

## Oplæg 1: Tiden op til reformen

# Strukturelle udfordringer på træningsområdet: I går, i dag og i morgen

Sidsel Vinge

Ph.d., cand.merc.

Senior projektleder

siv@dsi.dk



# Rapporten bag

## **”Genoptræning under forandring:**

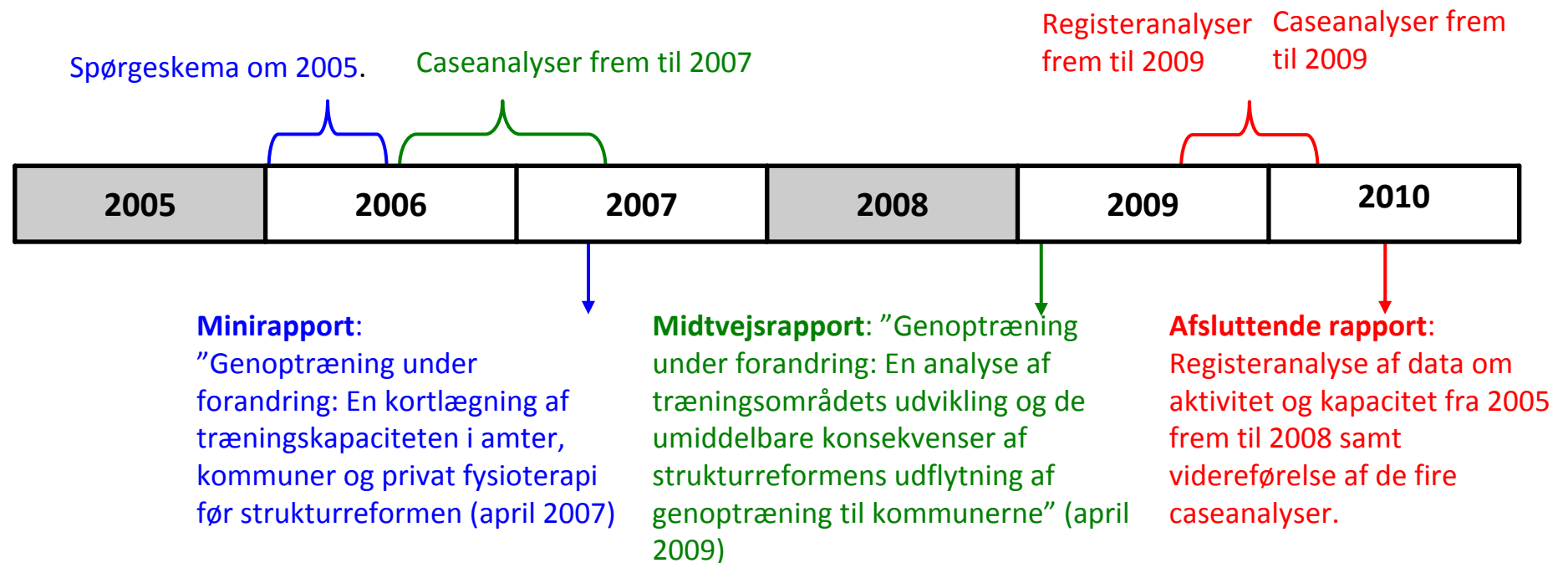
*En analyse af træningsområdets udvikling og de umiddelbare konsekvenser af strukturreformens udflytning af genoptræning til kommunerne”*

Af Sidsel Vinge, Susanne Reindahl Rasmussen & Anni Ankjær-Jensen  
DSI rapport 2009.02

Tilgængelig på [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)



# Et overblik over analyserne



# Fire caseanalyser: Et overblik

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

# Udviklingen på træningsområdet

1994: ”Mellem to stole” (Sundhedsministeriet)

*”Selvom det **ikke udtrykkeligt fremgår** af bistandsloven, har kommunerne **en vis forpligtelse** til at sikre borgerne genoptræning eller vedligeholdelsestræning. 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.” (fremhævelser tilføjet)*



## Udviklingen på træningsområdet (ii)

- 1998: Lovfæstelse af **kommunalt træningsansvar**
- 2001: **Genoptræningsplaner** på sygehuse (+ **kontaktperson**)
- 2001: Kommunal genoptræning efter **ikke indlæggelseskrævende sygdom**
- 2003: Kommunale **kvalitetsstandarder** på træningsområdet
- 2004: Præcisering af grænsen mellem de amtslige driftsområder i sygehusregi og i praksissektoren: Grænser for brugen af praksissektoren til ambulant træning efter indlæggelse.



