



Strategisk organisering af fysioterapeuter og ergoterapeuter på fremtidens hospitaler

Oplæg til brug for intern drøftelse i Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, udarbejdet af Pia Kürstein Kjellberg og Susanne Reindahl Rasmussen, Dansk Sundhedsinstitut, februar 2008.

Indhold

Baggrund og formål.....	3
Professionelle dilemmaer.....	5
<i>Fremtidens opgaver.....</i>	<i>5</i>
<i>Fremtidens indflydelse</i>	<i>7</i>
<i>Fremtidens faglighed og faglige identitet.....</i>	<i>8</i>
Scenarier for fremtiden	10
<i>Central versus decentral</i>	<i>10</i>
<i>Fordele og ulemper</i>	<i>11</i>
<i>Strategier i scenarier.....</i>	<i>12</i>
<i>Et strategisk valg.....</i>	<i>13</i>
Bilag 1. Tænk tankens deltagere	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Bilag 2. Fremtidens opgaver (vil/skal/kan)	15

Baggrund og formål

Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen har bedt Dansk Sundhedsinstitut om at udarbejde et notat om mulige organiseringer af de terapeutiske funktioner på fremtidens somatiske hospitaler. Notatet skal (i henhold til projektopdraget):

- bruges som baggrund for intern politisk drøftelse og strategiformulering i Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen
- baseres på 3 møder i en strategisk nedsat tænketank med deltagelse af fysioterapeuter og ergoterapeuter såvel som overlæger med interesse og visioner for organiseringen af de terapeutiske funktioner på fremtidens hospitaler¹
- indeholde a) beskrivelse af 2-4 mulige scenarier for organisering af de terapeutiske funktioner fra nu og i et 10-årigt perspektiv, fordelt på et central/decentral kontinuum, b) diskussion af fordele og ulemper ved hvert scenarium, samt c) angivelser af hvilke konkrete strategier der indenfor rammerne af hvert scenarium kan anvendes til at sikre optimal udnyttelse af de terapeutiske funktioner og kompetencer i patientforløb².

Møderne i tænketanken

Møderne i tænketanken har været struktureret, så tænketankens deltagere på det første møde frit er blevet opfordret til at diskutere og brainstorme over: hvordan patientforløb bestemmes på somatiske hospitaler i dag og i fremtiden, hvordan man kan forestille sig organiseringen af de terapeutiske funktioner på fremtidens hospitaler, hvilke fordele og ulemper der er ved forskellige organiseringer, samt hvilke strategier der kan efterfølges med henblik på sikring af optimal udnyttelse af de terapeutiske kompetencer.

Dansk Sundhedsinstitut har herefter i et skriftligt oplæg sammenfattet og diskuteret inputtet fra tænketanken i forhold til de temaer, der jf. opdraget skal dække, og udarbejdet en række opfølgende spørgsmål til diskussion på andet møde. På baggrund heraf er der udarbejdet et nyt oplæg, der har været diskuteret i detaljer på tredje møde, og Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen har herefter i dialog med Dansk Sundhedsinstitut fastlagt rammerne for det endelige notat.

Møderne i tænketanken har afsløret,

- a) at der er meget forskellige opfattelser af hvordan fysioterapeuter og ergoterapeuter kan og bør organiseres på fremtidens hospitaler, særligt mellem fysioterapeuter/ergoterapeuter og læger, og mellem ledende repræsentanter for kliniske afdelinger og ledende/behandlende repræsentanter for (forskellige former for) terapiafdelinger
- b) at der for fysioterapeuter og ergoterapeuter er meget stærke følelser knyttet til spørgsmålet om hvordan fysioterapeuter og ergoterapeuter kan og bør organiseres på fremtidens hospitaler – følelser, der afslører og giver mulighed for at gå i dybden med og analysere, hvad det er, det handler om, når fysioterapeuter og ergoterapeuter generelt oplever en meget stærk modvilje mod en decentral organisering.

I notatet har vi valgt at give særlig plads til at beskrive og analysere disse uenigheder og følelsesmæssige reaktioner, da de udefra set afspejler tre "professionelle dilemmaer", som Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen hensigtsmæssigt bør tage stilling til *før* det diskuteres, hvordan fysioterapeuter og ergoterapeuter skal organiseres på fremtidens sygehuse.

¹ En liste over tænketankens deltagere er vedlagt som bilag 1.

² Deltagere fra tænketanken har præciseret, at notatet også bør indeholde overvejelser om *udviklingen* af de terapeutiske funktioner.

Notatets struktur

Notatet er struktureret i to dele. I første del beskrives diskussionerne i tænketanken, og de tre professionelle dilemmaer opstilles. I anden del gives den beskrivelse og diskussion af forskellige modeller for organisering af fysioterapeuter og ergoterapeuter på fremtidens sygehuse, som var del af det oprindelige opdrag.

Notatets forfattere

Notatet er udarbejdet af senior projektleder Pia Kürstein Kjellberg og senior projektleder Susanne Rein-dahl Rasmussen fra Dansk Sundhedsinstitut, i dialog med konsulent Anette Wandel fra Danske Fysio-terapeuter og afdelingsleder Katrine Egaa Molin fra Ergoterapeutforeningen. Tænketankens deltagere har bidraget med væsentlig information, og deres angivelser gengives og diskuteres løbende i notatet. Det er imidlertid vigtigt at fremhæve, at det ikke er tænketankens deltagere, men Dansk Sundhedsinstituttet, der står som afsender af notatet.

Notatets begrænsninger

Vi har ved møderne i tænketanken diskuteret, hvordan det kunne have været interessant også i tænketankens arbejde at have inddraget perspektiver fra sygeplejersker og læger fra andre specialer end geriatri (tilfældet ville, at begge de overlæger, der deltog i tænketanken, havde dette speciale). Samtidig har den forholdsvis begrænsede tid, Dansk Sundhedsinstitut har haft til rådighed til udvikling af notatet, sat sine naturlige begrænsninger for, hvor meget det har været muligt at afsøge potentielle dilemmaer og gå i dybden med analysen af dem, fx ved gennemgang og henvisning til af andet relevant materiale (herunder litteratur).

Professionelle dilemmaer

Allerede på det første møde i tænketanken blev det klart, at der var forholdsvis stor uenighed mellem deltagerne i tænketanken om hvilken organisering af fysioterapeuter og ergoterapeuter på fremtidens sygehuse, der var brug for. Tænketankens deltagere var bedt om frit at brainstorme over, hvordan man kan forestille sig organiseringen af de terapeutiske funktioner på fremtidens hospitaler, og hvilke fordele og ulemper der er ved forskellige organiseringer, og diskussionen kom af sig selv hen på fordele og ulemper ved en central hhv. decentral organiseringsmodel. Med en *central organiseringsmodel* forstås her, at fysioterapeuter og ergoterapeuter enten er ansat i hver deres fysioterapeutiske eller ergoterapeutiske afdeling under fysioterapeutisk/ergoterapeutisk ledelse, eller at de er ansat i en fælles fysioterapeutisk og ergoterapeutisk afdeling under fælles "terapeutisk" ledelse. Med en *decentral organiseringsmodel* forstås, at fysioterapeuter og ergoterapeuter er ansat direkte i de kliniske afdelinger, typisk (men ikke nødvendigvis) er ledet af en læge og en sygeplejerske³. Tænketankens deltagere var alt andet end enige om, hvilken model der var at foretrække. Tilhængere af den centrale model var først og fremmest de deltagende fysioterapeuter og ergoterapeuter, der i dag var ansat i centrale terapiafdelinger. Tilhængere af den decentrale model var først og fremmest de deltagende læger.

Analyse af diskussionerne i tænketanken viste, at uenighederne relaterede sig til mindst tre forskellige forhold, nemlig:

- fremtidens opgaver
- fremtidens indflydelse
- fremtidens faglighed og faglige identitet

I det nedenstående vil vi redegøre for uenighederne i tænketanken i relation til hvert af disse emner, og på denne baggrund opstille tre dilemmaer, som vi mener, at det er væsentligt, at Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen forholder sig til forud for diskussionen af, hvilken organisering af fysioterapeuter og ergoterapeuter på fremtidens sygehuse, der er hensigtsmæssig.

