykøbing-Rørvig Kommune** var terapeuterne organiseret som en selvstændig afdeling i den kommunale hjemmepleje. I afdelingen, der fysisk var placeret i et af kommunens ældrecentre, var der ansat to terapeuter, hvoraf den ene var ledende, og to assistenter.

Den samlede terapeutnormering i de tre sammenlægningskommuner udgjorde således inden strukturreformen i alt 7,4 årsværk, hvortil kom en medhjælper-/assistentnormering på i alt 3,4 årsværk.

7.1.2 De kommunale terapeuters arbejdsopgaver

Træningsopgaverne i de tre kommuner omfattede overordnet set tre former for arbejdsopgaver:

- ◆ Genoptræning (efter Servicelovens § 73A, stk. 1).
- ◆ Vedligeholdelsestræning (efter Servicelovens § 73A, stk. 2).
- ◆ Genoptræning i henhold til en samarbejdsaftale indgået med Vestsjællands Amt.

Træningen kunne foregå som holdtræning eller individuel træning (dog kun i Dragsholm og Trundholm kommuner). I Dragsholm Kommune havde man blandet holdene, idet de omfattede både vedligeholdelsestræning og genoptræning. Træningstilbudet omfattede i alle tre kommuner dels træning i et træningscenter og dels træning i borgerens eget hjem. Fordelingen i alle tre kommuner var, at ca. 80 % af træningen foregik på træningscenter, mens 20 % af træningen foregik i borgerens eget hjem (1). I Trundholm Kommune var der desuden tilbud om træning i varmtvandsbassin.

Der kunne også indgås aftale med borgeren om, at træningen skulle foregå qua et hjemmetræningsprogram, hvor præmissen var, at borgeren selv skulle forestå træningen eventuelt suppleret med bistand fra hjemmeplejen. Dette kunne være i form af fx gåture, eller at hjemmehjælperen mindede borgeren om at udføre sin hjemmetræning (Dragsholm Kommune).

Ved hjemmetræning blev der foretaget en opfølgning efter en måned, fx ved at terapeuten besøgte borgeren igen (Dragsholm Kommune). Træning i træningscenteret foregik typisk over en tre måneders periode (Dragsholm og Nykøbing-Rørvig kommuner), hvorefter der blev foretaget en test af borgerens funktionsniveau, ligesom der blev talt med borgeren om, hvordan det gik, og om der var behov for yderligere træning (Nykøbing-Rørvig Kommune). Reelt strakte træningen sig imidlertid over længere tid. Hvis visitator ved en revurdering konstaterede, at borgeren kunne blive bedre, og hvis der i øvrigt var plads på holdet, kunne borgeren fortsætte træningen udover de tre måneder (Nykøbing-Rørvig Kommune). Besøgene på centret var ofte en væsentlig del af borgerens liv, så derfor kunne det være svært for terapeuten at afslutte et træningsforløb. Ofte skete det derfor, at borgerne kom igen, idet de selv henvendte sig til træningscenteret for at få genoptaget træningen.

7.1.3 Visitation

I de tre kommuner kunne alle rette henvendelse til kommunen ved behov for træning. Der var således tale om henvendelser internt fra kommunen, fx fra hjemmeplejepersonalet som jævnligt kommer i borgerens hjem, eller fra forebyggelseskonsulenter der konstaterede et behov for træning i forbindelse med et forebyggende hjemmebesøg (hos de 75+-årige). Herudover kunne henvendelserne også komme fra pårørende eller borgeren selv.

Sygehusene rettede også henvendelse til kommunerne vedrørende vedligeholdelsestræning. Det kunne eksempelvis forekomme i forbindelse med en patient, der virkede inaktiv, og ved udskrivelsen havde en generel funktionsnedsættelse, hvorfor man fra sygehuset rådede kommunen til at aktivere patienten for dermed at forebygge en eventuel genindlæggelse.

I Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner havde man etableret en central visitation af borgere til træning (BUM: Bestiller og Udfører Modellen), hvorved bestiller og det udførende led (terapeuterne) var blevet adskilt. Dette valg havde man været meget bevidst om i Trundholm Kommune, idet man i forbindelse med kommunes udlicitering af den kommunale træningsopgave til OK-Fonden ansatte en kommunal visitator, hvorved man undgik, at den private udbyder (OK-Fonden) skulle forestå visitationen til egne ydelser – indtil da havde de kommunale terapeuter selv varetaget visitationen. Alle henvendelser i de to kommuner gik gennem en visitator, som tog stilling til og vurderede den enkelte borgers træningsbehov. I forbindelse med et hjemmebesøg traf visitator i samarbejde med borgeren

en overordnet beslutning om, hvilket mål for funktionsniveau der blev sigtet mod. Borgeren kunne fx give udtryk for "Bare jeg kan gå bedre rundt i huset i stedet for at sidde her", hvilket af visitator blev oversat til "en bedre gangfunktion inden for 20 meter så vedkommende kan færdes i huset". Visitator vurderede desuden, hvor træningen skulle finde sted – og omfanget. I de tilfælde, hvor træningen drejede sig om ADL (Almindelig Daglig Levevis) i eget hjem, var det ifølge en af de trænende terapeuter selvfølgelig en fordel, at træningen foregik i borgerens egen bolig (Nykøbing-Rørvig Kommune). Men for de fleste borgeres vedkommende var der tale om vedligeholdelsestræning, og så foregik den på træningscenteret. I tilfælde af at der var behov for individuel genoptræning, blev der foretaget en afvejning af, hvad den enkelte borger kunne og skulle træne, i forhold til hvor det var mest hensigtsmæssigt, at det foregik (Nykøbing-Rørvig Kommune).

Når visitator havde vurderet træningsbehovet og foretaget en overordnet visitation, overgik henvi-ningen til de trænende terapeuter, der foretog en nærmere konkretisering af, hvilke ydelser borgeren skulle have. Det foregik ofte på den måde, at terapeuterne enten kontaktede borgeren telefonisk, eller foretog et nyt besøg i borgerens hjem. Ved disse (terapeutiske) hjemmebesøg blev der fx foretaget en konkret vurdering af adgangsforholdene i borgerens bolig. Hvis ikke borgeren selv var i stand til at gå ned ad trappen, kunne det nemlig betyde, at træningen indledningsvist skulle foregå i borgerens eget hjem – til trods for visitators vurdering af, at træningen skulle finde sted på træningscenter (Nykøbing-Rørvig Kommune). I det hele taget skete det ofte, at visitators afgørelse blev ændret, når træningen kom i gang, og terapeuterne fik et bedre billede af borgerens situation. Visitators afgørelse kunne også blive ændret, fordi borgeren blev dårligere under træningsforløbet.

Dragsholm Kommune havde *ikke* en central visitation. Her var det terapeuterne, der i fællesskab stod for visitationen, og vurderingen af træningsbehovet foregik ved hjemmebesøg.

I Trundholm Kommune, hvor træningen var udliciteret til OK-Fonden, var det også terapeuterne, som konkretiserede, hvilke ydelser borgeren skulle have. Det var ligeledes de af OK-Fonden ansatte terapeuter, der på basis af de kommunale tidsfrister for påbegyndelse af træning (jf. kvalitetsstandarder på træningsområdet) fastlagde rækkefølgen for borgernes påbegyndelse af træning.

I omstående tabel 7.1 er der samlet nogle fakta om træningsområdet i de tre sammenlægningskommuner.

Tabel 7.1 Fakta om træningsområdet i de tre sammenlægningskommuner Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig inden strukturreformen.

	Kommuner		
	Dragsholm	Trundholm	Nykøbing-Rørvig
Antal indbyggere	13.780	11.316	7.641
Ansatte terapeuter, med ugentlig normering i parentes	Fysioterapeuter (32t + 30t) Egoterapeut (16t) Medhjælper (26t)	Fysioterapeuter og ergoterapeuter (32t + 32t + 30t + 30t)* Medhjælper (32t)	Fysioterapeuter (37t + 32t) Assisterter (35t + 32t)
Organisatorisk placering af genoptræningsområdet	Selvstændig placering under Socialforvaltningens behandlingsafdeling	Udlånt til OK-Fonden	Selvstændig afdeling i kommunens hjemmepleje
Fysisk organisering og træningsandel i parentes	Ældrecenter (80 %) Borgerens eget hjem (20 %)	Træningscenter (60 %) To ældrecentre (20 %) Borgerens eget hjem (20 %)	Ældrecenter (80 %) Borgerens eget hjem (20 %)
Organisering af træningen (hold versus individuel træning)	<u>Holdtræning:</u> Blandede hold med genoptræning og vedligeholdelsestræning <u>Individuel træning:</u> I ældrecenter <u>Individuel træning:</u> I eget hjem	<u>Holdtræning:</u> Fordeling ikke oplyst <u>Individuel træning:</u> I trænings-/ældrecenter <u>Bassintræning</u>	<u>Holdtræning:</u> Separate hold med genoptræning henholdsvis vedligeholdelsestræning
Visitation	Visiteres af terapeuterne i træningsafdelingen	Central visitationsafdeling	Central visitationsafdeling

Kilde: Rapport om genoptræning i Odsherred. Marts 2005 (1).

* Fordelingen på fysioterapeuter og ergoterapeuter er ikke oplyst.

I Nykøbing-Rørvig Kommune giver en af de kommunale terapeuter udtryk for, at mange borgere blev visiteret for sent til træning, hvilket bevirkede, at borgerne næsten ikke var trænbare. Den sene henvisning til træning tilskrives vanskeligheder i kommunikationen mellem kommunens plejepersonale og terapeuterne, hvilket kan skyldes stor personaleudskiftning:

"Både træningscenteret og visitationen mener, at de får borgerne for sent, de er for dårlige. De kommer ca. to år for sent. Det er et generelt problem. De er næsten ikke trænbare, så sent får de dem. Vi skal have dem, når de er i et begyndende funktionstab. Det bliver sygehusopgaver, når borgerne når at blive så dårlige, som de er" (kommunal terapeut).

7.1.4 Kvalitetsstandarder

I henhold til de lovmæssige krav om udarbejdelse af kvalitetsstandarder (2) har de tre kommuner udarbejdet kvalitetsstandarder for træningsområdet. Til trods for at de er opbygget over samme læst, er de lidt forskellige. I Nykøbing-Rørvig Kommune var der én fælles kvalitetsstandard for hele træningsområdet, mens der i Dragsholm Kommune var én standard for genoptræning og én for vedligeholdelsestræning. I Trundholm Kommune havde man også udarbejdet to kvalitetsstandarder, men her havde man sondret mellem genoptræning/vedligeholdelsestræning på træningscentret henholdsvis aktivering/vedligeholdelsestræning i kommunens dagcentre.

I alle tre kommuner omfatter de udfærdigede kvalitetsstandarder en indledende beskrivelse af ydelsens lovgrundlag, formål, art samt hvilke borgere der er berettigede til ydelsen (målgruppen). I Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuners kvalitetsstandarder er der endvidere foretaget en beskrivelse af "hvad ydelsen ikke omfatter" – der er således foretaget en eksplicit afgrænsning af såvel behandling og genoptræning på sygehus henholdsvis hos privatpraktiserende fysioterapeuter.

Ydelsernes indhold er forholdsvis detaljeret beskrevet i alle tre kommuner. Eksempelvis fremgår det både i Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuners kvalitetsstandarder for genoptræning og vedligeholdelsestræning.

holdelsestræning, at ydelserne omfatter træning i ADL (herunder træning af færdigheder som at vaskesig, tage tøj på), træning i hjemlige gøremål som madlavning og rengøring samt færden i nærmiljøet. Herudover indgår fysisk træning med forskellige underpunkter samt træning af psykofysisk og kognitive dysfunktioner. Samtidig beskrives det, hvordan træningen foregår (hold/individuel træning), og hvor den finder sted.

I Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner er varighed og hyppighed af træningen desuden beskrevet; vedligeholdelsestræning omfatter således et tilbud om træning 1-2 gange ugentligt i 3-4 måneder, mens genoptræning beskrives som et ofte kortere intensivt forløb af maksimalt 2-3 måneders varighed med 2-3 gange træning pr. uge. I Dragsholm Kommune har man valgt ikke at foretage en klar afgrænsning for omfanget, idet det alene anføres, at det baseres på et individuelt skøn – dog med en angivelse af en standardtid på 15 minutter.

Træningen beskrives endvidere ud fra kompetencekrav, for den der udfører træningen. Der er lidt forskellige krav hertil, idet træningen i Nykøbing-Rørvig Kommune skulle leveres af autoriserede fysio- og ergoterapeuter, hvor den kunne varetages af både terapeuter og sundhedsfagligt plejepersonale i Dragsholm og Trundholm kommuner.

Kvalitetsstandarderne indeholder desuden tidsfrister for ydelsens iværksættelse. I Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner skulle træning ved akut behov (uanset om det drejede sig om vedligeholdelsestræning eller genoptræning) iværksættes inden for senest fem hverdage, mens træningen først skulle iværksættes inden for seks uger, når der ikke var et akut træningsbehov. I Dragsholm Kommune var kravet imidlertid, at genoptræningen skulle være iværksat senest dagen efter visitationen, som i øvrigt skulle være foretaget senest to uger efter henvisningen.

I kvalitetsstandarderne er kommunernes kvalitetsmål for ydelserne endvidere beskrevet. Kvalitetsmålene relaterer sig hovedsageligt til processen vedrørende levering af ydelsen: At de anførte tidsfrister overholdes, at der skal være sammenhæng i forløbet på tværs af sygehus og kommune. Sidstnævnte kvalitetsmål er specificeret i Trundholm Kommunes kvalitetsstandard for genoptræning og vedligeholdelsestræning på følgende vis:

“At der ved udskrivelse fra sygehus sikres et vedligeholdende træningstilbud ved behov med henblik på styrkelse af kontinuiteten og helhed i pleje- og træningsindsatsen mellem det amtslige og kommunale tilbud”.

I det omfang resultatet – eller effekten af den ydede træning – er indeholdt i kvalitetsmålene, er formuleringerne relativt ukonkrete:

“At genoptræningsindsatsen så vidt muligt bringer personen op på det funktionsniveau, som den pågældende person havde inden sygdommen. At træningsindsatsen hindrer eller forhaler yderligere funktionstab” (Nykøbing-Rørvig Kommune). “At ydelserne bliver leveret med den beskrevne kvalitet” (Dragsholm Kommune).

Om brugertilfredshed står der i Dragsholm Kommunes kvalitetsstandard, at 90 % af brugerne skal være tilfredse med leverancerne.

Om betydningen af kvalitetsstandarderne vurderer flere af de interviewede kommunale repræsentanter, at de har medført en større politisk bevågenhed overfor træningsområdet, fordi kvalitetsstandarder skal behandles politisk (Trundholm Kommune). Om kvalitetsstandardernes betydning i det daglige arbejde har nogle den opfattelse, at de har begrænset betydning, mens andre peger på, at de har betydet, at træningen er blevet mere målrettet. I Trundholm Kommune, hvor træningen er udliciteret, er kvalitetsstandarderne desuden vigtige i relation til at holde de eksterne leverandører (OK-Fonden) op på den ydelse, der skal leveres.

7.1.5 Dokumentation og registrering af træningsindsatsen

Opfølgning og dokumentation af området skal ifølge kvalitetsstandarderne i de tre kommuner ske gennem VITAE-systemet, som er et kommunalt omsorgssystem, der bruges af såvel pleje- som træningspersonale⁷⁸. Systemet har flere funktioner, som bl.a. omfatter et ydelseskatalog samt en form for journalnotater, hvor målsætning for træning og handlingsevaluering kan indskrives. Herudover anvendes omsorgssystemet til dokumentation af træningsaktiviteten, eksempelvis gennem brug af funktionstest ved start og afslutning af et træningsforløb – i Nykøbing-Rørvig Kommune ved brug af testen "time op and go". I Dragsholm Kommune noterer terapeuterne imidlertid testresultater (senior fitness testen), ændringer m.v. i egne papirer.

VITAE giver også mulighed for at benytte et statistikmodul, men dette bruges ikke i særlig stor udstrækning af terapeuterne i kommunerne. Dog fremgår det af kvalitetsstandarderne i Trundholm Kommune, at leverandøren af genoptræning og vedligeholdelsestræning (herunder OK-Fonden) skal udføre: *"En kvartalsvis opgørelse over én af de forgangne måneders antal henvisninger samt antal dage fra henvisningsmodtagelse til første terapeutiske kontakt til borgeren"*. I Nykøbing-Rørvig Kommune har der også været krav om, at der blev udarbejdet en årsrapport for træningsområdet, men dette er ikke effektueret i de sidste par år før strukturreformen.

7.1.6 Udviklingen af det kommunale træningsområde

Det er en gennemgående vurdering i de tre kommuner, at der er sket en faglig oprustning af hele træningsområdet inden for de senere år. Udviklingen synes at være forårsaget af flere forhold, som har været fælles for kommunerne. For det første har kravet om kvalitetsstandarder generelt bevirket, at der er kommet et øget fokus på området, og at træningen er blevet mere målrettet.

For det andet har adskillelsen af bestiller og udfører på træningsområdet bevirket, at der blev ændret på deltagelse i holdtræning i Nykøbing-Rørvig Kommune. Inden implementeringen af BUM og kvalitetsstandarder kunne nogle vedligeholdelsestræningshold fortsætte i det uendelige ("evighedshold"). Det blev der nu strammet op på, så borgerne som udgangspunkt maksimalt kunne være på et hold i tre måneder. Det betød, at der mere systematisk blev foretaget en revurdering efter tre måneder med henblik på at afgøre, hvorvidt borgerne skulle fortsætte med træning. Dette gav en større udskiftning på holdene. Det var ydermere en lettelse for den enkelte terapeut, at det var en udefrakommende visitator, der tog beslutningen og gav besked til den enkelte borger om at måtte stoppe på holdet. Borgere, som blev "sat af holdene", kunne i øvrigt altid på et senere tidspunkt komme på et hold igen.

En ulempe ved implementeringen af BUM var imidlertid, at det så blev visitator og ikke den trænende terapeut, der havde kontakten med sygehuset fx ved udskrivningsmøderne. Herved gik terapeuten glip af den direkte kontakt med det sygehuspersonale, der havde haft kontakten og forestået træningen af patienten, hvilket resulterede i, at en række gode informationer om patienten ikke i samme grad blev overdraget til den kommunale terapeut.

En tredje ting, som karakteriserer udviklingen, har været, at terapeuterne er blevet udskilt fra ældreplejen, idet træningsfunktionen er blevet adskilt fra dagcenterfunktionen, hvorved terapeuterne og deres medhjælpere/assistenter er blevet en selvstændig gruppe. Tidligere, hvor terapeuterne var ansat på daghjemmene, var træningen en integreret del af daghjemstilbudet. Terapeuterne indgik således i det samlede personale på daghjemmene, og deltog i udflugter og beskæftigende aktiviteter, som mest havde et socialt sigte (Trundholm Kommune). Undervejs i forløbet med træningsområdets selv-

⁷⁸ VITAE er et IT-system målrettet kommunal ældrepleje/plejehjem samt private leverandører. Tanken er, at det skal lette udvekslingen af informationer på tværs af forskellige moduler. Det omfatter bl.a. et administrations- og planlægningssystem, samt forskellige moduler til brug for inddatering af borgerens stamoplysninger, oplysninger om hjælpemidler og boligforhold. Herudover er der mulighed for at koble visiterede ydelser med udførende personale på. Endelig indgår der et statistikmodul (3).

stændiggørelse har der fundet en opnormering sted, som en af de ledende terapeuter tilskriver lobbyisme målrettet politikere og socialforvaltning (ledende kommunal terapeut).

Samtidig har omlægningen og samlingen af træningsområdet på centrene medført, at træningen i videre omfang kunne foregå, hvor faciliteterne var indrettet hertil. I Trundholm Kommune betød det, at terapeuterne ikke længere skulle bruge så meget tid på transport, idet det i større udstrækning var borgerne, der skulle transporteres til træningscentret. En kommunal terapeut mener dog, at der altid bør foretages en afvejning af, hvor meget af træningen der skal foregå centralt, og hvor meget der skal foregå decentralt. Efter vedkommendes opfattelse kan det godt være overdrevet at trække så mange patienter ud af deres hjem for at blive trænet, da nogle patienter er mere trygge ved at blive trænet i eget hjem.

Det er oplevelsen i Nykøbing-Rørvig Kommune, at implementeringen af kvalitetsstandarder, udskillelse af træningsområdet fra den generelle ældreomsorg samt adskillelse af visitationsfunktionen fra udførerfunktionen samlet set har betydet, at træningen er blevet mere målrettet samtidig med, at de kommunale terapeuter har fået en øget bevidsthed om deres faglige identitet. De kommunale terapeuter har også erfaret, at andre i den kommunale verden har fået øjnene op for, hvad terapeuterne kan bruges til. Der er i det hele taget kommet et større fokus på både forebyggelse, genoptræning og vedligeholdelsestræning. En kommunal nøgleperson i Nykøbing-Rørvig Kommune mener, at der i virkeligheden er tale om et paradigmeskift: Hvor terapeuternes genoptræningsfunktion tidligere var meget tæt koblet til den sociale funktion i dagcentre, er der i dag tale om mere målrettet træning.

En anden udvikling på træningsområdet, som nævnes i Nykøbing-Rørvig Kommune, er, at social- og sundhedsassistenterne er begyndt at foretage hjemmetræning i tilknytning til genoptræning eller vedligeholdelsestræning; der kan være borgere, der efterfølgende har behov for målrettet træning i forbindelse med eksempelvis indkøb. Dette tiltag er sket efter inspiration fra andre kommuner, hvor man har forsøgt at få plejepersonalet til at inddrage borgeren mere i de daglige aktiviteter. Hensigten er, at den praktiske hjælp, borgeren får, skal indgå i en målrettet træning, som kan gøre borgeren bedre i stand til selv at udføre de daglige aktiviteter på sigt. Plejepersonalet skal således i videre udstrækning give hjælpen som en form for hjælp til selvhjælp i stedet for at fungere som et serviceorgan over for borgeren. Det har betydet, at der ved visitation til praktisk hjælp i Nykøbing-Rørvig Kommune har været indregnet tid til, at borgeren selv deltager aktivt.

7.2 Træningsområdet i Vestsjællands Amt

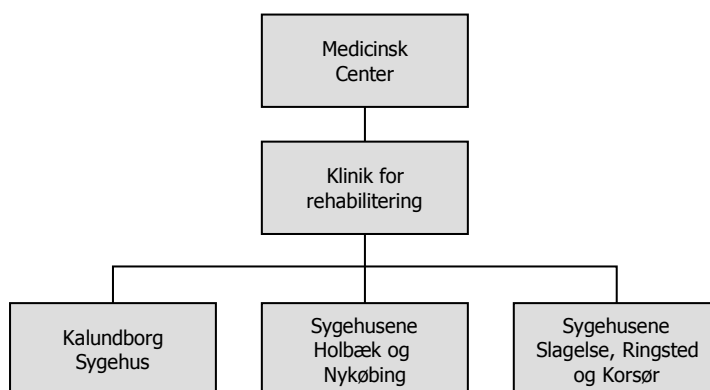
I dette afsnit beskrives organiseringen af træningsområdet i Vestsjællands Amt, samt de arbejdsopgaver de sygehusansatte terapeuter udfører, herunder brugen af forløbsbeskrivelser og dokumentation. Endelig følger en overordnet beskrivelse af udviklingen på genoptræningsområdet igennem de seneste 10-15 år.

7.2.1 *Organiseringen af de sygehusansatte terapeuter*

Sygehus Vestsjælland bestod i efteråret 2006 af fem centre, der tilsammen drev sygehusvirksomhed otte steder i amtet. Træningsområdet i Vestsjællands Amt var samlet i en selvstændig klinik: "Klinik for Rehabilitering", der organisatorisk hørte under Medicinsk Center. Klinikken havde tre afdelinger med terapier på seks sygehuse (se omstående figur 7.1):

- ◆ Kalundborg der dækkede Kalundborg Sygehus
- ◆ Holbæk der dækkede Holbæk Sygehus og Nykøbing Sjælland Sygehus
- ◆ Slagelse der dækkede Slagelse Sygehus, Ringsted Sygehus og Korsør Sygehus.

Figur 7.1 Organiseringen af træningsområdet i Vestsjællands Amt frem til strukturreformen.



Klinik for Rehabilitering blev ledet af to fysioterapeuter. Afdelingen i Kalundborg blev ledet af en ledende ergoterapeut, mens afdelingen i Holbæk blev ledet af en overfysioterapeut og en ledende ergoterapeut i fællesskab, og afdelingen i Slagelse blev ledet af to overfysioterapeuter og en ledende ergoterapeut. Klinik for rehabilitering havde et selvstændigt budget. Budgettet var decentraliseret til de tre afdelinger.

