



# Udlægning af genoptræning

*- fra sygehus til kommuner*

Marie Lund Nielsen

Mette Østergaard

DSI Institut for Sundhedsvæsen

December 2006

## DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

### **Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2007**

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

### **DSI Institut for Sundhedsvæsen**

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

E-mail: [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 87-7488-507-3 (elektronisk version, anden udgave)

Design: DSI

## Forord

Dette er slutevalueringen af et projekt i Vestsjælland, hvor man allerede før strukturreformen har udlagt genoptræningsopgaver fra sygehusansatte til de kommunalt ansatte terapeuter. Projektet har via møder i implementeringsgrupper samt brug af rekvisitioner og træningsbesøg været med til at skabe et tættere samarbejde om den enkelte patient på tværs af sektorerne.

Evalueringen er primært baseret på fem fokusgruppeinterview med i alt 50 sygehusansatte og kommunalt ansatte terapeuter. Projektets koordinator Lars Folmer Hansen er også interviewet, ligesom han har bidraget med væsentligt datamateriale.

Evalueringsrapporten er opbygget i fem kapitler. Første kapitel omhandler baggrunden for projektet samt en kortfattet beskrivelse af projektet og dets struktur. Andet kapitel er en generel gennemgang af den metodiske tilgang i evalueringen. Analysen er dokumenteret i kapitel tre. Her giver terapeuterne og projektkoordinatoren deres syn på projektet, ligesom de vurderer de erhvervede erfaringer og de problemstillinger, de har været stillet overfor. Det fjerde kapitel sammenfatter evalueringen og vurderer forhold der antages at være fremmede henholdsvis hæmmende for et koordinerede samarbejde. I dette kapitel finder man også evalueringens anbefalinger. I det femte kapitel er der givet en perspektivering, som beskriver og vurderer de erfaringer og problemstillinger, der er bundet op til den forestående strukturreform.

Der skal her lyde en stor tak til de terapeuter, som meget beredvilligt og med kort varsel indvilligede i at deltage i fokusgruppeinterviewene og dermed bidrage med uundværlig viden. Også en stor tak til projektets koordinator for en indsats, som projektet ikke kunne have været foruden.

Projektet og dermed evalueringen er kommet i stand efter en henvendelse fra Vestsjællands Amt og evalueringsrapporten er udarbejdet af politolog Marie Lund Nielsen, DSI Institut for Sundhedsvæsen. Stud.scient.soc. Mette Østergaard har assisteret ved undersøgelsen.

*Jes Søgaard*

*Direktør, professor*

*DSI Institut for Sundhedsvæsen*



# Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Indholdsfortegnelse .....	5
Resumé .....	7
1. Projektbeskrivelse .....	9
1.1 Baggrund .....	9
1.2 Organisering .....	10
1.3 Formål .....	11
1.4 Projektet .....	11
1.5 Projektledelse .....	12
2. Evaluering .....	13
2.1 Evalueringsdesign .....	13
2.2 Metodekombination .....	14
2.3 Planlægning og gennemførelse af fokusgruppeinterview samt individuelt interview .....	14
2.4 Slutevaluering .....	15
2.5 Evalueringens begrænsninger .....	15
3. Analyse .....	17
3.1 Grundlag .....	17
3.1.1 Samarbejdsaftalen .....	17
3.1.2 Implementeringsgrupperne .....	17
3.1.3 Mødeafholdelse .....	17
3.1.4 Rekvisitioner .....	18
3.1.5 Strukturreformens indflydelse .....	20
3.2 Struktur .....	21
3.2.1 Smidigt samarbejde .....	21
3.2.2 Hensigtsmæssig overdragelse .....	25
3.2.3 Patientgrupper .....	30
3.3 Personale .....	32
3.3.1 Konsekvenser for daglig arbejde og andre opgaver .....	32
3.3.2 Kompetencer .....	33
3.3.3 Betydning for andre faggrupper .....	35
3.4 Patienter .....	37
3.4.1 Oplevelse .....	37
3.4.2 Konsekvenser .....	38
3.5 Erfaringer .....	39
3.5.1 Indfrie forventninger .....	39
3.5.2 Brugbare erfaringer .....	39

4. Samlet evaluering .....	43
4.1 Model .....	43
4.2 Fremmende faktorer .....	44
4.3 Hæmmende faktorer .....	44
4.4 Anbefalinger .....	44
5. Perspektivering .....	47
6. Referenceliste.....	51
Bilag 1       Aftalen .....	53
Bilag 1.1 – Samarbejdsaftalen.....	53
Bilag 1.2 – Vejledning til Samarbejdsaftalen .....	57
Bilag 1.3 – Odsherred aftale .....	59
Bilag 2       Rekvitioner af fysioterapi og ergoterapi .....	61
Bilag 3       Rekvissionsblanketter .....	65
Bilag 3.1 – Rekvision A .....	65
Bilag 3.2 – Rekvision B .....	66
Bilag 3.3 – Regningsbilag til genoptræning .....	67
Bilag 3.4 – Takstblad til genoptræning .....	68
Bilag 3.5 – Regningsbilag til træningsbesøg .....	69
Bilag 4       Projektgruppe og styregruppe .....	71
Bilag 5       Beskrivelse af implementeringsprojektet.....	73
Bilag 6       Interviewguide.....	79
Bilag 7       Genoptræningsplaner .....	81
Bilag 7.1 – Genoptræningsplan brugt i projektet .....	81
Bilag 7.2 – Skitse til Genoptræningsplan udarbejdet i projektet.....	82

## Resumé

Projektets formål har været at udvikle en ny form for samarbejde mellem ergo- og fysioterapeuter i Vestsjællands amt (den fremtidige Region Sjælland) og kommunerne. De koordinerede og sammenhængende genoptræningsforløb blev initieret af senere projektkoordinator, Lars Folmer Hansen. Det øgede samarbejde har influeret positivt på terapeuterne, idet de har fået en forståelse for hinandens arbejdsstrukturer, hvilket vil sige, at sygehusterapeuter har fået indsigt i hvorledes arbejdet foregår i kommunen, og hvilke problemstillinger disse terapeuter står overfor, og i samme omfang den modsatte vej, at de kommunale terapeuter har fået indsigt i sygehusterapeuternes arbejdsgange.

Projektet har i alt inkluderet 404 rekvisitionspatienter, som har fået genoptræning i kommunen i stedet for på sygehuset. Det har været mest hensigtsmæssig for den ældre svage patient, hvor den ændrede opgavevaretagelse har betydet, at patienten ikke mindst har kendt personalet i kommunen, men er blevet indsluset i den kommunale verden på en mere flydende og praktisk måde end førhen. Dermed er chancen for at patienten ryger videre i det kommunale system blevet større. Den yngre patient har opnået en mere fleksibel genoptræning, idet det kommunale system har en bedre adgang og service, f.eks. længere åbningstider, samt en geografisk placering som er hensigtsmæssig i forhold til eventuelt arbejdsliv. Der har dog fra patienternes side været en opfattelse af, at kommunale patienter kun er ældre borgere og tilmed en bekymring for kompetence niveauet i genoptræningen i kommunen.

Omkring halvdelen af terapeuterne mener, der er brug for en opdatering af viden i forhold til de nye opgaver i kommunerne, både i forbindelse med projektet, men også efter 1. januar 2007. Terapeuter har gennem drøftelser i implementeringsgrupperne udvalgt nogle patientgrupper, og dermed gennem samarbejdet sikret at de kommunale terapeuter har været fagligt kompetente til at varetage genoptræningen. De kommunale terapeuter har generelt set opfattet den ændrede opgavevaretagelse som et fagligt løft i forhold til deres normale opgaver. Dertil er projektets mulighed for træningsbesøg blevet anvendt 59 gange og har givet de kommunale terapeuter en ballast til at give sig i kast med nye udfordrende genoptræningsopgaver. Der er blevet diskuteret fælles test, dog uden resultat, og kommet frem til at fælles sprog også er gavnligt i forhold til fremtidigt samarbejde.

Der er med projektet opnået grobund for en større tværfaglighed og en forståelse heraf. Selvom projektet henvender sig til ergo- og fysioterapeuter har kommunale terapeuter et andet samarbejde med andre faggrupper hvilket sygehusterapeuter har kunnet drage nytte af. Disse erfaringer er udklækket primært i implementeringsgrupperne, hvor selve mødet mellem de to sektorer har været yderst gavnligt og ønskes fortsat i den nye struktur.

Det strukturelle i projektet har været altafgørende for succesen. Kommunikationen på tværs af sektorer har bidraget til et bedre forløb for den enkelte patient. Nogle kommuner har dog haft mere end svært ved at modtage patienter fra sygehuset på grund af manglende ressourcer. Der har således visse steder været manglende opbakning til projektet, hvilket især de små kommuner har oplevet som en hindring for udførelsen af projektet.

Implementeringsgrupperne har været en god erfaring idet de fagpersoner der har direkte kontakt med patienterne har fået indflydelse, og ikke som ofte udelukkende ledelsen, der har påvirket projektets udvikling. Dette har været en stor motivationsfaktor og forståelsen mellem terapeuterne har ligeledes skabt grundlag for ønske om faglig videreudvikling.

Modellen for samarbejde har fungeret tilnærmelsesvis optimalt, idet den direkte personlige kontakt har givet grundlag for, at patienterne har fået et bedre forløb, hvilket i sidste ende er altovervejende. Dertil har de koordinerede og sammenhængende genoptræningsforløb ikke kun skabt grobund for

dialog på tværs af sektorer, men også på tværs af faggrænser. Projektet har vist seks forskellige overdragelsesprocedurer til at løse opgaven. Generelt set har projektet udarbejdet en åbenhed og lyst til at skabe dialog om samarbejde på tværs af sektorer samt faggrupper og håndtering af komplicerede patientforløb, samt fælles test og fælles sprog.

Udlægningen af genoptræningen fra sygehus til kommuner, er en struktur, der vil gælde efter 1. januar. Der er i projektet erhvervet en del brugbare erfaringer i forhold til denne ændrede struktureform, og terapeuterne er blevet rustet til at varetage den nye genoptræningsopgave efter 1. januar, hvilket har virket beroligende i forhold til den store ændring for hele amtets terapeuter. Det er endnu ukendt, hvilket omfang denne ændring får og dertil sværhedsgraden. Dette vil dog blive afhjulpet af at 37 % af sygehusterapeuterne bliver flyttet ud i kommunerne.



# 1. Projektbeskrivelse

## 1.1 Baggrund

Koordinerede og sammenhængende træningsforløb i Vestsjællands Amt er et projekt, der har forløbet over to år og blev initieret af Lars Folmer Hansen, efterfølgende projektkoordinator for projektet. Projektet udsprang af en ide om at forbedre koordineringen og skabe mere sammenhæng i genoptræningsforløbene på tværs af det amtslige og kommunale regi.<sup>1</sup> Sundhedslovens overdragelse af genoptræningsopgaven fra amterne til kommunerne betyder omlægninger af arbejdsgange mellem amterne<sup>2</sup> og kommunerne, et samarbejde, hvor der er mange parter involveret. I Vestsjællands Amt er der således 23 kommuner, og der er ca. 15 forskellige afdelinger indenfor Sygehus Vestsjælland, som træner patienter under indlæggelse og udarbejder genoptræningsplaner. Med den nært forestående strukturreform vil de kommende kommuner i Region Sjælland se ud, som anført nedenfor. De nuværende kommuner i Vestsjællands Amt er anført i parentes:

- ◆ Holbæk Kommune (Holbæk, Jernløse, Svinninge, Tornved og Tølløse kommuner),
- ◆ Kalundborg Kommune (Bjergsted, Gørlev, Hvidebæk, Høng og Kalundborg kommuner)
- ◆ Odsherred Kommune (Dragsholm, Nykøbing-Rørvig og Trundholm kommuner)
- ◆ Ringsted Kommune (Ringsted kommune)
- ◆ Slagelse Kommune (Hashøj, Korsør, Skælskør og Slagelse Kommune)
- ◆ Sorø Kommune (Dianalund, Sorø og Stenlille kommuner).
- ◆ Kommuner som ikke vil komme til at indgå i Region Sjælland, men som indgår i projektet: Fuglebjerg og Haslev kommuner

Sygehus Vestsjælland består af fem centre, der sammen driver sygehusvirksomhed otte steder i amtet. Hvert center er organiseret i et antal funktionsbærende enheder eller klinikker bestående af samme type afdelinger på tværs af geografier, således at befolkningsgrundlaget er i overensstemmelse med de faglige anbefalinger. De funktionsbærende enheder og klinikker følger i stor udstrækning de lægefaglige specialer. De afdelinger, der er relevante for genoptræningsprojektet, findes i kirurgisk center og medicinsk center. For en oversigt over udviklingsplanen for sundhedsvæsenet i Vestsjællands amt se (Vestsjællands Amt 2002).