Fremtidens opgaver

Tænketankens deltagere har været enige om, at det er en nødvendig forudsætning, at fremtidens organisering af fysioterapeuter og ergoterapeuter på sygehuse understøtter fremtidens patientrelaterede opgaver. Vi har derfor brugt nogen tid på at diskutere, hvilke opgaver fysioterapeuter og ergoterapeuter vil, kan og skal varetage på fremtidens sygehuse⁴. Håbet har været herved "objektivt" at kunne aflede, hvilken organiseringsmodel, der er mest hensigtsmæssig. Det har ikke været muligt (og det kunne heller ikke forventes). Deltagerne af tænketanken er enige om, at fremtidens opgaver fordrer, at både fysioterapeuter og ergoterapeuter er til stede decentralt/så tæt på patienterne, at de allerede ved indlæggelsen kan påbegynde udredning og diagnosticering af patienterne, og bidrage med behandling/genoptræning, herunder funktionsevnevurderinger og udarbejdelsen af genoptræningsplaner, i fremtidens accelererede patientforløb. Men de fastholder, at dette kan opnås ved begge organiseringsmodeller. Fortalerne for den decentrale model er af den opfattelse, at det bedst sker ved den decentrale model, mens fortalerne for den centrale model fastholder, at det også godt kan lade sig gøre ved den centrale model⁵.

Uenigheden mellem deltagerne i tænketanken vedrører ikke så meget de opgaver, som fysioterapeuter og ergoterapeuter ønsker at varetage på fremtidens sygehuse, som det vedrører de opgaver, de *ikke* ønsker at varetage. Af møderne i tænketanken er det fremgået, at fysioterapeuter og ergoterapeuter er *ønsket* til at deltage i en række opgaver, som de ikke selv ønsker at indgå i. Det drejer sig dels om det, der opfattes som plejeopgaver, dels om "fagligt ubegrundet" vagtarbejde.

³ For en nærmere beskrivelse af den centrale hhv. den decentrale organiseringsmodel, se afsnittet "central versus decentral" på side 10.

⁴ En detaljeret gengivelse er vedlagt som bilag 2.

⁵ Der er et muligt dilemma her, som det imidlertid ikke har været muligt at gå i dybden med indenfor rammerne af det herværende notat.

I diskussionen af dette emne har et medlem af tænketanken draget en skillelinje mellem tre typer af opgaver: i) kerneopgaver (forstået som de opgaver, fysioterapeuter og ergoterapeuter er specifikt uddannet til at varetage), ii) fællesopgaver (forstået som de opgaver, ingen faggrupper er specifikt uddannet til at varetage) og iii) andre faggruppers kerneopgaver (forstået som de opgaver, andre faggrupper er specifikt uddannet til at varetage). De deltagende fysioterapeuter og ergoterapeuter har givet udtryk for, at de selvfølgelig helst vil varetage deres kerneopgaver. De udtrykker forståelse for, at det ud fra et ledelsesperspektiv kan være hensigtsmæssigt, at fysioterapeuter og ergoterapeuter løser en del af fællesopgaverne som fx at hente vand til en patient. Men de fremhæver også, at det er mere oplagt at give disse opgaver til servicepersonalet, og at der ikke på nogen måde må være tale om, at denne type af opgaver får overvægt, hvis fysioterapeuter og ergoterapeuter skal fastholdes i deres stillinger. Når det gælder andre faggruppers kerneopgaver kan fysioterapeuterne og ergoterapeuterne (jf. bilag 2) godt se et perspektiv i at overtage dele af lægeopgaver vedrørende diagnostik og udredning. De har imidlertid ikke ønske om at varetage plejeopgaver som fx bad eller toiletbesøg. Bad og toiletbesøg, der er del af en træningssituation, eller som er forbundet med oplæring for andre faggrupper, vurderes heller ikke at være en opgavetype, der bør fylde for meget, hvis den kompetente fysioterapeut/ergoterapeut skal fastholdes i sin stilling.

Diskussionen af disse "faggrænseopgaver" er relevant, fordi fysioterapeuter og ergoterapeuter allerede i dag oplever et pres fra læger og sygeplejersker om at tage opgaver, som ikke anses for at være kerneopgaver for fysioterapeuter og ergoterapeuter. Truslen opfattes som særlig stor indenfor en decentral organiseringsmodel, hvor læger og (især) sygeplejersker får ret til at bestemme arbejdstilrettelæggelsen for de fysioterapeuter og ergoterapeuter, der går i en given afdeling. Når vi har brugt tid på at diskutere dem, er det, fordi der i nogle situationer kan være forskel på, hvad der er relevant ud fra et fagligt perspektiv, og hvad der er relevant ud fra et ledelsesperspektiv. Det har fra flere af de ledende deltagere i tænketanken (de kliniske afdelingsledere, læge- såvel som terapeutfaglige) været påpeget, hvordan det er nødvendigt – og et væsentligt argument for en decentral organiseringsmodel – at fysioterapeuter og ergoterapeuter på linje med læger og sygeplejersker lærer at arbejde fleksibelt sammen om de konkrete patientrelaterede opgaver: at de fokuserer på at få den samlede hverdag til at hænge sammen, snarere end at skele til det, der i dette perspektiv kan opfattes som "stive faggrænser". Som eksempel er nævnt – og her er fronterne i tænketanken virkelig stødt sammen – at det fx kan være nødvendigt, at en fysioterapeut/ergoterapeut kan gå ind og dække vagten for en sygeplejerske. Det har fremkaldt stærke reaktioner og modargumenter om, at det hverken er fagligt forsvarligt, muligt eller ønskværdigt at anvende fysioterapeuter og ergoterapeuter til denne type af opgaver. Men der har også været fremført argumenter om, at man selvfølgelig godt kan få det til at fungere lokalt, når blot der er tale om en undtagelsessituation eller der i øvrigt er gode faglige argumenter for det.

Udefra set afspejler diskussionen et klassisk dilemma mellem det, der er relevant fra et ledelsesperspektiv – at personalet samarbejder fleksibelt om opgaveløsningen – og det der er relevant fra et faggruppeperspektiv – at man anvender sine kompetencer så fokuseret som muligt og gerne overtager opgaver, der opfattes som længere oppe i det faglige hierarki (her: lægeopgaver), men ikke opgaver der opfattes som længere nede i det faglige hierarki (her: plejeopgaver). Tænketankens deltagere er enige om, at der ikke er nogen, der ønsker, at fysioterapeuter og ergoterapeuter skal blive "grå masse" med læger og sygeplejersker. De skal anvende deres kompetencer til det, de er bedst til, i det tværfaglige samarbejde om konkrete patienter. Når diskussionen kører, om de *også* skal indgå fleksibelt i den pulje af medarbejdere, der i en given afdeling er til rådighed for at løse de opgaver, der er, trækkes fronterne imidlertid op, og der er alt andet end enighed mellem på den ene side de kliniske afdelingsledere (læger og fysioterapeuter/ergoterapeuter) og på den anden side de ledende og behandlende fysioterapeuter og ergoterapeuter fra centrale terapiafdelinger, der ser det som en væsentlig pointe med en central terapi, at den kan bidrage til at skærme fysioterapeuter og ergoterapeuter fra "fagligt ubegrundede" opgaver. Strategisk forekommer det imidlertid relevant at forholde sig til dette dilemma: Skal fysioterapeuter og ergoterapeuter, som det er hensigtsmæssigt ud fra et ledelsesperspektiv, i højere grad trænes i at tænke i samarbejde og helhedsorganisation - eller er det, fordi det ud fra et fagligt perspektiv opleves som uattraktivt og der er mangel på fysioterapeuter og ergoterapeuter, mere hensigtsmæssigt at skærpe sin fagprofil og fastholde sine opgavegrænser? Svaret er ikke enkelt, og tænketanken giver det ikke. Men det er én af de problemstillinger, og nogle af de følelser, der knytter sig til spørgsmålet om en central eller decentral organisering.