Uanset at sygehusvæsenet i Vestsjællands Amt var organiseret, så de forskellige geografier varetog hver deres opgaver, var filosofien i Vestsjællands Amt, at træningen så vidt muligt skulle foregå lokalt. Det betød, at uanset hvilke behandlinger der i øvrigt blev foretaget på det lokale sygehus, skulle terapeuterne kunne varetage alle træningsopgaver. En amtslig nøgleperson oplyser i den forbindelse, at det kun var meget specialiserede træningsopgaver, der var placeret i specialafdelinger.

Genoptræning under indlæggelse af borgere fra Nykøbing-Rørvig, Trundholm og Dragsholm kommuner foregik væsentligst på Medicinsk afdeling på Nykøbing Sygehus (ca. 85 % af sengekapaciteten blev benyttet af de tre kommuners borgere). Afdelingen havde 30 sengepladser fordelt på 13 senge til apopleksipatienter, seks senge til patienter med rygproblemer, fire senge til geriatriske patienter og syv senge til patienter med almen medicinske sygdomme. Den ambulante genoptræning af borgere fra de tre kommuner foregik hovedsageligt på Nykøbing Sygehus og Holbæk Sygehus og omfattede ca. 600 patienter med i alt ca. 4.000 besøg (4).

7.2.2 Patientforløb og kliniske retningslinjer

I Vestsjællands Amt har man tidligere haft helt lokale patientforløbsbeskrivelser, idet hvert sygehus i varierende omfang havde sine egne fastlagte standarder. For nogle diagnoser var udviklingen med beskrivelse af typiske patientforløb, der også omfattede genoptræning, længere fremme end andre, fx var dette tilfældet med apopleksi og rygsygdomme. Efter dannelsen af Klinik for Rehabilitering begyndte man at udarbejde forløbsbeskrivelser inkluderende genoptræning, som skulle være fælles for hele Vestsjællands Amt. I øvrigt arbejdes der med, at alle retningslinjer for alle specialer bliver udarbejdet i elektronisk form.

I det omfang der findes retningslinjer for træningen af den pågældende patient, følges disse, terapeuterne har dog et vist råderum til at afvige fra retningslinjerne. Samtidig skal der for hver patient foretages en konkret vurdering af, hvor mange gange og hvor længe der skal trænes. For patienter, hvor der ikke foreligger retningslinjer, drøftes det tværfagligt, hvad patienten skal tilbydes, men det er lægerne, der foretager den egentlige ordination af genoptræning til såvel indlagte som ambulante patienter.

Allerede ved indlæggelsen af de enkelte patienter tænker terapeuterne på udskrivelsen. De føler sig ofte pressede til at acceptere udskrivning af patienterne, før de fagligt finder, at disse er klar til udskrivning. Som følge heraf er man i stigende grad nødt til at indkalde patienterne til ambulante genoptræning. Vurderingen af, hvornår patienten kan udskrives, afhænger i vidt omfang af patientens funktionsniveau før indlæggelsen. I det omfang terapeuterne mener, at patienterne ikke er færdigtrænede ved udskrivelsen, prøver de at finde nogle tilbud i kommunerne, som patienterne kan sendes hjem til. Det er imidlertid også erfaringen, at nogle patienter er indlagt længere tid end nødvendigt, fordi kommunen ikke er klar til at modtage patienterne til trods for, at de er færdigbehandlede.

7.2.3 Dokumentation

Hospitalsterapeuterne i Vestsjællands Amt dokumenterede deres aktivitet tre forskellige steder. Den skriftlige dokumentation blev dels foretaget på terapeuternes egne behandlingskort og dels i patientjournalen. En af de ledende hospitalsterapeuter påpeger, at hospitalsterapeuters arbejde i vid udstrækning er baseret på test og evidens, hvilket efter hendes opfattelse nok er det, der kendetegner sygehusene, og dermed adskiller hospitalsterapeuters arbejde fra privatpraktiserende fysioterapeuters og de kommunale terapeuters arbejde:

“Vi arbejder utrolig meget med test herinde, for at se om patienten reelt får en effekt af vores behandlinger. Det er nok det, der kendetegner sygehusene, vi har mere fokus på kvalitet og faglig udvikling, fordi vi sidder sammen med læger og sygeplejersker, og det vil sige, at alt det med forskning og evidens, det ligger på sygehusene. Det ligger ikke i praksis eller i kommunerne. Det kan være, det kommer til det, men det gør det ikke nu” (ledende hospitalsterapeut).

Herudover blev der foretaget en elektronisk ydelsesregistrering i det patientadministrative edb-system ved brug af SKS-koder.⁷⁹ Den elektroniske registrering og indberetning af de terapeutiske ydelser til Landspatientregisteret (LPR), som i øvrigt har været et landsdækkende krav til sygehusene siden 2004, muliggjorde forskellige statistiske opgørelser af træningsaktiviteten på de enkelte sygehuse samtidig med, at der kunne foretages sammenligninger på tværs af sygehusene. Amtets sundhedsforvaltning anvendte disse statistiske udtræk til overordnede planlægningsformål (amtslig nøgleperson), mens de ledende hospitalsterapeuter brugte udtrækkene til at følge afdelingens aktivitet (ledende hospitalsterapeut). Denne mulighed for at kunne dokumentere og følge aktiviteten, som indførelsen af den elektroniske indberetning havde medført, blev betragtet som et fremskridt i forhold til tidligere, hvor planlægningen alene var baseret på skøn.

Validiteten af SKS-registreringerne var dog ikke særlig høj, idet registreringspraksis varierede fra sygehus til sygehus og fra afdeling til afdeling. Således forekom der både variation i typen og antallet af koder, der blev ydelsesregistreret for givne patientkategorier. Ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter har nogle terapeuter haft den opfattelse, at jo flere koder man registrerede, jo flere penge fik man i afdelingen. Registreringerne har derfor været mest velegnede til sammenligning af ydelser i samme afdeling/sygehus over tid, hvorimod registreringerne kunne være problematiske at anvende til sammenligninger mellem sygehuse og på tværs af afdelinger.

For at komme forskellen i registreringspraksis “til livs”, fik man nedsat en regional registreringsgruppe for at få så ensartet registreringspraksis som muligt både internt i Vestsjællands Amt og på tværs af amterne.

⁷⁹ SKS (Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem) er en samling af både internationale, nordiske og danske klassifikationer, der løbende udvikles og vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen.

7.2.4 Udvikling af genoptræningsområdet i Vestsjællands Amt

I Vestsjællands Amt har der i de senere år været en del organisatoriske ændringer af sygehusstrukturen, som har fået betydning for genoptræningsområdet og for den faglige udvikling blandt terapeuterne.

7.2.5 Organisatorisk udvikling

Træningsområdet i Vestsjællands Amt har i årene op til strukturreformen været genstand for flere organisatoriske ændringer. Oprindeligt var træningsområdet organiseret som fysiurgiske afdelinger på de enkelte sygehuse, som var underlagt de enkelte sygehusledelser. Senere blev sygehusvæsenet i Vestsjællands Amt omdannet til centre, hvor træningsområdet blev organiseret i tre selvstændige enheder under hver af de medicinske funktionsbærende enheder. Fra 1.1.2006 skete der på ny en organisationsændring, idet genoptræningsområdet blev samlet i Klinik for Rehabilitering, der hørte under Medicinsk Center.

Flere af de ledende hospitalsterapeuter nævner, at de mange strukturelle ændringer i amtet har været en belastning for personalet. De mange omlægninger har desuden betydet, at afdelingerne hver gang har brugt rigtig mange ressourcer på at tilpasse sig de seneste organisatoriske ændringer:

"Det har krævet mange ressourcer for os at finde ud af, hvad gør vi nu, hvordan beskriver vi vores hverdag i forhold til de andres og forfra med at beskrive visioner mm." (amtslig nøgleperson).

"Vi har både skullet lave den interne reorganisering, samtidig med at vi skulle lave en selvstændig klinik. Men derudover skulle vi sende 37 % af vores medarbejdere ud i kommunerne. [...] Det er hårdt for personalet, og de er triste" (ledende hospitalsterapeut).

Flere terapeuter og ledere er ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter "gået ned" på grund af stress. For at sikre trivslen i den nye klinik og modvirke negative konsekvenser af de mange forandringer har klinikledelsen derfor set sig nødsaget til at udarbejde en stress-politik.

De seneste års ændringer i Vestsjællands Amt, hvor træningsområdet organisatorisk er blevet udskilt fra de øvrige kliniske funktioner, har efter nogens opfattelse haft en negativ betydning for træningsområdets placering i det samlede patientforløb. En amtslig nøgleperson giver således udtryk for, at ellers var kommet større fokus på genoptræningsdelen i den periode, hvor overfysioterapeuten indgik i funktionsledelsen i de medicinske afdelinger, i sammenligning med dengang da træningsområdet var organiseret som fysiurgiske afdelinger under sygehusledelserne. Ved den pågældende organisatoriske ændring gik træningsområdet fra at være en servicefunktion til at være en del af det daglige kliniske arbejde. Efter den seneste organisationsændring, hvor træningsområdet igen er blevet udskilt i en særskilt afdeling – denne gang som Klinik for Rehabilitering – kan træningsområdet ifølge den amtslige nøgleperson igen meget hurtigt blive betragtet som en servicefunktion: *"Og dér hører genoptræning ikke hjemme, den er en del af det daglige kliniske arbejde"* (amtslig nøgleperson).

Når træningsområdet betragtes som en servicefunktion, er det den amtslige nøglepersons vurdering, at området i højere grad er udsat for besparelser og udlicitering, end hvis det betragtes som en del af det daglige kliniske arbejde:

"Vi ved alle sammen, at der er pres på budgetterne [...], og man sparer ikke på det daglige kliniske arbejde. [...] Der er det nemmere at spare på serviceafdelingerne, og det er rengøring, portør og set med mine øjne genoptræningsafdelingen. [...] Jeg synes også – og der kan man jo vælge at synes, det er en fordel eller en ulempe, men i mine øjne er der den risiko, at når man er en serviceafdeling kan man også udliciteres, og det vil sige, at man kan havne i en

situation, hvor man igen ikke er en del af arbejdet, men noget man kan til- og frakøbe" (amtslig nøgleperson).

Det er derfor vigtigt ifølge den amtslige nøgleperson, at genoptræning indskrives som en naturlig del af patientforløbsbeskrivelserne, lige fra patienterne bliver indlagt, til de udskrives.

7.2.6 Faglig udvikling af det terapeutiske arbejdsområde

Helt generelt er der inden for de seneste 10-15 år sket en ændring i sammensætningen af patienter, der trænes af hospitalsterapeuter. Ændringerne kan tilskrives ændrede behandlingsmuligheder, fx bliver der trænet flere patienter med apopleksi, fordi flere patienter overlever denne sygdom. Ligeledes bliver der trænet flere ældre patienter, fordi befolkningen generelt lever længere. Til gengæld betyder fremkomsten af nye medicinske behandlingsmuligheder for patienter med leddegigt, at indsatsen over for denne gruppe er reduceret (ledende hospitalsterapeut). Herudover er behandlingsindsatsen for mange patientgrupper ændret, idet der er fremkommet nye former for tilbud til patientgrupper, man ikke tidligere havde noget træningstilbud til, eksempelvis i form af "KOL-skoler"⁸⁰ og hjerterehabilitering.

Udviklingen i retning af kortere indlæggelser har betydet, at en stor del af genoptræningen nødvendigvis må foregå ambulant. Og det er ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter denne træning, der overgår til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen, med mindre den altså er så specialiseret, at den fortsat skal foregå på sygehus.

Hospitalsterapeuterne, der tidligere var generalister, er i højere grad blevet specialister. Nogle terapeuter tager således specialeuddannelser inden for fx reumatologi, neurologi, kardiologi og skulderfysioterapi. Inden for lungefysioterapien, der tidligere ikke var et særligt prestigefyldt område for terapeuter, er der nu uddannet specialister i KOL-rehabilitering. Den faglige udvikling har desuden indebåret et større ønske om at arbejde evidensbaseret, dvs. at der skal være dokumentation for, at træningen, der tilbydes, har effekt. Terapifaget har traditionelt været et "blødt fag", men der er kommet øget fokus på behovet for forskning. Det er således ikke tilstrækkeligt blot at kunne dokumentere, at træning har effekt, men typen af genoptræning, og hvilken "dosis" der er mest effektiv for de enkelte patientgrupper, skal også fremgå – samtidig med at der i forløbsbeskrivelserne af genoptræningsindsatsen også angives referencer for den pågældende evidens på området.

Herudover påpeger to af de ledende hospitalsterapeuter, at hospitalsterapeuter i højere grad også er begyndt at indgå i et tværfagligt samarbejde med læger og sygeplejersker; eksempelvis i den tidlige træningsfase umiddelbart efter visse operationer, hvor speciallæger og terapeuter er nødt til at arbejde tæt sammen. En anden ledende hospitalsterapeut fortæller, at i og med patienterne i stigende grad skal være aktive og involveres så meget som muligt i træningen, er træningen næsten blevet så intensiv, at den foregår 24 timer i døgnet. Tværfagligheden er også af den grund vigtig, hvilket læger og sygeplejersker også har fået øjnene op for. I den forbindelse gør hun opmærksom på, at det er vigtigt, at der i denne tværfaglighed også er respekt for det monofaglige, således at terapeuter ikke blot kommer til at indgå i plejepersonalets normeringer:

"Vi kan som fysioterapeuter og ergoterapeuter opleve, at vi pludselig bliver draget ind i plejen og omsorgen på en måde, hvor man har en følelse af, at man erstatter. Man vil lige pludselig have os ind, fordi patienterne jo skal på toilettet, skal jo have tøj på – og vi har ikke hænder nok i sygeplejen, så vi kan ikke!" (ledende hospitalsterapeut).

⁸⁰ Omfatter undervisning i sygdomshåndtering og genoptræning for patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse.

Hospitalsterapeuterne peger derudover på, at udviklingen er gået i retning af effektivisering, harmonisering og standardisering af genoptræningsforløbene.

Endelig peger en af de ledende hospitalsterapeuter på, at den megen dokumentation, herunder kravet om udarbejdelse af genoptræningsplaner, har betydet, at det administrative arbejde tager meget tid fra patienterne: *"Hvor man før regnede med at kunne træne 12 ortopædiske patienter på en dag, så er vi nu nede på 7-8 stykker"* (ledende hospitalsterapeut).

7.3 Samarbejde mellem Vestsjællands Amt og kommunerne i amtet

Dette afsnit beskriver den mere formelle del af den samarbejdsaftale, der blev indgået mellem Vestsjællands Amt og kommunerne med henblik på at koordinere genoptræningsindsatsen i gråzonen mellem genoptræning under indlæggelse og den efterfølgende træning. Herefter følger en beskrivelse af de problematikker, der har været i relation til udarbejdelsen og brugen af genoptræningsplaner samt samarbejdet om de enkelte patienter. Endelig slutes der med en beskrivelse af de af terapeuterne erfarede gråzoner.

7.3.1 Samarbejdsaftalen

Fra 1. januar 2005 indgik Vestsjællands Amt og kommunerne i amtet en aftale, som havde til formål at sikre en overordnet koordination af amtets og kommunernes genoptræningsindsats. Det overordnede mål var, at borgerne fik den nødvendige træning i et smidigt samarbejde mellem amt og kommuner, hvor hensynet til borgeren vejede stærkest, og hvor borgeren oplevede sammenhæng i træningsforløbet (5).

Aftalen tog udgangspunkt i de eksisterende regler vedrørende opgavefordelingen mellem amter og kommuner; dvs. at amtet var ansvarlig for genoptræning under og i forbindelse med sygehusindlæggelse, og at kommunerne var ansvarlige for vedligeholdelsestræning og genoptræning uden forudgående sygehusindlæggelse. Imidlertid åbnede samarbejdsaftalen op for, at en kommune kunne forestå amtslige genoptræningsopgaver, og omvendt at amtet kunne varetage kommunale genoptræningsopgaver. I begge tilfælde dog mod en nærmere fastlagt afregning.

Ved sygehusudskrivelse og i forbindelse med udarbejdelsen af en genoptræningsplan, skulle der foretages en konkret vurdering af, hvor den ambulante genoptræning mest hensigtsmæssigt kunne ske, herunder eventuelt behov for nærhed til træningsstedet. Det kunne i den forbindelse skønnes mest hensigtsmæssigt, at den videre genoptræning fortsatte i kommunalt regi. Såfremt kommunen gav tilsagn om at varetage denne genoptræning, skulle der udfyldes en rekvisition (Rekvisition A), som så skulle sendes til kommunen. I samarbejdsaftalen var der endvidere indgået aftale om, at kommunerne ved afslutningen af genoptræningen skulle sende en afsluttende status til sygehuset sammen med et regningsbilag. Timetaksten for genoptræningen udgjorde 380 kr. (2005 niveau).

Tilsvarende kunne man i en kommune vurdere, at et træningsbehov som følge af aldersbetinget funktionstab eller et genoptræningsbehov uden forudgående sygehusindlæggelse bedst kunne varetages i sygehusregi. Kommunen skulle da kontakte den relevante fysio- og ergoterapiafdeling på sygehuset. Såfremt denne accepterede at modtage patienten, skulle kommunen ligeledes fremsende en rekvisition (Rekvisition B). Efter afsluttet genoptræning skulle sygehuset fremsende en status samt et regningsbilag til kommunen. Sygehusenes timetakst var ligeledes på 380 kr. (2005 niveau).

Samarbejdsaftalen blev udarbejdet som led i et fælles projekt for Vestsjællands Amt og kommunerne i amtet. Det havde en varighed på to år (2005-2006), hvor der på basis af en midtvejs- og slutevaluering blev udarbejdet to rapporter (4;6).

Erfaringer med samarbejdsaftalen

Antallet af patienter, der blev henvist til genoptræning i kommunerne, steg i den periode, hvor projektet forløb. Fra kun at omfatte 39 patienter i forsøgets første halvår i 2005 var antallet af patienter steget til godt 400 i anden halvdel af 2006, svarende til ca. 800 på årsbasis. Der er jf. tabel 7.2 blevet brugt mere end 4.000 timer og næsten to mio. kroner i 2. halvår af 2006 på samarbejdsaftalen. Ca. 80 % af omkostningerne er gået til dækning af terapeuternes tidsforbrug og ca. 2 % til deres transport, mens den sidste andel er gået til patienternes transport.

Tabel 7.2 Antal patientforløb, antal træningstimer og udgifter ved genoptræning i kommunerne jf. samarbejdsaftalen med Vestsjællands Amt fordelt på halvår.

Halvår	Antal patientforløb		Antal træningstimer	Udgifter (kr.)
	Fysioterapi	Ergoterapi		
1. halvår 2005	31	8	317	130.859
2. halvår 2006	381	23	4.011	1.893.839

Kilde: Evalueringsrapporter af koordinerede og sammenhængende træningsforløb i Vestsjællands Amt (4;6).

Til sammenligning var der i alt 8.511 ambulante træningsforløb i 2005 på sygehusene i Vestsjællands Amt, og der blev udarbejdet 2.344 genoptræningsplaner.⁸¹ I 2006 udgjorde antallet af rekvisitioner til kommunal genoptræning jf. samarbejdsaftalen ca. 30 % af de patienter, der fik udleveret en genoptræningsplan og 10 % af samtlige ambulante genoptræningsforløb.

Hvilke sygdomsgrupper, der jf. samarbejdsaftalen er blevet overdraget til kommunerne, er aftalt mellem den enkelte kommune og amtet. Det har bl.a. været afhængig af de kommunale terapeuters kompetencer. De patienter, der er blevet henvist til kommunerne i henhold til samarbejdsaftalen, har hovedsageligt været patienter med hoftebrud og/eller hoftealloplastik samt apopleksipatienter (4). Derudover har det især været ældre patienter, der har haft gavn af et træningstilbud tættere på deres bopæl; patienter som ellers ikke ville have modtaget genoptræning, fordi de ikke kunne overkomme den lange vente- og transporttid i forbindelse med ambulante træning på et sygehus.

Hospitalsterapeuterne var i starten tilbageholdende med at henvise patienter til kommunerne, men i løbet af projektperioden blev de mere bevidste om, at det var en nødvendig proces. Strukturreformen er desuden tilkommet undervejs i projektforløbet.

Fra kommunal side har en barriere for overtagelse af patienterne været manglende kapacitet. Som udgangspunkt har kommunernes træningskapacitet været fuldt udnyttet til kommunens øvrige træningsopgaver, og kommunerne har derfor ikke haft det fornødne beredskab til at overtage træningen. At overtage en patient fra sygehuset forudsatte derfor enten, at patienten blev trænet i en ledig tid, at arbejdstilrettelæggelsen effektiviseredes, eller at denne træning foregik på bekostning af andre træningsopgaver. Nogle kommuner fik øget kapaciteten ved, at deltidsmedarbejdere i en periode gik op i tid. En sådan løsning forudsatte dog, at amtets betaling til kommunen blev tilført træningsområdet, så den øgede lønudgift kunne finansieres. Flere kommuner meddelte imidlertid terapeuterne, at betalingen fra amtet ikke skulle tilføres træningsområdet. I stedet skulle de nye genoptræningsopgaver foregå inden for den eksisterende terapeutnormering. I nogle tilfælde er terapeuterne endda blevet bedt om direkte at opprioritere de amtslige genoptræningsopgaver på bekostning af de kommunale træningsopgaver, fordi de indbragte en indtægt til kommunen (6). En anden kommunal barriere har været manglende træningsfaciliteter og mangel på nødvendige træningsredskaber.

⁸¹ Udleveret materiale.

Med hensyn til den faglige kompetence, har kommunernes forudsætninger været forskellige. Hospitalsterapeuterne har derfor via telefonisk kontakt sikret sig, at de kommunale terapeuter reelt følte sig i stand til at magte den specifikke genoptræningsopgave. En konsekvens af undertiden manglende kommunale ressourcer, faciliteter eller kompetencer har derfor været, at de kommunale terapeuter har frasagt sig overtagelsen af givne patienter (omfanget er ikke opgjort).

Generelt har terapeuternes erfaringer med projektet imidlertid været positive. Det er således vurderingen, at projektet har ført til øget forståelse mellem hospitalsterapeuter og de kommunale terapeuter samtidig med, at det har øget indsigten i hinandens arbejdsmetoder⁸². Dermed er man kommet ud over fordomme som traditionelt har floreret i skellet mellem terapeuterne på sygehusene og i kommunerne. Samtidig har projektet fungeret som en generalprøve på strukturreformens ændringer på genoptræningsområdet. Kommunerne har endvidere haft mulighed for at sætte sig ind i, hvilke genoptræningsopgaver de ville komme til at overtage, samt hvilke kvalifikationer og hvilke faciliteter dette krævede.

Samarbejdsaftalen har i nogle tilfælde givet et serviceløft, idet visse patienter, som sygehusene tidligere ville have udskrevet uden yderligere genoptræning, nu kunne få en Rekvisition A. Visitor har også kunnet kontakte sygehuset med henblik på udfærdigelsen af en Rekvisition A i de tilfælde, hvor kommunens hjemmepleje mente, at patienterne var udskrevet uden tilstrækkelig genoptræning, eller hvor borgeren selv mente, at vedkommende havde behov for genoptræning.

7.3.2 Genoptræningsplaner

Som beskrevet i kapitel 3 skulle sygehusene udarbejde genoptræningsplaner til patienter med et lægefagligt behov for genoptræning ved udskrivelse fra sygehus.

I Vestsjællands Amt fik man udarbejdet en standardformular for genoptræningsplaner. Men da genoptræning i forbindelse med sygehusindlæggelse var et sygehusansvar, kunne genoptræningsplanen som udgangspunkt alene omfatte egentræning eller ordination til træning i sygehusregi. Kommunerne modtog derfor en del genoptræningsplaner, som blot var til orientering. I de tilfælde, hvor kommunen skulle forestå genoptræningen på sygehusets regning jf. samarbejdsaftalen, var genoptræningsplanerne imidlertid et vigtigt værktøj for de kommunale terapeuter.

I samarbejdsaftalen mellem Vestsjællands Amt og kommunerne i amtet er det præciseret, at genoptræningsplanerne bl.a. skulle omfatte en beskrivelse af patientens funktionsniveau ved indlæggelse og ved udskrivelse, det forventede resultat af genoptræningen samt tidsperspektivet. Genoptræningsplanen skulle udleveres til patienten senest ved udskrivningen. Herudover skulle den efter samtykke fra patienten sendes til patientens praktiserende læge og til patientens hjemkommune i de tilfælde, hvor kommunen forventedes inddraget (6).

Det var den generelle opfattelse i kommunerne, at genoptræningsplanerne indeholdt for få oplysninger og dermed ikke var så anvendelige. Der manglede undertiden oplysninger om diagnose, behandlingsforløb på sygehuset, status ved udskrivelse og forventninger til det fremtidige forløb. En mulig årsag til planernes mangelfulde indhold var ifølge en kommunal terapeut, at planerne var skrevet til patienterne og ikke til terapeuterne.