Etablering af nye samarbejdsformer mellem faggrupper fra forskellige fagkulturer med travle hverdage, forskellige faglige termer og metoder kræver en særlig indsats. Vestsjællands Amt valgte derfor at udarbejde et projekt med henblik på at få skabt koordinerede og sammenhængende træningsforløb i samarbejde mellem sygehusene og kommunerne såvel før som efter strukturreformens ikrafttræden.

Platformen for projektet er to relaterede aftaler, som Vestsjællands Amt har indgået med kommunerne. Dels er der tale om en generel aftale, der skal sikre en overordnet koordination mellem amtets og kommunernes indsats ved genoptræningsforløbene og fastlæggelse af amtets og kommunernes

---

<sup>1</sup> Et af de dokumenter, der var aktuelt i projektets forberedende fase, var (Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet 2004).

<sup>2</sup> Der er i denne evaluering valgt at benytte betegnelsen region, hvor det giver mening med baggrund i tidsaspektet, hvor Vestsjællands Amt snart er historie.

konkrete ansvar i relation til genoptræning<sup>3</sup>. Aftalen fremgår af bilag 1.1 og den tilhørende vejledning fremgår af bilag 1.2.

Dels en mere specifik aftale med de tre kommuner i Odsherred<sup>4</sup> om et fælles sammenhængende træningstilbud, som fremgår af bilag 1.3. Denne evaluering vil ikke skelne mellem de to aftaler og behandler dem derfor under ét.

Begge samarbejdsaftaler er målrettet mod dels at kvalitetsudvikle selve genoptræningen og samarbejdet mellem kommunerne og sygehusene, dels at forberede kommunernes overtagelse af sygehusenes / amternes ansvar for genoptræningen af borgerne efter behandling på sygehusene grundet strukturreformen.

Den generelle aftale mellem amtet og kommunerne fastlægger de overordnede rammer for de praktiske arbejdsgange for et samarbejde for henholdsvis amtslig genoptræning i kommunalt regi og kommunal genoptræning i amtsligt regi, netværkssamarbejde samt de mere forretningsmæssige forhold, herunder takster for hvordan ydelserne skal honoreres.

Samarbejdsaftalen med de tre kommuner i Odsherred er en uddybning af den generelle aftale om genoptræning. Samarbejdsaftalen er rettet mod, at der etableres et sammenhængende træningstilbud i lokalområdet, herunder at der etableres genoptræningsfunktioner i et sundhedscenter samt et sundhedsnetværk. Aftalen omfatter genoptræning, brobygning til vedligeholdelsestræning samt på sigt også forebyggende træning / motion på recept. I denne sammenhæng vil der blive fokuseret på genoptræningsdelen og overgangen mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning. Hele projektaftalen trådte i kraft pr. 1. januar 2005 og har kørt indtil udgangen af 2006. For uddybende oplysninger se (Vestsjællands Amt 2005).

Samarbejdsaftalen indeholder også en betragtning af, at der ikke kan blive økonomiske konsekvenser for sygehusene.

## 1.2 Organisering

Der er blevet ansøgt og bevilget økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsens pulje for "Sammenhæng og kvalitet i genoptræning". I tilslutning til projektet er der bevilget ressourcer til en projektkoordinator, som har varetaget den overordnede styring og implementering af projektet i samarbejde med ledelser og medarbejdere i de amtslige og kommunale drifts-organisationer. Denne rapport medtager data fra projektet og interview med aktører i projektet samt informationer indsamlet i forbindelse med den af Susanne Reindahl udarbejdede midtvejsevaluering (Rasmussen 2006) og denne slutevaluering.

Af blanketter ved overdragelse af genoptræningspatienter findes rekvisition A, som er den henvisningsblanket, der bruges ved overdragelsen af ambulante genoptræningspatienter i sygehusregi til genoptræning i kommunalt regi, se bilag 3.1. Herudover er der blevet udarbejdet en rekvisition B, hvor henvisningen går den modsatte vej dvs. fra kommunal genoptræning til sygehus, se bilag 3.2. Afregningsbilaget for at udføre genoptræning og træningsbesøg på projektets regning fremgår af bilag 3.3 og bilag 3.5 og det tilhørende takstbilag fremgår af bilag 3.4. Skemaet til anvendelse ved genoptræningsplaner fremgår af bilag 7.1.

Træningsbesøg skaber mulighed for, at terapeuterne i henholdsvis kommunalt regi og på sygehus kan få indsigt i hinandens praktiske anvendelse af viden om genoptræning i forhold til den enkelte patient. Det gælder for eksempel kommunale terapeuters mulighed for at overvære en træning, for

---

<sup>3</sup> Det forventes, at der i nogen udstrækning er tale om opgaver, som ikke tidligere er blevet udført i tilstrækkeligt omfang. F.eks. har en del borgere på grund af for lang transport afslået et tilbud om ambulant genoptræning på sygehuset efter en udskrivning. Ved projektstart havde 20 kommuner tilkendegivet, at de tiltrådte samarbejdsaftalen, et par kommuner tilsluttede sig ikke aftalen fra starten, men efterfølgende er det udelukkende Tølløse kommune, der ikke har deltaget i projektet. Årsagen til dette vides ikke.

<sup>4</sup> Odsherred kommune (Nykøbing-Rørvig, Trundholm og Dragsholm kommuner) kan anses for at være pilotprojekt og blev startet op ca. en måned tidligere end i de andre kommuner.

en given patient, på sygehuset. Det modsatte, hvor sygehusansatte terapeuter kan komme ud og overvære den kommunale træning, for en given patient, som de ønsker at følge op på, er også en mulighed. I henhold til projektet kan disse besøg aflønnes over projektmidlerne.

Projektkoordinator gør brug af projektgruppen, hvis medlemmer fremgår af Bilag 4, hvoraf også styregruppens medlemmer fremgår. Projektgruppens kommissorium er at sikre faglighed i projektet, beskrive aktiviteter i projektet, støtte projektets fremdrift, beskrive interesser, evaluering og del-elementer. Denne gruppe består af kommunale ledere og ledende sygehusterapeuter. Gruppen på 7-10 personer har mødtes tre til fire gange i løbet af projektet. Herudover er der etableret en styregruppe, hvis kommissorium er godkendelse af proces og tidsplaner, motivation og opbakning til projektet, samt at træffe overordnede beslutninger om projektet, for eksempel ændringer i tid, økonomi og ressourcer.

### 1.3 Formål

Projektets formål er at sikre, at borgerne oplever sammenhæng og kvalitet samt føler trykthed ved genoptræningsforløb og evt. senere vedligeholdelsestræning, samt at sikre en smidig opgavevaretagelse og overdragelse mellem sygehuse og kommunerne. Herunder at få klarlagt og opnå en fælles forståelse af snitfladen mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning og få en fælles begrebsforståelse. Endvidere er det formålet at udvikle og implementere modeller for samarbejde om genoptræning i driftsorganisationerne og sikre en hensigtsmæssig overdragelse af den ældre svage patient mellem sygehuse og kommuner. I relation hertil vil der endeligt blive perspektiveret på, om modellerne er en fornuftig organisering for genoptræningsområdet efter strukturreformens ikrafttræden.

Hensigten med projektet er, at det 1) kan være udgangspunktet for det fremtidige samarbejde mellem regionen og kommunerne og 2) kan være et model- / inspirationsprojekt for andre regioner og kommuner.

Mål for projektet er, at der ved projektperiodens afslutning er fundet en funktionel samarbejdsmodel både for Sygehus Vestsjællands samarbejde med kommunerne og med sundhedscentre / sundhedsnetværk. Samt at det bliver præciseret, hvilke parter der, i praksis, varetager genoptræningsopgaverne. Dertil skal modellen implementeres og forankres i praksis.

Projektets forventede effekt er, at Vestsjællands Amt og kommunerne i amtet i samarbejde finder en model for, hvordan patienterne kan få et sammenhængende genoptræningsforløb og overgang mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning. Hjørnesteenene i implementeringen vil være øget samarbejde generelt og omkring den enkelte patient. Gennem etablering af netværk mellem de faglige aktører, udarbejdelse af genoptrænings-/vedligeholdelsesplaner for den enkelte borger og en praksis for overlevering af borgeren fra et system til et andet, sikres et sammenhængende forløb ved borgerens træning. Begge delprojekter vil forberede træningsområdet til den ændrede ansvarsfordeling, der forventes at blive effektueret med kommunalreformens ikrafttræden. På denne baggrund forventes det, at udviklingen af sundhedscenter og sundhedsnetværk vil blive fremtidens organisering af træningsområdet, til gunst for terapeuternes faglige niveau.

### 1.4 Projektet

Projektet omfatter en implementering af "Aftale mellem kommunerne i Vestsjællands Amt og Vestsjællands Amt om samarbejde i forbindelse med træning af patienterne", herunder at få kvalificeret overleveringen af borgeren fra amtslig genoptræning eller behandling til kommunal genoptræning / vedligeholdelsestræning. Det overordnede mål er, at borgerne får et optimalt træningstilbud i et smidigt samarbejde mellem amt og kommuner, hvor hensynet til borgerne vejer tungest. Ligeledes er idegrundlaget, at en styrkelse af samarbejdet mellem de forskellige faglige aktører vil bidrage væsentligt til at borgeren bringes i centrum.

Målgruppen for projektet er borgere, som har behov for en længere genoptræningsindsats i den ambulante fase, samt patienter i genoptræningsforløb; især den ældre svage patient, med behov for en kompleks indsats. Samarbejdspartnere er primærsektoren i amtets kommuner, det vil sige patienten, praktiserende læger, kommunale træningsterapeuter, lokale træningscentre, hjemmeplejen og sygehusafdelinger med ansvar for genoptræning samt øvrige afdelinger, som udarbejder genoptræningsplaner.

Måden hvorpå ovenstående mål iværksættes er ved etablering af netværk, således at samarbejdet mellem de faglige aktører i amt og kommuner udbygges. Dertil skal dette praktiske netværkssamarbejde arbejde hen imod fælles mål, således at overgangen fra det ene regi til det andet får mindst mulig negativ konsekvens for borgerne og opnår størst mulig effekt af træningsindsatsen, samt styrkelse af den fælles faglighed mellem kommunale og sygehusterapeuter. I praksis skal dette ske ved at udarbejde genoptræningsplaner, arbejde hen imod fælles mål og definitioner på begreber og ens anvendelse af tests, samt udarbejdelse og implementering af procedurer for, hvordan overdragelsen af viden om individuelle behov kan ske mest hensigtsmæssigt mellem den amtslige og kommunale forvaltning.

Forudsætningerne er et sammenhængende forløb i træningen, der forudsætter en indsats fra både personalet på sygehusene og medarbejderne i borgernes hjemkommune. De sygehusansatte fokuserer især på genoptræning med henblik på at patienterne skal genvinde mest mulig funktionsevne. Den kommunale træning har især fokus på at træne borgerne, så de socialt kan klare sig selvstændigt længst muligt ved at bevare funktionsevnen. Det er derfor vigtigt, at der sker en dialog og praktisk overdragelse af træningsopgaven mellem sygehusets og kommunens terapeuter i et samarbejde med den ældre svage patient og pårørende.