Fremtidens indflydelse

Et andet centralt emne, der har været berørt i tænketanken, handler om indflydelse. Der er – især blandt de deltagende fysioterapeuter og ergoterapeuter – enighed om, at det er væsentligt, at organiseringen af fysioterapeuter og ergoterapeuter understøtter deres mulighed for at opnå *indflydelse*. For de deltagende læger er der imidlertid mere nysgerrigt spurgt indtil, hvilke former for indflydelse det er relevant at få – og i besvarelsen af dette spørgsmål skilte vandene sig, til dels afhængigt af sympatien for en central/decentral organiseringsmodel.

På den ene side blev det fremhævet som meget (mest) væsentligt at få del i de overordnede rammebeslutninger, der blev truffet i hospitalsledelser og i regionerne via bl.a. sundhedsfagligt råd. Det blev fremhævet, hvordan de centralt organiserede terapier qua deres position som afdelinger med fysioterapeutisk/ergoterapeutisk afdelingsledelse havde automatisk deltagelse i disse fora. Det blev også fremhævet, at ønsket om at kunne bidrage kvalificeret på dette ledende niveau, havde været en del af baggrunden for, at ledende fysioterapeuter og ergoterapeuter havde efteruddannet sig med masteruddannelser i offentlig sundhed eller offentlig administration. I forhold til de øvrige deltagere – især lægerne – blev indflydelse på hospitals- og regionsniveau imidlertid kun i mindre omfang opfattet som relevant. Der blev både rejst spørgsmål om hvilke relevante beslutninger, der blev truffet på hospitalsniveau (som i stigende omfang bevægede sig mod direktioner med djøfere og professionelle ledere), og om hvilken "impact" af beslutninger truffet på hospitals- og regionsniveau, der kunne mærkes blandt patienter og menige fysioterapeuter og ergoterapeuter.

På den anden side blev det fremhævet som meget (mest) væsentligt at få indflydelse på de beslutninger, der i henhold til de deltagende læger træffes i de kliniske afdelinger, og som handler om, hvilke faggrupper der bidrager med hvad i forskellige typer af patientforløb. Her fremgik det på flere måder, at der var begrænset indflydelse i den centrale model. Nogle deltagere med erfaring med en central organisering udtrykte således generel frustration over muligheden for at få indflydelse på afgørelser om lokale patientforløbsprogrammer – dels ved fortællinger om beslutninger truffet uden deres deltagelse – dels ved tilkendegivelse af frustration over at beslutninger om arbejdsdelinger i patientforløb ikke foregik via det formelle beslutningshierarki (dvs. blev truffet i hospitalsledelsen). Om indflydelsen ville være bedre i en decentral model var der ikke enighed om. Fortalerne fremhævede, hvordan kompetente fysioterapeuter og ergoterapeuter qua deres tættere relation til personale og afdelingsledere i en mere decentral struktur lettere vil kunne få adgang til indflydelse. Kritikerne fremhævede, hvordan det alt for let blev afhængig af personlige relationer – om velviljen hos det personale og de afdelingsledere, der sad med beslutningerne.

Udefra set afspejler diskussionen et dilemma om, hvordan og hvorvidt der søges indflydelse på sygehusenes ledelse og organisation, eller om der søges indflydelse på dets kerneydelser, her forstået som det tværfaglige samarbejde om patientbehandlingen. Der er sjældent direkte sammenhæng mellem organisationers ledelse og organisatoriske indretning og samarbejdet om produktionen af kerneydelser. Samarbejdet om produktionen af kerneydelserne bestemmes ikke nødvendigvis via det formelle hierarki, men udtrykker institutionaliserede praksis'er, der er forhandlet i et tværgående uformelt netværk, der går på tværs af (sygehus-)organisationer og blandt andet involverer de professionelle selskaber.

Dette rejser for os at se et centralt dilemma, som Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen hensigtsmæssigt kan forholde sig til, før det diskuteres, hvordan fysioterapeuter og ergoterapeuter skal organisere sig på fremtidens sygehus: Skal fysioterapeuter og ergoterapeuter, ved udvikling af generelle lederfærdigheder, satse på at opnå indflydelse på de beslutninger om sygehusenes ledelse og organisation, der træffes på sygehusledelsesniveau? Eller skal fysioterapeuter og ergoterapeuter, ved analyse af og oprustning i forhold til det tværgående uformelle netværk, der går på tværs af sygehusorganisationer og blandt andet involverer nationale institutioner og (faggrupper meget forskellige) professionelle selskaber, satse mere målrettet på indflydelse på samarbejdet om patientbehandlingen? Det er to meget forskellige strategier, og de fysioterapeutiske og ergoterapeutiske deltagere af tænketanken vil givetvis sige "både/og" og fremhæve, at de ledende og udførende niveauer ikke er fuldstændig dekoblede. Det er givetvis rigtigt. Da fysioterapeuter og ergoterapeuter imidlertid er små faggrupper, og der ikke er ubegrænsede ressourcer, forekommer det vigtigt strategisk at forholde sig til, på hvilket niveau, man først og fremmest skal søge indflydelse.

Fremtidens faglighed og faglige identitet

Et tredje emne, der har fyldt meget ved de tre møder i tænketanken, har været spørgsmålet om fremtidens faglighed og faglige identitet. Det er fremstået som en helt central og gennemgribende pointe, at en høj faglighed og stærk professionel identitet er et væsentligt afsæt for at kunne bidrage bedst muligt - inden for sit faglige kerneområde og med sine kompetencer - i de tværfaglige teams, som der generelt er enighed om er fremtiden omkring patientforløb. Det har blandt andet været fremført som en bekymring i forhold til en mere decentral organisering af de fysioterapeutiske og ergoterapeutiske funktioner, at det ikke ved decentral ansættelse er muligt at opretholde en stærk faglighed og identitet – at fysioterapeuter og ergoterapeuter bliver "grå masse" med hinanden såvel som med de læger og sygeplejersker, de samarbejder med.

Hvor der er enighed om, at en høj faglighed og stærk professionel identitet er et væsentligt afsæt for at kunne bidrage bedst muligt i de tværfaglige teams, er der nogen uenighed om, hvad der udgør høj faglighed, og – måske mere konkret – hvordan dette skabes.

Uenigheden mellem deltagerne er på dette punkt stærkt relateret til sympatierne for henholdsvis en central og en decentral struktur, og argumenterne er derfor svære at adskille fra denne mere overordnede diskussion. Det, der fremføres er imidlertid – fra fortalerne for en decentral struktur – at det, der efterspørges og det, der er brug for i samarbejdet omkring patienterne, er en høj faglighed forstået som et dybgående kendskab til de givne specialers patienter, og hvordan de kan genoptrænes – herunder ved brug af de nyeste redskaber og test der er udviklet indenfor henholdsvis fysioterapi og ergoterapi. Det betyder, at fysioterapeuter og ergoterapeuternes postgraduate uddannelse meningsfuldt tilrettelægges indenfor de konkrete (og forskellige) kliniske specialer. Der tages generelt afstand fra tid og ressourcer brugt på at udvikle generalister *uafhængigt* af speciale⁶.

Fra fortalerne for en central struktur fremføres det, at der er brug for fysioterapeuter og ergoterapeuter med stærke kompetencer indenfor de konkrete kliniske specialer, de arbejder i. Og der er for så vidt også enighed om, at der er brug for, at fysioterapeuter og ergoterapeuter har nogle "generalistfærdigheder", forstået som en specialiseret viden om det fysioterapeutiske og ergoterapeutiske arbejdsfelt (på tværs af specialer). Det fremføres derfor fra nogle af deltagerne, at den specialiserede generalistviden bedst opnås ved, at nyuddannede fysioterapeuter og ergoterapeuter som en del af deres karriere bevæger sig på tværs af specialer, inden de specialiserer sig indenfor et givent område. Herudover påpeges det, at der er et vedvarende behov for, i den samlede gruppe af fysioterapeuter og ergoterapeuter på et givent hospital, at der foretages en erfaringsudveksling og dialog om "hvad der er udviklingen indenfor vores fag". Dette bør være forankret omkring henholdsvis de ledende fysioterapeuter og de ledende ergoterapeuter i en central terapi, der både har fagligt og ledelsesmæssigt ansvar for deres medarbejdere.