Hospitalsterapeuterne erkendte, at genoptræningsplanerne ikke fungerede optimalt. I starten blev der kun udskrevet ganske få planer, men antallet steg senere. Den amtslige nøgleperson havde dog opfattelsen af, at der på interviewtidspunktet fortsat blev udskrevet for få genoptræningsplaner. En af de

⁸² Der har i kraft af projektet været mulighed for, at de kommunale terapeuter kunne komme ind på sygehuset og overvære en given patients træning (med betaling fra projektmidlerne) samtidig med, at hospitalsterapeuterne i videre udstrækning end vanligt har kunnet foretage hjemmebesøg sammen med den kommunale terapeut, som skulle overtage genoptræningen jf. samarbejdsaftalen.

ledende hospitalsterapeuter oplyste, at det var lægernes ansvar at udarbejde genoptræningsplaner, men da der generelt blev udarbejdet for få planer, blev det i praksis hospitalsterapeuterne, der udfyldte dem. Ofte har planerne ikke været klar, når patienten blev udskrevet, og er først blevet sendt efterfølgende til kommunerne. Med hensyn til indholdet af planerne erkendte flere af de interviewede repræsentanter fra sygehusvæsenet, at de oplysninger, der skulle fremgå af skemaerne, var utilstrækkelige. Hospitalsterapeuterne var tilsyneladende i tvivl om nytten af planerne:

"Problemet har tidligere været, at genoptræningsplanen havde et indhold, som ikke var fyldestgørende, og dermed er det min opfattelse, at terapeuterne på sygehusene syntes, at det var spild af tid at udfylde den. Og terapeuterne i kommunerne syntes, at den ikke havde noget indhold, så de syntes ikke, at den var relevant" (amtslig nøgleperson).

Der er således enighed om – blandt såvel hospitalsterapeuter som kommunale terapeuter – at genoptræningsplanerne ikke fungerede særlig godt som bindeled mellem genoptræning foretaget på sygehus og træning i kommunerne. Hospitalsterapeuterne opfattede desuden udarbejdelsen af genoptræningsplaner som en ekstra opgave, de havde fået pålagt, men ikke havde fået ressourcer til, hvilket betød, at der blev mindre tid til patienterne.

7.3.3 Samarbejdet om patienterne

Det er gensidigt, at hospitalsterapeuter og kommunale terapeuter ikke er helt tilfredse med trænings-samarbejdet, når det vedrører overgangen mellem sektorerne.

Om samarbejdet med kommunerne siger en ledende hospitalsterapeut, at det er problematisk: *"Vi har haft nogle møder med kommunerne, og der får vi altid skældud. Så vi er holdt op med at holde dem"*. En ledende hospitalsterapeut er af den opfattelse, at det dårlige samarbejde grundlæggende skyldes kommunernes manglende viden om, hvor få ressourcer sygehusene har. Det kan således være nødvendigt at aflyse de ambulante patienters genoptræning, fordi de indlagte patienters genoptræning bliver prioriteret højere, hvilket undertiden fører til frustrerede patienter og pårørende, der tilbyder at betale for træningen:

"Jeg må pointere, at engang imellem er det også os, der i ny og næ må sige, at vi er nødt til at aflyse ambulante patienter, fordi vi prioriterer vores indlagte. Har vi sygdom, aflyser vi. [...] Det er ikke ond vilje fra hverken den ene eller den anden. Men vi oplever, at patienterne er frustrerede i ny og næ – pårørende, der også ringer. Pårørende der vil betale, hvis bare vi vil gøre det. Det er noget nyt" (ledende hospitalsterapeut).

Den ledende hospitalsterapeut mener derudover, at kommunerne automatisk vil ønske, at patienterne er endnu bedre, når de udskrives, men det er et grundlæggende spørgsmål, hvor meget træning der skal til: *"Hvornår er nok – nok?"* Altså hvor går grænsen mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning? Kommunernes tilbud om vedligeholdelsestræning har efter en af de ledende hospitalsterapeuters opfattelse heller ikke altid været godt nok og af varierende kvalitet. Hospitalsterapeuterne har ofte måttet udskrive en genoptrænnet patient, uden at der efterfølgende har været den fornødne opfølgning eller det kommunale tilbud om vedligeholdelsestræning. Det udtrykkes således af en ledende hospitalsterapeut:

"Vi er i et område, hvor der har været meget få terapeuter at samarbejde med på den anden side, så det har været meget forskelligt fra kommune til kommune. Der har været et par kommuner, der har været virkelig godt kørende med terapeuter, og hvor det har været en fornøjelse at have det samarbejde, fordi vi har følt, at vi kunne sende patienterne videre, og at der ikke var nogen gråzone og "hul mellem de to stole". Og så har vi kommuner, hvor vi har følt, at her har vi foretaget, hvad der skulle til af genoptræning, nu var det vedligeholdende

træning, og der var bare ikke nogen at spille bold med på den anden side. Det har været frustrerende" (ledende hospitalsterapeut).

Omvendt har de kommunale terapeuter rejst en del kritik af sygehusenes mangelfulde udfyldte genoptræningsplaner (er tidligere beskrevet i afsnittet om genoptræningsplaner). Herudover finder de, at patienterne undertiden sendes hjem fra sygehuset uden at være færdigbehandlet, hvilket betyder, at kommunerne skal bruge øgede ressourcer på disse borgere (beskrives nærmere i afsnittet om gråzoner).

Når det drejer sig om den telefoniske kommunikation, så udtrykkes der tilfredshed med, hvordan det tidligere er foregået mellem hospitalsterapeuterne på det lokale sygehus og de kommunale terapeuter. En af de ledende hospitalsterapeuter udtrykker det således:

"Vi synes, at vi har et glimrende samarbejde med dem, og vi ringer frem og tilbage og det samme med de praktiserende også. Jeg har aldrig hørt om nogen samarbejdsproblemer" (ledende hospitalsterapeut).

Dog finder de kommunale terapeuter, at kommunikationen med hospitalsterapeuterne er blevet tiltagende dårlig i takt med den øgede specialisering på sygehusene. På grund af specialiseringen på sygehusene har man set sig nødsaget til at afskaffe koordinationsmøder og udskrivningssamtaler og har i stedet erstattet dem med en telefonisk kontakt. Idet patienterne nu udskrives fra mange forskellige sygehuse, som ligger geografisk spredt i amtet, har man vurderet, at det ikke længere var muligt at opretholde disse møder. De kommunale terapeuter i Trundholm Kommune savner herudover også den form for orienterende opringninger, som hospitalsterapeuterne på de lokale sygehuse tidligere ofte foretog forud for en patients udskrivelse. Disse henvendelser var de kommunale terapeuter glade for, fordi de derved fik mulighed for at få en række informationer om patientens hidtidige forløb, som det ellers ofte kunne være besværligt og tidskrævende at få skaffet (kommunal terapeut).

7.3.4 Gråzoner

En af årsagerne til strukturreformens omlægning på træningsområdet har været grænsedragningsproblemer, hvor det var uklart, hvor sygehusenes forpligtelse hørte op, og hvor kommunernes begyndte. Samtidig har der været ønske om at forbedre samarbejdet på tværs af de to sektorer.

At der før strukturreformen også eksisterede en gråzone i Vestsjællands Amt mellem genoptræning i sygehusregi og træning i kommunalt regi bekræftes i nærværende undersøgelse af såvel terapeuter som nøglepersoner uanset sektortilhørsforhold.

Flertallet af de kommunale repræsentanter giver således udtryk for, at de har oplevet situationer, hvor patienter er udskrevet, før de er færdigtrænede, uden de fornødne hjælpemidler eller uden at der er rettet henvendelse til de kommunale terapeuter. Kommunen har så måttet "samle patienterne op" og bruge mange ressourcer for ikke at forværre patienternes situation. I sådanne tilfælde har man forsøgt at få patienten ind under samarbejdsaftalen og dermed få sygehuset til at betale, men hvis dette ikke lykkes, er det undertiden endt med, at det er blevet en kommunal opgave, selv om det egentlig var en amtslig opgave. Ofte har det imidlertid resulteret i, at patienterne har måttet genindlægges (Trundholm Kommune). En af de kommunale terapeuter fra Nykøbing-Rørvig Kommune oplyser, at det ved henvendelse til sygehuset om denne problematik er blevet oplyst, at sygehusets udskrivningskriterier er blevet strammet op.

Set fra sygehusets side er opfattelsen derimod, at den behandling, hospitalsterapeuterne giver, generelt er af høj standard, men samtidig erkender en af de ledende hospitalsterapeuter dog, at der er patientkategorier, som ikke har fået tilstrækkelig genoptræning. Det drejer sig fx om hoftepatienter, der er udskrevet uden tilbud om ambulant genoptræning. Samtidig kan det diskuteres, hvornår gen-

optræningen på sygehus er afsluttet for apopleksipatienternes vedkommende. Ifølge den ledende hospitalsterapeut er det imidlertid de sparsomme økonomiske ressourcer, der er årsagen til, at ikke alle patienter reelt får den fornødne genoptræning:

"Jeg synes, vi har givet en behandling af høj standard, men der er patientkategorier, der ikke har fået ret meget genoptræning, dvs. at patienter med et eller andet kirurgisk indgreb selv har skullet komme sig derhjemme. De er ikke kommet ind til individuel træning, men det får de heller ikke med den nye struktur, for det er der ikke ressourcer til. Så den træning, vi har givet, har været kvalificeret. Det eneste jeg synes, det er hoftepatienterne, hvor man kan sige, at patientforløbene har været skåret sådan, at hoftepatienterne er kommet hjem, og reelt har haft brug for noget træning, efter de er blevet udskrevet. Det er det område, jeg ser, der har været problematisk. [...] Der kan være lidt med apopleksipatienten, hvornår er de færdige, og hvornår er de ikke færdige. Men meget af det bunder i, at der generelt på området mangler ressourcer. Forstået på den måde at nogle kommuner ikke har prioriteret det område overhovedet, andre har prioriteret det. Dvs. at nogle har fundet pengene til vedligeholdelsestræning i kommunerne, andre kommuner har overhovedet ikke løftet den opgave. Så det har været en prioritering fra kommunernes side" (ledende hospitalsterapeut).

En anden ledende hospitalsterapeut forklarer, at de kommunale terapeuter tilsyneladende først i forbindelse med overtagelsen af den ambulante genoptræningsopgave har fået indsigt i betydningen af de økonomisk trange vilkår for genoptræning på hospitalerne i forhold til hvilke patienter, det har været muligt at give et genoptræningstilbud. Herudover påpeger hun, at det jo ikke har været ond vilje fra hospitalsterapeuternes side, som har bevirket, at patienterne ikke altid har fået den genoptræning, som var ønskelig, der har ganske enkelt ikke været politisk vilje hertil:

"Jeg siger til hende [en kommende visitator i Odsherred Kommune], at nu får du de patienter hjem, som I skal genoptræne [hvortil den kommende visitator svarer]: Jamen, jeg får jo ikke nogen ressourcer med. Nej, siger jeg, det er også derfor, de ikke har fået nogen genoptræning hos os. Og det er jo det, de har skældt ud over i alle de år, jeg har været med. Så siger jeg: Nu er I jo nærmere det politiske system, og så er det jo jeres opgave at få påvirket det politiske system, sådan så der kan allokeres nogle flere ressourcer til den her opgave. Vi har ikke kunnet det i sygehusvæsenet. Så var det, som om der gik sådan en lille prås op for hende. Det er ikke med ond vilje, vi ikke har gjort det, men der har bare ikke været en politisk vilje til det" (ledende hospitalsterapeut).

En amtslig nøgleperson erkender ligeledes, at træningsindsatsen på sygehusene af økonomiske årsager ikke har været god nok, hvilket har betydet, at kommunerne undertiden har måttet påtages sig træningsopgaver, som retteligen hørte til på sygehuset, for derved at undgå at patienterne "faldt mellem to stole":

"Det har i stigende grad – også på baggrund af kontraktstyringen – også været økonomien, som har styret, hvor meget tilbud man gav dem. Og der må man sige, at økonomien har trængt fagligheden i baggrunden. Og på den måde er der da ingen tvivl om, at borgeren ikke har fået det tilbud, som man fagligt syntes, de skulle have fra sygehusets side. Det har så gjort, at borgeren er kommet hjem, og kommunen har stået med borgere, som de har været nødt til at varetage nogle opgaver på, som de egentlig ikke burde. Det har så denne her sær-aftale, som har forløbet i projektet, rådet lidt bod på" (amtslig nøgleperson).

En anden ledende hospitalsterapeut er af den opfattelse, at amtet i det store hele har løftet sin opgave: "Det er mit indtryk, og jeg har heller ikke hørt nogen klager fra patienterne". Samtidig kan en anden ledende hospitalsterapeut konstatere, at der ikke er grænser for, hvor mange ressourcer, der kan

bruges på genoptræning: *"Du kan putte nok så mange penge i genoptræningsområdet, og de vil altid blive brugt"*.

7.4 Strukturreformen

Dette afsnit beskriver amtets og kommunernes forberedelse af udlægningen af den almindelige ambulante genoptræning til kommunerne per 1. januar 2007.

7.4.1 Forberedelser i Vestsjællands Amt

I starten af januar 2006 fandt der en møderække sted med hver enkelt kommune, som var initieret af amtet. Til brug for møderne var der for hver kommune udarbejdet en materialesamling indeholdende beskrivelsen af lovgrundlaget for de nye kommunale sundhedsopgaver, en beskrivelse af sundhedsområdet i Vestsjællands Amt (7) og en række kommunespecifikke oplysninger (8), som kunne tjene til orientering af omfanget af de opgaver, kommunen skulle overtage fra amtet. I forsøget på at beskrive genoptræningsopgaven, blev den samlede genoptræningsaktivitet i Vestsjællands Amt præsenteret – uden at det i øvrigt kunne præciseres, hvor skillelinjen mellem den kommende regionale og den kommunale genoptræning ville komme til at gå.⁸³ Idet den kommende Odsherred Kommune udgjorde ca. 11 % af det daværende Vestsjællands Amts befolkningsgrundlag, blev denne procentsats anvendt til beskrivelsen af omfanget af den ambulante genoptræningsaktivitet. Den samlede årlige ambulante genoptræningsaktivitet for de tre sammenlægningskommuner udgjorde på basis heraf ca. 220 patienter, som fik ergoterapi (fordelt på ca. 100 diagnoser, hvoraf 80 % lå inden for 20 diagnoser) og 765 patienter, som fik fysioterapi (fordelt på ca. 240 diagnoser, hvoraf 80 % lå inden for 30 diagnoser).⁸⁴ Herudover havde man på basis af data fra 1. halvår af 2005 estimeret, at der årligt var i alt godt 4.100 ambulante genoptræningsbesøg for borgere fra den kommende Odsherred Kommune, hvoraf 67 % af besøgene forekom blandt borgere, som var under 65 år – en gruppe borgere som kommunen ikke tidligere havde varetaget (8;9).

Den amtslige nøgleperson, som deltog i de pågældende møder, oplyste, at interessen for møderne varierede, idet den kommunale organisation i flere tilfælde endnu ikke var på plads, hvilket betød, at der i flere kommuner var usikkerhed om, hvem der i fremtiden ville få ansvaret for genoptræningen. Det var imidlertid gennemgående, at kommunerne ønskede at få oplyst det konkrete antal genoptræningspatienter, som det kunne forventes, at kommunen skulle overtage fra 1. januar 2007. Men ifølge den amtslige nøgleperson var det ikke så enkelt, idet sådanne tal ikke fandtes: *"For sådan er verden ikke skruet sammen, det har den heller ikke været, mens opgaven lå i amtet. [...] Vi ved ikke, om der kommer 30 hjerneblødninger i den ene måned, eller om der kommer 10"*.

I amtet, som den amtslige nøgleperson forklarede det, havde man været nødt til at have en vis kapacitet; men fordi antallet af patienter og dermed aktiviteten varierer fra måned til måned, kan det være, at genoptræningstilbudet er et andet i de måneder, hvor der er mange patienter, sammenlignet med måneder hvor der er færre. Ifølge den amtslige nøglepersons opfattelse er dette nyt for kommunerne, de har på en helt anden måde været vant til at sætte dagsordenen og planlægge efter antallet af borgere og det besluttede serviceniveau. Det har været frustrerende for mange kommuner at opdage, at denne form for planlægning kan de ikke fortsætte med efter 1. januar 2007. Samtidig har den amtslige nøgleperson oplevet, at kommunerne har haft en vis mistillid til amtet, fordi de ikke har kunnet få oplyst de ønskede tal.

⁸³ En skillelinje (specialiseret – versus almindelig ambulante genoptræning) som i øvrigt endnu ikke var præciseret i december 2006.

⁸⁴ Baseret på opgørelser for perioden 31. oktober 2004 – 31. marts 2005.

7.4.2 Delingsaftalen mellem Vestsjællands Amt og kommunerne i amtet

I Vestsjællands Amt har man på overordnet niveau lagt sig fast på, at det tal, der har ligget til grund for de økonomiske aftaler (DUT-forhandlingerne), også har skulle anvendes ved beregningen af, hvor mange terapeuter der skulle flyttes ud i kommunerne. Da 37 % af den samlede genoptræning på sygehusene i Vestsjællands Amt i 2005 var ambulante genoptræning, blev det besluttet, at sygehusene samlet set skulle afgive 37 % af deres terapeutnormering til kommunerne. Det svarede til ca. 44 terapeutstillinger og et budget på 15,4 mio. kr. Det blev endvidere besluttet, at de 37 % skulle gælde alle sygehuse, uanset om andelen af ambulante genoptræningspatienter, der overgik til kommunerne, varierede fra sygehus til sygehus. For den nye Odsherred Kommune betød strukturreformen, at man modtog fem medarbejdere med et samlet årsværk på ca. 4,5 (fire terapeuter og en sygehjælper).

Alle interviewede ledende hospitalsterapeuter giver udtryk for stor utilfredshed med at skulle aflevere 37 % af terapeutnormeringen til kommunerne, og beklager, at terapeuterne som faggruppe ikke har været hørt, inden beslutningen blev taget centralt i amtet. De oplyser, at Vestsjællands Amt er det amt i Danmark, der afleverer flest terapeuter til kommunerne. De genoptræningsopgaver, der overgives til kommunerne, svarer efter deres opfattelse ikke til 37 % af terapeutnormeringen. Resultatet bliver derfor, at de tilbageværende ressourcer ikke er tilstrækkelige til at klare de genoptræningsopgaver, der forbliver på sygehuset.

Sygehusforvaltningen er imidlertid efterfølgende blevet opmærksom på, at de 37 % formentlig er i overkanten, og flere af de ledende hospitalsterapeuter oplyser, at de har fået tilladelse til at ansætte vikarer, idet udgiften hertil bl.a. forventes at kunne blive dækket af kommunernes betaling for specialiseret ambulante genoptræning.

Endelig giver en af de ledende hospitalsterapeuter udtryk for utilfredshed med, at amtet undervejs i forløbet med planlægningen af implementeringen af strukturreformen ikke har været på forkant på genoptræningsområdet:

"Og sådan har det været hele tiden, at vi har været bagud. Vi er ikke engang færdige med fælleskataloget over, hvad der bliver specialiseret og ikke specialiseret, og vi er lige ved at være ved årsskiftet. Og hvordan skulle kommunerne kunne gøre sig klar, når de ikke reelt ved, hvilke opgaver de får?" (ledende hospitalsterapeut).

I Vestsjællands Amt har ledende terapeuter sammen med ledende terapeuter fra de to andre amter, Storstrøms og Roskilde, indgået i et samarbejde om at udarbejde et katalog over, hvordan der skelnes mellem specialiseret og almindelig ambulante genoptræning. Kommunerne har været hørt undervejs i arbejdsprocessen, idet hensigten ifølge den amtslige nøgleperson har været, at kommunerne og den kommende region skulle nå til enighed om, hvor "stregen" skulle slås i forhold til at skelne mellem specialiseret og almindelig ambulante genoptræning. På et overordnet niveau (fx for patienter med skulderproblemer, håndkirurgiske patienter og undertiden også mere specifikt) har man vurderet, hvor stor en andel af genoptræningen, der kan forventes at være specialiseret, og hvor stor en andel der kan forventes at være almindelig ambulante genoptræning eller egentræning. I prosatekst er de enkelte forløb beskrevet, eksempelvis kan et forløb for en rygopereret patient omfatte behandling under indlæggelse, herefter kan så følge en genoptræning, som de første gange er specialiseret og dermed foregår på sygehuset, mens den resterende del, den almindelige ambulante genoptræning, kan foregå i kommunen. Kataloget er ifølge den amtslige nøgleperson blevet godkendt i styregruppen for sundhedsaftalerne (10).⁸⁵

⁸⁵ Styregruppens godkendelse var kommet dagen forinden interviewet med den amtslige nøgleperson, hvilket den ledende sygehussterapeut ikke var vidende om jf. citatet ovenfor. Der gøres opmærksom på, at referencen henviser til en senere version 2.

Fælles for genoptræningen af de patienter, der karakteriseres som specialiseret, er, at de har behov for en tværfaglig indsats især i starten af forløbet, som ikke findes i kommunalt regi. Det handler ikke om, hvorvidt terapeuten er specialist. Det er en lægefaglig vurdering, om en genoptræning er specialiseret, og det er ifølge den amtslige nøgleperson vigtigt, at lægerne følger kataloget og ikke gør for meget af genoptræningen specialiseret, dels fordi sygehusene har afleveret så mange stillinger til kommunerne, og dermed ikke har så mange ressourcer til at klare den tilbageværende genoptræning, og dels fordi det ellers vil blive dyrt for kommunerne.⁸⁶

7.4.3 Forberedelse til afgivelse af genoptræningsopgaver

Implementeringen af delingsaftalen er sket på den måde, at den enkelte hospitalsterapeut har haft mulighed for at tilkendegive, om vedkommende ville ansættes i en kommune eller forblive på sygehuset, og i det omfang det har været muligt, er der blevet taget hensyn hertil. Et særligt problem har været geografien. Placering i en kommune kan være et vidt begreb, eftersom de nye, større kommuner dækker et stort geografisk område, og den nye arbejdsplads kan komme til at ligge langt fra terapeutens bopæl med deraf følgende transportproblemer.

En ledende hospitalsterapeut oplyser desuden, at på det tidspunkt hvor hospitalsterapeuterne skulle tage stilling til, om de ville overflyttes til ansættelse i en kommune, var det endnu ikke fastlagt, hvilke opgaver kommunerne skulle varetage. Dette var der to grunde til: For det første vidste man på daværende tidspunkt endnu ikke, hvad der ville blive specialiseret ambulante genoptræning og dermed forblive i sygehusregi, og hvad der ville blive klassificeret som almindelig ambulante genoptræning, der skulle flyttes ud i kommunerne. For det andet vidste man i mange tilfælde endnu ikke i kommunerne, hvem der skulle varetage ledelsen af genoptræningsområdet: *“Og før man har lederne på plads i de enkelte kommuner, så kan man heller ikke komme videre med, hvordan strukturen skal være i genoptræningsafdelingen”* (amtslig nøgleperson).

Herudover har man på nogle afdelinger valgt at inddele personalet i to grupper som forberedelse til implementeringen af strukturreformen. De terapeuter, som skulle ansættes i en kommune, har trænet ambulante patienter, mens terapeuterne, der skal forblive på sygehuset, har trænet indlagte patienter.

7.4.4 Kommunernes forberedelse til overtagelse af den nye opgave

Den nye Odsherred Kommune får tilført fem terapeuter fra amtet ved strukturreformens ikrafttræden. Det er planen, at de for kommunen nye ambulante genoptræningspatienter (efter Sundhedslovens § 140) skal trænes i et nyt Sundhedscenter, der indrettes i det tidligere Nykøbing Sygehus. Der har været afholdt fælles planlægningsmøder mellem terapeuterne i de tre kommuner der sammenlægges, og de terapeuter der skal flyttes ud i kommunerne. Der har været nedsat arbejdsgrupper, som har fået til opgave at finde ud af, hvilke patienter de skulle overtage fra sygehusene, hvordan træningen skulle organiseres, og hvor de ville placere sig rent fysisk. De kommunale terapeuter har desuden forberedt sig på de nye opgaver ved at sætte sig ind i amtets træningsregimer for de patienter, de nu skulle overtage.