## 1.5 Projektledelse

Projektkoordinatorens hovedopgave har været at koordinere projektet, således at fælles viden og erfaringer, opnået i implementeringsgrupperne, bidrager til videreudviklingen af modellerne for samarbejdet omkring træning. Projektkoordinatoren skulle sikre, at relevante netværk opbygges og udvikles, samt at der sker relevant erfaringsudveksling mellem de forskellige netværk og alle aktører på træningsområdet. I samarbejde med aktørerne/netværkene har projektkoordinatoren arbejdet for en opnåelse af fælles forståelse og definitioner på faglige begreber ikke mindst genoptræning og vedligeholdelsestræning, samt en udvikling og anvendelse af fælles faglige tests (se rekvision A og B i bilag 3.1 og 3.2).

Koordinatoren har samtidig sikret, en indarbejdelse af en model for samarbejdsrelationerne mellem sygehusenes afdelinger og de kommunale aktører vedrørende overlevering af borgeren fra sygehusafdelingernes genoptræning til den kommunale træning. På baggrund af erfaringerne ved overleveringen fra det ene system til det andet, har dette bidraget til udviklingen af et paradigme for overdragelse, der kan integreres som en fast rutine i samarbejdet. Projektets evaluering har samlet en vurdering af en sådan samarbejdsmodel og er præsenteret under "samlet evaluering".

Projektkoordinatoren har således udarbejdet en detaljeret handle- og tidsplan og sikret en sammenhæng og kontinuitet i hele forløbet. Som tovholder på projektet har han sørget for, at relevant informationsmateriale blev udarbejdet, at der blev inddraget faglige kompetencer samt sikret samarbejdet gennem afklaring af spørgsmål fra deltagere og overblik over det samlede projekt. Dertil har projektlederen haft ansvaret for etableringen af netværk til fælles begrebsforståelse og forsøgt at skabe enighed om at anvende de samme faglige tests mellem de forskellige aktører. På denne måde er fremdriften blevet sikret i projektet. Projektkoordinatoren har også bistået i evalueringen af projektet gennem levering af relevante informationer.

## 2. Evaluering

Denne evaluering er den anden i forbindelse med projektet "Koordinerede og sammenhængende træningsforløb i Vestsjællands Amt". Den første blev afsluttet i februar 2006 og havde til formål midtvejs i projektførelsen at levere et objektivt fagligt eftersyn, således at parterne på et fornuftigt grundlag fik mulighed for at drøfte om projektet svarede til forventningerne, gik i den rigtige retning, manglede vigtige aspekter osv. Midtvejsevalueringen dannede desuden udgangspunkt for det videre arbejde i 2006. Hensigten med denne evaluering har således været at samle op på hele projektet og vurdere, hvilke aspekter, metoder, m.m., som kan have generel interesse for andre regioner og/eller kommuner samt hvilke dele af projektet, der kan benyttes i forhold til den nye struktur pr. 1. januar 2007. Det overordnede sigte med evalueringen fremgår af følgende citat:

Evaluering tilføjer værdi til en intervention ved på systematisk vis at indsamle gyldig og pålidelig information omkring interventionen, samt ved at foretage sammenligninger med det formål at skabe bedre beslutningsgrundlag eller forståelse for sammenhænge eller generelle principper (Dahler-Larsen 2002; Gibbs 2002; Øvretveit 2006).

DSI Institut for Sundhedsvæsen er blevet bedt om at varetage begge evalueringer og har således både i forbindelse med midtvejs- og slutevalueringen fungeret som ekstern evaluator. Udover den rent faglige begrundelse for at anvende en ekstern, frem for en intern, evaluator i forbindelse med projektet, kan tilknytningen af en udestående desuden ses som et forsøg på at sikre objektive konklusioner, der ikke er farvet af f.eks. særinteresser eller interne konflikter blandt de direkte involverede parter (Dahler-Larsen 2002; Sverdrup 2002).

### 2.1 Evalueringsdesign

Slutevalueringen tager udgangspunkt i to forskellige evalueringsmodeller, herunder effekt- og procesevaluering. Valget om at kombinere de to evalueringsmodeller skal ses i forhold til projektets formål, der dels er at vurdere effekten af projekts indførelse ved projektfasens udløb, dels er at beskrive den proces, som har fundet sted siden projektets opstart og midtvejsevaluering. Kombinationen af modeller ses ofte anvendt i evalueringsprojekter og er således i praksis sjældent ligeså opdelt som i teorien (Dahler-Larsen 2002). Effektevalueringer beskæftiger sig grundlæggende med at foretage vurderinger af, i hvilken udstrækning et projekts eller tiltags effekter eller slutresultater er i overensstemmelse med de oprindelige målsætninger, samt i hvilket omfang effekterne kan tilskrives det pågældende projekt (Foss & Mønnesland (red.) 2000; Sverdrup 2002). Procesevaluering derimod handler om at skabe indsigt, forståelse og læring, og beskæftiger sig med, hvordan man undervejs i processen kan forbedre indsatsen. I forbindelse med dette projekt har midtvejsevalueringen, i overensstemmelse med formålet med procesevalueringer, således bl.a. haft til hensigt undervejs i projektfasen at levere en statusrapport, der kunne skabe udgangspunkt for det videre arbejde i 2006. Ligeledes vurderes slutevalueringen at indeholde et væsentligt videns- og læringspotentiale for planlægningen af den fremtidige udlægning af genoptræningsopgaverne til kommunerne i forbindelse med strukturreformen.

## 2.2 Metodekombination

Både i forbindelse med effekt- og procesevalueringer anvendes ofte et bredt spektrum af metoder (Dahler-Larsen 2002). Således er der også i slutevalueringen valgt at kombinere forskellige metoder i forbindelse med indhentning og bearbejdning af data. Evalueringen bygger således dels på kvalitative enkeltinterview og fokusgruppeinterview, dels på eksisterende kvantitativt datamateriale leveret af projektkoordinator. Kombinationen af metoder og data er valgt ud fra den betragtning, at det skaber en mere dækkende fremstilling af såvel projektførelsen som det endelige resultat. Anvendelsen af kvalitative interview er fortrinsvist valgt ud fra det læringspotentiale, der ligger i de data, som kan genereres ved denne metode i form af f.eks. øget indsigt i den organisatoriske kontekst for udlægningsgenoptræningen til kommunalt regi. Ligeledes skaber den kvalitative metode mulighed for at få indblik i det sprogbud og de termer, som anvendes også blandt trænende terapeuter og ikke kun på ledelsesniveau (Dahler-Larsen 2002). Ligesom de kvalitative data bidrager det kvantitative talmateriale til at illustrere såvel den processuelle udvikling i projektfasen, som effekten af projektets indførelse. Der er imidlertid tale om en helt anden form for data, som ikke ville være mulig at fremskaffe alene ved anvendelsen af kvalitative interviews. Således leverer de kvantitative data bl.a. indsigt i anvendelsen af henvisninger fordelt på de respektive kommuner og sygdomsgrupper samt de relaterede økonomiske omkostninger og fremviser i faktiske tal, hvordan, der, siden projektets indførelse, er sket tydelige ændringer i varetagelsen af genoptræningsopgaven.

## 2.3 Planlægning og gennemførelse af fokusgruppeinterview samt individuelt interview

Alle 5 implementeringsgrupper er i forbindelse med slutevalueringen blevet indkaldt af projektkoordinator til et fokusgruppeinterview, der på forhånd har været fastsat til at vare i to timer. De parter, som har deltaget er dels sygehusansatte og kommunale ergo- og fysioterapeuter samt et par visitatorer<sup>5</sup>. Både ledende samt trænende terapeuter har deltaget. Pga. projektets forholdsvist korte tidshorisont blev datoerne for interviewene fastlagt på forhånd med det resultat, at ikke alle terapeuter har haft mulighed for at deltage. Dog har evaluator ud over informationer indhentet ved interview talt med andre terapeuter i forbindelse med den af projektkoordinator arrangerede temadag om ICF, hvor der var 108 tilmeldte fra henholdsvis sygehuse og kommuner. I sammenligning med slutevalueringen blev der ved midtvejsevalueringen kun interviewet fire terapeuter, fra hver sin implementeringsgruppe. Her var deltagerne en sygehusansat ergoterapeut samt en fysioterapeut og en kommunal ansat ergoterapeut og en fysioterapeut. Ved begge evalueringer er der desuden gennemført interview med projektkoordinator, der efter aftale ikke var repræsenteret under interviewene med implementeringsgrupperne<sup>6</sup>.

Interviewet med projektkoordinatoren har taget udgangspunkt i samme interviewguide, som er benyttet ved fokusgruppeinterviewene, se Bilag 6, men samtidig suppleret med spørgsmål, som projektkoordinatoren, grundet sin akkumulerede viden under projektførelsen, forventedes at kunne bringe uddybende svar på. Alle interview er gennemført på Amtsgården i Sorø. Fokusgruppeinterviewene foregik mellem den 31. oktober og 8. november 2006, og blev gennemført af interviewer, samt en referent. Interviewet med projektkoordinator LFH blev i forbindelse med slutevalueringen foretaget den 22. november 2006. Alle 5 fokusgruppe interviews samt det individuelle interview er optaget som digitale lydfiler.

---

<sup>5</sup> Terapeuternes erfaringer samt visitatorer er forskellige – de interviewede terapeuter har fra tre til omkring 36 års erfaring.

<sup>6</sup> Citater i evalueringen henviser til implementeringsgruppenummer, samt hvorvidt terapeuten er kommunal (kom) sygehusterapeut (syg) og ergoterapeut (ergo) eller fysioterapeut (fys) eller visitator (vis). Projektkoordinator henvises ved (LFH).

Interviewene blev indledt med en kort præsentation, hvorefter deltagerne blev oplyst om, at ingen kunne sikres fuldstændig anonymitet, men at ingen ville blive citeret med navns nævnelse. Evaluator opsummerede herefter formålet med fokusgruppeinterviewet: At blive klogere på, hvad der kan medvirke til at fremme henholdsvis hæmme processen med at udlægge genoptræningsopgaverne til kommunerne, herunder at opnå en smidig samarbejdsmodel og sikre patienter/borgere en større sikkerhed ved genoptræning i kommunerne frem for på sygehusene, se Bilag 6.

## 2.4 Slutevaluering

Slutevalueringen er opdelt i fire overordnede temaer, herunder en strukturel, personale, patient og erfaringsdel. De overordnede temaer er igen delt ind i underkategorier. Den strukturelle del beskriver, hvilke forudsætninger der skal være til stede for et smidigt samarbejde, hvordan overdragelsen kan ske mest hensigtsmæssigt samt forhold der vedrører fælles sprog og test. Personaledelen dækker behovet for efteruddannelse og overdragelsens betydning for andre faggrupper. Patientdelen belyses, som nævnt tidligere, ud fra den erfaring som terapeuterne har gjort sig i forhold til, hvilke oplevelser borgerne har haft med projektet. Endeligt vedrører erfaringsdelen den proces terapeuterne har været igennem og projektkoordinatorers opsamlende erfaringer med projektet som helhed.

## 2.5 Evalueringens begrænsninger

I forbindelse med slutevalueringen har evaluator lagt vægt på vigtigheden af også at inddrage patienternes perspektiver på overdragelsen af genoptræningsopgaverne til kommunerne. Perspektivet er imidlertid blevet fravalgt af projektkoordinator af økonomiske årsager og indgår således ikke direkte i evalueringen. Patienternes tilfredshed med overdragelsen belyses i slutevalueringen således, som nævnt ovenfor, alene ud fra terapeuternes vurdering af patienternes oplevelse af overdragelsen af genoptræningsopgaven til kommunalt regi.





## 3. Analyse

### 3.1 Grundlag

Bearbejdningen af interviewdata til brug for den efterfølgende analyse har bestået i, at interviewene er blevet transskriberet og efterfølgende indført i computerprogrammet Nvivo<sup>7</sup>. Interviewene er her efterfølgende blevet kodet med henblik på at skabe overblik over eventuelle mønstre og nuancer i materialet forud for den egentlige analyse. Der er i slutevalueringen anvendt citater fra interviewene for at skabe et direkte billede af deltagernes holdninger og vurderinger af projektet.