Udefra set afspejler disse diskussioner et centralt dilemma om hvordan fremtidens faglighed og faglige identitet skal opbygges og understøttes. Skal den gå på tværs af specialer og knyttes til det enkelte hospital, eller skal den gå på tværs af hospitaler og knyttes til det enkelte kliniske speciale, som vi fx kender det fra lægernes verden? Vi vil gerne uddybe denne pointe i det følgende.

På møderne i tænketanken har vi som udefra kommende bemærket, hvordan der, blandt fysioterapeuter og ergoterapeuter, er en tradition for at forankre ansvaret for de hospitalsansatte fysioterapeuter og ergoterapeuters postgraduate kompetenceudvikling i den lokale ledelsesstruktur. Det efterspørges, og der er tradition for, at fysioterapeuter refererer til fysioterapeuter med såvel fagligt som administrativt ansvar, ligesom ergoterapeuter refererer til ergoterapeuter med tilsvarende ansvar. Allerede med oprettelsen af en samlet afdeling for fysioterapeuter og ergoterapi, har der været oplevelser af forringet mulighed for faglig sparring og udvikling, idet man ikke længere kan være sikker på, at den nærmeste leder har éns egen specifikke faglige uddannelsesbaggrund som henholdsvis fysioterapeut og ergoterapeut. I en decentral struktur, hvor man end ikke kan være sikker på, at der er en *terapeut* i den nærmeste ledelse, er der en frygt for, hvordan ansvaret for den faglige udvikling vil blive place-

⁶ Hermed skal ikke forstås, at der tages afstand fra fx monofaglige kurser eller andre former for udviklingsaktiviteter, hvor fysioterapeuter og ergoterapeuter oplæres i anvendelse af specifikke teknikker, blot at relevansen af disse kurser afgøres med afsæt i de behov, der er indenfor specialet.

ret og varetaget. Det er fremført, at det principielt set kan være lige meget, om den nærmeste leder er terapeut, blot vedkommende interesserer sig for den enkelte medarbejder – men det er også fremført som en del af begrundelserne for, at fysioterapeuter og ergoterapeuter har forladt decentrale ansættelser, at de har oplevet det som svært at få adgang til (citater) ”monofaglige kurser” – uddannelsesaktiviteter, som det ikke set ud fra specialets/lægens perspektiv har været oplevet som relevante.

Problemstillingen vedrører her to centrale emner, som har været dominerende på møder i tænketanken. For det første problemerne ved en personafhængig struktur: at det gode efteruddannelsesforløb er et spørgsmål om personlige egenskaber ved den nærmeste leder, idet der ikke – som for eksempel for læger – er tradition for planlagte efteruddannelsesforløb for fysioterapeuter/ergoterapeuter. For det andet hele spørgsmålet om, hvor mange ressourcer det i fremtiden er relevant at bruge på at understøtte en lokalt forankret fysioterapeutisk/ergoterapeutisk faglighed og faglig identitet, der går på tværs af specialer i det enkelte hospital.

Vi berører her et andet centralt emne om faglig identitet, og som handler om, om den enkelte fysioterapeut/ergoterapeut identificerer sig med og relaterer sig til den samlede gruppe af fysioterapeuter/ergoterapeuter på hospitalet, *eller* om den enkelte fysioterapeut/ergoterapeut identificerer sig med og relaterer sig til den gruppe af fysioterapeuter/ergoterapeuter, der *på tværs af hospitaler* arbejder med samme kliniske problemstillinger. Skal fysioterapeuter og ergoterapeuter i fremtiden i højere grad udvikle sig til specialister, medfører det – uagtet hvilken model for organisering af de fysioterapeuter og ergoterapeutiske funktioner man vil vælge – en mindre fælles identifikation mellem den samlede gruppe af fysioterapeuter og ergoterapeuter på et givent hospital, som – for at forhindre tab af faglig identitet – kan understøttes ved at understøtte det tværgående fællesskab af fysioterapeuter og ergoterapeuter mellem hospitaler.

I tænketanken har det, særligt i forhold til en decentral model, været diskuteret, hvordan der savnes en national struktur for fysioterapeuter og ergoterapeuters efteruddannelse, der sikrer fortsat relevant udvikling af fysioterapeuter og ergoterapeuternes kompetencer efter endt grunduddannelse. En sådan – national – struktur kunne være med til at sikre fysioterapeuter og ergoterapeuter modtog relevante postgraduate efteruddannelsesaktiviteter *uagtet* hvor de var ansat, og *uagtet* hvilke personlige sympatier og faglige forståelser/misforståelser der var mellem den enkelte fysioterapeut/ergoterapeut og dennes nærmeste leder. Det er ikke på samme måde nødvendigt med en fysioterapeutisk eller ergoterapeutisk faglig leder, hvis den enkelte fysioterapeut/ergoterapeut er bundet ind i et tværgående uddannelsesprogram, der sikrer en høj faglighed indenfor det specifikke speciale, vedkommende har valgt at arbejde indenfor, og hvor det fx fremgår, at yngre medarbejdere arbejder under supervision indtil de opnår en vis kompetence.

Vi har ikke i tænketanken diskuteret den nærmere udformning af en sådan national efteruddannelsesstruktur. Det er imidlertid flere gange fremhævet a) at der er gode lokale erfaringer med udvikling af forskellige formelle kompetenceniveauer, samt b) at det kunne være særdeles relevant med en af Sundhedsstyrelsen anerkendt specialistuddannelse. Forankres de lokale fysioterapeuter og ergoterapeuter i en sådan national efteruddannelsesstruktur, vil det i høj grad kunne bidrage til at sikre den høje og højt specialiserede faglighed, der ved central såvel som decentral ansættelse efterspørges, og som giver pondus i det daglige samarbejde med læger og sygeplejersker. Tænketankens deltagere er generelt meget interesserede i perspektiverne i en national efteruddannelsesstruktur, som både opfattes som en styrkelse af den centrale og den decentrale organiseringsmodel, og som både anses for at være foreneligt med tænkningen om fysioterapeuter og ergoterapeuter som specialister og som ”specialiserede generalister”.

Udefra set er det imidlertid væsentligt at forholde sig strategisk til dette dilemma: skal fysioterapeuter og ergoterapeuter udvikle sig til specialister eller ”specialiserede generalister”? Og hvis de skal uddanne sig til specialister, hvad er så perspektiverne i at understøtte en lokalt forankret fælles faglighed og faglig identitet? Alternativet er en faglig identitet, der knytter sig til specialet og lokalt er tværfagligt, men som nationalt vil kunne understøttes af tværgående professionelle netværk på linje med lægernes professionelle selskaber⁷. Det er en anden måde at tænke på: en anden måde at relatere og iden-

⁷ Disse ville igen kunne understøtte fysioterapeuter og ergoterapeuters indflydelse på samarbejdet om kerneydelse, jf. dilemma to.

tificere sig på, og man kan vælge begge. Valget bør imidlertid foretages strategisk og bevidst, så man både bør sig klart, hvad det er man vinder og favner, og hvad det er man taber og afviser – og valget bør (måske mest væsentligt), foretages før der tages stilling til hvilken organisering af fysioterapeuter og ergoterapeuter på fremtidens sygehuse, der er mest hensigtsmæssig.

Scenarier for fremtiden

Der kan på baggrund af møderne i tænketanken a) opstilles to idealtypiske modeller for den fremtidige organisering af fysioterapeuter og ergoterapeuter på fremtidens hospitaler, b) oplystes en række forskellige synspunkter om deres fordele og ulemper og c) skitseres en række forskellige strategier for optimal udvikling og udnyttelse af de fysioterapeuter og ergoterapeutiske funktioner, der i noget omfang – men ikke kun – relaterer sig til de enkelte modeller.

Central versus decentral

De to idealtypiske modeller for organisering af fysioterapeuter og ergoterapeuter ved fremtidens sygehuse, der kan opstilles på baggrund af møderne i tænketanken, adskiller sig ved, om hospitalets fysioterapeuter og ergoterapeuter er ansat centralt i en selvstændig terapiafdeling under fysioterapeuter/ergoterapeutisk afdelingsledelse *eller* om hospitalets fysioterapeuter og ergoterapeuter er ansat decentralt i de forskellige kliniske afdelinger under læge- og sygeplejefaglig ledelse⁸.