Derudover har der været nedsat en arbejdsgruppe bestående af kommunale og sygehusansatte terapeuter, der skulle udarbejde et forslag til udformningen af en ny genoptræningsplan. En kommunal terapeut, som deltog i arbejdsgruppen, oplyser, at det var en sej proces, fordi de kommunale og de sygehusansatte terapeuter havde forskellige hensyn, de skulle varetage. Sygehusrepræsentanten ønskede, at planen skulle indeholde så få oplysninger som muligt af hensyn til minimeringen af det forventede merarbejde for sygehusene. Et merarbejde som bl.a. skyldtes, at mange flere patienter fremover skal have en genoptræningsplan. De kommunale repræsentanter ønskede derimod så mange

⁸⁶ Efter strukturreformen finansierer kommunerne den specialiserede ambulante genoptræning 100 %.

oplysninger som muligt, fordi genoptræningsplanerne er den eneste måde at få oplysninger om patienterne på. De kommunale terapeuter har ikke adgang til patientjournalerne, og kan jo ikke umiddelbart komme til at tale med lægen: *"Vi kan jo ikke lige tale med lægen i kantinen"* (kommunal terapeut).

Fra sygehusenes side giver man udtryk for, at hospitalsterapeuternes deltagelse i planlægningsmøder med kommunerne, har været en tidskrævende opgave. Møder, som har skullet klares sideløbende med sygehusenes daglige træningsopgaver. Men ifølge hospitalsterapeuterne har dette været nødvendigt, fordi kommunerne ikke kendte til den opgave, de skulle overtage.

Hospitalsterapeuterne er generelt af den opfattelse, at der er meget forskel på, hvor parate kommunerne er til at overtage den nye genoptræningsopgave.⁸⁷ Mens nogle kommuner efter hospitalsterapeuternes opfattelse har fint styr på tingene, og har planlagt alt til mindste detalje, har andre kommuner endnu ikke besluttet, hvor træningen rent fysisk skal finde sted – endsige fået anskaffet de fornødne redskaber: *"Her 20 dage før de [terapeuterne, som skal flyttes fra sygehuset til en kommune] skal møde op på arbejde, ved de ikke, hvor de skal møde op, og hvor de skal varetage deres opgaver"* (amtslig nøgleperson).

At hospitalsterapeuterne mindre end en måned før strukturreformen endnu ikke er blevet ordentlig indført i den kommunale organisation, kan tilskrives, at ledelseslaget ikke har været på plads i de nye sammenlagte kommuner. Og før ledelseslaget var på plads, har man ikke kunnet planlægge den nye organisation – herunder den nye genoptræningsfunktion.

7.4.5 Forventninger til strukturreformen

Umiddelbare konsekvenser

Om konsekvenserne for kvaliteten forventer flere af de interviewede, at der umiddelbart efter reformens indførelse vil opstå et fald i kvaliteten. Dette kan dels skyldes, at kommunernes faciliteter endnu ikke er på plads den 1. januar, dels at kompetenceniveauet for de terapeuter, der skal varetage træningen, vil være lavere i en overgang end niveauet på sygehusene. Herudover forventer de, at en mulig konsekvens vil være længere ventetider på genoptræning. Dette lavere serviceniveau, kan samlet set betyde længere sygemelding for erhvervsaktive patienter, og at nogle opererede patienter får et ringere funktionsniveau. Desuden kan der ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter blive tale om, at fx hjertepatienter må genindlægges.

De fleste af hospitalsterapeuterne mener, at der blot vil være tale om en overgangsfase, og at kvaliteten af genoptræningen efter en periode vil blive tilfredsstillende, bl.a. fordi det i vidt omfang er hospitalsterapeuter, som skal varetage opgaven ude i kommunerne. En af de ledende hospitalsterapeuter er af den overbevisning, at de ældre patienter vil blive tilbudt mere træning i eget hjem, hvilket hun mener vil være rigtig godt.

De kommunale repræsentanter gør endvidere opmærksom på, at behovet for fyldestgørende genoptræningsplaner – og i det hele taget videregivelse af patientinformationer fra sygehusene til kommunerne – vil blive endnu større efter strukturreformen. Dette skyldes, at de kommunale terapeuter, der skal overtage den ambulante gentræning efter strukturreformen, dels ikke har trænet patienten under indlæggelse, og dels ikke har adgang til patientjournalen, hvilket hospitalsterapeuterne jo har haft, og også har i fremtiden (Nykøbing-Rørvig Kommune).

⁸⁷ Interviewene fandt sted i første halvdel af december, altså ½ måned før strukturuomlægningen skulle finde sted.

Konsekvenser på længere sigt

Generelt forventer de interviewede terapeuter, at omlægningen på længere sigt vil blive en forbedring af genoptræningen for især de ældre svage patienter, som nu kan trænes i deres eget miljø, hvorved der kan skabes sammenhæng imellem genoptræning og den efterfølgende vedligeholdelsestræning.

Det er desuden forventningen, at omlægningen vil give et fagligt løft for genoptræningen generelt i kommunerne, der nu får muligheden for at etablere nogle fagligt stærke enheder.

Enkelte kommunale terapeuter udtrykker dog frygt for, at de nye træningsopgaver, som kommunerne skal overtage, vil ske på bekostning af vedligeholdelsestræningen, og at der vil komme til at mangle lokaler og personale til vedligeholdelsestræningen. En kommunal terapeut mener, at det fremover vil blive svært at tilgodese den ældre borger: *"Jeg føler lidt, at det er dem, der kommer i klemme her, de ældre borgere der har et vedligeholdelsesbehov"*. Andre kommunale terapeuter forudser, at der vil ske en opgaveglidning, idet det i højere grad bliver hjemmeplejen, der under supervision af terapeuterne, kommer til at stå for træningen af patienterne i eget hjem.

En stor del af de ambulante patienter, som kommunerne overtager, er under 65 år. En ledende terapeut er derfor af den opfattelse, at for de unge og yngre vil omlægningen ikke nødvendigvis medføre en forbedring, fx vil der være mange unge, som har svært ved at gå ind i et dagcenter for at få genoptræning. Disse stærke patienter vil måske i stedet gå i det lokale i fitnesscenter for at træne.

En anden ulempe, ved at den ambulante genoptræning kommer ud i kommunerne, er, at den nære kontakt mellem terapeut og den behandlende læge forsvinder, og at det kan være sværere for den kommunale terapeut at få en læge i tale, hvilket der undertiden kan være behov for for at kunne give en kvalificeret genoptræning. Endelig vil der som tidligere nævnt blive større krav til indholdet af genoptræningsplanerne, da de kommunale terapeuter ikke har journaladgang.

Specialister versus generalister

Blandt de ulemper ved udlægningen, der bliver nævnt af en af de ledende hospitalsterapeuter, er, at den specialisering, der tidligere har været på sygehusene, hvor nogle hospitalsterapeuter var specialister inden for givne specialer eller diagnosegrupper, forsvinder. Det begrundes med, at træningsenhederne bliver så små, at det er nødvendigt, at terapeuterne er generalister. Dette kan medføre et fald i kvaliteten af sygehusenes genoptræning. En anden ledende hospitalsterapeut efterlyser muligheden for, at en patient kan vælge at køre 20 km for at få genoptrænet sit knæ af en specialist, frem for at det skal gøres af en generalist i den lokale genoptræningsenhed to km væk, som ikke har så stor viden om genoptræning af knæ. Samme ledende hospitalsterapeut er af den opfattelse, at denne udvikling fra det specialiserede til det generelle er imod det, borgerne ønsker i dag, hvor udviklingen på sygehusene i øvrigt også går imod større enheder og mere specialisering.

En anden repræsentant er dog af den opfattelse, at terapeutuddannelsen er en bred uddannelse, hvor alle terapeuter som udgangspunkt kan håndtere alle slags opgaver, hvorfor der ikke er grund til at bekymre sig om opgaveudlægningen til kommunerne:

"Terapeuter har en række ting i deres skuffer, som de kan bruge, og i princippet er det en kombination af disse muligheder, de har, som giver outputtet. [...] Det er det at kombinere mulighederne på den rette måde for at få resultatet, der er kunsten. Så jeg er ikke bekymret for, at terapeuter i kommunen ikke har kompetencerne; men de har selvfølgelig ikke i overgangen kompetencen til at sætte tingene reelt sammen på den optimale måde. Men jeg mener ikke, at når man siger, at der er nogle patientgrupper, som skal have en meget specifik genoptræning, så er det i mit verdensbillede, at det specifikke ligger i den kombination af til-

bud, man giver, og ikke i de håndgreb man bruger, fordi de håndgreb kan alle uddannede terapeuter" (ledende hospitalsterapeut).

7.4.6 Konsekvenser for de tilbageværende opgaver på sygehusene

Først og fremmest indebærer udflytningen af genoptræningsopgaven, at genoptræningsafdelingerne på sygehusene skal indrette sig dels efter den nye lavere normering, dels efter den tilbageværende opgavesammensætning. Udflytningen af den almindelige ambulante genoptræning indebærer, at de terapeutiske opgaver, der forbliver på sygehusene ændrer karakter. Ifølge en ledende hospitalsterapeut er det de spændende opgaver, der forsvinder. Om genoptræningen af de ambulante patienter mener hun, at *"det er ellers der, vi har vores force, og vi kan lave de der bevægeanalyser, og vi kan sætte ind med den rigtige muskeltræning og bevægeøvelser"*. Til gengæld er genoptræning af de indlagte patienter ikke så spændende, idet patienterne stort set skiftes ud hver dag. Det er derfor en udfordring at få gjort de tilbageværende opgaver mere interessante, for hvis det ikke lykkes, vil terapeuterne på sygehusene miste deres selvværd, og fagligheden vil blive mindsket.

Andre hospitalsterapeuter peger på, at sygehusene nu mister førertrøjen i relation til den faglige udvikling. Det var på sygehusene, at alle nye behandlinger blev påbegyndt, og spørgsmålet er, hvor dette nu skal foregå.

7.5 Datagrundlag for Case 4: Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner samt Vestsjællands Amt

Interviewliste

Af nedenstående liste fremgår de personer, der har deltaget i interview, og fra hvilke der indgår oplysninger til brug for nærværende case.

Amt/Kommune	Navn	Stilling + Institution	Citeret som
Vestsjælland Amt	Lisbeth Schröder	Viceklinikchef, overfysioterapeut	Ledende hospitalsterapeut
Vestsjælland Amt	Lars Folmer	Projektkoordinator	Amtslig nøgleperson
Vestsjælland Amt	Marianne Andersen	Ledende ergoterapeut, Kalundborg sygehus	Ledende hospitalsterapeut
Vestsjælland Amt	Lis Bentzen	Overfysioterapeut, Holbæk sygehus og Nykøbing Sjælland sygehus	Ledende hospitalsterapeut
Vestsjælland Amt	Bente Bosendal	Ergoterapeut	Hospitalsterapeut
Vestsjælland Amt	Liselotte Bonde	Fysioterapeut	Hospitalsterapeut
Vestsjælland Amt	Birte Lorenzen	Fysioterapeut	Hospitalsterapeut
Vestsjælland Amt	Anne Kantsø Nielsen	Ergoterapeut	Hospitalsterapeut
Dragsholm Kommune	Jette Strange Hansen	Fysioterapeut	Kommunal terapeut
Nykøbing Rørvig Kommune	Thorkild Christensen	Ældrechef (kommende leder af Sundhedsafd. i Soc. og Sundhedsforvaltningen)	Kommunal chef
Nykøbing Rørvig Kommune	Christian Thorsøe	Visitor, Fysioterapeut	Kommunal terapeut
Nykøbing Rørvig Kommune	Bente Kofoed	Fysioterapeut (tidl. leder af træningscenteret)	Ledende kommunal terapeut
Trundholm (OK-Fonden)	Niels Bo Larsen	Leder af visitationsafd.	Kommunal chef
Trundholm (OK-Fonden)	Anna Egebjerg	Overfysioterapeut	Ledende kommunal terapeut
Trundholm (OK-Fonden)	Karen Appel	Fysioterapeut	Kommunal terapeut

Referencer til kapitel 7

- 1) Rapport om genoptræning i Odsherred. Udviklingsprojekt Odsherred. 2005.
- 2) Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, lov om hjemmeservice og lov om individuel boligstøtte (Frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v.). LOV nr. 399 af 06/06/2002. 2002.
- 3) CSC Scandihealth A/S. CSC Omsorg - VITAE. CSC Scandihealth hjemmeside 2008. [cited 2008 Nov 25]; Available from: URL: http://sqlhotel01.csc.dk/Losninger/Losninger_produktbl_pdf/Omsorg/DK-CSC-Omsorg.pdf
- 4) Lund M, Østergaard M. Udlægning af genoptræning fra sygehus til kommuner. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006.
- 5) Vestsjællands Amt. Aftale mellem kommunerne i Vestsjællands Amt og Vestsjællands Amt om samarbejde i forbindelse med træning af borgere. Vestsjællands Amt; 2004.
- 6) Rasmussen S. Koordinerede og sammenhængende træningsforløb i Vestsjællands Amt. Midtvejs-evaluering. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006.
- 7) Vestsjællands Amt. Beskrivelse af sundhedsområdet i Vestsjællands Amt. Vestsjællands Amt; 2005.
- 8) Vestsjællands Amt. Kommunespecifikke oplysninger - faktaboks for Odsherred Kommune. Del 3. Vestsjællands Amt; 2005.
- 9) Referat af møde med Odsherred Kommune, den 24.1.2006 vedrørende opgaveoverdragelse af sundhedsopgaver.
- 10) Kommuner og sygehuse i Region Sjælland. Katalog vedrørende opgavedeling på genoptræningsområdet i Region Sjælland. Sorø: Region Sjælland; 2007.

8. Sammenfatning af caseanalyser (kapitel 4-7)

Dette kapitel rummer en sammenfatning af de enkelte caseanalyser fra de foregående fire kapitler. Der gøres opmærksom på, at de ikke er fuldstændig ens struktureret, idet vi både har fundet det vigtigt at fokusere på forhold, som er særegne for den enkelte case, og samtidig har ønsket give et indblik i forhold, der er sammenfaldende for casene.

8.1 Sammenfatning af case 1: Vejle Amt og Fredericia Kommune

Udviklingen på træningsområdet i Fredericia Kommune

Træningsområdet i Fredericia Kommune var delt på to adskilte enheder: Det trænende team under ældreområdet med primært vedligeholdelsestræning som arbejdsområde, og et GenoptræningsCenter (GenoptræningsCentret) som varetog rehabilitering af bl.a. apopleksipatienter og kirurgiske patienter, og som modtog ca. halvdelen af alle henvisninger fra sygehusene. Skillelinjen mellem de to enheder er, at Det Trænende Team fokuserer på svage ældre med et faldende funktionsniveau, hvor der er et begrænset træningspotentiale, hvilket i praksis ofte vil sige borgere på plejehjem og daghjembrugere. Omvendt træner GenoptræningsCentret borgere med et større træningspotentiale, som (oftest) bor i eget hjem.

Træningsområdet er gradvist blevet udskilt fra hjemme- og ældreplejen som et selvstændigt område med egen organisation og egen faglig leder, der på linje med andre kommunale driftsområders ledere kan repræsentere og synliggøre træningsområdet både udadtil og indadtil i den kommunale organisation. GenoptræningsCentret blev oprettet i 1994, mens Det Trænende Team først blev oprettet i 2004, hvor det blev udskilt fra plejehjemmenes plejenormering. I begyndelsen var GenoptræningsCentret den lille enhed, men den er nu blevet den store, idet der i 2006 var knap fire terapeuter i Det Trænende Team og ca. dobbelt så mange i GenoptræningsCentret.

GenoptræningsCentret er en selvstændig terapeutfagligt ledet enhed, mens Det Trænende Team er underlagt ældreområdets administrative ledelsesstruktur. Man har således forsøgt at bibeholde en struktur i Fredericia Kommune, der både tilgodeser ønsket om et selvstændigt træningsområde med en klarere faglig profil (i form af GenoptræningsCentret), og samtidig bibeholder decentrale terapeuter på ældreområdet i plejecentrene (i form af Det Trænende Team). Terapeuterne i begge enheder vil gerne samles, men i kommunen har man ønsket at bevare Det Trænende Team decentralt organiseret og tæt knyttet til ældreområdets institutioner.

Terapeuter og ledere på GenoptræningsCentret arbejder meget bevidst ud fra den tankegang, som er indlejret i det internationale klassifikationssystem – ICF⁸⁸ – som kombineres med et andet internationalt værktøj, COPM,⁸⁹ som anvendes til at få borgeren til at prioritere vigtigheden af forskellige problemer, så træningen målrettes borgerens problemer. Brugen af internationale koncepter som ICF og COPM giver særligt arbejdsformen på GenoptræningsCentret ekstern legitimitet, idet der bygges på andet end lokale metoder og erfaringer. ICF er udviklet i regi af WHO, og er i familie med ICD-10, som

⁸⁸ ICF er en international klassifikation som på dansk hedder "International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnesættelse og Helbredstilstand". ICF beskriver tre aspekter af funktionsevne (kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter i form af udførelse af opgaver og handlinger samt deltagelse i socialt liv og samfundsaktiviteter), og kontekstuelle faktorer i form af ydre og indre påvirkninger af funktionsevne.

⁸⁹ COPM – *Canadian Occupational Performance Measure* – er et struktureret spørgeværktøj, som bruges til at identificere problemer i relation til egenomsorg, arbejde og fritid, og som lægger vægt på respondentens subjektive vurdering af problemernes væsentlighed i forhold til vedkommendes livsførelse.

læger bruger til diagnosekodning. Både WHO og ICD-10 har stor legitimitet på sundhedsområdet. Disse to værktøjer har givet en stærk faglig identitet for terapeuterne i GenoptræningsCentret.

ICF og COPM har også haft indflydelse på den måde, kvalitetsstandarder og visitation er blevet operationaliseret på: Der visiteres til "træningspakker",⁹⁰ som alene er en tidsmæssig ramme, idet der lægges vægt på, at det ikke er nedsættelsen i funktionsevne eller diagnosen alene, der bestemmer hvilken træning en borger skal have, men i stedet borgerens individuelle livssituation.

Udviklingen på træningsområdet i Vejle Amt

I Vejle Amt var terapeuterne på Fredericia-Kolding sygehus organiseret i en selvstændig terapiafdeling med terapeutfaglig ledelse. Gennem de sidste ti år er der foregået en løbende harmoniseringsproces, hvor terapeuterne i sygehusvæsenet har forsøgt at ensrette tilbud og træningsniveau ved at definere bestemte træningsregimer til forskellige patientgrupper. Men den decentrale økonomistyring på de enkelte sygehuse samt lægernes individuelle ordinationsret gør det svært.

Terapeuternes arbejde har i de senere år ændret sig i retning af mere rådgivning og instruktion i egentræning, hvilket bl.a. skyldes de kortere indlæggelsestider, hvor patienterne ikke er færdigtrænede, når de udskrives. I stedet for instrueres de i, hvordan de selv kan træne.

Terapeuterne oplever, at de bruger mindre tid på direkte træning af patienter, hvilket er forårsaget af, at de bruger mere tid på dokumentation. Terapeuterne oplever det både som en øget administrativ byrde, men også som et værktøj til at gøre dem mere synlige i en højt sundhedsfaglig kontekst som et sygehus.

Samarbejde på tværs af sektorgrænser

Efter introduktionen af ICF i Fredericia er klassifikationssystemet gennem en flerårig proces kommet til at danne fundament for operationaliseringen af den lokale arbejdsdeling mellem kommuner og sygehuse i Vejle Amt. Fra 2003 har der således været en arbejdsdeling, hvor sygehuse træner krop og aktiviteter i standardiserede omgivelser, mens kommunerne tager over og træner aktiviteter og deltagelse i relation til hverdagslivet. Denne snitflade fungerede som alternativ til den glidende overgang mellem ambulansetræning i sygehusregi og vedligeholdende træning i kommunalt regi. Selvom ICF blev introduceret i amtet via Fredericia Kommunes GenoptræningsCentret, er der blandt både menige og ledende sygehuslæger en opfattelse af, at man havde fundet en bedre løsning på grænsedragningen mellem sektorerne, end der var lagt op til fra centralt hold via skellet mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning.

I 2003 indførtes samtidig en samarbejdsaftale om økonomisk kompensation til kommuner for udførelse af amtslige opgaver. Aftalen rettede sig mod demente og konfuse ældre med knoglebrud. Den fysiske optræning af disse patienter var på daværende tidspunkt en amtslig opgave, men kommunerne oplevede, at mange af disse borgere ikke blev trænet ordentligt, og på sygehuset oplevede terapeuterne, at de ikke kunne komme igennem med træning til denne gruppe af primært demente og konfusede. Alle kommuner i amtet endte med at tilsluttede sig aftalen. Kommunerne modtog et beløb på 540 kr. pr. træningstime (2004 P/L), indenfor en fastlagt ramme på fem timer pr. patient, som dog kunne afviges. Oprindeligt regnede man med 100 patienter om året inden for rammen af aftalen. Imidlertid udgjorde antallet af kommunalt trænede patienter i det første år kun ca. halvdelen af det anslåede, og i det andet år ca. 2/3. I Fredericia Kommune har det primært været Det Trænende Team, der har

⁹⁰ Træningspakkerne (8 timer/uge i 24 uger eller 5 timer/uge i 17 uger), Udredningspakken (3 timer/uge i 4 uger), Vejledningspakkerne (1 time 45min./uge i 16 uger eller 2 timer/uge i 2 uger), samt en generel vedligeholdende og forebyggende træningspakke (1 time 15min./uge i 26 uger), som er tiltænkt Det Trænende Team, men som ikke har fungeret så godt eller så længe som de øvrige pakker i GenoptræningsCentret.

trænede sygehuspatienter indenfor aftalen, fordi langt de fleste borgere i aftalens målgruppe – demente og konfuse borgere med knoglebrud – ligger indenfor Det Trænende Teams målgruppe, idet de bor på plejehjem eller er daghjembrugere.

De praktiserende fysioterapeuter indgik ligeledes i rammen for samarbejdsaftalen. De praktiserende fysioterapeuter blev betalt gennem sygesikringstilskud og patienternes egenbetaling. Denne praksis er en gammel tradition i amtet og er udtryk for en bevidst strategi om at inddrage praksissektoren i træningsområdet, for at sygehusene kan prioritere det mere specialiserede. Imidlertid påpegede en ministeriel vejledning i 2004, at denne praksis var imod reglerne, idet genoptræning i forbindelse med sygehusindlæggelse skal være vederlagsfri for borgeren, og derfor ikke må medføre egenbetaling. Man indgik derfor en tidsbegrænset aftale i 2006 med de praktiserende fysioterapeuter om løsning af denne træningsopgave frem til Strukturreformen, hvor opgaven overgik til kommunerne.

Introduktionen af genoptræningsplaner medfører en standardiseret skriftliggørelse af samarbejdet. Planerne har ændret kommunikationsformen fra at være overvejende telefonisk til at blive mere skriftlig. Særligt hospitalsterapeuterne oplever, at planerne svækker den tidligere praksis med direkte telefonisk kontakt mellem de trænende terapeuter i de to sektorer. Hertil kommer, at indførelsen af kommunal visitation betyder en forøgelse af antallet af aktører i kommunalt regi, og det er derfor ikke så let at finde frem til rette vedkommende længere. Billedet af, at genoptræningsplanerne styrker samarbejdet og kommunikationen, er derfor ikke helt entydigt i Vejle Amt.

Udlægningen af almindelig, ambulante genoptræning

Strukturreformen betyder, at Vejle Amt udflytter ressourcer svarende til 13 % af den samlede genoptræningskapacitet på sygehusene. Det forventes, at Fredericia Kommune vil få ca. 200 nye genoptræningsforløb årligt. Men den ICF-baserede samarbejdsaftale betyder, at kommunen allerede har overtaget en del genoptræningsforløb, hvorfor kommunen beskriver den samlede udflytning som ca. 400 forløb årligt. Alle nye opgaver varetages i GenoptræningsCentret. Imidlertid forventer amt såvel som kommune, at der vil komme en stigning i antallet af forløb. Hovedårsagen er ifølge kommunen den nye finansieringsstruktur, hvor sygehusene udarbejder genoptræningsplanerne, mens kommunerne betaler for genoptræningen. Kommunen planlægger at klare den nye opgave ved at øge brugen af holdtræning – både for nye såvel som for gamle målgrupper. Hospitalsterapeuterne ser fordele i udflytningen som konsekvens af en forventning om, at der bliver øget genoptræning i hjemmet.

8.2 Sammenfatning af case 2: Fyns Amt og Ny Svendborg Kommune

Udviklingen på træningsområdet i Ny Svendborg Kommune

Ny Svendborg Kommune består af de tre tidligere kommuner: Svendborg, Egebjerg og Gudme, der var beliggende i det tidligere Fyns Amt. Der var stor forskel på størrelsen af de tre kommuner, hvilket bl.a. betød, at træningsområdet var meget forskelligt organiseret i henholdsvis Svendborg Kommune med godt 13 terapeuter, sammenlignet med Egebjergs ca. en terapeut og Gudmes 0,6 terapeut på træningsområdet. I Svendborg var terapeuterne blevet samlet under en faglig ledelse. Organiseringen af træningsområdet i Egebjerg og Gudme var relativ ens. Det var placeret under ledelsen af ældreområdet, og den lille organisations flade struktur har fremmet et tæt tværfagligt samarbejde med bl.a. visitatorer og hjemmesygeplejersker.