#### 3.1.1 Samarbejdsaftalen

Alle kommuner i Vestsjællands Amt har skrevet under og deltaget i projektet, undtagen Tølløse Kommune. Samarbejdsaftalen er offentlig tilgængelig på Vestsjællands Amts hjemmeside, og kan ses som en kopi i bilag 1.1. Slagelse Kommune har ikke deltaget i projektet fra starten, men efter projektkoordinatorens indsats bekræftede Slagelse Kommune samarbejdsaftalen.

#### 3.1.2 Implementeringsgrupperne

Der er etableret fem implementeringsgrupper, hvor omdrejningspunktet er en geografisk inddeling efter kommuner og det eller de dertil hørende sygehuse. Som det fremgår af Tabel 3.1, er Holbæk og Slagelse sygehus repræsenteret to gange. Det vil sige, at sygehusterapeuter fra Holbæk sygehus og Slagelse sygehus har deltaget i to grupper hver:

Tabel 3.1 De fem implementeringsgrupper<sup>8</sup>

Gruppe	Navn	Kommuner	Sygehus
Gruppe 1	Odsherred	Dragsholm, Nykøbing-Rørvig og Trundholm	Holbæk og Nykøbing
Gruppe 2	Ny-Slagelse	Hashøj, Korsør, Skælskør, Slagelse og Fuglebjerg	Korsør og Slagelse
Gruppe 3	Ny-Kalundborg	Bjergsted, Gørlev, Hvidebæk, Høng og Kalundborg	Kalundborg
Gruppe 4	Ny-Ringsted-Sorø	Dianalund, Ringsted, Sorø, Stenlille og Haslev	Slagelse
Gruppe 5	Ny-Holbæk	Holbæk, Jernløse, Svinninge, Tornved og Tølløse	Holbæk

De ledende terapeuter blev bedt om at finde medlemmer til de fem implementeringsgrupper. Der er ergoterapeuter og fysioterapeuter i alle grupper. Implementeringsgruppemøderne er forløbet med fri taletid, og det har været muligt at omstøde beslutninger truffet ved møderne, idet det har været essentielt, at terapeuternes bagland har været involveret og derfor sikre opbakning til de forslåede beslutninger. Der er blevet taget notater, men ikke referater som har bundet grupperne til disse beslutninger.

#### 3.1.3 Mødeafholdelse

Der er blevet afholdt implementeringsgruppemøder med en til to måneders mellemrum. Ved mødernes opstart er der blevet diskuteret lidt om løst og fast, (skal ses som en "ice-breaker"), der har været

<sup>7</sup> Nvivo er særlig anvendelig i forbindelse med behandling, opbevaring og modificering af store tekstmængder, der eksempelvis, som i dette tilfælde, er resultatet af en større interviewundersøgelse. Nvivo er endvidere et særdeles brugbart redskab i kodningsarbejdet, i det programmet kan hjælpe med at danne overblik over data samt med at frembringe, samle og i det hele taget manipulere med koder (Dahler-Larsen 2002; Gibbs 2002).

<sup>8</sup> Der findes en fortegnelse over genoptræningstilbud for alle kommunerne i Vestsjællands Amt. (Vestsjællands Amt 2006)

med til at afklare nogle af de frustrationer, der gik på tværs af sektorerne. Dette, mener projektkoordinator, har været en nødvendig proces for at sikre det gode samarbejde. Derfor tog det tre til fire måneder at komme frem til hvilke patienter, der kan overdrages. Dertil var der en vis usikkerhed forbundet med de første flytninger fra terapeuternes side.

Ved møderne blev det bl.a. diskuteret, hvilke sygdomsgrupper, der kan overdrages til kommunen indenfor projektets rammer. Dette havde terapeuterne på forhånd haft lejlighed til at debattere med deres bagland. Aftalerne blev indgået lokalt, idet nogle områder kan modtage eksempelvis håndkirurgiske patienter i kommunen og andre ikke. Projektkoordinator deltager i møderne og har derfor supplerende oplysninger om, hvad der er blevet enighed om i andre grupper, men forholder sig neutral i forhold til den faglige debat. Implementeringsgrupperne har ifølge projektkoordinator fungeret godt og især det forhold, at terapeuterne er blevet trygge ved hinanden, har skabt en større forståelse og kontaktflade imellem dem, som har sikret en større erfaringsudveksling.

### *3.1.4 Rekvisitioner*

Afslutningen af genoptræningsforløbet i kommunalt regi sker ved at projektet modtager en kopi af Rekvisition A og et regningsbilag, hvoraf det fremgår, hvor mange gange og hvor længe der er blevet trænet samt et kommunalt afslutningsnotat med en status for, hvordan det er gået.

I henhold til Vejledning til samarbejdsaftalen, bilag 1.2 skal der: "Fremsendes status til ordinerende læge på sygehuset, hvor det fremgår, hvilket funktionsniveau patienten har opnået, samt orientering om, der fortsættes med vedligeholdende træning. Status lægges i patientens journal." (bilag 1.2). Projektkoordinator mener imidlertid ikke, at der i alle tilfælde bliver sendt en status til sygehusene. Der bliver normalt ikke foretaget noget afsluttende tilsyn ved en læge, hvilket i øvrigt ikke altid er tilfældet, hvis patienten trænes ambulant på sygehuset. Det eneste, som noteres i journalen i tilknytning til projektet er, at patienten er henvist med en "Rekvisition A" til kommunal genoptræning.

Nogle kommuner har kun taget imod få rekvisitioner til trods for, at der er indgået samarbejdsaftaler. I Tabel 3.2 ses antal anvendte Rekvisition A<sup>9</sup> fordelt på sygehus. Det fremgår, at Holbæk Sygehus har udstedt 163 rekvisitioner, mens Nykøbing, Kalundborg og Ringsted sygehuse kun har udstedt henholdsvis 30, 28 og ni rekvisitioner.

Det fremgår videre af Tabel 3.2, at 381 patientforløb har været varetaget af en fysioterapeut, mens der er 23 forløb, som er blevet varetaget af en ergoterapeut. I alt 404 patienter der er blevet trænet i kommunen i stedet for på sygehuset.

Der er i alt blevet brugt 4.011 therapeuttimer til den pågældende genoptræning, hvilket har beløbet sig til næsten 2 millioner kroner. Heraf er 81 % henholdsvis 1,5 % gået til dækning af terapeuternes tidsforbrug og deres transport, mens de sidste 16 % omfatter borgernes transport.

---

<sup>9</sup> Rekvisition A anvendes ved de sygehusansatte terapeuters overdragelse af en genoptræningspatient til en kommunal terapeut, se evt. bilag 3.1

Tabel 3.2 Rekvisition af genoptræning fra kommunerne i Vestsjællands Amt fordelt på sygehus, 2. halvår 2006.

Sygehus	Antal patientforløb		Træningstid (timer)	Omkostninger (kroner)			I alt
	Fysioterapi	Ergoterapi		Personale		Borger- transport	
				Træning	Transport		
Slagelse	120	3	1.082	421.539	4.390	100.596	526.525
Holbæk	159	4	1.330	514.265	13.401	90.123	617.789
Nykøbing Sj.	23	7	306	116.214	3.584	27.294	147.092
Kalundborg	25	3	279	106.858	2.766	22.382	132.006
Korsør	45	6	897	346.756	3.603	68.688	419.047
Ringsted	9	0	116	44.032	711	6.637	51.380
I alt	381	23	4.011	1.549.664	28.455	315.720	1.893.839

Kilde: Oplysninger fra Projektkoordinator om forbrug af Rekvisition A.

I Tabel 3.3 ses fordelingen af antal kommunale genoptræninger. Det fremgår her, at Sorø Kommune har modtaget flest med 65 genoptræningsforløb og Ringsted har modtaget 52 ud af i alt 404 genoptræningsforløb. Kommunerne Dianalund, Kalundborg og Holbæk har hver varetaget mellem 29 og 35 forløb, hvor Svinninge kun har modtaget tre, Fuglebjerg fire og Jernløse fem.

Tabel 3.3 Genoptræningsforløb med fysioterapi og ergoterapi

Kommune	Total
Dianalund	35
Dragsholm	28
Fuglebjerg	4
Gørlev	14
Haslev	12
Holbæk	34
Hvidebæk	7
Høng	13
Jernløse	5
Kalundborg	29
Korsør	12
Nykøbing-Rørvig	12
Ringsted	52
Skælskør	8
Slagelse	19
Sorø	65
Svinninge	3
Tornved	24
Trundholm	28
I alt	404

Kilde: Datamaterialet er indhentet fra projektkoordinatorens opgørelser baseret på indkomne "Rekvisition A'er".

Se Bilag 2 for henvisende sygehuse og specifikke diagnoser, samt deres antal.

En forklaring på, at der er så få genoptræningsforløb, der overdrages til kommunale ergoterapeuter, kan være, at de kommunale ergoterapeuter i høj grad er sagsbehandlende frem for trænende, samt at der er en vis form for fastlåsthed i de sygehusansatte ergoterapeuters overdragelse:

”Det handler om, at mange ergoterapeuter i kommunerne er sagsbehandlere, de behandler ikke. Så mange af kommunerne kan ikke stille op til at varetage ergoterapeutisk behandling. [...] Der er for få kommuner, som har behandlende ergoterapeuter. [...] Ergoterapeuterne på sygehusene har meget med apopleksierne og de håndkirurgiske patienter at gøre, og det er deres fokusområde i Vestsjælland.<sup>10</sup> Og der kan man sige, at mht. apopleksierne er der tre steder, hvor fase II patienterne bliver behandlet. Og det har indtil nu været svært at vriste patienterne ud af hænderne på dem, fordi der mener man, at man har *konceptet*, og man har de personer, man skal have. [...] Der er et koncept med talepædagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, læger og kostvejledning, og der kan de det hele. Og det synes de ikke, at de kan ude i kommunerne, og det er man enige om at mene på såvel sygehusene som i kommunerne.”

### 3.1.5 *Strukturreformens indflydelse*

I forbindelse med sygehusenes endelige overdragelse af genoptræningsopgaverne til kommunerne den 1. januar 2007 er der enighed blandt terapeuterne om, at dette projekt har givet alle en god mulighed for i praksis at øve sig og dermed være bedre forberedt.

En af de kommunale terapeuter indleder med at sige, at hun fornemmer:

”At der er kommet en rød tråd i det, eftersom vi skal overtage en masse ambulante træning fra den nye region,... så for mig og for flere i implementeringsgruppen er dette (projektet) ligesom blevet en prøveklud, så vi bedre kan spore os ind på, hvilke patientkategorier det handler om, og hvor meget vi kan klare. Så er vi også naturligt sporet ind på et samarbejde inden (overdragelsen). Så det er smadder godt på den måde”

En af terapeuterne anfører, at det i starten har været svært for sygehusterapeuterne at vænne sig til at skulle afgive opgaver, men at de i løbet af det forgangne år er blevet langt mere bevidste om, at det er en nødvendig proces. Således er holdningen nu nærmere: ”Lad os prøve”. En anden sygehusterapeut vurderer, at sygehusterapeuterne har været mere klar over, hvad der skal ske fra 1. januar 2007 end de kommunale terapeuter. Dette har betydet, at det til en vis grad har overskygget arbejdet i implementeringsgrupperne, idet sygehusterapeuterne i efteråret 2005 har skullet forholde sig til, at en del af dem fra 1. januar 2007 skal arbejde i kommunerne. En del af mødetiden i implementeringsgrupperne er derved blevet brugt til en fælles orientering og drøftelse af forflytningen af terapeuter fra sygehusene til kommunerne.

Generelt har det været svært for terapeuterne at skille nærværende projekt fra den øvrige proces med udlægning af den ambulante genoptræning til kommunerne – hvilket også gentagne gange viser sig i løbet af fokusgruppeinterviewet. Det har heller ikke i nærværende analyse af projektet været muligt fuldstændigt at undlade at referere til den større proces.