Model A: Den centrale model

I den centrale model er fysioterapeuter og ergoterapeuterne ansat i en selvstændig terapiafdeling, der med afsæt i samarbejdsaftaler (eller lignende aftaler) med hospitalets øvrige kliniske afdelinger fordele fysioterapeuter og ergoterapeuter til varetagelse af forskellige kliniske opgaver. Samarbejdsaftaler indgås mellem lederen af terapiafdelingen, der typisk er en fysioterapeut eller ergoterapeut, og de kliniske afdelinger, og har karakter af en forhandlingssituation, hvor det afgøres, hvilke typer af opgaver, som fysioterapeuter eller ergoterapeuter indgår i, og hvor mange timer der kan være brug for. Fysioterapeuten/ergoterapeuten vil herefter have to eller flere organisatoriske tilknytningsflader: en tilknytningsflade til terapiafdelingen og en (eller flere) tilknytningsflader til den (eller de) kliniske afdelinger, vedkommende arbejder i. I terapiafdelingen er fysioterapeuten/ergoterapeuten del af en fælles organisation, der arbejder målrettet med udvikling af de fysioterapeutiske og ergoterapeutiske funktioner og disses opgaver/placering i hospitalet. I de kliniske afdelinger er fysioterapeuten/ergoterapeuten del af det daglige kliniske arbejde omkring patienterne, men ikke (nødvendigvis) i det mere udviklingsrelaterede arbejde, der (blandt andet) foregår omkring patientforløb.

Model B: Den decentrale model

I den decentrale model er fysioterapeuter og ergoterapeuterne ansat lokalt i de kliniske afdelinger. Arbejdet tilrettelægges i samarbejde mellem fysioterapeuten/ergoterapeuten og dennes ledelse, som typisk (men ikke nødvendigvis) vil bestå af en overlæge og en oversygeplejerske. Fysioterapeuten/ergoterapeuten vil have én organisatorisk tilknytningsflade, nemlig til den kliniske afdeling, og deltage i udviklingsaktiviteter i denne afdeling. Han/hun vil indgå i et tværfagligt snarere end monofagligt fællesskab, om end der indenfor nogle særligt opgaveintensive specialer også vil være en større gruppe af fysioterapeuter og ergoterapeuter, evt. med ledelsesrepræsentation i en eller flere afsnitsledelser. I andre specialer vil der imidlertid være så få terapeutisk opgaver, at der kun er ansat en enkelt eller to fysioterapeuter/ergoterapeuter, og tilknytningen vil derfor – i disse afdelinger - hovedsageligt være tværfaglig.

Model C: Blandingsmodellerne

I praksis kan man forestille sig forskellige blandingsmodeller – fx en model, hvor fysioterapeuter og ergoterapeuter er ansat decentralt på enkelte særligt opgaveintensive afdelinger og/eller afdelinger, hvor det af anden årsag er lykkedes at rekruttere en fysioterapeut/ergoterapeut til specifikke opgaver, men hvor der i øvrigt i hospitalet findes en central terapiafdeling med fysioterapeuter og ergoterapeuter, der servicerer de øvrige afdelinger i henhold til aftaler mellem de to afdelingers ledelser. Vi disku-

⁸ Det er vigtigt at være opmærksom på, at der ikke er tale om beskrivelser af modeller, der i deres rendyrkede form eksisterer på dagens hospitaler. Ideen med idealtyper er ikke at beskrive det faktiske, men via diskussion og analyse af principielle forskelle at give værktøjer til diskussion og analyse af konkrete forhold.

terer kun kort i notatet disse blandingsmodeller, da de principielle forskelle mere rendyrket kommer til udtryk i diskussionen af den centrale/decentrale model.

Fordele og ulemper

Det er svært at give en objektiv diskussion af fordele og ulemper ved de to forskellige scenarier, der ovenfor er tegnet. På baggrund af de tre møder i tænketanken står det klart, at det i høj grad afhænger af *perspektiv*, om man foretrækker den ene eller den anden model. De pointer der er fremhævet på de tre møder i tænketanken, skal imidlertid gengives nedenfor.

Den centrale model (A)

Fordelen ved den centrale model er, at ansvaret for udvikling af de fysioterapeuter og ergoterapeutiske funktioner er entydigt placeret i ledelsen af terapiafdelingen, samt at fysioterapeuter og ergoterapeuterne har en monofaglig identitetsbasis, hvorigennem de kan styrke deres identitet (som fysioterapeuter og ergoterapeuter) og faglighed. Hertil kommer, at lederen af terapiafdelingen (som typisk vil være fysioterapeut eller ergoterapeut) qua sin formelle position som afdelingsleder har naturligt sæde i overordnede beslutningsfora som fx hospitalsledelsen (subsidiært centerledelsen) og sundhedsfagligt råd. Deltagere af tænketanken har endvidere fremhævet, at nye tiltag som fx genoptræningsplaner implementeres lettere, at der er bedre mulighed for at dække hinanden ind ved sygdom (men at dette i stigende grad vanskeliggøres, fordi fysioterapeuterne og ergoterapeuterne specialiseres), at volumen er til stede for forskning og uddannelse samt for at sikre et uddannelsesmiljø, og at der er praktiske fordele med træningsfaciliteter og indkøb af hjælpemidler. Endelig er det en fordel/ulempe (afhængigt af øjnene der ser), at fysioterapeuter og ergoterapeuterne qua den centrale forhandlingsstruktur, hvor det er lederen af terapiafdelingen der gennem samarbejdsaftaler med de kliniske afdelinger er med til at bestemme, hvilke opgaver fysioterapeuter og ergoterapeuter skal og (især) ikke skal løse, kan være med til at sikre/forhindre, at fysioterapeuter og ergoterapeuter tager del i opgaver, som ikke ligger inden for fagenes kerneområder og/eller opleves som uattraktive, fordi de forbindes med plejegruppens opgaver.

Ulemperne ved den centrale model er en risiko for, at fysioterapeuter og ergoterapeuterne kun i mindre omfang er integrerede i de kliniske afdelinger, de til dagligt arbejder i, og at det fra afdelingsside kan opfattes som en "bureaukratisk barriere", at der skal indgås aftaler med en ledende terapeut før det kan bestemmes, hvilke arbejdsopgaver fysioterapeuter og ergoterapeuter i afdelingen kan indgå i. Afdelingslederne føler ikke samme ejerskab overfor de fysioterapeuter og ergoterapeuter, der går i afdelingen, som de føler for deres "eget personale" – og der er manglende forståelse for den tid, fysioterapeuter og ergoterapeuter bruger væk fra de kliniske afdelinger på særlige udviklingsaktiviteter for fysioterapeuter og ergoterapeuter (snarere end det, der i de kliniske afdelinger opfattes som udviklingsaktiviteter for patienter).

Den decentrale model (B)

Fordelen ved den decentrale model er, at fysioterapeuter og ergoterapeuterne er en integreret del af de afdelinger, de arbejder i. De har naturlig indflydelse på de beslutninger omkring patientforløb, der træffes i afdelingen, og kan mere fleksibelt bidrage til håndtering af de patientrelaterede opgaver, der opstår. For nogle deltagere af tænketanken er det endvidere fremhævet, at der decentralt er bedre mulighed for at opbygge en høj faglighed, forstået som en høj specialespecifik faglighed (men det er ikke noget, der er enighed om, jf. tidligere afsnit om faglig identitet og udvikling). Der er bedre adgang til afdelingsledelserne, som nu har fået fysioterapeuter og ergoterapeuter som deres ansvar, hvorved der er etableret et bedre fundament for, at fysioterapeut- og ergoterapeutfaglige bidrag kan tænkes ind på dette beslutningstagende niveau.