Det skønnes, at de tre kommuner tilsammen modtog ca. 1.100 henvisninger i de første ti måneder af 2004, hvoraf godt 200 var genoptræningsplaner. De kommunale terapeuter peger alle tre steder på, at antallet af genoptræningsplaner var stigende i årene herefter.

Kvalitetsstandarder i Svendborg Kommune specificerede primært omfanget af træningen med fokus på en maksimal forløbslængde på tre måneder.⁹¹ Terapeuterne oplevede, at standardernes krav om løbende revurdering havde sat øget fokus på effekten af træningen – og ikke blot leveringen – specielt hvad angår vedligeholdelsestræningen. I Gudme og Egebjerg har kvalitetsstandarderne haft mindre effekt på arbejdspraksis og dermed på træningen. Hvor tidsgrænser for træningsforløb i Svendborg havde betydet et øget fokus på fremskridt i forløbene, havde man i Gudme og Egebjerg borgere i forløb med vedligeholdelsestræning i op mod et år.

I Gudme og Egebjerg gav et øget fokus på træningsområdet i årene op til strukturreformen sig udslag i en voksende efterspørgsel. I Svendborg var terapeuterne i årene op til reformen blevet udskilt af ældreplejen og samlet i en enhed med faglig ledelse. Samlingen har langt overvejende haft fordele i form at øget faglighed og specialiseringsmuligheder qua den forøgede volumen samt større synlighed i kommunen.

I alle tre kommuner er begreber som dokumentation, test, registrering og evaluering langt fra fuldt integrerede i den daglige praksis på træningsområdet. Men udviklingen går tydeligvis i den retning, specielt hvor flere terapeuter samles i større enheder under egen faglig ledelse.

Alt i alt oplevede de kommunale terapeuter, at der på det faglige plan var kommet et øget fokus på at nå et mål med træningen, og at der blev stillet flere faglige krav til området. Terapeuterne ser positivt på denne udvikling, men peger også på, at udviklingen med flere sygehuspatienter med genoptræningsplaner, der ikke kan afvises, rummer en fare for den vedligeholdende træning, hvis sigte er at forebygge funktionstab.

Det ses desuden, at de 206 genoptræningsplaner, som de tre kommuner modtog i de første ti måneder af 2004, har været løst uden at forøge kapaciteten, men ved omprioritering. Alt andet lige betyder det færre ressourcer til de øvrige kommunale forpligtelser, jf. serviceloven, fx til vedligeholdende træning.

Udviklingen på træningsområdet i Fyns Amt

I Fyns Amt var terapeuterne på Sygehus Fyn organiseret i en selvstændig afdeling med terapeutfaglig ledelse. Hospitalsterapeuterne var *specialiserede*, og havde ansvar for forskellige afdelinger. Terapeuterne ser specialiseringen som et plus, der giver et kvalitetsløft. Den enkelte specialiserede terapeut fulgte patienten fra den akutte, stationære fase til afslutningen i den ambulante fase. En markant udviklingstendens består i en øget grad af standardisering af genoptræningen, dette ses som følge af en generel videnskabeliggørelse og evidensbaseret af træningsområdet.

Trods en vis modstand mod øgede dokumentationskrav registreres der ved stort set hver eneste patientkontakt testresultater, fremskridt og ændringer.

Samarbejde på tværs af sektorgrenser

I forbindelse med lovændringerne i 2001 lavede man en samarbejdsaftale. Aftalen indebar, at amtet betalte kommunerne for genoptræning af udskrevne patienter med genoptræningsplaner i henhold til nærmere afgrænsede patientgrupper. Der blev ikke aftalt nogen standardpris eller standardforløb,

⁹¹ **Genoptræning efter genoptræningsplan:** (jf. lov om sygehusvæsen § 5F), hvor henvisning sker fra sygehus, og hvor både ydelsens omfang og målsætningen (funktionsniveau efter træning) fastlægges via genoptræningsplanen. Regningen for denne type træning sendes til amtet. **Genoptræning (på hold eller individuelt):** (jf. lov om social service §§ 73 og 73A), rettet mod funktionsnedsættelser efter ikke indlæggelseskrevende sygdom. Som oftest tremåneders forløb med træning 1-3 gange ugentligt. **Hjemmetræning:** (jf. lov om social service §§ 73 og 73A), rettet mod funktionsnedsættelser efter ikke indlæggelseskrevende sygdom for borgere som ikke kan træne i et center. Her er der ligeledes tale om et tremåneders forløb med træning 1-3 gange ugentligt. **Måltrettet vedligeholdende træning:** (jf. lov om social service §§ 71, 73 og 73A) måltrettet borgere med kronisk sygdom. Træningen foregår normalt ugentligt i forløb på ca. tre måneder.

men udelukkende en timesats. Alle kommuner tiltrådte aftalen. Aftalen skabte en markedslignende relation, hvor kommunerne udførte et arbejde for amterne mod betaling. Det skabte et behov for at kunne dokumentere de træningsresultater, der blev betalt for, og derfor indførte man Funktionsmåling Fyn,⁹² som skulle synliggøre målbare ændringer i funktionsniveau på en standardiseret måde. Der blev iværksat en massiv tværsektoriel uddannelsesindsats i Funktionsmåling Fyn, men alligevel konkluderer en intern evaluering fra Fyns Amt, at funktionsmålingerne generelt ikke er særlig udbredte – hverken i kommunerne eller i sygehusregi. Man forklarede dette med, at der ikke var tradition for at anvende funktionsmålinger.

Samarbejdsaftalen blev en succes i den forstand, at der blev udarbejdet mange genoptræningsplaner – mange flere end der var budgetteret med. Resultatet var et overforbrug af kommunal træning, hvor budgetoverskridelserne skulle dækkes af de henvisende afdelinger. En årsag til budgetoverskridelserne var, at genoptræningsplanerne og selve samarbejdsaftalen genererede en større bevidsthed om genoptræning. Men der var også en grundlæggende strukturel problematik forbundet med, at terapeuterne på sygehuset udfyldte genoptræningsplanerne og dermed henviste til genoptræning, de ikke selv skulle udføre, og som derfor ikke medførte noget umiddelbart ressourcetræk i deres egen afdeling. Denne struktur vanskeliggjorde såvel styringen af som overblikket over forbruget, og gjorde det svært at styre økonomien i det samlede system. I et forsøg på at styre økonomien, opstod der et pres på at få ensrettet pris og dermed serviceniveauer og kvalitetsstandarder på tværs af kommuner. Dette havde aldrig været intentionen med samarbejdsaftalen, men det styringsbehov, som den åbne "time-for-time" afregning skabte, genererede et pres i retning af standardisering kommunerne imellem.

I forbindelse med indførelsen af skriftlige genoptræningsplaner opstod der en praksis, hvor sygehusterapeuterne ringede til de kommunale terapeuter, hver gang de udarbejdede en genoptræningsplan. Den mundtlige kommunikation betød samtidig, at der blev mulighed for at tale om patienter/borgerne, stille uddybende spørgsmål mv. Planerne skabte således en konkret anledning til vidensdeling over sektorgrænsen. De kommunale terapeuter mener, at planerne har haft betydning for samarbejdet, men at det ikke skyldes selve indholdet i planerne, der trods en udvikling mod det bedre stadig er mangelfulde. Effekten skyldes derimod det tværsektorielle samarbejde, de har givet anledning til. Før planerne beskriver terapeuterne, at der var få henvendelser og begrænset kommunikation på tværs af sektorerne på træningsområdet. Og selvom der i lovgivningen om genoptræningsplaner lægges vægt på, at planerne skal være skriftlige, så fremhæver terapeuterne i langt højere grad effekten af den mundtlige tværsektorielle kommunikation, de gav anledning til. Alt i alt har samarbejdsaftalen fungeret som en art generalprøve på Strukturreformens udflytning, hvor kommunerne i årene op til reformen havde stiftet bekendtskab med nye typer af patienter og genoptræningsforløb, hvilket har medført en faglig udvikling blandt de kommunale terapeuter.

Da samarbejdsaftalen blev indgået mellem amt og kommuner, ønskede de praktiserende terapeuter at deltage, men blev i flere omgange afvist. Først fire år senere – i 2005 – lykkedes det dem at få en midlertidig aftale i stand frem til strukturreformen på lige vilkår med kommunerne.

Udlægningen af almindelig, ambulans genoptræning

Strukturreformens implementering betød udflytning af, hvad der svarer til ca. 66 % af alle de ambulante ydelser. Sygehuset mener imidlertid, at fordelingen snarere skal ses som startskuddet på en længere udflytningsproces, end som en etablering af en endelig og klar deling. Ud over udflytningen kompenseres kommunerne med yderligere ressourcer svarende til 10 årsværk – svarende til værdien

⁹² Funktionsmåling Fyn indeholder indikatorer for funktionstests i form af en testprocedure, der nøje reproduceres hver gang kombineret med patientens egenvurdering af funktionsniveau og en samlet systematisk vurdering af funktionsniveauet. Begrebet indikatorer dækker i Funktionsmåling Fyn over funktionsmål, helbredsstatusmål, helbredsskalaer, index, livskvalitetsskalaer, statusmål, funktionelt helbred.

af samarbejdsaftalen. Medregnes denne del, svarer det til, at 23 % af terapeutkapaciteten flyttes ud i kommunerne. Alene i Ny Svendborg Kommune modtager man fire hospitalsterapeuter. Sygehuset har været meget bevidst om den vidensoverførsel, der sker med udflytningen af terapeuter, og håber ad den vej at kunne medvirke til at skabe en anden faglig kultur omkring træningsområdet i kommunerne. Med den samtidige udflytning af medarbejdere og opgaver håber lederen af terapifdelingen således på at kunne påvirke det kommunale træningsområde i retning af en mere sundhedsfagligt baseret praksis – frem for et politisk vedtaget serviceniveau.

8.3 Sammenfatning af case 3: Roskilde Amt og Greve Kommune

Udviklingen på træningsområdet i Greve Kommune

Træningsområdet i Greve Kommune har været udsat for radikale ændringer i de seneste år. Hvor de kommunale terapeuter i 2002 arbejdede meget isoleret og selvstændigt uden terapeutfaglig ledelse og organisatorisk tæt forbundet med hjemmeplejen og dens decentrale områdeorganisering, har de ved strukturreformens ikrafttræden fået en fælles terapeutfaglig ledelse, og er blevet placeret i et fagcenter med fokus på sundhed. Terapeutgruppen har dermed fået langt større indflydelse på, hvordan træningen organiseres og opgaverne fordeles. De kommunale terapeuter har derudover også opnået mulighed for monofaglig sparring og udvikling af egen terapeutfaglig identitet. Indførelse af BUM og kvalitetsstandarder har været medvirkende til, at terapeuterne som faggruppe er blevet mere afklarede med, hvilke opgaver der er terapeutopgaver, hvordan de skal varetages, og ikke mindst hvordan de som terapeuter kan bruge deres ressourcer bedst muligt.

Udviklingen på træningsområdet i Roskilde Amt

I 2006 blev hospitalsterapeuterne i Roskilde Amt samlet i Reumatologisk Afdeling gennem en sammenlægning af tre hidtil adskilte funktioner. Afdelingen ledes herefter af en afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og en ledende terapeut, som samtidig er leder af træningsområdet på Køge Sygehus. Derudover er der en ledende ergoterapeut og en ledende fysioterapeut på Roskilde Sygehus, som er underordnet afdelingsledelsen.

Den faglige udvikling, der er sket hos hospitalsterapeuterne i de senere år, har medvirket til en intensiveret træning for nogle diagnosegrupper og en generel større opmærksomhed på at skabe sammenhængende patientforløb. Til trods for tilførsel af ressourcer til træningsområdet i forbindelse med nye arbejdsopgaver er der i øget udstrækning blevet prioriteret mellem, hvilke patienter der tildeles genoptræning på sygehus. Det er hovedsagligt indlagte patienter med genoptræningsbehov, der tilbydes genoptræning, mens der i mindre udstrækning tilbydes ambulant genoptræning til specifikke patientgrupper. I Roskilde Amt har man haft fokus på at substituere genoptræningen på hospital, hvilket betyder, at nogle patienter må "egentræne", mens andre tidligere er blevet henvist til praktiserende fysioterapeuter med delvis egenbetaling.

Terapeuterne har i de senere år arbejdet med den skriftlige dokumentation: Udarbejdelsen af retningslinjer for forløb, genoptræningsplaner, hjemmebesøgsrapporter og ydelsesregistreringer. Dette er sket i erkendelse af, at dokumentation ikke længere kun er en faglig nødvendighed, men også fungerer som et økonomisk redskab.

Samarbejde på tværs af sektorgrænser

Hospitalsterapeuterne og de kommunale terapeuters samarbejde foregår væsentligst i forbindelse med udskrivelse fra sygehus, og der er en fælles oplevelse blandt terapeuterne af, at samarbejdet er blevet bedre gennem årene. Hospitalsterapeuterne finder, at det er lettest at kommunikere med de

kommuner, hvor kontakten kan gå direkte til en kommunal terapeut frem for gennem en visitator. Samarbejdsaftalen, der har været indgået mellem Roskilde Amt og Greve Kommune om kommunal genoptræning af patienter efter udskrivelse, har på flere måder været en fordel; bl.a. har de kommunale terapeuter fået erfaring med at genoptræne patienter efter sygehusindlæggelse.

Udlægningen af almindelig, ambulans genoptræning

Inden strukturreformen forventede man i Roskilde Amt, at ca. 2.500 patienter årligt skulle have almindelig, ambulans genoptræning i kommunerne, hvor Greve Kommune årligt skulle overtage ca. 400-440 patienter. Det svarede til i alt ca. 6,2 mio. kr., eller ca. 26 % af sygehusenes samlede ressourceforbrug til ergo- og fysioterapeutisk aktivitet. Det betyder, at der blev overdraget knap 16 ergo- og fysioterapeutiske helårsværk til kommunerne, hvor Greve Kommune modtog tre af dem.

En af de ledende hospitalsterapeuter er imidlertid af den opfattelse, at der i de kommende år vil ske en gradvis glidning i grænsedragningen mellem almindelig og specialiseret genoptræning. En kommunal chef påpeger, at genoptræningsområdet i de kommende år vil være et udgiftsområde i vækst grundet adskillelsen mellem det styringsmæssige ansvar, som er regionens – i kraft af adgangen til at udskrive genoptræningsplaner – og det økonomiske ansvar som er kommunens.

8.4 Sammenfatning af case 4: Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner samt Vestsjællands Amt

Udviklingen på træningsområdet i Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner

Ved strukturreformen blev Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner sammenlagt til Ods herred Kommune. Fælles for de tre kommuners træningsenheder i Dragsholm, Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner er, at der er sket en selvstændiggørelse, idet de alle – på forskellig vis – er blevet udskilt fra ældreplejen. Indtil 2001 var terapeuterne i Dragsholm Kommune en del af visitationsafdelingen. Herefter har de fungeret selvstændigt under ledelse af kommunaldirektøren og senest af lederen af Socialforvaltningens behandlingsdeling. I Nykøbing-Rørvig Kommune var terapeuterne organiseret som en selvstændig afdeling i den kommunale hjemmepleje, hvor træningen i Trundholm Kommune blev udliciteret til OK-Fonden i 2004.

Det er herudover gennemgående for træningsområdet i de tre kommuner, at der er sket en faglig oprustning og udvikling. Dette er betinget af flere forhold. Udarbejdelsen af kvalitetsstandarder har eksempelvis medvirket til, at der er kommet et øget fokus på træningsområdet samtidig med, at træningen er blevet mere målrettet. Helt konkret har adskillelsen af bestiller og udfører på træningsområdet⁹³ bevirket, at der blev indført individuelle revurderinger af borgernes træningsbehov med henblik på en vurdering af, hvorvidt der var grundlag for fortsættelse af træningen. Samtidig har omlægningen og samlingen af træningsområdet på centrene medført, at træningen i videre omfang kunne foregå, hvor faciliteterne var indrettet hertil. I Nykøbing-Rørvig Kommune har man søgt at lade social- og sundhedsassistenterne foretage hjemmetræning i tilknytning til genoptræning eller vedligeholdelsestræning (fx målrettet træning i forbindelse med indkøb). Dette tiltag er sket med henblik på at få plejepersonalet til at inddrage borgeren mere i de daglige aktiviteter i hjemmet. En kommunal nøgleperson mener, at der gennem de sidste år ligefrem er foregået et træningsmæssigt paradigmeskift: Hvor terapeuternes genoptræningsfunktion tidligere var meget tæt koblet til den sociale funktion i dagcentrene, er der i dag tale om mere målrettet træning (Nykøbing-Rørvig Kommune).

⁹³ BUM blev implementeret i Trundholm og Nykøbing-Rørvig kommuner, men ikke i Dragsholm Kommune hvor det var terapeuterne, der forestod visitationen til træning.

Udviklingen på træningsområdet i Vestsjællands Amt

Træningsområdet i Vestsjællands Amt har i årene op til strukturreformen været genstand for flere organisatoriske ændringer. Det amtslige træningsområde har tilsvarende det kommunale træningsområde i de tre sammenlægningskommuner været igennem en selvstændiggørelse, hvilket betød, at det i 2006 blev samlet i en selvstændig klinik: "Klinik for Rehabilitering", der organisatorisk hørte under Medicinsk Center. Klinikken havde tre afdelinger: Kalundborg (Kalundborg Sygehus); Holbæk (dækkende Holbæk og Nykøbing Sjælland sygehuse) og Slagelse (dækkende Slagelse, Ringsted og Korsør Sygehuse). Klinik for Rehabilitering blev ledet af to fysioterapeuter med underordnede ledende terapeuter i de tre afdelinger.

Ændrede behandlings- og genoptræningsmuligheder har i de seneste 10-15 år haft stor indflydelse på genoptræningstilbuddet og hvilke patienter, der er blevet genoptrænet på sygehusene. Fordi befolkningen generelt er blevet ældre, og overlevelsen for visse sygdomsgrupper er bedret, er flere ældre patienter og fx patienter med følger efter apopleksi blevet genoptrænet. Derimod er færre patienter med leddegigt blevet genoptrænet, da der er kommet nye medicinske behandlingsmuligheder for denne patientgruppe. Udviklingen på genoptræningsområdet har også betydet, at der i stigende omfang gives holdtræning og -undervisning i form af "KOL-skoler"⁹⁴ og hjerterehabilitering. Udviklingen i retning af kortere indlæggelser har ført til, at en stor del af genoptræningen foregår ambulantly.

Hospitalsterapeuterne, der tidligere var generalister, er i højere grad blevet specialister samtidig med, at de også i stigende omfang – under hensyntagen til det monofaglige aspekt – indgår i tværfaglige samarbejder med læger og sygeplejersker. Udviklingen er endvidere gået i retning af effektivisering, harmonisering og standardisering af genoptræningsforløbene. Men ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter har kravet til dokumentation, herunder udarbejdelsen af genoptræningsplaner betydet, at det administrative arbejde foregår på bekostning af genoptræningen af patienterne.

Samarbejde på tværs af sektorgrænser

Det er gensidigt, at hospitalsterapeuter og kommunale terapeuter ikke er helt tilfredse med trænings-samarbejdet, når det vedrører sektorovergangen. De kommunale terapeuter klager over, at patienterne ikke altid har været færdigtrænede ved udskrivelsen, samtidig med at de ønsker bedre kommunikation om patienterne. Tilsvarende har hospitalsterapeuterne heller ikke altid været tilfredse med de kommunale tilbud om vedligeholdelsestræning. De kommunale terapeuter gør opmærksom på, at konsekvenserne af implementeringen af BUM har været med til at mindske den direkte kommunikation med hospitalsterapeuterne, da det i denne organisationsform er visitator, og ikke den trænende terapeut, der har kontakten med sygehuset i forbindelse med fx udskrivningsmøder.

Imidlertid er såvel de kommunale terapeuters som hospitalsterapeuternes vurderinger af samarbejds-aftalen om kommunal genoptræning af patienter efter udskrivelse fra sygehus overvejende positive. Projektet har ført til øget forståelse for og indsigt i hinandens arbejdsvilkår og arbejdsmetoder. Samtidig har projektet fungeret som en generalprøve på strukturreformens ændringer på genoptræningsområdet.

Udlægningen af almindelig ambulantly genoptræning

I Vestsjællands Amt fastlagde man centralt, at alle sygehuse skulle afgive 37 % af deres terapeutnormering til kommunerne, idet 37 % af den samlede genoptræning på sygehusene i Vestsjællands Amt i 2005 var ambulantly genoptræning. Det svarede til ca. 44 terapeutstillinger og et budget på 15,4 mio. kr. For den nye Odsherred Kommune betød strukturreformen, at man modtog fem medarbejdere med

⁹⁴ Omfatter undervisning i sygdomshåndtering og genoptræning – for patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse.

et samlet årsværk på ca. 4,5 (fire terapeuter og en sygehjælper). Herudover kunne det forventes, at knap 1.000 patienter skulle have ambulans genoptræning, men skillelinjen mellem specialiseret og almindelig ambulans genoptræning var endnu ikke trukket i december 2006.

9. Diskussion

Strukturreformen igangsatte en udvikling, hvis konsekvenser viser sig over tid. I dette kapitel diskuteres centrale forhold på tværs af rapportens analyser, som begrænser sig til at afrapportere de umiddelbare konsekvenser af reformen.

Indledningsvist diskuteres reformens umiddelbare konsekvenser for snitflader og gråzoner på træningsområder (alle punkter er gengivet i figur 9.1 herunder). Der er nu økonomisk neutralitet mellem træning efter serviceloven og ambulantly genoptræning efter sundhedsloven. Men der er på den anden side kommet en ny snitflade mellem specialiseret og almindelig ambulantly genoptræning, og der er ikke længere økonomisk neutralitet mellem genoptræning og behandling, som nu betales af hver sin kasse, dog med en vis kommunal medfinansiering også af behandling. Herudover er der nu ulige vilkår for træning efter serviceloven og sundhedsloven i kraft af forskellige henvisningsstrukturer.

Reformen sigtede mod løsning af ét primært problem i relation til gråzonen mellem vedligeholdelsestræning og ambulantly genoptræning i tilknytning til sygehusindlæggelse. Men gråzoner er ikke det eneste væsentlige tema i den udvikling, træningsområdet har undergået. Andre dagsordner, som også præger udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen, er relevante at tage i betragtning, så som forløbskontinuitet, og i forlængelse heraf tværsektorielt samarbejde og vidensdeling hen over sektorgrænser, samt specialiseringsgrundlag og dermed spørgsmålet om faglig bæredygtighed i betydningen muligheden for at opnå tilstrækkelig volumen til at sikre en høj kvalitet i opgaveløsningen. Reformens konsekvenser for disse centrale sundhedspolitiske temaer diskuteres efter tur: Både de nye udfordringer i forhold til flere patientforløb med sektorovergange, de nye rammer for vidensdeling hen over sektorgrænsen og de nye muligheder for træning i borgerens nærmiljø. Endelig diskuteres centraliseringen via skabelsen af større kommunale træningsenheder versus konsekvenserne af decentraliseringen af genoptræning fra relativt få amtslige træningsenheder til flere træningsenheder i kommunerne.

Figur 9.1 Oversigt over strukturreformens umiddelbare konsekvenser på træningsområdet.

Muligheder	Udfordringer
1) Økonomisk neutralitet mellem ambulantly genoptræning og vedligeholdelsestræning .	2) Ny snitflade mellem specialiseret og almindelig ambulantly genoptræning. 3) Ikke længere økonomisk neutralitet mellem genoptræning og behandling . 4) Ulige vilkår for henvisning til træning efter serviceloven og sundhedsloven .
7) Mulighed for træning i patientens/borgerens nærmiljø .	5) Flere sektorovergange / mindre forløbskontinuitet , samt konsekvenserne for hospitalsterapeuternes nye rolle . 6) Vilkår for vidensdeling i forb. m. patienternes sektorovergang: - Færre hjemmebesøg fra sygehuse (grundet høj takst) - De kommunale terapeuters manglende adgang til patientjournaler/operationsnotater . - Nye begrænsninger i genoptræningsplanernes indhold.
8) Centralisering : Større kommuner giver større træningsvolumen og bedre specialiseringsgrundlag kommunalt.	8) Decentralisering : Udflytningen af ambulantly genoptræning giver lavere træningsvolumen og dermed dårligere specialiseringsmuligheder på sygehusene.

Note: Nummereringen i figuren følger afsnitsrækkefølgen i kapitlet.

Strukturreformen og dens umiddelbare konsekvenser for træningsområdet bør imidlertid ses i en større udviklingsmæssig kontekst, hvorfor der afsluttes med en diskussion af de langsigtede udviklings-

træk på træningsområdet, hvor terapeuternes organisatoriske samling, selvstændiggørelse og faglige udvikling er i fokus.