---

<sup>10</sup> Apopleksi-patienterne bliver fortrinsvist behandlet på Nykøbing Sj. og Korsør sygehuse mens en mindre andel bliver behandlet på Kalundborg Sygehus. Der er ifølge projektkoordinator ikke så mange sygehusansatte ergoterapeuter, hvorfor der heller ikke kan overdrages så mange ergoterapeutiske forløb til de kommunale ergoterapeuter i sammenligning med det væsentlig større antal fysioterapeuter. Der er overvejende enighed om dette.

## 3.2 Struktur

### 3.2.1 Smidigt samarbejde

#### **Kommunikation**

Det vigtigste for det gode samarbejde er, at overdragelsen sker mellem terapeuter. Projektet har foranlediget en øget forståelse terapeuterne imellem og indsigt i de forskellige sektors arbejdsformer og indhold. Dermed er man kommet ud over fordomme, som traditionelt har floreret i skellet mellem sygehusterapeuter og kommunale terapeuter. Terapeuterne har fået meget ud af muligheden for at tale sammen om den enkelte patient og dennes forløb, særligt ved komplicerede sygdomsforløb. Overleveringen er forløbet både skriftlig og mundtlig, men terapeuterne har primært kommunikeret over telefon, men også e-mail er benyttet. Muligheden for telefonisk kontakt har skabt en god dialog, om de informationer terapeuterne har manglet. Samarbejdet har gjort, at der har været en interesse i at afklare spørgsmål på tværs af sektorerne. Således er der blevet ringet tilbage, hvormed kommunikationen er blevet dækket og har gået begge veje; ikke kun fra sygehus til kommune. Det øgede samarbejde og den større forståelse for hinandens arbejde på tværs af sektorerne har givet anledning til, at sygehusterapeuterne er blevet bedre til at give slip på patienterne og gjort op med holdningen om, at sygehusterapeuterne er de eneste, der kan træne patienterne. Dette bekræfter et par af de kommunale terapeuter. Hvor de tidligere har været nødsaget til at kæmpe om patienterne, er der i dag en langt bedre forståelse for, hvorfor det er hensigtsmæssigt, at patienten behandles i kommunalt regi. Dette bliver yderligere forstærket af, at de kommunale terapeuter, som arbejder alene, udtrykker mangel på sparringspartnere med manglende fleksibilitet til følge. Dermed er det problematisk, hvis ikke der har været en leder, hvilket er tilfældet i nogle mindre kommuner, nogle har ageret som proforma ledere (for sig selv). Således har der ikke været en overordnet koordinering af, hvorledes varetagelsen af de nye patienter udføres i praksis. En terapeut nævner, at et dilemma har været at skulle forsvare at træne en borger,

”hvor forebyggende sygeplejerske spørger, om det nu også er nødvendigt, han fortsætter. Der tænker jeg, at jeg skulle have sørget for at få en ny rekvisition, for nu skal jeg også til at forsvare, at jeg træner manden.” (gr. 5, kom/fys)

En enkelt terapeut nævner således, at det vil være rart med en formalisering af procedurerne for samarbejdet, og at det har været op til de enkelte terapeuter selv at skabe kontakten. Således efterlyser hun mere dialog med projektkoordinator, dog uden at det bliver et stift system.

”Det synes jeg virkelig har været en hæmsko for det her, man skal mere eller mindre opfinde den dybe tallerken hver gang for kommunikationen har nok været lidt sparsom fra Lars’ side, også har vi så opbygget vores egne personlige kanaler hist og pist. Det ser jeg frem til at vi får formaliseret lidt mere, så tror jeg tingene glider hurtigere. Ja, og samarbejdsfora, og få formaliseret lidt. Ikke fordi tingene skal være stive, men det gør tit og ofte samarbejdet nemmere at man har noget at holde sig til.” (gr. 3, syg/ergo).

Dertil er det en forudsætning, at der findes trænende terapeuter i kommunen, og at sygehusterapeuterne har en viden at videregive. I enkelte tilfælde vil patienten være behandlet/opereret udenfor amtet (en enkelt terapeut fortæller at denne lavede en rekvisition på baggrund af at vide mere om patienten og derved kunne vurdere patientens behov).

Lægerne har ikke været med i samarbejdet og ofte slet ikke haft kendskab til projektet og dets indhold. Dette nævner et par implementeringsgrupper som værende et problem, (idet lægerne i visse kommuner skal underskrive rekvisitionen):

”Der må komme en afklaring af hvilke patientgrupper, der skal ud i kommunerne og hvilke skal blive på sygehusene. Det er stadig uklart. Det kræver at dem der bliver tilbage på sygehusene og skal visitere ud til kommuner, ved hvordan de skal vurdere den enkelte patient. Det kræver at lægerne bliver bekendt med det og alle de andre personalegrupper skal vide det. Der står stadig i alle papirerne at det er en lægefaglig vurdering. Om det er specialiseret eller almindelig genoptræning. Jeg synes det er altafgørende at det krav bliver opfyldt og at der kommer nogle gode kommunikationsveje.” (gr. 2, syg/fys).

Her mener projektkoordinatoren, at der er et hul i lovgivningen, idet der (kun) skal være genoptræningsplaner på dem, der har et lægefagligt begrundet behov. Dette skyldes at man ikke lovmæssigt skal lave genoptræningsplaner på vedligeholdelsestræning.

### **Økonomi**

I forbindelse med samarbejdsaftalen om overdragelse af genoptræningsopgaver til kommunerne følger der projekt penge med patienterne. Det tyder dog på, at det alligevel er problematisk for de kommunale terapeuter at overtage de nye patientgrupper. En af terapeuterne påpeger således, at selvom den kommunale chef har underskrevet samarbejdsaftalen og dermed har tilkendegivet, at der i kommunen er interesse for at påtage sig genoptræningsopgaven, så er der store problemer forbundet hermed. Kommunen modtager efter samarbejdsaftalen 380 kroner (2005-pris) pr. udført genoptræningstime efter rekvisition A, men der sker ikke en tilførsel af ressourcer i form af timer / penge til terapeuten, som påtager sig opgaven. Dette har foranlediget et ønske fra terapeutens side, om at kunne fralægge sig nogle af de sædvanlige arbejdsopgaver med kommunens borgere, men dette er ikke blevet accepteret af den kommunale ledelse:

”Så det er meget et ressourcspørgsmål ... jeg er jo fyldt op med stedets borgere ... og jeg har ikke ret til at fravælge nogle, og jeg har i det hele taget haft svært ved at få nogle ledere til at gå ind i noget som helst, før der har været lederskifte [...]. Så vi har holdt et formøde i de små kommuner (inden for implementeringsgruppens område), hvor jeg havde min leder med, men det kom der ikke så meget ud af. Så jeg står ikke så stærkt som de andre terapeuter, som har en leder<sup>11</sup>, som kan sige, at så gør vi det på den og den måde.” (gr. 5, kom/fys)

Genoptræningen vil være et spørgsmål om cost-benefit, idet kommunen altid vil have en interesse i, at patienten bliver selvhjulpne, idet kommunen ellers vil få flere udgifter til patienten i fremtiden. Det samme økonomiske incitament har ikke tidligere været på sygehusene. Det har i projektet været hensigtsmæssigt, at pengene har fulgt patienten og dermed været et økonomisk incitament i projektet for kommunerne til at tage imod patienterne. I den nye struktur vil den økonomiske sammensætning blive en anden og dermed vil takstfinansiering i sygehusvæsenet sørge for en fortsat forkortelse af indlæggelsestiden for patienterne. Således kan sygehusene fremover spare penge ved at udskrive patienter tidligere. For kommunerne vil problematikken i givet fald være, at de vil modtage patienterne tidligere i deres sygdomsforløb, hvorved de kræver større ressourcer uden at finansieringen følger med.

---

<sup>11</sup> Den pågældende terapeut er den eneste terapeut i kommunen.

Projektet har yderligere givet tilladelse til en vis form for smidighed, som gør det muligt at *"enkelte sager kan løses på en måde som er optimal for patienten og ikke nødvendigvis for institutionerne"*. (LFH). Terapeuterne har fundet det gavnligt at benytte kontakten til sygehuset i stedet for at skulle en lang vej gennem praktiserende læge eller vagtlæge. Kommunerne har ikke været gode til at se, hvorledes opgaverne kunne løses udover de aftaler (rutiner) der allerede har eksisteret. Dermed har samarbejdet medført et skred i opfattelserne af, hvad der er muligt. BUM-modellen<sup>12</sup>, der har været gældende i kommunerne, har begrænset incitamentet/muligheden for at tænke anderledes. Projektet har medført, at kommunerne er blevet klar over, at der kan benyttes en mere modificeret BUM-model, og at en sådan bør udfærdiges. I nogle kommuner har myndighed og udfører opgaven ikke været adskilt i kraft af, at de kommunale terapeuter har udført både sagsbehandling og træning, hvilket officielt ikke er legal praksis.

Den modificerede BUM-model kan være med til at afhjælpe det problem, der somme tider har vist sig i projektet. Projektet har afdækket et behov for øget viden for visitatoren til området, der bliver visiteret på. Det har været forskelligt fra kommune til kommune, om der har været en visitator tilknyttet rekvisitionerne i projektet. De kommuner, der har brugt visitator, har for det meste fundet det problematisk, idet henvisningen er blevet accepteret udenom terapeuten. Herved er der ikke med det samme skabt en kontakt mellem terapeuterne. Visitators faglige baggrund kan have betydning for informationer om patientens behov.

"I projektet har det været typisk at når visitator har været en sygeplejerske, så kom den direkte kontakt fra terapeut til terapeut, for der kunne man meget hurtigt se et behov, det her kan jeg vist ikke lige.. ring lige dertil og aftal nærmere." (LFH)

Derudover går der information tabt, når kommunikationen og samarbejdet mellem sygehus og kommune sker gennem tredje person, altså visitator.

"hos os er det igennem en visitation, hvor jeg ikke nødvendigvis får den direkte kommunikation med dig. Jeg synes nemt, der kan gå ting tabt. Så får jeg 8 linjer udleveret, det er ikke nok." (gr. 1, kom/fys)

## **Forvaltning og Organisering**

Organiseringen af ergo- og fysioterapien i kommunerne er meget forskellig. Det har dog vist sig, at der har været et nyttigt samarbejde imellem de terapeuter, som har været fysisk placeret i forbindelse med hjemmeplejen og/eller sygeplejerskerne. Der har været en meget positiv synergieffekt i form af større viden om borgerne samt et tættere samarbejde tværfagligt. Dog er der tvivl om, hvorvidt dette vil være muligt i den nye struktur, samt om det ville være hensigtsmæssigt i storkommuner. Dertil er der tvivl om, hvorvidt visitationen skal være fælles eller delt på flere områder. På denne måde kan den ovennævnte nærhed gå tabt. I forhold til den tværfaglighed der findes i kommunerne vil ny viden også have en indflydelse for de andre faggrupper i og med, at den viden, der bliver skabt på sygehuse, skal formidles videre ud til kommunerne. Dette har ikke været et problem i projektperioden, idet den har været for kort, men kan blive en udfordring efter 1. januar.

Projektkoordinator har stødt på problemer i forhold til, at der aldrig officielt er taget stilling til, hvorledes genoptræningsopgaven skulle varetages. Dette har været problematisk, idet at terapeuterne ikke måtte lade det gå ud over de borgere i kommunen, der i forvejen behøvede træning. Projektko-

<sup>12</sup> BUM modellen er en metode til varetagelse af de (amt) kommunale opgaver ved at opdele i Bestiller, Udfører og Modtager model. Således at rollerne adskilles for at sikre transparens og øget produktivitet. (Bestiller-Udfører-Modtager-modellen (BUM) 2006)

KL har udarbejdet den modificerede BUM model (Kommunernes Landsforening 2006)

ordinator mener dette er et spørgsmål om politisk vilje til at få projektet informeret ned gennem systemet, idet der har været vilje til projektet fra højeste sted og fra terapeuterne, men de mellemste led har ikke kunne administrere opgaven, hvilket har medført tab i forhold til udnyttelse af projektets muligheder.