Ulemperne ved den decentrale model er, at der ikke er nogen, der tager ansvar for den mere overordnede udvikling af de fysioterapeuter og ergoterapeutiske funktioner på det aktuelle hospital, og at der ikke er sæde i overordnede væsentlige beslutningsfora som hospitalsledelsen og sundhedsfagligt råd. Der fremhæves desuden en bekymring for om den terapeutiske faglighed vil udvandes ved decentral ansættelse, særligt i afdelinger med få fysioterapeuter og ergoterapeuter, og fysioterapeuter og ergoterapeuter vil blive "grå masse" med læger og sygeplejersker. Historier kendes om fysioterapeuter og ergoterapeuter med decentral ansættelse, der ikke har oplevet at få adgang til de kurser,

de ønskede, og som har oplevet det som frustrerende ikke at have ledelsesmæssig adgang til en fysioterapeut eller ergoterapeut, der repræsenterer "deres" sag. Det fremhæves (og det er der enighed om), at der er en særlig problemstilling omkring de fysioterapeuter og ergoterapeuter, der er ansat alene i en afdeling, og for hvem det opfattes som "svært at gøre sig gældende", uagtet at vedkommende er fagligt kompetent. Desuden udtrykkes en frygt for, om det ledelsesmæssige ansvar for fysioterapeuter og ergoterapeuter er ønsket blandt ikke-terapeuter (specifikt: sygeplejersker). Der refereres således til ønsker om at decentralisere de fysioterapeuter og ergoterapeutiske funktioner, der er blevet mødt med modstand fra netop dette niveau.

Blandingsmodellerne (C)

Positivt set er det en fordel ved blandingsmodellerne, at de principielt set giver det bedste af to verdener: de giver mulighed for decentral ansættelse i de store afdelinger, hvor der vurderes at være et tilstrækkeligt volumen til at sikre en acceptabel *balance* mellem faggrupper – de giver mulighed for central forankring af de fysioterapeuter og ergoterapeuter der servicerer de mindre opgaveintensive afdelinger – og de placerer ansvaret for udvikling af de fysioterapeutiske og ergoterapeutiske funktioner et "naturligt sted", nemlig i ledelsen af den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske afdeling. I praksis vil der imidlertid givetvis ske en "nedgradering" af den centrale terapi, hvis en stor mængde (flertallet) af fysioterapeuter og ergoterapeuter er ansat lokalt, og kun en mindre gruppe centralt. Dermed vil fysioterapeuternes og ergoterapeuternes mulighed for en overordnet og fælles indflydelse og påvirkning af det overordnede ledelsesmæssige niveau blive mindsket væsentligt.

Strategier i scenarier

De strategier, der har været diskuteret indenfor rammerne af hvert af de ovenfor nævnte scenarier har i høj grad været rettet mod at kompensere for deres svagheder.

Den centrale model (A)

I forhold til den centrale model er det bl.a. fremhævet, at det vil være væsentligt at arbejde aktivt med at forhindre, at terapiafdelingen opfattes som en bureaukratisk barriere for en hensigtsmæssig brug af fysioterapeuter og ergoterapeuter lokalt i de kliniske afdelinger. Det er også fremhævet, at det vil være væsentligt at arbejde aktivt med at integrere fysioterapeuter og ergoterapeuterne i de afdelinger, de indgår i, ved faste tilknytninger til tværfaglige teams i en mere gennemsyret tværfaglig hospitalsstruktur (for, som det fremgår, er det ikke kun fysioterapeuter og ergoterapeuter, men også læger og sygeplejersker, der skal *lære* at tænke og arbejde tværfagligt i fremtidens hospitaler). Der vil skulle arbejdes målrettet lokalt med at sikre indflydelse på patientforløb. Deltagelse i de lokale såvel som regionale og nationale udvalg, der udstikker rammerne for relevante patientforløb, er essentiel. En central model giver ikke i sig selv nogen "hjælp" til deltagelse i disse fora, og det er således noget, der skal arbejdes aktivt sideløbende med. Lokalt handler det antageligt om synlighed i de kliniske afdelinger. Synlighed i de konkrete samarbejdsrelationer til (især) læger, således at fysioterapeuter og ergoterapeuter bæres ind af de specialeansvarlige læger, der har naturlig plads i arbejdsgrupperne. Hvordan dette opnås er der ingen lette svar på. Men gode relationer der opnås via løbende tæt samarbejde om konkrete patienter er et middel. Og fokuseret satsning, fra fysioterapeut- og ergoterapeutside, på en placering i disse grupper, hvor der også qua forskning og udvikling er noget at byde ind med, forekommer essentielt.

Den decentrale model (B)

I forhold til den decentrale model er det fremhævet, hvordan der fortsat lokalt i det enkelte hospital kan være en "ledende hospitalsterapeut" med ansvar for "strategisk udvikling" af de fysioterapeutiske og ergoterapeutiske funktioner og sæde i hospitalsledelsen (subsidiært en centerledelse). Hertil skal der være en forsknings- og udviklingsenhed (gerne i tæt tilknytning til de øvrige forsknings- og udviklingsaktiviteter, der foregår i hospitalet) samt en placering af ansvaret for den prægraduate uddannelse. Det er fremhævet, hvordan ansvaret for den postgraduate terapeutiske uddannelse bør ligge hos den ledende hospitalsterapeut, således at aftaler om den postgraduate uddannelse etableres i samarbejde mellem den ledende hospitalsterapeut og de enkelte afdelinger. Evt. kan man overveje, at der afholdes MUS samtaler i fællesskab mellem den ledende terapeut og de enkelte kliniske afdelinger. Det er også overvejet, at den ledende hospitalsterapeut skal have indflydelse på den mere konkrete arbejdstilrettelæggelse for den enkelte fysioterapeut/ergoterapeut i den enkelte afdeling. Dette ses

især som et vigtigt middel til at sikre at den overvejende bestanddel af fysioterapeuter og ergoterapeuters arbejdsopgaver består af kernefaglige opgaver, således at uønskede nattevagter og varetagelsen af egentlige plejeopgaver ikke tager overhånd. Spørgsmålet er imidlertid, om denne "faggrænsemarkering" er strategisk hensigtsmæssig i en decentral model, hvor det netop skulle være pointen, at fysioterapeuter og ergoterapeuternes faglige identitet skulle redefineres og i højere grad relatere sig til det team, der er samlet omkring patienten. Man kunne i stedet argumentere for, at fagforeningen kunne have en væsentlig rolle at spille fx i form af aftaler omkring nattevagter o.a., og at der i stedet for defensivt at forsvare sig mod opgaveglidning af angst for uddynding af faget skulle arbejdes offensivt med styrkelse af den specialespecifikke terapeutiske faglighed og den nye identitet der er knyttet til specialet og patienterne, for derved at sikre en lokal interesse i at udnytte de ligeledes begrænsede terapeutressourcer, der er til stede i en given afdeling, til det de er bedst til.