9.1 Gamle og nye snitflader på træningsområdet

Som det fremgik af kapitel 3 om genoptræningsområdets historik, var en væsentlig baggrund for udflytningen af ambulante genoptræning til kommunerne, at fjerne den gråzone som i årevis havde eksisteret mellem kommuner og sygehuse på træningsområdet, fordi der ikke var økonomisk neutralitet i den glidende overgang mellem vedligeholdelsestræning og genoptræning efter indlæggelse.

Derudover gav skellet mellem vedligeholdelsestræning og genoptræning ikke nogen klar og anvendelig snitflade, men snarere et stort behov for etablering af lokale aftaler om snitfladernes operationalisering i praksis. I en af de fire cases – Vejle Amt – gik man så vidt, at man ikke blot søgte en fælles lokal forståelse af lovens snitflade. I stedet gik man bort fra lovens begreber, og droppede enhver tale om vedligeholdelsestræning og genoptræning, idet man lod en anden ramme, ICF-klassifikationen, udgøre fundamentet for etableringen af en snitflade, som gav betydelig mere mening for terapeuter i begge sektorer. Dette er blot et eksempel på, at hvis man centralt laver snitflader, der ikke passer med en terapeutfaglig arbejdslogik, så kræver det et stort lokalt fortolknings- og oversættelsesarbejde at gøre begreberne operationelle i praksis.

Set i lyset af de mange og vedvarende gråzoneproblemer, der har præget træningsområdet historisk, kan det derfor ikke undre, at der i det indledende arbejde med strukturreformen blev lagt stor vægt på, at der nu skulle trækkes klare grænser på træningsområdet. Således slås det i bemærkningerne til sundhedsloven fast, at kommuner får *”ansvaret for al den træning, der ikke foregår under indlæggelse på sygehus”*(1). Helt i tråd med dette slår ministeriets notat om bodeling fast, at hovedreglen på det ambulante område nu er, at kommunerne enten selv kan hjemtage træningen eller indgå aftaler med andre om varetagelse af opgaven. Og at det *”som en undtagelse hertil gælder, at genoptræningsydelser skal leveres i det regionale sygehusvæsen, hvis patienten har behov for specialiseret ambulante træning”*(2).

Udflytningen af den ambulante genoptræning til kommunerne har imidlertid medført, at man med løsningen af ét problem – i form af fjernelse af én snitflade – har skabt nye snitflader, som giver nye udfordringer. Spørgsmålet er, om de nye snitflader er lettere at arbejde med i praksis, og giver færre gråzoner end før strukturreformen. Den nye struktur betyder, at de patienter, som skal have ambulante genoptræning efter sundhedslovens § 140, ikke længere befinder sig i en gråzone præget af forskellige finansieringsmodeller med risiko for kassetænkning til følge. Spørgsmålet er imidlertid, hvilke andre udfordringer reformen skaber – både for denne patientgruppe og for andre.

9.1.1 Specialiseret versus almindelig ambulante genoptræning

Den nye snitflade mellem specialiseret og almindelig ambulante genoptræning giver ikke sig selv på enkel og indiskutabel vis i praksis. Der er to aspekter af denne grænsedragning, som skaber grobund for gråzoneproblemer: 1) som led i selve udflytningsprocessen at afgøre hvilke genoptræningsopgaver som skal flyttes ud i kommunerne, og 2) efterfølgende og løbende at afgøre hvilke patienter der indenfor givne diagnoser skal tilbydes specialiseret henholdsvis almindelig ambulante genoptræning, eller hvornår patienterne eventuelt kan overgå fra specialiseret til almindelig ambulante genoptræning.

Ad 1) Bodelingsvanskeligheder: Hvad skal ud – hvad skal blive?

Det første aspekt af den nye sektorgrænse omhandler selve bodelingen, som danner grundlag for udflytningen: For det første skal det afgøres, om der er patienter, der – som følge af deres diagnose –

skal tilbydes specialiseret ambulante genoptræning. Dette kan enten forekomme i kraft af, at der 1) kræves et samtidigt og/eller tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau, og/eller 2) det af hensyn til patientens sikkerhed er påkrævet (2). Vurderingen af, hvilke konkrete diagnoser der ifølge denne definition kræver specialiseret genoptræning, er helt afhængig af den lokale forhandlingsproces, idet der er stort rum for fortolkning.

Imidlertid findes der også diagnoser, som er både/og. Primært fordi der indledes med specialiseret ambulante genoptræning, hvorefter patienten overgår til almindelig ambulante genoptræning i kommunen. Det beror altså på en vurdering, hvilket betyder, at der for fx hjerterehabilerings- og KOL-patienters vedkommende er forskellige vurderinger af, hvor stor en andel af patienterne i disse diagnosegrupper, der er så dårlige, at de kvalificerer sig til specialiseret genoptræning. I Fyns Amt vurderede man således, at 80 % af KOL-patienterne skulle have specialiseret, og de resterende 20 % almindelig ambulante genoptræning, mens man på den anden side af Lillebælt kom frem til, at det var 50 %, der havde behov for specialiseret, og 50 % der havde behov for almindelig ambulante genoptræning.

Ad 2) En ny snitflade i hverdagen

Imidlertid peger flere informanter på, at udflytningen ikke er nogen enkeltstående handling, som finder sted én gang for alle, men snarere skal ses som startskuddet til en længere proces, hvor flere opgaver med tiden flyttes ud, efterhånden som kommunerne får opbygget organiseringen såvel som kompetencerne til at hjemtage flere genoptræningsopgaver:

”Jeg tror, at gråzonen mellem hvad der er almen, og hvad der er specialiseret, bliver til diskussion lang tid endnu, fordi kommunerne vil have, at vi skal diskutere den snitflade. Og jeg tror også, der bliver lagt mere og mere ud til kommunerne, og at den specialiserede ambulante genoptræning bliver mindre og mindre på sigt” (ledende hospitalsterapeut).

Efter en årrække vil kommunerne sandsynligvis få en større del af det ambulante område, end de fik ved startskuddet til reformen. Men det ændrer ikke ved, at der ikke er trukket nogen klar og entydig grænse ved sygehusets mure. Og det er langt fra undtagelsen, at den ambulante patient får ambulante genoptræning på sygehus.

Idet det ikke alene er diagnosen, men ofte patientens tilstand, herunder sygdommens sværhedsgrad, der er afgørende for, hvorvidt der er tale om specialiseret ambulante genoptræning eller almindelig ambulante genoptræning, er der åbnet op for løbende faglige vurderinger. Der er derudover også behov for at foretage en vurdering af, hvornår en patient kan overgå fra specialiseret ambulante genoptræning i sygehusregi til almindelig ambulante genoptræning i kommunen.

Selvom der således er foretaget en bodeling i forbindelse med strukturreformen, er det fortsat nødvendigt at foretage vurderinger i hverdagen af, hvor patienterne hører hjemme: I sygehusregi eller i kommunalt regi? Dels fordi nogle diagnoser som udgangspunkt både kan være specialiseret henholdsvis almindelig ambulante genoptræning – afhængig af omstændighederne – og dels fordi det også er en vurderingssag, om kriterierne for sikkerhed og tværfaglighed skal træde i kraft ved særligt komplicerede tilfælde af ellers udflyttede diagnoser.

9.1.2 Genoptræning versus behandling – en ny form for kassetænkning?

Reformen har etableret en ny snitflade inden for det regionale driftsområde: De terapeutiske ydelser i sygehusregi deles op i behandling og genoptræning på basis af en afgrænsning, der tager udgangspunkt i hospitalsterapeuternes anvendelse af fysioterapeutiske og ergoterapeutiske SKS-koder (se evt. kapitel 3).

Men allerede i det indledende arbejde vurderede en sundhedsfaglig arbejdsgruppe, der var nedsat af Sundhedsstyrelsen til bl.a. at *"beskrive den indholdsmæssige afgrænsning mellem genoptræning og behandling"*, at en sådan opdeling/afgrænsning ikke gav mening i den daglige praksis:

"En sådan opdeling/afgrænsning har ikke noget fagligt formål, idet behandling og genoptræning i den praktiske kliniske hverdag oftest er tidsmæssigt sideløbende og tæt forbundne elementer, samt at afgrænsningen derfor udelukkende kan ses i et økonomisk perspektiv" (3).

I forbindelse med de økonomiske forhandlinger om ressourcfordelingen på genoptræningsområdet (DUT-forhandlingerne) blev sondringen mellem behandlingsydelser og genoptræningsydelser da også netop brugt som grundlag for fastsættelse af kommunernes fremtidige medfinansiering på træningsområdet. Det medførte to ting, der relaterer sig til henholdsvis bodelingen og kommunernes løbende medfinansiering af behandling henholdsvis genoptræning:

1. I forbindelse med bodelingen blev kommunerne alene kompenseret for den del af ydelserne, der omfatter genoptræning, idet ambulante behandling ligesom specialiseret ambulante genoptræning fortsat forventes udført på sygehusene.
2. Den kommunale medfinansiering afhænger af terapeuternes ydelseskodning: Kommunerne finansierer specialiseret ambulante genoptræning 100 % på basis af de ambulante genoptræningstakster, hvor kommunerne medfinansierer genoptræning under indlæggelse med 70 % af den stationære genoptræningstakst. Men hvis ydelserne kodes som behandling, afregnes den terapeutiske behandling ikke særskilt, idet den indgår som en del af den øvrige sygehusbehandling, hvor den samlede kommunale medfinansiering i store træk udgør 30 % af henholdsvis DRG- og DAGS-takster.

De tre typer af terapeutiske ydelser på sygehusene (med)finansieres således med henholdsvis 100 % for specialiseret ambulante genoptræning, 70 % for stationære genoptræning og (op til) 30 % for terapeutisk behandling⁹⁵ (ambulante eller stationære). Der er dermed ikke økonomisk neutralitet mellem de forskellige typer terapeutiske ydelser på sygehusene. Gråzonen er i den forstand ikke længere kun et spørgsmål om sektorgrænser, men er hermed flyttet ind på sygehusene.

Det betyder, at den kommunale medfinansiering på genoptræningsområdet afhænger af, om hospitalsterapeuterne koder kontakten med patienterne som 'behandling' eller som 'genoptræning'. Og også i dette tilfælde er der tale om en vurdering, idet der er overlap mellem behandling og genoptræning, som det fremgår af arbejdsgruppens resultater; tre af SKS-koderne blev vurderet at være halvt genoptræning og halvt behandling, idet det afhang af konteksten (4).

9.1.3 Ulige vilkår for træning efter serviceloven og sundhedsloven: En styringsmæssig udfordring

Både de kommunale terapeuter og deres ledere giver udtryk for, at de udflyttede genoptræningsopgaver er spændende: De bringer både ressourcer, faglige udfordringer og udvikling med sig, samtidig med at de muliggør en øget specialisering hos de kommunale terapeuter og dermed faglig udvikling. De nye opgaver er desuden generelt kendetegnet ved mulighed for hurtigere og mere synlige resultater sammenlignet med vedligeholdelsestræningen, som det er betydeligt sværere at måle direkte effekt af. Både fordi den retter sig mod en tungere målgruppe, og også fordi den grundlæggende set er forebyggende. Der er alt i alt så stort fokus på de nye opgaver, at det får flere kommunale terapeuter til at understrege, at kommunernes gamle målgruppe af primært svage ældre borgere, som modtog træning efter serviceloven, risikerer at blive nedprioriteret, fordi der er så stort fokus på de nye opgaver.

⁹⁵ Med det forbehold at de terapeutiske behandlingskoder ikke er takstfastsat.

ver – en bekymring der i øvrigt deles af Ældresagen, der også forventer, at der vil blive ventetid på vedligeholdelses- og genoptræningsområdet (3). To kommunale terapeuter forklarer:

“Vi skal passe på, at vi ikke taber de svage; vores gamle målgruppe fra før 2007 – at den ikke forsvinder i de mængder, vi har lige i øjeblikket af knæoperationer, rygoperationer og inkontinente damer og skulderpatienter [nye § 140 opgaver]. De vælter jo ind! Og der skal vi, der kender den målgruppe, være gode til at holde fast i at prioritere dem også” (kommunal fysioterapeut).

“Og måske er der også mange – især fysioterapeuter – der synes, at det er lidt mere spændende at arbejde med et nyopereret knæ end med en gammel dame, der har ondt her og der og alle vegne” (kommunal fysioterapeut).

“Det handler om den komplekse situation hos borgeren kontra det specialiserede. Og som jeg har set det, har vi før været gode til at tage hånd om det hele og sørge for, at de kom videre et sted, at vi ikke bare gav dem en ydelse og så forsvandt” (kommunal ergoterapeut).

Terapeuterne peger her på, at det, der kendetegner mange af de tunge borgere i servicelovens målgruppe, er en høj grad af *kompleksitet*, mens træningen efter udskrivelse er mere specialiseret, men samtidig er situationen mindre kompleks. Den høje grad af kompleksitet kan være betinget af fx en eller flere kroniske baggrundslidelser, og at borgerne modtager ydelser fra mange kommunale og regionale aktører samtidigt. En gruppe af kommunale terapeuter beskriver i fællesskab kompleksiteten i denne målgruppe på følgende vis:

“Især indenfor det ortopædkirurgiske område [handler det om] at få åbnet øjnene lidt for, at det ikke kun handler om at få beskrevet den her hofte, men det handler om at få beskrevet den her kvinde, fordi vi jo opdager så tit, at det er nogle helt andre ting, vi kommer til at stå med, når vi ser kvinden. Altså prøve at forholde sig lidt til, hvad er det for en person, og erkende den kompleksitet der kan være, når man er en ældre kvinde på 78: Så har man altså ikke bare et hoftebrud. Så har man tre andre diagnoser, og der er tit mange piller i pillerlaset. Der er rigtig mange ting, som man skal have taget med i sine overvejelser. Konkurrerende lidelser, angst og alt det her med at gå i stå i sin hverdag. Og hvad er vigtigt for den her borger? Et hoftebrud er jo ikke bare et hoftebrud. Der er nogle af dem vi tager, hvor man på sygehuset ville sige: ‘Vedkommende er færdigtrænet, nu kan hun komme ud og klare sig selv’. Så kommer de ud i kommunen, og så viser det sig, at det kan godt være, hun er kropsligt færdigtrænet, men nu er hun lige pludselig blevet bange for at falde, så nu tør hun ikke at gå ned i Netto mere, som hun turde før. Så nu skal der altså lige et skub til der, ellers sidder hun hjemme og tager ikke trappen mere, fordi nu er hun blevet bange. Og så bliver der noget depressivt i det også, fordi nu sidder hun pludselig bare hjemme i sin lejlighed og kommer ikke ud af den lejlighed, og så begynder der måske at komme lungebetændelse til og alt mulig andet, fordi hun ikke får sig bevæget, og hun mister appetitten.”

Denne form for kompleksitet rækker langt ud over en snæver forståelse af både genoptræning og vedligeholdelsestræning. Den kalder på en mere rehabiliterende tankegang, som ofte er koblet med både tværfagligt og tværorganisatorisk samarbejde – en opgave som tager tid, og som ikke er specifikt terapeutfaglig, og som det er svært at dokumentere en direkte effekt af.

Herudover er der også mere strukturelle grunde til at være opmærksom på kommunernes gamle opgaver efter serviceloven i relation til det nye ansvarsområde: genoptræning efter sundhedsloven. For lige meget hvor bevidste terapeuterne er om servicelovens målgruppe, så skal kommunerne prioritere de patienter, som henvises efter sundhedsloven fra sygehusene med en genoptræningsplan. Derimod afgøres det ved kommunal visitation, om der skal ydes træning efter serviceloven. Kommunen kan på

dette område lægge sit eget serviceniveau samtidig med, at disse borgere ikke har krav på en genoptræningsplan. Ved henvisning efter sundhedsloven afgør den kommunale visitation imidlertid ikke, om der skal ydes træning. Kommunen afgør alene i hvilket omfang. Disse strukturelle forskelle på de to områder understøtter yderligere terapeuternes bekymring for de svage ældre borgere med komplekse problemstillinger, og de frygter, at denne gruppe borgere bliver en buffer for kommunerne ved resourceknaphed.

Udfordringen for kommunerne er, at de fremover skal tage ansvaret for to driftsområder inden for rammerne af serviceloven og sundhedsloven. Tilgangen af borgere, der skal trænes i henhold til serviceloven, kan kommunerne selv styre gennem visitationen og fastsættelsen af de politiske servicemål. Men adgangen til ambulans genoptræning efter sundhedsloven kan kommunerne ikke styre – da det er sygehusene, der visiterer hertil. For at opnå et minimum af kontrol har kommunerne derfor undervejs i processen været fokuserede på at sikre kontrollen over indholdet af genoptræningsplaner, når de nu ikke kan få kontrol over antallet af genoptræningsplaner.

9.2 Ny sektorovergang, mindre forløbskontinuitet og hospitalsterapeuternes nye rolle

Udflytningen af den almindelige ambulante genoptræning efter indlæggelse skaber et sektorskift for en lang række patienter. Før reformen trænede patienterne i sygehusregi både under og efter indlæggelse. Flere steder sørgede man for, at det var den samme terapeut, der fulgte patienterne hele vejen gennem forløbet. Dette kan ses som en naturlig følge af den sygdoms- og diagnoseorienterede faglige specialisering af terapeuterne, som har fundet sted på sygehusene. Efter reformen skal patienter med behov for almindelig ambulans genoptræning imidlertid henvises fra sygehus til kommune. Denne ændring får konsekvenser for den forløbskontinuitet, som hospitalsterapeuterne så som en styrke i den gamle struktur. En ledende hospitalsterapeut forklarer:

”Det har været vigtigt for terapeuterne, at de har kunnet se et helt forløb: At de har haft dem i den akutte fase, og så har kunnet gå ind og overtage patienterne, når de blev udskrevet, og gik ind i den ambulante fase. De havde hele forløbet. Og der lagde vi vægt på de fire berømte K’er, som vi havde styr på: For det første, kerneydelse med høj faglig kvalitet, for det andet at der er en gennemgående kommunikation, for det tredje at der er kontinuitet igennem hele forløbet, at det er den samme terapeut, og for det fjerde at det er den samme der koordinerer. Vi har set det som en fordel, at de har kunnet opfylde de fire K’er” (ledende hospitalsterapeut).

Den nye struktur ændrer snitfladen og dermed forløbene for patienterne. Det får følgende konsekvenser for patienterne:

”Der sker nu et cut [i patientforløbene], som går imod det, patienterne gerne vil, nemlig at der er kontinuitet, at der er klar kommunikation, og at det er koordineret hele vejen igennem” (ledende hospitalsterapeut).

Men udviklingen har også betydning for indholdet af hospitalsterapeuternes arbejde, og dette er både en konsekvens af udflytningen og dermed de nye sektorovergange, men også den generelle udvikling mod mere accelererede patientforløb:

”Nu har man accelererede forløb. Det kræver kompetente terapeuter, der skal kunne lave en meget hurtig undersøgelse og vurdering af patientens genoptræningsbehov, og kunne levere den undersøgelse og vurdering hurtigt ud til kommunerne. Så deres rolle bliver mere konsultation end behandlingsrolle” (ledende hospitalsterapeut).

"Genoptræningen ændrer sig fra at være en genoptræningsproces, hvor man havde mulighed for at se et forløb fra start til næsten slut. Nu er de terapeuter, der bliver på sygehuset, mere ekspeditionssekretærer: Her er en patient, som er inde i fem dage, og der skal vi nå det og det, og så skal vi sørge for at lave genoptræningspapirer og så sende dem videre. Det vil gælde for både kirurgi og medicin. Man får ikke en afslutning på dem. Det bliver visitation og vurdering" (hospitalsterapeut).

"Jeg tror vi har haft en kæmpe fordel ved at kunne følge patienten og se et kontinuerligt forløb. [...] Man lærer af at se, hvordan folk rykker sig fra dag et til dag 30, hvor de også kan være kommet hjem. [Fremover] får man ikke helheden med, man ser kun de korte forløb og nyt hele tiden. Og man når ikke ind under huden på folk" (hospitalsterapeut).

Hospitalsterapeuterne havde således fået opbygget en arbejdsform, hvor de lagde vægt på kontinuiteten, hvilket muliggjorde specialisering på fagområder, samtidig med at terapeuterne fulgte hele forløb, hvilket gav mulighed for at udvikle fagspecifikke områder. Reformen fjerner grundlaget for begge dele, hvilket ændrer hospitalsterapeuternes arbejde radikalt. Set i en hospitalsterapeutics optik reducerer denne udvikling dem til "ekspeditionssekretærer", som en udtrykker det. Der er behov for at finde en ny positiv faglig identitet i forhold til at være specialister i udredning og vurdering.

Der er ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter også en anden grund til, at den specialiserede hospitalsterapeut forsvinder: Nogle steder er de tilbageværende træningsenheder på sygehusene ganske enkelt blevet så små, at det er nødvendigt, at hospitalsterapeuterne igen bliver generalister, idet de ellers ikke kan dække hele feltet af genoptræningsopgaver. Og det kan ifølge en af de ledende hospitalsterapeuter medføre et fald i kvaliteten af sygehusenes specialiserede genoptræning.

Andre hospitalsterapeuter peger på, at sygehusene nu mister førerpositionen i relation til udviklingen inden for faget, idet det tidligere har været på sygehusene, at alle nye behandlinger blev påbegyndt. De stiller derfor spørgsmål ved, hvor den faglige udvikling, der er knyttet til at have kendskab til og viden om genoptræningsforløb fra start til slut, skal foregå, når genoptræningsforløbene og dermed ansvarsområdet deles op på to sektorer, og ingen af sektorerne længere har overblik over og ansvar for hele genoptræningsforløbet.

Hospitalsterapeuternes arbejde bevæger sig dermed fra at omfatte behandling og genoptræning til i højere grad at skulle varetage konsulentfunktioner med fokus på hurtige vurderinger og udredninger.

Samlet set betyder udflytningen af genoptræning, at flere patienter får en sektorovergang. Og enhver sektorovergang betyder, at ét forløb afsluttes, og et andet startes i et nyt regi, hvilket altid er forbundet med en risiko for ventetid og brud på kontinuiteten i forløbet. I og med at flere patienter udskrives hurtigt fra sygehus, ligger den nye sektorovergang relativt tidligt i patientforløbet. Dette er blandt andet årsagen til, at flere hospitalsterapeuter i forbindelse med udflytningen har søgt at få indflydelse på, hvor lang tid der må gå fra udskrivelse, til kommunen kontakter patienten. De peger på, at ventetid og pauser i den tidlige fase kan være afgørende for det endelige resultat af genoptræningsindsatsen. Specielt er det afgørende, at træningen iværksættes hurtigt efter visse operative indgreb. Med det stigende antal patienter med sektorovergange i genoptræningsforløbet (en følge af strukturreformen) bliver det en udfordring at undgå ventetid og dermed pauser i forløbene.

9.3 Vidensdeling på tværs af sektorerne

Både hospitalsterapeuterne og de kommunale terapeuter peger på, at den nye snitflade skaber et større behov for vidensdeling henover sektorgrænsen. Personlig kontakt ligesom informations- og

vidensudveksling er forudsætninger for kontinuitet, sammenhængende forløb og kvalitet i de enkelte patientforløb.

Men flere forhold peger i retning af, at der fremover vil være både *mindre* personlig kontakt og vidensdeling – ikke *mere*:

1. For det første forventes der en nedgang i antallet af **hjemmebesøg** initieret af hospitalsterapeuterne.
2. For det andet gør det sig gældende, at de kommunale terapeuter ikke har samme lette adgang til **patientjournaler**, herunder særligt operationsnotater på kirurgiske patienter som hospitalsterapeuterne har.
3. For det tredje er der med lovændringen kommet nye begrænsninger i indholdet af **genoptræningsplaner**.

I det følgende uddybes disse forhold.

Hospitalsterapeuterne har på baggrund af dialogen med de kommunale terapeuter i udflytningsprocessen en forventning om, at hospitalsterapeuternes **hjemmebesøg** i forbindelse med overdragelsen af patienter til kommunalt regi vil forsvinde. En hospitalsterapeut forklarer:

“Jeg tror, at hjemmebesøgene ikke kommer til at findes mere. Dem har vi brugt rigtigt meget i geriatrien for at få helheden i patientens tilværelse til at passe sammen med, hvad vi finder frem til og få det overført til hjemmet. Vi kan allerede nu mærke, at de [kommunale terapeuter] siger, at ‘vi vil ikke have besøg af jer, I er for dyre’. Det betyder, at den viden, som vi sidder med, den kommer ikke til at følge med. Man kan godt overgive noget viden, men ikke på samme måde som når man følger med patienten i eget hjem. Der kommer til at gå noget viden tabt, fordi vi ikke kan vise de situationer, som er trænet på sygehuset. Fx en forflytning fra stol til seng, det har vi jo trænet herinde ud fra patientens funktion, og den skal så overføres til hjemmet. Det kan vi bedre gøre, fordi vi ved lige præcis, hvordan patienten fungerer på nuværende tidspunkt” (hospitalsterapeut).