”det politiske niveau havde skrevet under, og havde enten slet ikke informeret deres embedsmænd eller også havde informeret dem, også havde man på embedsmandsplan sagt nå nåh”. (LFH)

”det her projekt har vist, at selvom politikerne har sagt ja til det, så er det vigtigt at embedsmændene har fået et vink med en vognstang om, at her skal der bruges nogen ressourcer på en anden form for samarbejde. Det har nok været det største problem i projektet, at de kommunale terapeuter slet ikke har været gearret til at varetage den opgave, som deres politikere har sagt ja til.” (LFH)

Dette er blevet afhjulpet af en stor opbakning fra terapeuterne.

”der har været et stort ønske om at komme videre i den her proces. Derfor er vi også kommet nogen vegne. For ellers vil jeg sige, at så havde det været dødsdømt fra starten. For de kommunale terapeuter kunne simpelthen ikke varetage opgaven, og der har været flere kommuner, der har meldt ud undervejs, at nu kan vi simpelthen ikke være med i en periode, for vi kan ikke nå det. Det synes jeg er problematisk, når man er gået ind i det og har lavet et samarbejde. Det handler om, at politikerne har skrevet under på en aftale uden, at de har informeret videre ned i systemet og uden, at de har taget stilling til, hvordan skal vi så klæde vores folk på, så de kan løfte opgaven.” (LFH)

Den kommunale forvaltning har skullet tage denne drøftelse i løbet af projektet for, at dette har kunnet fungere optimalt. Projektkoordinatoren forsøgte at gøre opmærksom på problemet ude i kommunerne, og det blev en anelse bedre. I amtet har projektkoordinatoren været mere eller mindre den eneste, der har kendt noget til projektet. Projektkoordinatoren har lagt op til, at såvel projekt- som styregruppe skal reagere på den manglende kommunale drøftelse.

## **Ressourcer**

Ovennævnte politiske problem har haft stor indflydelse på projektet, idet der ikke har været ressourcer for de kommunale terapeuter til at varetage opgaven. En stor del af terapeuterne oplevede kapacitets- og prioriteringsproblemer, samt behov for en bedre normering og øgede økonomiske ressourcer. Især syntes det at være vanskeligt at overtage genoptræning af patienter ved udskrivelse fra sygehuse i de små kommuner, som har få trænende terapeuter. Det vigtigste for mange terapeuter er den mundtlige overdragelse, hvor der er mulighed for at udveksle informationer telefonisk.

Med hensyn til tidligere nævnte kapacitetsproblem i forhold til de kommunale terapeuters råderum til at tage rekvisitionspatienter, skal det påpeges, at de små kommuner har haft mere end svært ved at imødekomme projektets indhold. Det daglige arbejde har været booket af vanlige kommunale opgaver, og det har ikke været muligt at booke tider fra sygehuset på forhånd, idet dette ikke kan forudses og friholde timer. Overdragelsen af rekvisitionspatienter til kommunerne kan bedre lade sig gøre i større kommuner, hvor der er flere terapeuter ansat, som kan dække hinanden ind i forhold til at varetage genoptræning efter indlæggelse. Eksempelvis er Holbæk Kommune en af de kommuner, der har taget imod flest rekvisitioner, hvilket også er kommet til udtryk i erfaringerne fra implementeringsgruppemøderne.



Derudover fremgår det, fra de kommunale terapeuter, at der mangler træningsudstyr og faciliteter til at kunne modtage patienter med komplekse diagnoser. Holdtræning er mere effektivt og egner sig mere til nogle patientgrupper end andre, hvilket er mindre ressourcekrævende. Dette kan give grund for nytænkning for udnyttelse af terapeuttimer.

Der er behov for fleksibilitet, når kommunerne skal varetage genoptræningsopgaven i form af arbejdsplaner, hvor der er plads til at kunne modtage patienterne fra sygehuset. I projektet har der været mulighed for at afvise rekvisitioner, hvilket ikke er muligt efter 1. januar 2007. Evalueringen viser, at der er forskellige former for fleksibilitet i opgaveløsningen i kommunerne. For sygehusterapeuterne er der imidlertid ingen oplevelse af, at overdragelsen af patienter til kommunal genoptræning direkte letter det daglige arbejdspress. Ventelisten bliver måske blot lidt kortere.

Nogle terapeuter opfordres til at benytte rekvisition A på bekostning af kommunale borgere i vedligeholdelses træning etc. og vice versa. Således kan dette f.eks. medføre, at terapeuterne fokuserer deres ressourcer på genoptræning af nye patientgrupper, hvilket er problematisk set i forhold til, at borgere i vedligeholdelsestræning derved undertiden evt. nedprioriteres. En terapeut oplyser, at hun kender til, at de kommunale terapeuter, af deres chefer, er blevet bedt om at prioritere patienter på Rekvisition A, som bringer penge med sig frem for de borgere, som står på venteliste til kommunal træning. Det kan diskuteres om det er acceptabelt i at prioritere nogle patientgrupper frem for andre. I denne forbindelse nævner en af terapeuterne, at hun har været med til at måtte kategorisere arbejdsopgaver som henholdsvis "skal-opgaver" og "kan-opgaver" i forhold til såvel Sundheds- som Service-lovgivningen. I de tilfælde, hvor det drejer sig om "kan-opgaver", kan disse eventuelt overdrages til terapeuter, som varetager dagcenterfunktionen. Dette har imidlertid ikke været en mulighed i alle kommuner, hvorfor det kan overvejes, om frivillige, dvs. ulønnede personer, kan varetage opgaven.

Der kan være brug for at afløse hinanden i forbindelse med ferieperioder og sygdom, hvilket bliver besværliggjort af, at der kun er et fåtal af terapeuter med viden om patientgrupper, der har behov for specialiseret genoptræning<sup>13</sup>. Den generelle holdning er, at den kommunale sektor kunne modtage langt flere patienter fra sygehusene, hvis der blot havde været ressourcer til det. Dette skyldes også kravet om at patienter til genoptræning i kommunalt regi maksimalt må vente i ti dage.

### *3.2.2 Hensigtsmæssig overdragelse*

#### **Genoptræningsplaner**

Det smidige samarbejde mellem sygehuspersonale og de kommunale terapeuter kan gøres nemmere ved uddybede genoptræningsplaner og Rekvisitioner. I forhold til den nye struktur har implementeringsgrupperne forelagt et forslag til, hvorledes den nye genoptræningsplan skal se ud. Det ser ud til at forslaget er blevet positivt modtaget og bliver anvendt i overgangsfasen fra 1. januar til ca. april 2007.<sup>14</sup> (se bilag 7.2)

Der er et ønske om, at genoptræningsplanerne bliver meget udførlige. Dog mener en enkelt terapeut, at en høj detaljeringsgrad ikke er nødvendig, idet hun mener telefonisk kontakt er bedre til afklaring. Dertil er der forvirring omkring, hvem der skal udarbejde disse planer, samt hvilke oplysninger der må overdrages kommunerne. De fleste terapeuter ønsker, at dette kan ske elektronisk. En enkelt terapeut nævner, at den ideelle situation ville være, hvis overdragelsen kunne finde sted i borgerens eget hjem, eller hvor den kommunale terapeut kommer ind på sygehuset og evt. kommer med til

---

<sup>13</sup> Sundhedsministeriet har beskrevet begrebet om Specialiseret Genoptræning. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet 2006). De interviewede terapeuter anser specialiseret genoptræning som meget kompliceret i forhold til deres fag og ikke som udtryk for patientens sundhedstilstand.

<sup>14</sup> For uddybende oplysninger se DGMA's rapport om genoptræningsplaner hvor indhold, processer og problemfelter er beskrevet (Lorentzen, Ravnholt & Rasmussen 2005).

træningen. Dette ville sikre, at den kommunale terapeut kan se, hvor langt man er med patienten, og dermed give et så ensartet tilbud til patienten/borgeren som muligt.

Der er også udvist bekymring for, hvorledes sygehusene skal få tid til at udarbejde genoptræningsplaner for alle patienter. Dette er yderligere besværliggjort af, at der er tale om en lægefaglig vurdering, og at der er patienter, som sygehus-terapeuterne ikke ser (da de er opereret et andet sted eller er dagkirurgiske):

”Jeg er dybt bekymret for hvordan vi skal få tid til det på sygehuset. Fordi som det er nu når vi ikke at lave genoptræningsplaner for alle patienter. Og som vi kan høre, er de ikke tilstrækkelig uddybet i forhold til, hvad kommunerne forventer af dem, og vi laver langt fra planer for alle patienterne. Stadigvæk hedder det sig, at det er en lægefaglig vurdering. Og der er patienter, vi ikke ser. Hvem skal lave planer for dem? Det bliver interessant. Dagkirurgiske patienter ser vi jo ikke. Der er også patienter i skadestuen, vi ikke ser og i ambulatoriet. Som vi ikke ser den dag, hvor vi får en henvisning. Hvor vi ikke ser dem fra starten. Det vil sige, så skal henvisningen ikke gå til os mere. Så skal den gå ud, dvs. så skal der jo laves en genoptræningsplan.” (gr. 1, syg/fys)

De kommunale terapeuter vil meget gerne modtage og gøre brug af de af sygehuseterapeuterne udarbejdede genoptræningsplaner, når de altså modtager dem. I den forbindelse fremhæver en af de kommunale terapeuter, at genoptræningsplanerne jo er borgerens ”ejendom”. Det betyder, at det er vigtigt for sygehuspersonalet, dels at huske at indhente den enkelte patients tilladelse til at videresende genoptræningsplanen, dels at huske at videresende en kopi direkte til de kommunale terapeuter. Hvis ikke dette sker, kan man ifølge den samme terapeut nemlig risikere, at disse slet ikke når frem til terapeuterne, men eksempelvis havner ved den kommunale visitator. Det viser sig, at det kan være problematisk at indhente patienternes samtykke, da der er eksempler på borgere, der ikke ønsker, at personlige oplysninger viderefremmes.

Ifølge de kommunale terapeuter sker det ofte, at patienterne ikke forstår, hvad der står i genoptræningsplanen. En kopi af genoptræningsplanen samt en fysioterapeut- og en ergoterapeutstatus, som patienten ikke altid ser, sendes direkte til den modtagende terapeut i kommunen. Som eksempel kan status indeholde en forflytningsvejledning, en beskrivelse af de kognitive problemer for en given hemiplegipatient samt et kortfattet journaluddrag. Vigtigheden af at overdragelsen sker via fyldige beskrivelser lægges der generelt vægt på hos de kommunale terapeuter, en terapeut siger:

”Jo flere oplysninger jo bedre, vi vil aldrig sige, hvad skal vi dog med det, når det kommer fra en terapeut”. (gr. 3, kom)

Arbejdet i implementeringsgrupperne har udmundet i en skitse til en ny genoptræningsplan, hvor der er taget højde for samarbejdet mellem sygehuse og kommuner ved, at der er tilføjet et felt, hvor terapeuterne kan bemærke, at de gerne vil kontaktes personligt. Yderligere er der taget højde for det i midtvejsevalueringen påpegede problem med manglende felt til beskrivelse af patienternes henvisningsdiagnose, samt øvrige diagnoser, se bilag 7.2.

### **Overdragelsesprocedurer**

Der er i projektet benyttet forskellige metoder i kommunen for at tage imod rekvisition A. Evalueringen afdækkede op til seks forskellige.

1. Op i tid (deltid); dette går ud på, at hvor der er mulighed for det, vil terapeuter, ansat på deltid, blive tilbudt at gå op i tid i den periode, hvor der er behov for ekstra træning pga. rekvisitionerne. Dette bliver betalt af projektets penge.