# Udviklingstendenser bag reformen

- Træningsområdets **fagliggørelse**

- Primært drevet af udviklingen på sygehusene
- Forskning, evidensbaseret og standardisering

- Træningsområdets **selvstændiggørelse** i kommunerne:  
Udskillelsen fra ÆPO-området

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| – <b>Decentral organisering</b>   | <b>vs. Central organisering</b>        |
| – Tværfaglighed                   | vs. Monofaglighed                      |
| – Tæt kontakt til plejepersonale  | vs. Tæt kontakt ml. terapeuterne       |
| – Ansat i et ældrecenter / område | vs. Ansat i et træningscenter / område |

- Lokale **samarbejdsaftaler** om en glidende udflytning



# Samarbejdsaftaler før reformen

- **Hvem?**

- Typisk ældre, svage, konfuse, demente

- **Hvordan?**

- Økonomisk kompensation (pr. time / pr. forløb). Amtet bestiller og betaler, kommunen udfører

- **Hvorfor?**

- Det giver god faglig mening for terapeuterne i begge sektorer. Målgruppen er svær at træne i hospitalsregi

- **I praksis mindre generalprøver på udflytningen**

- Dog med en helt anden finansieringsstruktur (tidligere betalte bestiller)



# Strukturreformen: Visionen om et clean cut

”De amtskommunale og kommunale træningstilbud er 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 økonomiske neutralitet mellem genoptræning under og efter indlæggelse og undgå kassetænkning, skal kommunerne [...] betale for egne borgeres genoptræning under indlæggelse.” (bemærkninger til lovforslaget som fremsat; daværende § 141)



## ... men nye snitflader kommer til

- Ikke *al* ambulant træning:
  - Kun almindelig – ikke specialiseret
- Ny snitflade: Hvad er hvad?
  - To kriterier: Tværfagligt specialistbehov og patientsikkerhed
- Lokalt forhandlede snitflader: Hvad flytter ud?
  - KOL som ex: 50/50 eller 20/80?
  - Ingen terapeuter flytter ud eller 60% flytter ud?

# Gråzoner før reformen

	1) Genoptræning efter ikke indlæggelseskrævende sygdom	2) Vedligeholdelsestræning	3) Genoptræning efter indlæggelse	4) Genoptræning uden tilknytning til indlæggelse
Myndigheds-ansvar	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 forpligtigelser* og *sygesikringens forpligtigelser*



# Snitflader efter reformen

	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	Sygehus/region	Sygehus/region

Primære gråzone før strukturreformen: *Genoptræning vs. vedligeholdelsestræning*

Ny snitflade: *Specialiseret vs. almindelig genoptræning*

Ny snitflade: *Genoptræning vs. behandling*

# Muligheder og udfordringer på træningsområdet

Muligheder	Udfordringer
1) Økonomisk neutralitet mellem <b>ambulant genoptræning</b> og <b>vedligeholdelsestræning</b> .	2) Ny snitflade mellem <b>specialiseret</b> og <b>almindelig</b> ambulant genoptræning. 3) Ikke længere økonomisk neutralitet mellem <b>genoptræning</b> og <b>behandling</b> . 4) Ulige vilkår for henvisning til træning efter <b>serviceloven</b> og <b>sundhedsloven</b> .
7) Mulighed for <b>træning</b> i patientens/borgerens <b>nærmiljø</b> .	5) Flere <b>sektorovergange</b> /mindre <b>forløbskontinuitet</b> og hospitalsterapeuternes nye rolle. 6) Vilkår for <b>vidensdeling</b> i forb. m. patienternes sektorovergang: - Færre <b>hjemmebesøg</b> fra sygehuse (grundet høj takst) - De kommunale terapeuters manglende adgang til <b>patientjournaler/operationsnotater</b> . - Nye begrænsninger i <b>genoptræningsplanernes</b> indhold.
8) <b>Centralisering</b> : Større kommuner giver større træningsvolumen og bedre specialiseringsgrundlag lokalt.	8) <b>Decentralisering</b> : Udflytningen af ambulant genoptræning giver lavere træningsvolumen og dermed ringere specialiseringsgrundlag for de udflyttede forløb lokalt.