Baggrunden er, at den højeste genoptræningstakst **udløses**, når der er foretaget et hjemmebesøg; hjemmebesøg er således den udløsende faktor for den højeste genoptræningstakst.⁹⁶ Efter strukturen er det kommunerne, som skal betale, og ikke sygehusene/regionerne, hvorfor der måske fra kommunal side kan være et ønske om, at sygehusene ikke gennemfører hjemmebesøg, idet den øvrige del af genoptræningen dermed vil være takseret lavere.

En anden kilde til informations- og vidensdeling i overdragelsesfasen er **patientjournalerne** – herunder operationsnotaterne. Hospitalsterapeuter har adgang til operationsnotater, i det omfang de har behov for det. Disse bliver i vid udstrækning brugt som udgangspunkt for den videre behandling og genoptræning af patienten. Men denne adgang vil de kommunale terapeuter ikke automatisk få:

“Terapeuterne på sygehuset har altid kunnet have adgang til operationsnotat, og det er indenfor ortopædkirurgi meget vigtigt, at man ved, hvad det er, man gør, når man går ind i sådan et skulderled. Der er flyttet lidt rundt på nogle sener, og der er mejslet lidt af der, og man kan sætte sig ind i, hvad det er, og man ved det lige nøjagtigt – man kan næsten se det for sig. Og man lærer meget af at læse operationsbeskrivelser. Den viden går tabt for terapeuter, der sidder ude i kommunerne, og som måske ikke har de nødvendige oplysninger om patienten med ud til at kunne bedømme” (hospitalsterapeut).

⁹⁶ Se evt. oversigt over takster og koder i kapitel 3.

Hospitalsterapeuterne er af den opfattelse, at de kommunale terapeuter får et ringere vidensgrundlag for den postoperative genoptræning, fordi de ikke automatisk er sikret adgang til operationsbeskrivelsen.⁹⁷ Hertil kommer, at flere af de kirurgiske hospitalsterapeuter har overværet operationer, og dermed også har et andet grundlag for at læse og anvende operationsbeskrivelserne som grundlag for genoptræningen.

Et tredje redskab til vidensdeling har været **genoptræningsplanerne**. Planerne bibeholdes, men deres indhold skifter karakter (genoptræningsplanerne skal fremover forholde sig til krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau) såvel som deres funktion. I mange amter blev planerne før reformen brugt i forbindelse med de lokale samarbejdsaftaler, hvor kommunerne udførte træning for amterne på basis af beskrivelserne af mål og metoder i genoptræningsplanerne. Efter strukturreformen må genoptræningsplanerne ikke længere indeholde en beskrivelse af den genoptræning, som hospitalsterapeuterne fremadrettet ville foreslå med baggrund i den viden og erfaring, den enkelte terapeut havde med en given patient. Efter reformen understreges det, at genoptræningsplanerne ikke er en ydelsesanvisning, samtidig med at kommunerne ønsker at beholde visitationsretten:

”Genoptræningsplanen er ikke en ydelsesanvisning, men skal indeholde en funktionsvurdering, og hvad en genoptræningsindsats som minimum skal målrettes” (5).

”For kommunerne er det naturligvis væsentligt at sikre sammenhæng mellem kompetence og ansvar og dermed retten til at visitere. Genoptræningsplanerne bør alene omhandle en lægefaglig vurdering af genoptræningsbehovet, og ikke hvordan genoptræningen skal tilrettelægges og udføres” (6).

Som det antydes, er årsagen til ændringerne i genoptræningsplanerne strukturel: Kommunerne har måttet acceptere, at det er sygehusene, som henviser til den almindelige ambulante genoptræning, som kommunerne nu har ansvaret for at udføre og finansiere. For at sikre så meget kontrol som muligt med dette driftsområde har kommunerne søgt at minimere den regionale indflydelse og begrænse den til en ren henvisningsopgave. Derfor gør den nyeste ministerielle vejledning på træningsområdet det meget klart, hvad planerne ikke må indeholde:

”Genoptræningsplanerne skal ikke indeholde en beskrivelse af den funktionsevne, der kan forventes som resultat af genoptræningen. Genoptræningsplanen skal heller ikke indeholde en beskrivelse af metode, omfang og karakter af den genoptræningsindsats, der skal ydes til den enkelte patient efter udskrivning fra sygehus” (7).

En ledende hospitalsterapeut forklarer, hvilken problemstilling dette skaber ud fra et patientforløbsperspektiv med vægt på vidensdeling og kontinuitet:

”I første omgang er det genoptræningsplanen, som skal anvendes til at skabe kontinuitet. Kommunerne har stillet krav om, at der fra sygehusets side laves en beskrivelse af det tidligere og det nuværende funktionsniveau, og hvad træningen kan rette sig imod på det overordnede plan. Men så er det også slut fra vores side. Kommunerne har stillet som krav, at sygehusene ikke må anbefale teknikker, metoder, antal gange, tid – det skal kommunerne, fordi de betaler, så de vil også være med til at sætte serviceniveauet. Så vi kan kun anbefale via genoptræningsplanen. Og det er det nye: Det er den kommunale terapeut, der sætter mål og handleplaner for patienten. Og det ville vi jo egentlig gerne have været med til: At opstille mål og handleplaner sammen med patienten. Men det er den kommunale terapeut, der gør det nu” (ledende hospitalsterapeut).

⁹⁷ Det er imidlertid muligt at vedhæfte operationsbeskrivelsen til genoptræningsplanen efter tilsagn fra patienten. Dette er i nogle tilfælde praksis jf. genoptræningsrapporten fra Region Midtjylland (4).

De kommunale terapeuter giver udtryk for, at deres erfaringer er, at der ofte har været et meget stort råderum for dem i forhold til at sætte nye, mere opdaterede og for patienterne relevante mål, når de var kommet hjem. De kommunale terapeuter har altså ikke oplevet, at de var reduceret til et udførende led, uden indflydelse på den træning de udførte. Men med de nye retningslinjer for genoptræningsplanerne oplever hospitalsterapeuterne derimod, at de reduceres til 'ekspeditionssekretærer', som er pålagt ikke at vidensdele hen over sektorgrænsen. Deres erfaringer, vurderinger og forslag til det videre forløb må ikke længere indgå i genoptræningsplanerne, til trods for at det netop er dem, der har ekspertisen på det tidspunkt, hvor patienterne overgår til almindelig ambulans genoptræning i kommunen.

Begrænsningen af genoptræningsplanernes indhold er ikke udtryk for et bevidst ønske om at hindre vidensdeling. Ministeriets vejledning gør det klart, at man stadig ønsker sammenhæng, vidensdeling og at undgå ventetid og (uhensigtsmæssige) pauser i træningsforløbene:

*"Formålet med genoptræningsplanerne er at sikre målrettede, **sammenhængende** og effektive genoptræningsforløb for patienter, der har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen skal **sikre relevant information** til den (eller de) sundhedsperson(er), der skal yde genoptræningsydelsen til patienten samt sikre information til patienten, patientens alment praktiserende læge og kommunen." ... "Det er væsentligt at tage hensyn til, at den enkelte patients videre genoptræning efter udskrivning fra sygehus skal tilrettelægges således, at genoptræningen **påbegyndes snarest muligt** og på en sådan måde, at der sikres sammenhæng, faglig kvalitet og effektivitet i det enkelte patientforløb, så målsætningen med den enkelte genoptræningsplan kan realiseres" (7) [fed tilføjet].*

Der er snarere tale om en utilsigtet konsekvens af den valgte struktur i forhold til delingen af henvisningsret og -udførelse samt finansiering af den almindelige ambulante genoptræning.

Teoretisk set kunne hospitalsterapeutens formidling af viden om den enkelte patient erstattes af fx telefonisk kontakt med den kommunale terapeut, som skal overtage genoptræningen. Men kommunernes stigende brug af BUM, og dermed visitation til træning, betyder, at der er et ekstra led mellem hospitalsterapeuter og de kommunale terapeuter i forbindelse med sektorovergangen, og det vanskeliggør kommunikationen mellem de trænende terapeuter i de to sektorer.

Med baggrund i disse udviklingstendenser i relation til vidensdeling hen over sektorgrænsen forudsiger en ledende hospitalsterapeut et øget behov for samarbejde hen over sektorgrænserne:

"Jeg tror ikke på, at gråzonerne bliver ophævet nu med den nye kommunalreform, selvom det er tanken med den, hvis vi ikke bliver dygtigere til at samarbejde mellem sektorerne" (ledende hospitalsterapeut).

Reformens omfordeling af opgaver og ansvar skaber altså et øget behov for sektorsamarbejde og vidensdeling – men den implementerede struktur ser ud til at pege i den modsatte retning.

9.4 Fokus på træning i nærmiljøet

Reformens grundlæggende præmis – at patienter så vidt muligt bør træne i nærmiljøet – vækker genklang blandt kommunale terapeuter såvel som hospitalsterapeuter. En ledende hospitalsterapeut peger således på, at forskning på området taler for træning i borgerens eget hjem:

"Evidensen siger, at det er mere overførbart for patienten, at man træner i patientens hjem, fx i køkkenet derhjemme, end at man træner i et træningskøkken oppe på afdelingen. Det er derfor, vi har lavet følge-hjem-projektet. Det har været træning i patientens eget hjem – eller ud fra patientens hjem til deres deltagelse i samfundet. Det er kommet meget med den viden-

skab, der hedder "movement science", som siger, at det er vigtig at træne i et for patienten forståeligt miljø, og det er patientens hjem og nærmiljø" (ledende hospitalsterapeut).

Men det er ikke bare evidensen, som peger i den retning. På Fyn havde man i årene op til reformen fået erfaringer med vigtigheden af at træne patienterne i deres nærmiljø, dette var bl.a. baseret på et projekt om apopleksipatienter, og som nævnt et følge-hjem-projekt (8). I Fredericia Kommune og Vejle Amt, hvor man samarbejdede på basis af ICF-klassifikationen, var man af den overbevisning, at træning i standardiserede omgivelser kun tillod patienten at komme et vist stykke af vejen, og at der på et tidspunkt i forløbet var brug for at træne specifikke aktiviteter i hjemlige omgivelser – og det var netop her, at kommunen tog over fra sygehuset. Det sundhedsfaglige argumentet for udflytningen er således, at nærheden har en direkte virkning på resultatet. En af de ledende hospitalsterapeuter forventer da også, at patienterne i øget udstrækning vil blive trænet i eget hjem:

"Jeg tror, at det der sker for vores gamle patienter, de ældre, det vil være, at man eksempelvis vil byde på mere træning i eget hjem. Det vil være rigtig godt" (ledende hospitalsterapeut).

Et væsentligt argument for udflytningen handlede således om nærhed set fra et patientperspektiv. Her blev det antaget, at genoptræning i kommunalt regi rummer mere træning i nærmiljøet end ved træning i sygehusregi.

Det er imidlertid et åbent spørgsmål, hvorvidt træningen reelt bliver flyttet ud af de standardiserede omgivelser og hjem i hverdagen. Her løber kommunerne nemlig ind i en anden forudsætning bag reformen: Der skulle ske en udflytning og ikke en ændring eller forøgelse af træningsopgaverne. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på, at træning i hjemmet – alt andet lige – er dyrere end træning i standardiserede omgivelser og ofte på hold på et sygehus eller i kommunale træningscentre. Hertil kommer, at hvis træningen foregår i borgerens hjem, så er det terapeuten, der skal bruge tid på transport – og ikke borgeren. Man må derfor forvente, at hvis kommunerne skal overholde kravet om udgiftsneutralitet, så vil størstedelen af genoptræningen blot flyttes fra standardiserede omgivelser på det lokale sygehus til andre – men lige så standardiserede – omgivelser i det lokale kommunale træningscenter. Spørgsmålet er, hvad det i praksis kommer til at betyde for den nærhed, som patienterne skulle opleve – og for kvaliteten af den samlede indsats?

Et andet spørgsmål, som er rejst af en af hospitalsterapeuterne, er, hvad det betyder for den yngre del af befolkningen, at den almindelige ambulante genoptræning flyttes ud i kommunerne. Vil de yngre borgere gøre brug af den kommunale genoptræning, eller vil de finde andre veje til fx fitnesscentre? Denne problematik er ikke belyst i denne midtvejsrapport, men vil blive undersøgt i den afsluttende rapport.

Set i et terapeutfagligt perspektiv handler udflytningen således ikke primært om at løse administrative eller kasseøkonomiske problemer. I et terapeutfagligt perspektiv henter udflytningen sin legitimitet i, at patienterne trænes i eget hjem, fordi det giver mening rent sundhedsfagligt. Hvis udflytningen i praksis blot resulterer i, at patienternes genoptræning flytter fra et træningskøkken i en sygehusbygning til et andet træningskøkken i en kommunal bygning, er der alene sket administrative og økonomiske ændringer, men for borgerne er der hverken kommet mere eller mindre træning i eget hjem eller nærmiljø.

9.5 Forløbskontinuitet versus træning i nærmiljøet: Et dilemma

Historien har vist, at det ikke er nemt at etablere velfungerende sektorgrænser på træningsområdet. En væsentlig årsag er, at der eksisterer modsatrettede hensyn. Som de foregående afsnit har vist, så

betyder reformen på den ene side, at forløbskontinuiteten alt andet lige forringes ved, at man spreder en del af forløbene ud på to sektorer. På den anden siden vinder man muligheden for, at patienterne kan komme til at træne i nærmiljøet. En ledende hospitalsterapeut peger netop på dette helt centrale dilemma, som ikke lader sig løse på nogen let måde:

”Jeg kan se i dag, at vi på sygehuset kan opfylde de fire K’er [kontinuitet, gennemgående kommunikation, kvalitet og koordination]. Men vi kan ikke opfylde kravet om, at patienten skal træne i et nærmiljø. Det kan vi ikke på et sygehus. Men vi kan opfylde de andre fire K’er. Før var der en gennemgående fysioterapeut, fra de blev indlagt, til de blev udskrevet, til de kom ind fra hjemmet til den ambulante træning, og vi gjorde dem færdige. Der havde vi en force. Og der kan jeg se, at der nu kommer et slip” (ledende hospitalsterapeut).

Set i dette perspektiv betyder reformen altså, at træning i nærmiljøet prioriteres over kontinuiteten i forløbet, og en gennemgående terapeut som følger patienten i hele genoptræningsforløbet. Det er imidlertid ikke muligt at opnå begge dele på samme tid, hvis genoptræning skal være fordelt på to sektorer.

9.6 (De)centralisering, volumen og faglig bæredygtighed

Et centralt argument bag strukturreformens sammenlægning af kommuner og amter til større enheder var faglig bæredygtighed: Argumentet var, at de administrative enheder hidtil havde været for små til at kunne opbygge en tilstrækkelig høj faglighed på de mange forskellige driftsområder.

På genoptræningsområdet betyder reformen to samtidige – og modsatrettede – bevægelser på området. De hidtidige træningsopgaver i kommunerne (altså primært **vedligeholdelsestræningen**) bliver nu samlet i større enheder grundet kommunesammenlægningerne. Her sker der altså en **centralisering**, som skaber basis for opgaveløsning i fagligt set mere bæredygtige enheder. Men udflytningen af genoptræningen fra sygehusene til kommunerne er ikke bare en flytning fra én sektor til en anden, den er også en spredning af opgaverne, idet der nu er betydeligt flere kommunale træningsenheder, end der tidligere var i sygehussektoren. Denne **decentralisering** af den **almindelige ambulante genoptræning** har både konsekvenser for specialiseringsmulighederne og den faglige bæredygtighed, hvilket bekymrer hospitalsterapeuterne. De forudser, at det bliver svært at fastholde et højt fagligt niveau, når patientvolumenet i de enkelte kommuner – inden for nogle diagnosegrupper – ikke vil være så stort:

”Noget er så specialiseret, at alle fem eller otte kommuner ikke kan have nogen, der er lige dygtige til sådan nogle småfelter, så jeg tror, at patienterne bliver tabt. [...] Ude i kommunerne der er de nødt til at blive generalister, fordi kommunerne ikke kan – ligesom et sygehus der har så mange patienter – have sådan en som mig, der sidder og helt specifikt er specialiseret indenfor det gynækologiske område. Det er der jo ikke nok patienter ude i en kommune til, at man kan få hele sin dag til at gå med det. Der går man fra det, man har set som specialister, ud til at blive generalister” (hospitalsterapeut).

”Tag et eksempel: Den specialiserede gynækologiske terapeut. Hvis jeg var patient, ville jeg søge hen, hvor der var specialiserede terapeuter, der ikke kun havde set tre gynækologiske patienter om året, men 1.000 af min slags om året. Og det kan bekymre mig lidt ude i kommunerne – om de ser nok patienter til, at de kan oprette et højt kompetenceniveau” (ledende hospitalsterapeut).

Diskussionen om specialisering og volumen er interessant i relation til kriterierne for, hvad der regnes for specialiseret ambulante træning, nemlig: *Patientsikkerhed* (fx muligheden for hurtigt at tilkalde

hjælp ved hjertestop) og *tværfaglighed* (fx i forbindelse med tilpasning af en protese efter en amputation i samarbejde mellem terapeut, operatør og bandagist) (9). Volumen indgik således ikke som kriterium for specialiseret træning. Det betyder, at diagnoser med lille volumen, som har krævet et stort optageområde for at kunne udvikle og fortsat oppebære specialistkompetencer, spredes ud på et betydeligt større antal terapeuter i den kommunale sektor. Det gør det alt andet lige til en større udfordring at sikre de kommunale terapeuter de samme muligheder for faglig specialisering og opbygning af specialistkompetencer indenfor de enkelte områder, som hospitalsterapeuterne havde inden strukturreformen.

Denne udvikling på træningsområdet, hvor man decentraliserer opgaver med lav volumen, står i kontrast til udviklingstendenserne i det øvrige sygehusvæsen, hvor udviklingen siden 1990'erne er gået mod færre enheder med større patientgrundlag.⁹⁸ Denne udvikling er både drevet af troen på økonomiske stordriftsfordele ved at sammenlægge enheder og beredskaber, men også af faglige argumenter om bæredygtighed. Hvorvidt større enheder faktisk fører til, at de specialiseringsmuligheder, der opstår for den enkelte fagperson, også udnyttes i praksis, er et åbent spørgsmål. Volumen på organisatorisk niveau er således en nødvendig – men ikke tilstrækkelig – forudsætning for at specialistkompetencer kan udvikles og vedligeholdes.

9.7 Terapeuternes rolle på det kommunale område – nu og i fremtiden

Som følge af strukturreformen er de kommunale træningsenheder blevet større. Både fordi kommunerne har fået overdraget terapeuter og ressourcer fra sygehusene, men også på grund af kommunesammenlægninger. Denne ændring understøtter og forstærker en længerevarende udviklingstendens i kommunerne i retning af øget selvstændiggørelse af det terapeutfaglige træningsområde, som de fire caseanalyser alle vidner om på forskellig vis.

Denne udvikling må forventes at få store konsekvenser for kommunerne på sigt, idet terapeutfagligheden grundlæggende er forskellig fra plejefagligheden. Lidt firkantet sagt er terapeuternes paradigme præget af tankegangen bag begreberne genoptræning og rehabilitering, mens det plejefaglige paradigme er præget af begreber som service og kompenserende hjælp. En gruppe terapeuter beskriver de forskellige tilgange til borgerne på følgende måde:

"Jeg synes tit, at de der lidt ældre damer, som er blevet lidt skrøbelige efter alt det, der nu er sket dem [i forbindelse med fx et hoftebrud], de har også en tendens til at lade hjemmeplejen overtage hele deres liv. Og hjemmeplejen har jo det store hjerte, så de gør det tit, fordi de gerne vil hjælpe den her gamle dame, som sidder der og hoster og er bange for at gå ud til køleskabet. Der fanger vi [terapeuter] nogle ting ved at spørge: Hvad har hun egentlig gjort før og hvorfor? Hvad begrænser hende i selv at smøre sin mad? Hvad er det, der er vigtigt for dig, og hvad har du gjort tidligere? Der ligger en pædagogisk opgave i at huske på, at der også skal være nogle krav til den ældre i hverdagen, for hvis hjemmehjælpskanonerne først er kørt i stilling, og vi har fået dem klistret til med hjælp ... Det er meget fint lige i starten at vide: 'Du kan få al den hjælp, du overhovedet skal have, og du trykker bare, så kommer vi.' For det giver umiddelbart sådan en basal tryghed, men så skal de [hjemmeplejen] godt nok også huske på at trække sig igen, fordi et ældre menneske hurtigt resignerer i alt den der hjemmehjælp. Og hvis de er afskåret fra at komme ud, så kan det godt være, at hjemmehjælpen bliver den der primære kontakt, de egentlig har. Det er noget med at passe på, at der er sådan en vekselvirkning mellem støtte, omsorg og hjælp, og så til at de bliver guidet til at komme i gang med deres hverdag igen. Der skal være nogle krav til dem. Der er også noget værdighed

⁹⁸ Også kaldet funktionsbærende enheder. Her er volumen netop det afgørende kriterium for funktionens bæredygtighed (10).

i at kunne stille krav til mennesker" (sammendrag af samtale mellem tre kommunale terapeuter).

Denne tilgang til den enkelte borger fremgår også af, hvorledes de to terapifag definerer sig som professioner, der er tæt knyttet til sundhed, forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering.^{99 100}

I takt med at de terapeutfaglige enheder i kommunerne vokser, kan de komme til at udfordre, supplere og forny den i dag langt mere dominerende plejekultur på ældreområdet, som ganske illustrativt ofte har til huse i pleje- eller omsorgsafdelinger i kommunerne. En forudsætning er imidlertid, at terapeuterne ikke isoleres fagligt og organisatorisk i den kommunale struktur, men at de og deres faglighed inddrages langt mere aktivt på ældreområdet, og ikke mindst kobles tæt til hjemmehjælpsområdet.

De steder, hvor samlingen af terapeuterne allerede har fundet sted, har det i flere tilfælde ført til en mere central organisering med egen faglig ledelse og direkte reference til sundhedsområdet. Samlede kommunale træningsenheder giver terapeuterne mulighed for faglig sparring, specialisering samt udvikling og forskning, alt sammen noget der åbner op for en forankring af den terapeutiske fagidentitet og dermed mulighederne for at kunne kvalificere den terapeutiske træning. Men samtidig har implementeringen af de nye genoptræningsopgaver også i sig selv ført til, at behovet for en faglig ledelse er steget. Dvs. en ledelse der fagligt og kvalificeret kan matche de sundhedsprofessionelle hospitalsterapeuter og de amtslige udspil (senere de regionale udspil). Det har i flere tilfælde fået konsekvenser for træningsområdet i forhold til det faglige niveau, den lokalpolitiske bevågenhed, og i sidste ende dermed også for den træning borgerne modtager. Men det har også ført til, at det nære samarbejde med hjælpe- og plejegrupper decentralt ude i ældreområderne er mindsket, og tilhørsforholdet til plejehjem og dagcentre er ophørt. Resultatet af samlingen af de kommunale terapeuter har, som en terapeut formulerer det, betydet at: *"Vi er blevet mere professionsrettede"*, en bevægelse der både indebærer styrker og svagheder.

Kommunerne står imidlertid over for store udfordringer på ældreområdet, hvor behovet for hjælp er stort, voksende og ikke mindst omkostningstungt. Men selvom alle kommuner har terapeuter, og i dag flere end nogensinde før, så er ældreområdet generelt set stadig tættere knyttet til sygeplejefaglighed end til terapeutfaglighed. En væsentlig årsag er historik og tradition: Der har i Danmark været hjemmesygepleje i mange år, også længe før den første lovfæstelse i 1957. Terapeuterne og dermed også deres faglighed har først langt senere gjort deres indtog i kommunerne, som denne rapport blandt andet har vist. Den terapeutfaglige tilgang til individet er præget af fysisk mobilisering, rehabilitering og hjælp til selvhjælp. Dette faglighed kan i fremtiden blive mere væsentlig for kommunerne, da den kan vise sig at udgøre et væsentligt supplement til en mere omsorgspræget tankegang om kompenserende hjælp på ældreområdet. Terapeuternes voksende rolle i kommunerne rummer således et potentiale, der rækker ud over træningsområdet, og som vedrører ældreområdets tætte faglige tilknytning til pleje- og omsorgsområdet.