2. Private terapeuter; enkelte kommuner har valgt at benytte sig af private praktiserende terapeuter, som bliver betalt med projektets penge, ud fra den i projektet fastsatte takst.
3. Opprioritering; I nogle kommuner har det været muligt at opprioritere rekvisitions patienter. Dette har bl.a. fundet sted gennem en sanering, hvor borgere, der allerede fik vederlagsfri behandling, blev skilt fra, hvilket en informant gav eksempel på.
4. Ansætte nye terapeuter; Nogle kommuner har været i stand til at ansætte en ekstra terapeut med projektets penge.
5. Overarbejde; enkelte steder har terapeuter valgt at overarbejde for at imødekomme rekvisitionerne.
6. Længere ventetid; I et enkelt tilfælde nævnes, at der er blevet en anelse mere ventetid for at få indpasset de nye patienter fra sygehusene.

Der er behov for at udveksle viden og erfaring om specielt de komplicerede patienter:

*"Er det de komplicerede, hvor vi snakker langvarig indlæggelse, så synes jeg jo, det ville være det smarteste, at den trænende terapeut mødtes med den terapeut, der skal overtage patienten, og at man i fællesskab fik lavet den overdragelsesforretning. Om det er på sygehus eller i patientens hjem, det er lidt svært at stille fuldstændigt firkantede retningslinjer op for. Men at der på en eller anden led er sådan et overlap." (gr. 3, syg/ergo).*

Den primære efterspørgsel efter overdragelsesprocedure skal ses i forretningsgangen som en fælles beslutning, hvor der tages højde for patientens tilstand. Hvorvidt selve overdragelsesforretningen foregår på sygehus eller i patientens eget hjem, er for terapeuterne underordnet.

*"I projektet her ved jeg, at der er kommuner, som har brugt de (privat) praktiserende for at tage nogle af de her opgaver, men det har været deres måde at løse det, at de skulle bruge flere ressourcer. I stedet for at ansætte nogle ekstra, så har man valgt at spørge de praktiserede terapeuter, om de kunne varetage nogle af opgaverne, til den pris, som vi har aftalt i projektet." (LFH)*

Dertil har de private praktiserende fysioterapeuter været glade for den skabte kontakt med kommunen. Ligeledes er der privat praktiserende terapeuter der har spurgt om, de kunne være med i projektet. Det betyder, at der er skabt et godt grundlag for samarbejde med de private aktører.

Terapeuterne nævner, at det er af stor betydning, at patienterne er deltagende, og der er enighed om genoptræningen:

*"Jeg tænker meget på det som noget, hvor vi har hænderne lidt mere oppe af lommen. Det der med snak det kan vi jo sagtens klare, men at få tingene konkretiseret noget mere og få 'committed' patienten til at være en del af det her. Være indforstået med hvor det er vi går hen. Så det er jo i virkeligheden en terapeutisk samtale, hvor man bare har flere aktører inde i billedet." (gr. 3, kom/fys).*

Det viser, at terapeuterne i kraft af dialogen med patienten og pågældende terapeuter får et bedre grundlag for at involvere patienterne mere i genoptræningsprocessen.

Der er et ønske om, at overdragelsen bliver mere formaliseret. Det administrative har været meget formaliseret i dette projekt, men ud over dette har det været op til den enkelte terapeut i mødestedet at klare opgaven.

”Der har vi brug for at kunne sikre den kvalitet i overdragelsen, der har vi brug for at lave noget mere konkret formalisering af, hvad der skal til og, hvor det er tingene skilles og, hvor det er vandene samles.” (gr. 3, kom/fys).

Dertil nævnes det at projektet ikke drejer sig om det træningsmæssige i overdragelsen, så meget som det drejer sig om det strukturelle og personalemæssige ændringer.

### **Træningsbesøg**

Der har været hjemmebesøg i nogle kommuner, hvor den kommunale terapeut har taget hjem til borgeren og trænet i eget hjem. Der er i den forbindelse kørsel inkluderet, men dette er blevet betalt på forskellig vis. Dertil har enkelte sygehusterapeuter taget ud i patientens eget hjem.

Træningsbesøgene har givet anledning til ’ahaoplevelser’, hvor der har været tvivl fra de kommunale terapeuter, om de havde, hvad der skulle til. For eksempel om de havde de rigtige træningsfaciliteter.

Erfaringen med træningsbesøg har ikke været stor men er dog blevet større i løbet af projektperioden. Dette skyldes i starten et manglende kendskab til muligheden, men generelt har de kommunale terapeuter haft svært ved at afsætte tid til træningsbesøgene grundet ovenstående mangel på ressourcer. Flertallet af de kommunale terapeuter mener dog at tilbudet om et eller flere træningsbesøg er en rigtig god mulighed for at blive klogere på, hvorledes en given genoptræning skal foretages. I nogle tilfælde har en kommunal afvisning af rekvisitionen været manglende ressourcer til at sætte sig ind i opgaven. Dette har projektet forsøgt at komme udenom ved at give mulighed for træningsbesøg. En af erfaringerne, er at det for de kommunale terapeuter er blevet legalt at afsætte tid til at følge den specifikke genoptræning på sygehusene. Dernæst få lejlighed til at afprøve det i kommunen og videreformidle ny viden om den specialiserede genoptræning til kolleger; det vil sige både terapeuter samt plejepersonale. Efterfølgende kan sygehusterapeuterne supervisere og rådgive om genoptræningen. På denne måde bliver det muligt at fokusere på borgerens behov, frem for strukturelle og personalemæssige behov. Træningsbesøg er blot et supplement til de eksisterende udskrivelseskonferencer og møder mellem terapeuter og plejepersonale om løsning af praktiske problemstillinger som boligændringer, i forbindelse med overdragelse af patienter fra sygehusregi til kommunalt regi.

Brugen af træningsbesøg kan være besværliggjort af at projektpengene ikke tilfalder terapien direkte, hvilket har betydning for fravælgelsen af andre arbejdsopgaver, som ikke billiges af ledere. Dertil har en sygehusterapeut beklaget det store administrative arbejde, der er ved at udfylde en rekvisition, hvor flere terapeuter giver udtryk for, at det ikke kan betale sig tidsmæssigt og økonomisk.

Nogle sygehusansatte terapeuter oplever imidlertid, at der er en barriere forbundet med aftalen om træningsbesøg. Det drejer sig om, at det kun er den ”besøgende” terapeut, som modtager kompensation for sit tidsforbrug. Den terapeut, som modtager en anden terapeut, får ikke kompensation for det øgede tidsforbrug, som kan relateres til træningsbesøget.

Flere terapeuter nævner studiebesøg som en mulighed for at få større indsigt i træningen på sygehusene. Ligeledes er der et ønske om at komme ud og tale med de terapeuter, som sygehusterapeuterne samarbejder med samt at se de kommunale faciliteter. En af de kommunale terapeuter har gode erfaringer med sådanne besøg i mindre målestok, idet samarbejds møder mellem sygehussektoren og den kommunale sektors terapeuter afholdes på skiftende lokaliteter. Det er oplevelsen, at sådanne besøg kan medvirke til at gøre det lettere at kontakte hinanden telefonisk.

I projektet er der givet mulighed for, at terapeuter på tværs af sektorerne kan foretage træningsbesøg og følge hinandens træning for en given patient. Denne mulighed har imidlertid endnu ikke fundet så stor udbredelse, hvilket måske kan tillægges, at ikke alle terapeuter har haft de fornødne ressourcer til at benytte sig af træningsbesøg, og i starten var det ikke alle terapeuter, der var informerede om denne mulighed. Der er i alt foretaget 59 træningsbesøg i løbet af projektet.

I den sidste del af projektet har der været stor efterspørgsel på træningsbesøgene, og terapeuterne har fundet ud af, hvor stor en værdi disse kan have for at dygtiggøre sig. Selvom dette ikke direkte er formålet med projektet, er det et ekstra gode ved projektet.

Det er generelt for de terapeuter, der har prøvet at benytte ordningen med træningsbesøg, at de har nogle meget positive oplevelser og erfaringer på baggrund af træningsbesøgene.

### **Fælles sprog**

Der er ikke blevet tillagt særlig stor betydning i forhold til fælles sprog. Terapeuterne er af den opfattelse, at de alle har samme basisuddannelse og derfor kan kommunikere indenfor den fælles faglige terminologi. Projektet har dog udmundet i en temadag, hvor alle amtets terapeuter var inviteret, og ICF-systemet blev introduceret. ICF er på dansk: International Klassifikation af Funktionsevne.<sup>15</sup> Temadagen forløb den 29. november 2006, hvor en konsulent holdt foredrag om ICF og en efterfølgende middag, hvor de mere en 100 tilmeldte terapeuter udvekslede erfaringer. Det meget store antal deltagere viser et engagement. Ledende ergoterapeut, Mette Bruun<sup>16</sup> holdt seminar om ICF og har arbejdet sammen med Marselisborg, som er et af de steder i Danmark, hvor man har arbejdet mest med ICF. I forhold til den mulige tværfaglighed i projektet har ICF standarder og temadagen givet mulighed for at kunne kommunikere mere præcist både monofagligt og tværfagligt. Dog ønsker flertallet, at der kunne være endnu mere tværfaglighed i et fælles sprog.

Terapeuterne har lagt mærke, til at de har en fælles referenceramme, hvilket er nødvendigt i en overdragelsessituation:

”Der kan man mærke, at hvis det er for fys, så glider det nemmere, end hvis det var for en anden faggruppe. Det viser sig, det har jeg oplevet, det der er givet udtryk for fra mine medarbejdere, at man har kunnet lynhurtigt pege sig ind på, hvad den anden mener, og hvad det går ud på. Det har ikke været så vanskeligt, men det er da en forudsætning for, at man kan give det videre, det er at man helt præcis ved, hvor man vil hen og ved, hvad man ønsker.” (gr. 3, kom/ergo)

Undertiden er det udfordrende for de kommunale terapeuter, at der ofte anvendes et svært forståeligt fagsprog. En af sygehusterapeuterne oplyser, at sygehusets terapeuter ifølge gældende praksis formulerer en let forståelig genoptræningsplan uden anvendelse af svært tilgængeligt fagsprog.

I forhold til fælles sprog er der sat en proces i gang, som det anbefales vil blive videreført. Der er i implementeringsgrupperne ikke anvendt megen tid på emnet fælles sprog, da terapeuterne har vurderet, at der var andre områder, der skulle opprioriteres.

### **Fælles test**

Der har i implementeringsgrupperne været et ønske om og blevet diskuteret, hvilke test det ville være muligt at benytte for alle terapeuter, således at der bliver ensartethed. Der er altid blevet anvendt mange forskellige tests. Tests er relevante i forhold til, at borgeren kan få brug for en individuel vurdering over tid, hvormed de forskellige sektorer skal kunne forstå hinandens arbejde. Der er tale om en mulig funktionsudbedring. Diskussionerne er dog blevet besværliggjort af det store antal af mulige test, og projektkoordinator har fundet det svært at få terapeuterne til at interessere sig for at indgå aftaler om fælles tests. Dertil er dette først kommet på dagsorden til møderne i sidste halvdel af pro-

---

<sup>15</sup> ICF er en international accepteret model for standardiseret sprog til beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i relation til helbrestilstand. Det kan benyttes både tværfagligt og tværsektorielt.

<sup>16</sup> Mette Bruun har lavet en hjemmeside, hvor der er flere oplysninger om ICF. <http://www.fiberinternet.dk/mettebruun/>

jektet. Der er ikke opnået enighed om en eller flere tests, men senior fitness testen bliver nævnt som meget udbredt.

Idet man ikke kunne blive enige om en eller to tests, valgte man at:

”tests nok ikke [var] måden at komme videre, hvis vi skal lave noget ved overlevering. Så vi nedsatte en gruppe, som gik ind i det arbejde på at lave et eller andet som indeholdt, hvad er det vi synes er relevant. Vi er nok endt med at kalde det en genoptræningsplan.” (LFH).

Denne vil ligge til grund for den nye struktur efter 1. januar. (se bilag 7.2)

I drøftelsen af brugen af terapeutiske tests fremgår det, at der i nogle genoptræningsplaner er vedlagt en ”Senior Fitness Test”, mens der i andre er angivet et funktionsniveau vha. et opgivent gradantal. At der bruges forskellige test opleves som værende et problem for de kommunale terapeuter.