National fundering

Strategisk understøttelse af den decentrale model synes at fordrer, at der opbygges – og arbejdes aktivt med positivt at opbygge – en faglig identitet relateret til specialerne – de konkrete opgaver. Nogle fysioterapeuter og ergoterapeuter vil komme til at gå forholdsvis alene. Men, som det er påpeget i tænketanken, kan der opstilles krav om, at der er tale om fysioterapeuter og ergoterapeuter med stor erfaring, generelt og indenfor det specifikke patientområde. Dette kunne understøttes af en, nationalt forankret stillingsstruktur, der definerer hvad der skal til for at være fysioterapeut/ergoterapeut på forskellige erfarings- og ansvarsniveauer. I lægeverdenen kendes det med de forskellige former for uddannelseslæger, afdelingslæger og overlæger. Men også i djøfverdenen har vi en (mindre god, men alligevel operationel) pendant med konsulenter, specialkonsulenter og chefkonsulenter. Der er knyttet kompetence og løn til disse kategorier. Og flere steder er der også knyttet specifikke uddannelsesretigheder til de yngre medarbejdere – og undervisningsforpligtigelser til de ældre. En national stillingsstruktur kunne støtte en decentral model ved fx at sætte krav om, at de fysioterapeuter og ergoterapeuter, der skal arbejde mere eller mindre isoleret på en given afdeling, skal have en vis erfaringsballast – operationaliseret som et givent stillingsniveau. Man kan givetvis også gøre det mindre formelt (blot med krav om, at der er tale om en "erfaren terapeut"), men det kunne understøtte hinanden. Samtidig kan man overveje, om den stigende specialisering, der oparbejdes, i højere grad skal knytte sig til specifikke specialer. Det er på møder i tænketanken fremhævet, at de fysioterapeuter og ergoterapeuter, der efterspørges i afdelingerne, er højt specialiserede – og det er også de kompetencer, fremtidens opgaver synes at kræve. Spørgsmålet er, om man kan arbejde med opbygning af en mere formaliseret efteruddannelsesstruktur, rettet mod de forskellige specialer. Det kunne skabe en høj faglig identitet, knyttet til specialet, der kunne støtte/ruste fysioterapeuter og ergoterapeuter i deres decentrale ansættelse. Man kunne samtidig forestille sig, at disse efteruddannelsesstrukturer kunne være med til at skabe netværk blandt fysioterapeuter og ergoterapeuter på tværs af hospitalerne, således at den enkelte fysioterapeut eller ergoterapeut, der arbejder alene inden for et højt specialiseret felt indgår i et netværk med andre fysioterapeuter og ergoterapeuter i lignende ansættelser. Netværk af denne type eksisterer allerede i dag indenfor fx håndkirurgi. En bredere udbygning og fundering i en mere overordnet efteruddannelsesstruktur kunne imidlertid – ud over en fundering til andre fysioterapeuter og ergoterapeuter i hospitalet – hjælpe disse fysioterapeuter og ergoterapeuter til at få en faglig ballast. Man kan meget via internettet i dag. Og der er givetvis også specialespecifikke konferencer - typisk lægefaglige - hvor man i øget udstrækning kunne arbejde mod oprettelse af en fysioterapeutiske og/eller ergoterapeutiske subgrupper.

Et strategisk valg

Tænketankens deltagere er enige om deres visioner for organiseringen af fysioterapeuter og ergoterapeuter i fremtidens sundhedsvæsen. De er enige om, at fysioterapeuter og ergoterapeuter har en lang række meget væsentlige opgaver at spille, og at opgavevaretagelsen fordrer, at fysioterapeuter og ergoterapeuter udvikler sig til specialister og er til stede decentralt. Deltagerne ser perspektiver i en af sundhedsstyrelsen sanktioneret efteruddannelsesstruktur, men er ikke enige om, hvilken organiseringsmodel, der lokalt er at foretrække. Det fremhæves som en væsentlig pointe, at det givetvis kan variere fra speciale til speciale og fra hospital til hospital, hvilken organisering, der er at foretrække. Samtidig fremhæves det fra fortalere fra såvel den centrale som den decentrale organiseringsmodel, at det værst tænkelige scenarie *ikke* er den "modsatte" model som beskrevet i dette notat, men en "uigennemtænkt model", der udvikles ad hoc, uden at der tages strategisk stilling til, hvordan man kan arbejde med og kompensere for modellens svagheder. Opfordringen er derfor ikke nødvendigvis

at vælge, men at tage stilling til, hvad der kan og bør gøres lokalt, under forudsætning af at der arbejdes med den ene eller den anden model.

Bilag. Fremtidens opgaver (vil/skal/kan)

I lovmæssig forstand står hospitalsansatte fysioterapeuter og ergoterapeuter i en brydningstid. I forbindelse med kommunalformens gennemførelse 1. januar 2007, blev der i gennemført en del ændringer på genoptræningsområdet. Det betyder, at en række opgaver, som indtil kommunalreformen i overvejende grad blev varetaget af amterne vil blive/bliver udlagt til de nye kommuner, og der er forskellige holdninger til/ønsker om, hvilke opgaver fysioterapeuter og ergoterapeuter i fremtiden skal påtage sig. Det bør i den forbindelse påpeges, at der fra amt til amt og undertiden også fra hospital til hospital er forskel på hvilke opgaver de hospitalsansatte fysioterapeuter og ergoterapeuter har varetaget og vil komme til at varetage i fremtiden.

På det første og andet møde i tænketanken blev det diskuteret, hvordan der med sundhedslovens implementering principielt set vil være forskellige typer af opgaver for hospitalsansatte fysioterapeuter og ergoterapeuter. Hvad skal fysioterapeuter og ergoterapeuter varetage, hvad kan de varetage, og hvad vil de gerne varetage set i lyset af deres faglighed/kerneområder og spidskompetencer. Det er ikke diskuteret i nærmere detaljer, hvordan disse opgaver fordeler sig på forskellige patientkategorier og specialer. Men flere væsentlige pointer blev fremhævet i forhold til nedenstående kategorisering af fremtidige opgaver for fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det skal bemærkes at listen ikke er en fyldestgørende beskrivelse af fysioterapeuters og ergoterapeuters arbejdsopgaver:

- a. Diagnostik og udredning
- b. Behandling/genoptræning
- c. Udarbejdelse af genoptræningsplaner
- d. Forebyggelse af funktionsevnetab/initiering af den tidlige rehabilitering
- e. Uddannelse og forskning
- f. Samarbejde med kommunerne
- g. Øvrige opgaver

Diagnostik og udredning

Der er enighed om blandt tænketankens deltagere, at en vigtig del af fysioterapeuter og ergoterapeuters arbejde i fremtiden er den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske diagnosticering og udredning. Et arbejdsområde, som allerede på nuværende tidspunkt varetages af fysioterapeuter og ergoterapeuter og har fyldt i mange år, men det vurderes, at det vil komme til at fylde mere i fremtiden.

I erkendelse af, at patientforløbene generelt accelereres ligger der en udfordring i, at få styrket de fysioterapeutiske og ergoterapeutiske spidskompetencer på området, således at fysioterapeuter og ergoterapeuter på kort tid er i stand til at udrede patienterne med henblik på at få dem sendt dem videre til rette instans. Der gives eksempler på, at det vil være nødvendigt, at fysioterapeuter og ergoterapeuter er i stand til at kunne diagnosticere og udrede eksempelvis patienterne i ambulatorierne, når de, som det nogle steder allerede er tilfældet, bliver tilset af en fysioterapeut eller ergoterapeut i stedet for en læge. I samme forbindelse anføres det også, at det bliver en udfordring at få uddannet og kalibreret tilstrækkeligt mange ergoterapeuter til forskellige tests, der kan anvendes ved akutte og kortvarige forløb.

Der er forventning om, at der i fremtiden bliver mange opgaver for såvel fysioterapeuter som ergoterapeuter i forhold til medicinske patienter. Der forventes også en del opgaver i forhold til nogle kirurgiske og onkologiske patienter med henblik på afkortning af sygdomsforløb og dermed indlæggelsesforløb. I kraft af, at flere patientforløb bliver ambulante, er de patienter, der indlægges "tunge" patienter med væsentlige funktionsevnetab. Denne type opgaver anses for et udviklingsområde, idet det på nuværende tidspunkt ikke er alle afdelinger, som indtænker/inddrager fysioterapeuter og ergoterapeuter i forbindelse med vurdering for og udredning af funktionsevnetab.

Skal-opgaver:

Når patienterne bliver indlagt, skal de jf. lovgivningen vurderes mht. hvorvidt de har behov for genoptræning. I givet fald, skal de have udredt deres funktionsniveau i forhold til i) funktionsniveauet før indlæggelse, ii) funktionsniveau ved indlæggelse og iii) det efterfølgende behov for genoptræning.

Det pointeres, at fysioterapeuter og ergoterapeuter er specialister i funktionsevneudredning (omfattende fysisk, psykisk og social funktionsevne i henhold til ICF). I forbindelse med funktionsevnevurderingen foretager fysioterapeuterne og ergoterapeuterne også registrering af symptomer og adfærd, hvilket betyder, at de har en helhedsorienteret tilgang til patienterne. Disse udredninger bruges dels til planlægning af genoptræning under og efter indlæggelse, men herudover bidrager de også til den lægelige diagnosticering. Det fordrer – uden stillingtagen til en organisatorisk central/decentral model – at fysioterapeuterne og ergoterapeuterne er til stede decentralt, så de er så tæt på patienterne, at de allerede ved indlæggelsen kan påbegynde udredningen.