Dette sammendrag af en samtale mellem tre kommunale terapeuter illustrerer den terapeutfaglige tilgang således:

⁹⁹ "Ergoterapi udøves ud fra en forebyggende, habiliterende og rehabiliterende målsætning i samarbejde med målgrupper, der har aktivitetsproblemer i deres hverdag. Ergoterapeuter anvender viden og metoder til at skabe sammenhæng mellem personer, deres aktiviteter og omgivelser med henblik på at muliggøre aktivitetsudførelse og deltagelse, fordi aktivitet og deltagelse fremmer sundhed og et godt liv". (11)

¹⁰⁰ "Fysioterapi som sundhedsfaglig profession er orienteret mod menneskets krop, dets bevægelser og funktioner i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme og i forbindelse med behandling og rehabilitering. Fysioterapeuter arbejder med det enkelte menneskes funktionskapacitet og ressourcer i forhold til bevægelse og funktion, og i sammenhæng med de konkrete omgivelser hvori bevægelse og funktion foregår". (12)

"Det er en måde at vise, at jeg tror på dig, og jeg tror, du magter mere end at sidde der i din stol. Jeg synes, der er meget i det der med lige så langsomt at hjælpe dem til at komme i gang igen, og hvis der ikke er nogen, der stiller krav, så sidder de bare og forsummer, og der er ikke noget, de skal. Jeg synes tit vi oplever, at nogen borgere er lidt angst i starten, for når vi begynder at snakke om hjemmehjælpen, så tænker de 'uha, tager de nu det hele fra mig?' Og så plejer jeg at sige, at jeg ikke har nogen kompetence til at tage noget hjemmehjælp fra dem. Men jeg synes tit, de vokser med det ret hurtigt, og så siger de nogle gange selv hjemmehjælpen fra. Men politikere tror, at folk helst vil have så meget hjemmehjælp som overhovedet muligt, men rent faktisk så er det jo noget andet, vi oplever. De [borgerne] kan selv træffe nogle valg. Men det er jo sådan på en nænsom måde: 'Hvad kunne så være mest naturligt for dig at starte med at prøve selv?' Det kan jo så være helt nede i det små, med påklædning, eller selv stille morgenmaden an eller lave kaffen eller whatever. Så de selv er med til både at stille krav og vokse med opgaven" (sammendrag af samtale mellem tre kommunale terapeuter).

Terapeuternes syn på den kompenserende hjælp har to facetter: På den ene side kan den give basal tryghed i en situation, hvor et menneske føler sig svækket og er bange for at blive ladt i stikken. Men på den anden side kan kompenserende hjælp uden krav til den enkelte ses som udtryk for en manglende tro på den enkeltes potentiale, og dermed skabe en resignation der leder til en afhængighed af hjælp udefra. Væsentligst af alt er måske, at denne gruppe terapeuter ikke oplever, at det lokale politiske niveau forstår eller deler dette menneskesyn. Terapeuterne i citatet stiller således grundlæggende spørgsmål ved, om det udelukkende er et gode for mennesker at få kompenserende hjælp, hvis der ikke samtidig stilles krav. Ikke fordi økonomien er stram, men fordi der, som terapeuterne her afslutningsvis forklarer, også ligger en værdighed og en tro på det enkelte menneskes kompetencer indlejret i det at stille krav til borgerne og ikke alene yde kompenserende hjælp.

I caseanalyserne er der imidlertid flere eksempler på, at kommunerne søger at påvirke ældreområdet i en grundlæggende set terapeutfaglig retning: Fx i Greve Kommune hvor man havde et forsøgsprojekt, hvis formål var at sætte ind med intensiv genoptræning hos svage borgere i forhåbning om, at det senere ville kunne spare sig selv ind på plejeforbruget. Et andet eksempel er fra Nykøbing-Rørvig Kommune, hvor man søgte at inddrage plejepersonalet efter *"hjælp til selvhjælpsprincippet"*, så borgeren ikke blot er passiv modtager. Det betød, at der ved visitation til praktisk hjælp også blev indregnet tid til, at borgeren selv skulle deltage aktivt.

Referencer til kapitel 9

- 1) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Forslag til Sundhedsloven LOV nr. 74 24/02/2005. 2005.
- 2) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Notat vedr. præcisering af visse begreber i lovgivningen på genoptræningsområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- 3) Ældre Sagen, Ergoterapeutforeningen, Danske Handicaporganisationer, Danske Fysioterapeuter. Den gode genoptræning. Mere kompetenceudvikling. Kortere ventetid til genoptræning. Bedre genoptræningsplaner. København: 2007.
- 4) Rasmussen S. Somatisk genoptræning i Region Midtjylland. Genoptræningsplaner, genoptræningsaktivitet og kommunale udgifter til genoptræning (endnu ikke publiceret). København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- 5) Sundhedsfaglig arbejdsgruppe om genoptræning. Afgrænsning af genoptræningsopgaven vs. behandling / træning. Rapport fra en sundhedsfaglig arbejdsgruppe. Bilag 07_170306B Rapport om afgrænsning af genoptræningsopgaven. Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- 6) Region Syddanmark. Arbejdsrapport omhandlende harmonisering og konvergens de fire amter i mellem. Genoptræning. Materiale til brug for: 1. dialogrunde med de 22 kommuner i perioden marts-maj 2006. [Odense]: Region Syddanmark; 2006.
- 7) Tværsektoriel arbejdsgruppe vedrørende sundhed i det tidligere Fyns Amt. Sundhedsgruppens afrapportering til styregruppen - Fase 1 og 2. 2005.
- 8) Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om træning i kommuner og regioner. København: Socialministeriet; Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2006.
- 9) Ansager G, Pedersen TJ. Følg-hjem-projektet. Odense: Sygehus Fyn, Terapiafdelingen; 2006.
- 10) Nerup J, Hansen OH, Mandrup-Poulsen T, Nielsen SL, Bech K. Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur. Kvalitet, organisation, uddannelse og forskning i den funktionsbærende enhed. København: Dansk Medicinsk Selskab; 1998.
- 11) Ergoterapeutforeningen. Professionsgrundlag for ergoterapi - en dokumentation om mission visioner værdier faglig etik og samarbejde. København: Ergoterapeutforeningen; 2008.
- 12) Pind D, Nielsen E, Karbo J, Jalving A. Kompetence og kompetenceudvikling i fysioterapi på sygehuse. København: Danske Fysioterapeuter; 2003.

10. Perspektivering: Træningsområdet mellem sundhed og service

Denne perspektivering diskuterer træningsområdets placering i krydsfeltet mellem to styringsrationaler:¹⁰¹ Servicekulturen fra socialektoren som er præget af en politisk økonomisk rationalitet, versus evidenskulturen fra sundhedssektoren som henter sit grundlag i en sundhedsfaglig forskningskultur. Styringsrationalerne er ikke realtyper, men udgør idealtyper, der kan fungere som forklaringsramme omkring observerede fænomener. Flere forskellige rationaler kan eksistere i samme felt og være mere eller mindre dominerende eller konkurrerende. Styringsrationaler skaber rammerne for aktørernes forståelse af den organisatoriske virkelighed og for, hvad der betragtes som mål og midler, problemer og løsninger, rigtigt og forkert. Styringsrationaler er dermed centrale for at forstå forskellige typer af handlinger, dilemmaer, konflikter og forandringstiltag på et felt – in casu genoptræningsområdet.

Gråzoneproblemerne på træningsområdet handler således ikke blot om, at der er to sektorer involveret med hver sin kasse at tænke på. Problemerne handler også om, at de to sektorer styres og præges af forskellige rationaler, som ikke er umiddelbart compatible, og som det er svært at bygge bro over i praksis.

I dette afsluttende kapitel beskrives og diskuteres de to styringsrationaler, som indledningsvist er karakteriseret i nedenstående skema. Karakteristikken af de to styringsrationaler er fremkommet på basis af rapportens historiske og empiriske analyser af udviklingen på træningsområdet. Den indgår ikke som en del af forskningsspørgsmålet, og er således en reflekterende og diskuterende perspektivering, der kan bidrage til en dybere forståelse af nogle af de forskelle og dilemmaer, der eksisterer på træningsområdet, og som til tider medvirker til at skabe problemer, der betegnes som gråzoner.

Oversigtskema: To styringsrationaler på træningsområdet

Et sundhedsfagligt evidensorienteret styringsrationaler	Et socialfagligt serviceorienteret styringsrationaler
Dominerer primært på sygehusene	Dominerer primært i kommunerne
Sundhedsloven definerer ingen specifikke ydelser , kun et helt overordnet ansvar for at drive sygehusvæsen	Service Lovgivningen beskriver skal-ydelser relativt detaljeret i de enkelte paragraffer
Sundhedsmæssig effekt som målet for sundhedsydelser	Brugernes tilfredshed som målet med serviceydelser
Ydelser skal evidensbaseres	Ydelser skal sikre overholdelse af gældende love
Sundhedsfaglige instrukser, vejledninger og regler danner grundlag for ydelser	Politisk fastsatte kvalitetsstandarder, ofte med fokus på hyppighed og varighed, danner grundlag for tildeling af ydelser
Stræber efter at skabe kontinuitet ved at samle forløb under en eller meget få terapeuter og skabe en sundhedsfaglig styring	Stræber efter at adskille bestiller og udfører (BUM-model med visitatorer) og introducerer markedskræfter (udbud og efterspørgsel)

¹⁰¹ Begrebet styringsrationaler stammer fra organisationsteorien. Beskrivelsen i teksten er baseret på K. Vrangbæks fremstilling i antologien "Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige" (1).

I det følgende beskrives de enkelte elementer efter tur. Således trækkes forskellene klart op, men i praksis udgør de to styringsrationaler yderpolerne på et kontinuum.

10.1 Sundhedslovens generelle rammer vs. servicelovgivningens skal-ydelser

En af de tydeligste og mest grundlæggende forskelle mellem de to styringsrationaler kommer til udtryk i, hvordan man lovgiver om sundhedsfaglige ydelser i sekundærsektoren og i kommunerne. I sygehusloven stod der stort set intet om, hvilke ydelser amterne egentlig var forpligtet til at yde. Ifølge § 5 skulle de yde vederlagsfri behandling (herunder træning) til deres egne borgere i et sygehusvæsen (2). Men hvilke funktioner, ydelser og specialer et sådant sygehusvæsen indeholder, står der ikke mere om. Sundhedsstyrelsen varetager specialeplanlægning, men formålet er snarere at undgå for spredt opgavevaretagelse på de volumenmæssigt små områder, end sikring af at det enkelte amt tilbyder nok sundhedsfaglige ydelser. Hvilke ydelser, der reelt gives i de forskellige amters (og nu regions) sygehusvæsen, er i langt højere grad defineret af et sundhedsfagligt primært lægevidenskabeligt styringsrationale – ikke et politisk styringsrationale.

I diametral modsætning hertil står sociallovgivningen på det kommunale område. Som det bl.a. fremgik af kapitel 3, er det specifikt defineret i fx § 73, hvilke former for træning kommunen skal tilbyde sine borgere, med hvilket formål, samt hvordan de skal beskrives (kvalitetsstandarder) og tildeles (visitation). I praksis betyder det, at det kommunale træningsområde er langt mere orienteret mod lovgivning og paragrafterlevelse, end man er i sekundærsektoren, hvor lovgivningens rammer er meget vide, og hvor forskellige lokale tilgange til fagligheden derfor i langt højere grad kommer til at forme træningsindsatsen. I kommunerne ses lovgivningens betydning bl.a. ved, at bestemte paragraffer organisatorisk set placeres i forskellige enheder, eller ved at kvalitetsstandarder er udarbejdet med afsæt i lovgivningen, så de følger de enkelte paragraffer – i modsætning til fx at tage afsæt i borgernes behov eller følge typer af patientgrupper / diagnoser.

Træningsområdet styres således af to væsensforskellige typer lovgivning fra to forskellige fagministerier.

10.2 Effekt af sundhedsydelser versus tilfredshed med serviceydelser

Formålet med træningsydelserne er også forskellige indenfor de to styringsrationaler: Det sundhedsfaglige styringsrationale er baseret på et naturvidenskabeligt fundament, hvor målet for enhver intervention mod sygdom (eller for sundhedsfremme) måles på dens evne til at skabe sundhedsmæssig effekt. Indenfor dette styringsrationale er det afgørende spørgsmål til enhver ydelse grundlæggende set: Hvilken sundhedsmæssig effekt har interventionen (eller ydelsen)?

Men indenfor et serviceorienteret styringsrationale, hvor ydelserne allerede er defineret i lovgivningen, stilles der naturligt nok ikke automatisk samme spørgsmål til den sundhedsmæssige effekt af ydelserne. Helt i tråd med lovens fokus på social service bliver det primære borgernes oplevelse af service – altså deres tilfredshed. En intervention kan således sagtens være en kommunal succes, uden at man kan dokumentere nogen som helst form for sundhedsmæssig eller helbredsmæssig effekt – så længe borgerne er glade og tilfredse.

Et eksempel på, hvordan disse forskelle kommer til udtryk, beskrives af denne ledende hospitalsterapeuts oplevelse af forskellen på sygehuse og kommuner:

”Vi arbejder utrolig meget med test herinde, for at se om patienten reelt får en effekt af vores behandlinger. Det er nok det, der kendetegner sygehuse, vi har mere fokus på kvalitet og faglig udvikling, fordi vi sidder sammen med læger og sygeplejersker, og det vil sige, at alt det

med forskning og evidens, det ligger på sygehusene. Det ligger ikke i praksis eller i kommunerne. Det kan være, det kommer til det, men det gør det ikke nu" (ledende hospitalsterapeut).

10.3 Evidens versus politik som grundlag for træning

Inden for det sundhedsfaglige styringsrationale bliver det primære mål for udviklingen at sikre så høj en grad af videnskabeligt fundament for praksis som muligt – også kaldet evidensbaseret. Det er tydeligt, at hospitalsterapeuterne i de senere år har lagt mere og mere vægt på forskning og kvalitetsudvikling. I Fyns Amt har man således i forbindelse med udflytningen været meget bevidst om, at sygehusets syn på kvalitetsudvikling fulgte med ud i kommunerne, og der blev lagt vægt på, at fagligt baserede nationale udmeldinger fra fx Sundhedsstyrelsen – eller medicinske teknologivurderinger – bliver efterlevet:

"I Fyns Amt overdrager vi mange medarbejdere til kommunerne, og de har jo nogen gode kompetencer udi kvalitetsudvikling med sig. Og ifølge sundhedsloven skal kommunerne jo også kvalitetsudvikle og lægge sig op ad de nationale retningslinjer og udmeldinger. Og når jeg sidder sammen med kommunerne, er de meget lyttende og spørger, hvad er fx SSTs udmeldinger på kronikerområdet og hjerteområdet osv. Og det siger mig, at de godt er orienterede om, at der er nogle nationale ting – via MTV'er og rapporter – som man skal lægge sig op ad. Og jeg tror, at vores amtslige medarbejdere, der kommer ud i kommunerne, kan være med til at skabe et læringsmiljø på det område, for de kommer ud med nogle rigtig gode kompetencer på det område. Da vi lærte reformen at kende, har vi gjort os meget umage med at kompetenceudvikle de terapeuter, der skal ud, for at sikre at minimumsniveauet også kan følge med ud i kommunerne. Håber vi kan bringe læring med ud – især omkring kvalitetsudvikling og faglig udvikling" (ledende hospitalsterapeut).

Ved at udflytte kompetente terapeuter til kommunerne har den ledende hospitalsterapeut en forventning om at kunne påvirke den kommunale træning i retning af en mere sundhedsfaglig baseret praksis – frem for et politisk vedtaget serviceniveau. Der er tale om to meget forskellige styringsrationaler og syn på træning, som rejser spørgsmålet: Er træningsområdet grundlæggende et sundhedsfagligt område styret af videnskab og evidens for effekt, eller er det et serviceområde, der styres af lovgivningsmæssige serviceforpligtelser, som resulterer i politisk vedtagne serviceniveauer og kvalitetsstandarder?

10.4 Forskningsbaserede instrukser versus politisk fastsatte kvalitetsstandarder

Evidensbaseringen fører til øget standardisering indenfor sygehusene i takt med, at evidens udmøntes i instrukser, retningslinjer og vejledninger. En ledende hospitalsterapeut giver følgende eksempel på, hvordan det i praksis foregår, når evidens fører til standardisering:

"Et eksempel er vores hjerterehabileringshold, som vi har haft på fire matrikler. To steder fik de 12 behandlinger, et andet sted seks, og det sidste sted et helt andet tilbud. Og det skal laves ens nu: Der skal være samme behandling. Og der går vi ind og kigger på evidensen, der siger otte behandlinger" (ledende hospitalsterapeut).

Denne udvikling betyder, at det sundhedsfaglige perspektiv på therapeutydelse får en større og mere legitim rolle som grundlag for eksempelvis omfanget af træningen (antal ydelser og varighed), og hvor den skal foregå (fx i patientens eget hjem). I ovenstående eksempel er det evidensen på området, der siger otte behandlinger – ikke en politisk beslutning om et kommunalt serviceniveau.

I kommunerne fastlægges rammerne for træningen i kvalitetsstandarder. Intentionerne med standarderne var – som det fremgik af kapitel 3 – vidtløftige, og der var håb om langt mere gennemsluttedhed for borgerne som følge af en relativ høj grad af detaljering i beskrivelserne. I praksis har caseanalyserne vist, at kvalitetsstandarderne ofte er relativt kortfattede, at de tager sigte på at dække de enkelte paragraffer og beskrive, hvordan ydelser tildeles og med hvilken frekvens. Kvalitetsstandarder kom i samme periode som kravet om genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom. Det skabte et behov i kommunerne for at kunne frigøre ressourcer fra holdene med vedligeholdelsestræning til bl.a. de nye genoptræningsopgaver. Et fællestræk ved de kommunale kvalitetsstandarder er angivelse af træningshyppighed og varighed (fx to gange ugentligt i tre måneder). Tidsbegrænsningerne er således et væsentligt led i den kommunale styring af træningskapaciteten:

“Dengang lov om genoptræning kom i 2001,¹⁰² der skete der virkelig noget. Før da var genoptræning stort set ikke eksisterende. Der kom flere borgere til genoptræning, og der kom et øget fokus på os. Dengang sad vi jo ude i de forskellige områder på dagcentrene. Ude ved mig skete der det, at jeg blev nødt til at lægge mine arbejdsrutiner om. Jeg blev nødt til at prioritere og komme af med nogle af de borgere, man havde haft i årelang træning, fordi man ikke vidste, hvor man ellers skulle gøre af dem rent træningsmæssigt. Vi var nødt til at have nogle regler for, hvor længe man kunne være i vedligeholdende træning. Der fik vi helt klart strammet op omkring nogen ting. Og vi fik fælles kvalitetsstandarder. Vi måtte prioritere og rydde op – og det var sundt. Men for de svage borgere, som er meget svage psykisk og fysisk, der er det svært at have tilbud til dem hele tiden. Vi har ikke andre steder end dagcentrene, og det er ikke alle centre, der er gearret til at tage sig af dem, og der har der nok været nogle, som er blevet tabt. Det har været en pris, som borgerne har betalt. Men rent fagligt har det bestemt højnet det hele, ved at man kommer i gang med at lave genoptræning, og man bliver tvunget til at gå ind og tage stilling til, hvad er målet her, og så få afsluttet folk og få dem videre i systemet. Det stillede nogle krav til mig, som jeg måske også havde savnet blev stillet, og som ikke var der før” (Kommunal terapeut).

Kvalitetsstandarderne har således været en løftestang for at styre og frigøre kapacitet. Men kvalitetsstandardernes rolle er ikke entydige. På den ene side er de i kommunerne blevet fortolket i snæver forlængelse af den paragrafstyring, der præger det kommunale træningsområde (ingen af de undersøgte kommuner havde kvalitetsstandarder, som baserede sig på forskning eller evidens). Men samtidig har den løbende obligatoriske revurdering (fx hver 3. måned) ifølge flere af de kommunale terapeuter betydet, at der er kommet mere fokus på mål og outcome – altså på den sundhedsmæssige effekt af træningen.

10.5 Kontinuitet og sundhedsfaglig styring versus BUM-model og markedskræfter

Det sundhedsfaglige styringsrationale baserer arbejdspraksis på metoder, som er indlejret i den faglighed, der opnås via uddannelsen. Denne måde at arbejde på er klassisk for professioner. Den leder til en organisationsform kaldet det professionelle bureaukrati (3), som er karakteriseret ved bl.a. en høj grad af autonomi i de udførende led, hvor den professionelle, via de metoder som er indlært under uddannelsen og indlejret i selve fagligheden, forholder sig løbende til patienten/klienten, og søger at løse vedkommendes problem ved hele tiden at tilpasse sine handlinger til udviklingen i forløbet og den aktuelle situation.

¹⁰² Indførelsen af § 73 A i Lov om Social Service, der omhandler kommunal genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom, se evt. kapitel 3.

Over for det professionsbaserede sundhedsfaglige styringsrationale står et styringsrationale baseret på markedstænkning: Grundtanken er, at alle behov (også kaldet efterspørgsel) og alle ydelser (også kaldet udbud) kan kortlægges hver for sig. Derefter består øvelsen i at koble udbud og efterspørgsel på så ensartet, gennemskuelig og effektiv vis som muligt. Når efterspørgslen er kortlagt, kan markedskræfterne anvendes i relation til valget af udbyder, der skal levere de efterspurgte ydelser. Men da privatpersoner ikke kan agere købere på dette marked, indføjes der et ekstra led: en visitator. I teorien skal visitatoren fungere som en central indkøber, der skal sikre, at alle borgeres behov dækkes på en ensartet og styrbar måde.

Den afgørende forskel på de to styringsrationaler er, at det professionsfaglige styringsrationale lægger vægt på en situationsbestemt logik, hvor revurdering og stillingtagen til behov er en integreret del af arbejdet, som ikke er skilt fra udførelsen. Det markedsorienterede styringsrationale søger at adskille udbud og efterspørgsel, som en helt grundlæggende forudsætning for at markedskræfterne kan komme i spil.

Både kvalitetsstandarder og visitatorer, som det kendes fra den kommunale sektor, er rundet af de grundlæggende tanker i det markedsorienterede rationale. I praksis præges den lokale udformning og anvendelse dog stærkt af en sundhedsfaglig logik. Således så vi fx, at de kommunale kvalitetsstandarder i praksis tillægges værdi af terapeuterne, fordi de bruger dem som et redskab til at understøtte en sundhedsfaglig arbejdsform, hvor den løbende situationsbestemte logik og den løbende faglige (re) vurdering, som standarderne foreskriver, er helt central, for at afgøre næste skridt i processen.

Styringsrationalerne er som sagt sat op som diametrale modsætninger i denne fremstilling, for at synliggøre de grundlæggende forskelle mellem dem. I praksis findes forskellige blandingsformer, men den klare overordnede tendens er, at jo kortere uddannelse den enkelte har, jo højere grad af styring via standardisering af arbejdsprocesser, og jo mindre selvstændig stillingtagen og løbende prioritering. Eller omvendt: Jo længere uddannelse, jo højere grad af ret til selvorganisering og løbende prioritering og revurdering. Således var hjemmehjælpen det første område, som blev underlagt visitation og specifikation af ydelser på tid. Siden har visitation bredt sig til sygeplejen og træningsområdet i kommunalt regi – i varierende omfang. Men læger er ikke underlagt visitation, hverken i sekundær- eller primærsektoren.

10.6 Træningsområdet i kommunerne rykker mod sundhed

Det kommunale område har været præget af, at de sundhedsfaglige relativt set var lavere uddannet end på sygehusene, og det er givet en af de væsentligste årsager til, at de sundhedsfaglige på det kommunale område i højere grad har været underlagt serviceorienteret styringsrationale end et sundhedsfagligt. De fire caseanalyser viser imidlertid forskellige eksempler på, hvordan det kommunale træningsområde er under forandring: Organisatoriske samlinger af terapeuterne kan medvirke til øget faglighed, mulighed for mere specialisering samt selvstændiggørelse og synlighed i den kommunale organisation. Men samtidig har centraliseringen af de kommunale terapeuter også ført til en mindre grad af synlighed og nært samarbejde med hjælpe- og plejegrupper decentralt ude i ældreområderne.

Flere kommunale terapeuter peger på, at strukturreformen kan ses som en direkte forlængelse af denne udviklingstendens. Således har strukturreformen flere steder ført til et endeligt organisatorisk brud med ældreområdet, idet terapeuterne er flyttet til en ofte monofaglig terapeutledet organisation i nyoprettede sundhedsafdelinger. Hertil kommer, at flere kommuner har modtaget hospitalsterapeuter, som er præget af det forsknings- og evidensorienterede styringsrationale.

Disse tendenser ses i forskelligt omfang i de analyserede cases, men samlet er de medvirkende til at bevæge det kommunale træningsområde mod det sundhedsfaglige styringsrationale.

Referencer til kapitel 10

- 1) Bentsen EZ, Borum F, Sahlin-Andersson K, and Erlingsdóttir Gr. Når Styringsambitioner møder praksis - Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Svarige. København: Handelshøjskolens Forlag & Munksgaard; 1999.
- 2) Lov om sygehusvæsenet. LOV nr. 324 af 19/06/1974. 1974.
- 3) Mintzberg H. Structure in fives. Designing effective organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1983.