## Udfordring: 4) Vedligeholdelsestræningen fremover

### Ambulant genoptræning

- Sygehuset henviser – kommunen kan ikke afvise
- *Genoptræning* giver hurtige(re) og synlige resultater.

### Vedligeholdelsestræning

- Ren kommunal visitation (buffer?)
- Forebyggelse = mindre synlige resultater, sværere at dokumentere.

*”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).*

## Udfordringer: 5) Sektorovergange og 6) vidensdeling

- Flere sektorovergange:
  - **Nærhedstanken** implementeres – men på bekostning af **kontinuiteten** i forløbene
- Vidensdeling i modvind:
  - Forventet nedgang i **hjemmebesøg**, hvor sygehusterapeuter og kommunale terapeuter mødes.
  - Kommunale terapeuters manglende/begrænsede adgang til information (**patientjournaler** og **operationsnotater**).
  - Nye **begrænsninger** i indholdet af **genoptræningsplaner**.

## 7) Muligheder: Træning i nærmiljøet

- Den faglige legitimitet hentes i træning i nærmiljøet:
  - ”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 kommet meget med ”movement science” – som siger at det er vigtig at træne i et for patienten forståeligt miljø – og det er patientens hjem og nærmiljø. Og jeg mener det er derfra den tanke om, at det er rigtigt, at de her patienter skal hjem og træne i nærmiljøet, er kommet. Også kongstanken med at træne i selve hjemmet.” (ledende hospitalsterapeut)
- Hvis’ nærmiljø: Kommunens eller borgerens?
  - Fra sygehusets træningslokaler til kommunens træningslokaler



## Udfordringer: Centralisering - Decentralisering

- Forholdet mellem volumen og faglig bæredygtighed
- ”Faglig bæredygtighed”
  - Udviklingen i sundhedsvæsenet (kræft, akutområdet, FBE)
  - Bærende argument bag strukturreformen
- Dekoblingen af ”specialiseret” fra spørgsmålet om volumen
- Spredning af opgaver med lille volumen

## Genoptræning mellem to styringsrationaler

Et sundhedsfagligt evidensorienteret styringsrationale	Et socialfagligt serviceorienteret styringsrationale
Dominerer primært på <b>sygehusene</b>	Dominerer primært i <b>kommunerne</b>
Sundhedsloven (tidl. sygehusloven) definerer <b>ingen specifikke ydelser</b> , kun et helt overordnet ansvar for at drive sygehusvæsen	Servicelovgivningen beskriver <b>skal-ydelser</b> relativt detaljeret i de enkelte paragraffer
Sundhedsmæssig <b>effekt</b> som målet for sundhedsydelser	Brugernes <b>tilfredshed</b> som målet med <b>serviceydelser</b>
Ydelser skal <b>evidensbaseres</b>	Ydelser skal sikre <b>overholdelse</b> af gældende <b>love</b>
<b>Sundhedsfaglige</b> instrukser, vejledninger og regimer danner grundlag for ydelser	<b>Politisk</b> fastsatte kvalitetsstandarder, ofte med fokus på hyppighed og varighed, danner grundlag for tildeling af ydelser
Stræber efter at skabe <b>kontinuitet</b> ved at samle forløb under en eller meget få terapeuter og skabe en sundhedsfaglig styring	Stræber efter at <b>adskille</b> bestiller og udfører (BUM-model med visitatorer) og introducerer markedskræfter (udbud og efterspørgsel)