Kan-opgaver:

Der er intet af det nuværende arbejde inden for diagnostik og udredning, der i fremtiden skal være kan-opgaver, idet det ifølge tænketankens deltagere må forventes at blive en central opgave, der yderligere skal styrkes i fremtiden.

Vil gerne opgaver:

Deltagerne opfordrer til, at der tages en drøftelse af, om der i forhold til lovgivningen (i forhold til udredning og vurdering af behov for genoptræningsplan m.v.) bør være fast tilknyttede fysioterapeuter og ergoterapeuter i skadestuer og ambulatorier. Der ses nogle steder en vis form for opgaveglidning i forhold til opgavevaretagelsen i skadestuer og ambulatorier, idet der allerede på nuværende tidspunkt ansættes fysioterapeuter og ergoterapeuter i stillinger i ambulatorierne, hvor de overtager lægelige opgaver (uden at blive læger!) med udgangspunkt i spidskompetencer i diagnosticering og udredning mht. funktionsevne.

Skal ikke opgaver:

Det er svært og giver ikke megen mening at udtale sig om hvilke patienter (diagnosegrupper), som ikke skal have kontakt med fysioterapeuter og ergoterapeuter i et fremtidigt perspektiv; den medicinske behandling har her en stor indflydelse på fysioterapeuternes og ergoterapeuternes arbejdsopgaver.

Behandling og genoptræning

Det vurderes af tænketankens deltagere, at der i fremtiden vil være en tidsmæssig afkortning indenfor mange opgaver af de nedenfor nævnte opgaver. Men det betyder ikke nødvendigvis at opgaven er mindre, den er blot intensiveret. Dog forventes det, at der i fremtiden ikke vil være så meget tid til at styrke patienternes funktionsniveau under indlæggelse. Følgende opgaver blev nævnt i relation til behandling og genoptræning (der gøres opmærksom på, at der ikke i dette notat skelnes mellem behandling og genoptræning):

Skal-opgaver:

- Udarbejdelse og koordinering af behandlingsplaner og forløbsprogrammer
- Behandling og genoptræning
- Udarbejdelse af genoptræningsplaner efter indlæggelse (efter skadestuebesøg, ambulatoriebesøg og indlæggelse på sengeafsnit)
- Initiere det tidlige rehabiliteringsforløb (der trækkes også på andre faggrupper)

Det er på nuværende tidspunkt ikke på alle sygehuse, at alle patienter har mulighed for at få fysioterapi og/eller ergoterapi. Der er derfor en forventning om, at ovenstående opgaver kan brede sig til andre kliniske områder end i dag. I nogle tilfælde er adgangen til ergoterapi historisk betinget, idet der gives eksempler på, at der i udlandet i videre udstrækning end det er tilfældet i Danmark tilbydes ergoterapi til onkologiske patienter. Omvendt er det også fremført, at for nogle patienter vil hospitals-terapeuternes indsats i fremtiden primært bestå i udarbejdelse af genoptræningsplaner samt i nogle tilfælde en form for konsulentarbejde i forhold til de nye kommuner, hvis det måtte ønskes.

Det vurderes som værende af betydning, at fysioterapeuter og ergoterapeuter udover at varetage udarbejdelsen og koordineringen af behandlingsplaner også indgår i beskrivelsen af forløbsprogrammer.

Volumen i den specialiserede ambulante genoptræning må generelt anses for at være vigende.

Der vil ifølge tænketankens deltagere være en glidende overgang i forhold til hvornår genoptræningen vil kunne varetages af kommunerne. Det påpeges imidlertid, at der også i fremtiden vil være behov for en kortvarig specialiseret genoptræning (i lovgivningsmæssig forstand), som vil skulle varetages af de hospitalsansatte fysioterapeuter og ergoterapeuter. Den fysiske lokalitet for specialiseret genoptræning kan imidlertid diskuteres. Så længe der er en speciallæge til umiddelbar rådighed (tæt på), er det ikke en nødvendighed, at den foregår på hospitalet, den vil også kunne foregå på et sundhedscentret.

Kan-opgaver:

Almen genoptræning kan også i fremtiden være en kan-opgave, såfremt kommunerne ønsker at købe denne ydelse, og ifald hospitalerne ønsker at stille ydelsen til rådighed.

Præoperative vurderinger før operationer samt instruktioner til patienterne i hvordan de træner, så de undgår funktionsevnetab inden operationen, forventes at være en opgave, som fremtidige hospitalsansatte fysioterapeuter og ergoterapeuter kan blive bedt om at varetage.

Genoptræningsplaner

Udarbejdelsen af genoptræningsplaner er på nuværende tidspunkt en opgave, som varetages efter henvisning fra en læge/under lægeligt ansvar. Der er imidlertid ikke et lovmæssigt krav til, at planerne udarbejdes af fysioterapeuter og ergoterapeuter. Fra nogle deltagere blev der givet forslag om, at det i fremtiden ikke er et krav, at genoptræningsplaner er forudgået af en lægelig henvisning. En indvending fra en af deltagerne var, at udgifterne til genoptræning formentlig vil stige voldsomt, hvis dette bliver en mulighed, mens modargumentet til indvendingen var, at det formentlig i det lange perspektiv snarere ville føre til en samfundsøkonomisk besparelse.

Forebyggelse af funktionsevnetab og rehabilitering

Det påpeges, at der fortsat og i videre omfang end der hidtil har været tale om, kan være væsentlige opgaver for fysioterapeuter og ergoterapeuter i forhold til forebyggelse af funktionsevnetab. Deltagerne ser også, at der fortsat er behov for, at fysioterapeuter og ergoterapeuter initierer det tidlige rehabiliteringsforløb rettet mod de "tungeste" af de indlagte patienter. Denne opgavevaretagelse kan fysioterapeuter og ergoterapeuter bidrage til ved indgåelse i tætte tværfaglige teamsamarbejder med det øvrige personale.

Skal opgaver:

Patienterne har ifølge lovgivningen ret til at få de nødvendige hjælpemidler; både i forhold til at undgå funktionsevnetab under indlæggelse og i forbindelse med udskrivning, hvis behovet vurderes at være af midlertidig art.

Uddannelse, forskning/udvikling

Skal opgaver:

De fysio- og ergoterapiafdelinger, hvor der er studerende, har en undervisningsforpligtigelse.

En del fysio- og ergoterapiafdelinger har i de senere år også fået en forskningsforpligtigelse, som deltagerne anser for at være en spændende men undertiden også svær udfordring. I nogle af fysio- og ergoterapiafdelingerne har man allerede etableret egentlige forsknings- og udviklingsfunktioner.

Kan opgaver:

En væsentlig kan-opgave i forhold til forskning kan i den forbindelse være at formidle forskningsresultater (anvendt forskning) ud til kommunerne.

Vil gerne opgaver:

Der er forslag om, at der i det lange perspektiv arbejdes målrettet med at få etableret egentlige forskningsmiljøer i et tæt samarbejde mellem mange (monofaglige) aktører med henblik på, at frembringe tilstrækkelige forskningsaktiviteter således at det er muligt at tiltrække både midler og kapaciteter på feltet. Det blev i den forbindelse pointeret, at det er vigtigt, at få etableret forskningsmiljøer, som er målrettet udvikling og frembringelse af evidens inden for eget fagområde.

Samarbejde med kommunerne

Deltagerne vurderer, at der i stigende grad vil være behov for "følge-hjem"-funktioner og udadgående funktioner (under tiden med træning i hjemmet), som i et tæt samarbejde med primærsektoren kan medvirke til koordinerede/optimerede og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne med henblik på at afkorte sygdomsforløb samt undgå unødige genindlæggelser. I denne forbindelse vurderes det, at der også i fremtiden vil være brug for tværsektorielle ansættelser, hvor fysioterapeuter og ergoterapeuter arbejder og er ansat på tværs af sektorer.

Øvrige opgaver

Af andre væsentlige opgaver anfører deltagerne:

- Vejledning og rådgivning af patienter og pårørende, herunder forebyggelse
- Ergonomisk rådgivning over for patienter, pårørende og andet personale