I den forbindelse oplyses det af en af sygehuseterapeuterne, at der blandt sygehusansatte terapeuter på Slagelse Sygehus og kommunale terapeuter i de tilhørende kommuner er indgået en indbyrdes aftale om netop at anvende ”Senior Fitness Test” i såvel kommunerne som på sygehuset, hvilket netop er medvirkende til at lette samarbejdet på tværs af sektorerne. Herudover gøres der undertiden brug af ”Barthels Index”. Terapeuterne oplever, at der er gået meget tid på drøftelser om fælles test uden et brugbart resultat, og flere terapeuter efterlyser kendskab til ovenstående aftale.

### *3.2.3 Patientgrupper*

Det har især i de små kommuner været svært at erkende, at det er kommunens egne borgere der udskrives fra sygehuset. Det skyldes formentlig den gamle kommunale struktur, som primært har beskæftiget sig med vedligeholdelsestræning og dermed ikke ment, at der har været kapacitet til at overtage amtslige genoptræningsopgaver.

Alle sygdomsgrupper kan i princippet overdrages til kommunal genoptræning. Dog har sygehusene indgået aftaler med talepædagoger og bandagister, hvormed det må være muligt for kommunerne at indgå lignende aftaler. Projektkoordinater har planer om på et tidspunkt at få samordnet de aftaler. Det er blevet diskuteret meget, hvorvidt alle patienter kan overdrages til kommunen. I projektet er de patienter, som, terapeuter vurderer, har behov for specialiseret genoptræning (eksempelvis, skulder, knæ) ikke blevet overdraget. Dette skyldes at det er blevet vurderet, at de kommunale terapeuter ikke har den fornødne kompetence. Dette bliver imidlertid anderledes til januar, hvor langt størsteparten af patienter i princippet skal genoptrænes i kommunerne.

Ifølge projektkoordinator er det imidlertid ikke muligt at få en opgørelse af, hvor stor en andel af de ambulante patienter med en given sygdom, som bliver overdraget til kommunal terapeutisk genoptræning i forhold til det antal, som får ergoterapeutisk eller fysioterapeutisk genoptræning på sygehuset. Dermed har det i projektet ikke været muligt at skelne mellem de patienter, der får ergoterapeutisk og fysioterapeutisk behandling på sygehusene, som er blevet overdraget til kommunen.

Viden om, hvilke patientkategorier, der er mest egnede til overdragelse samt eventuelle hensigtsmæssige procedurer, kan i den forbindelse anvendes efter 1. januar. Ved omlægningen 1. januar 2007 vil patienten blive bedt om at acceptere, at genoptræningsplanen bliver sendt til praktiserende læge og kommune.

### **Diagnoser**

Ikke alle grupper er blevet sendt ud. Det som terapeuterne betragter som specialiserede (eks. Skulder, knæ etc.) er ikke blevet sendt ud med mindre, der har været en specifik kompetence i den pågældende

de kommune eller mod på at varetage opgaven. Der bliver nævnt et par gange i interviewene, at hofte patienter er ideelle at komme ud i kommunerne.

KOL patienter skal være godt undersøgt, før de kan komme ud i det kommunale regi, da der ikke er noget medicinsk hold i baggrunden. Dertil er det debatteret hvilken procentdel de kan modtages i kommunerne, om det er en lungekapacitet på 40 % eller 25 %. En barriere er ikke kun vidensgrundlag men også beliggenheden af træningscentret, hvis de geografisk er placeret langt fra ekspertisen, som er på sygehuset.

Apopleksierne er en oplagt patientgruppe. Hvoraf de før har været indlagt og blev ambulante patienter, der skulle have træning på sygehuset, de vil kunne blive udskrevet tidligere fra hospitalet og behandlingen kan starte kommunalt. Dette har også været tilfældet i projektet, hvor man ud fra den enkelte patient har vurderet, at dette er hensigtsmæssigt. Dette vil dog kræve mere plejepersonale i kommunerne, hvilket der ikke er taget højde for.

Ortopædkirurgiske patienter, eksempelvis lårbensbrud, er nogle af de patientgrupper, der er relevante at sende ud. Og i nogle kommuner bliver nævnt amputeringer, som noget af det, der er kommet ud.

### **Specialiseret Genoptræning**

De kommunale terapeuter oplever ikke, at de ikke kan håndtere de patienter, der kommer ud, dog kan sygehusterapeuterne have ageret som gate-keepere og ikke sendt de patienter ud, som de mente, de kommunale terapeuter ikke kunne klare.

”Det er i bund og grund dem der står med patienten der bestemmer hvor de bliver sendt hen” (også efter 1. januar). (gr. 2, syg/fys)

Specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehus;

”Det er fastsat i bemærkningerne til sundhedslovforslaget (L74), at genoptræningsydelse skal leveres af det regionale sygehusvæsen, hvis en patient har behov for specialiseret, ambulans genoptræning, der forudsætter et sygehus´ ekspertise, udstyr mv. I denne situation har kommunen myndighedsansvaret for opgaven, mens det regionale sygehusvæsen har driftsansvaret.”

Det fremgår mere detaljeret i hvilke situationer genoptræningen skal foregå på sygehuset, se (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et al. 2006). Den specialiserede behandling i forhold til sundhedsstyrelsens definition handler om håndteringen af patienter. Dvs. hvilket stadie er patienten på, og ikke hvor kompliceret selve behandlingen er. Dermed vil sygehusterapeuternes arbejde ikke blive mere specialiseret efter 1. januar, blot at:

”nu har de patienterne i de akutte perioder, og det er lidt anderledes. Så kan vi kalde det specialiseret, men det er i hvert fald en anden måde, man håndterer patienterne på, når de er akutte, end når det er senere i forløbet. Men det er jo ikke fordi, man bruger nogle andre greb eller træningsmetoder. Det er måske bare en anden psykologi man bruger. Nej, jeg tror ikke, det bliver mere specialiseret. Tværtimod, tror jeg specialiseringsgraden kommer til at brede sig, så flere terapeuter vil blive dygtigere til flere ting.” (LFH)

Det er positivt, at flere terapeuter bliver dygtigere i kraft af at få erfaring med flere patientgrupper, dog mener ca. halvdelen af terapeuterne, at der vil gå viden tabt i forbindelse med denne decentralisering af genoptræningsopgaverne.

## 3.3 Personale

### 3.3.1 Konsekvenser for daglig arbejde og andre opgaver

Omkring halvdelen af de kommunale terapeuter nævner, at det ofte er tilfældet, at borgere får lidt mere træning, end de ellers ville have fået i sygehus regi. Dette skaber en naturlig overgang til vedligeholdelsestræning.

En begrænsende faktor i forhold til at udføre kommunal genoptræning efter indlæggelse drejer sig om, at der i visse kommuner er pladsproblemer. Således skal terapeuterne nogle steder tre måneder i forvejen booke lokaler til træning af borgerne, idet de samme lokaler også bruges af andre grupper; motionsgrupper, ældregrupper og eksempelvis en diætist. Endvidere er det ikke i alle kommuner er der fornødne træningsredskaber. Dette gør sig især gældende i de mindre kommuner, hvor der eksempelvis ikke er træningsredskaber til håndkirurgisk træning alle steder.

Det er en personlig tilfredsstillelse for de enkelte terapeuter at få lov til at følge patienten til dørs, og at give et mere sammenhængende forløb til den enkelte patient. Og dermed se den udvikling patienten gennemgår. De kommunale terapeuter er anderledes vant til at håndtere ældre borgere eller borgere, som normalt er i kommunalt regi:

“patienterne er også vidt forskellige mennesker, om de er på sygehusene, eller når de er i hjemmet. Så derfor kan det godt se ud som om hos os (sygehuset), at de kan det hele, og de klarer det hele, og så ringer I (kommunale terapeuter) og siger, at de kan overhovedet ingenting. Og hvad bilder i jer ind at have udskrevet dem, når de er så dårlige. Det har vi måske nok i mange år kørt lidt på hinanden, og det er også din skyld. Det er nok gået mere op for os, at det er jo ikke det, der er problemet. Problemet er, at vi flytter patienter fra et miljø til et andet, og så opstår problemerne.” (gr. 2, syg/fys).

Implementeringsmøderne har været medvirkende til, at terapeuterne har fået en øget forståelse for hinandens arbejde og en mere holistisk tilgang til hele den strukturelle proces, som patienterne indgår i.

En opprioritering af rekvisitionspatienter betød, at de borgere, der allerede havde vederlagsfri træning, blev valgt fra, og dermed blev frigivet nogle timer til rekvisition A patienter. Dog udløste dette kritik, idet disse borgere havde fået træning i mange år, og borgerne ville gerne trænes.

“Så kom jeg af med 6, det var et ramaskrig, for de havde fået træning i mange år og se, hvor dårlige de bliver. Det var faktisk en bestyrkelse af at jeg var god. De ville gerne trænes. De var kede af det, pårørende var kede af det og plejepersonalet. Det var jeg også, men jeg kunne ikke. Så er der naturlig afgang og nogen der ikke gider, så har jeg haft lidt drys af de her rekvisition A siden, som jeg har følt var lidt et fagligt løft.”  
(gr. 5, kom/fys)

En del af de kommunale terapeuter har også arbejdet i hjemmene hos borgere. Dette er ikke altid hensigtsmæssigt, idet borgerens hjem sjældent er egnet til træning, og der er andre dilemmaer, som terapeuten skal forholde sig til, som for eksempel at hjælpe borgeren med opgaver der normalt ligger indenfor plejepersonalets arbejdsområde.

Den nye strukturreform har været medvirkende til, at terapeuterne har skullet tage stilling til, hvilken type job (trænende terapeut/sagsbehandlende/i det regionale sygehusvæsen/kommunal) de gerne vil have og eksempelvis følge den strøm af patienter, der er interessante for de enkelte terapeuter. Dertil



er der diskuteret, hvorvidt opdelingen mellem ergo- og fysioterapi vil kunne opdeles mere, når der bliver flere kommunale opgaver. På denne måde taler en kommunal terapeut, om at ergoterapeuter kan tage nogle flere opgaver og dermed frigive fysioterapeuter og vice versa. Dog bliver det påpeget af en sygehusterapeut, at man skal passe på med at udvande faggruppernes arbejdsflade, idet kompetencerne er forskellige. Projektkoordinator supplerer, at der har været en forventning om, at faglært personale udfører genoptræning, hvilket vil sige, at det kun har været terapeuter, der har kunnet få økonomisk kompensation i projektet. Der ud over er det dog kutyme, at ergo- og fysioterapeuter arbejder sammen om fælles patienter. Nogle kommuner har dog slet ikke ansat ergoterapeuter.

### *3.3.2 Kompetencer*

Flertallet af de kommunale terapeuter mener, at de er godt nok klædt på til at håndtere patienterne. Dermed har begrundelser for at sige nej til rekvisitioner oftest været et spørgsmål om tid og ressourcer frem for kompetence. Terapeuterne mener, at deres basisuddannelse danner et godt grundlag til at bestride de nødvendige opgaver. Dertil at man kan lære sig til resten. I den forbindelse er netværk af stor betydning, idet terapeuter der ikke føler sig helt kompetente kan tage kontakt til andre terapeuter. Dermed er der skabt en dialog, som er en forudsætning for, at de strukturelle ændringer efter 1. januar 2007 lykkes. Dertil nævner en terapeut at:

”det jo ikke anderledes, når vi er vant til at arbejde i så små organisationer, så er vi jo ikke vant til enhver tid at have topspids repræsentation på alle områder. Det varierer, pludselig er der nogen der flytter arbejde og så får man en hel nyuddannet tilbage.”

(gr. 3, kom/fys)

Det tager tid at opbygge specialviden. Det kræver, at der er nok patienter til at bygge viden på. Det kan være svært at samle nok erfaring op til at udvikle et specifikt område, hvis patientgrundlaget ikke er stort nok. Dertil har kommunerne i løbet af en lang række år har udviklet specialkompetencer i forhold til de ældre borgeres træning. Omvendt er der også tale om, at kommunerne skal generere ny viden i forhold til kompetencer, der hidtil har været på sygehusene, men denne udfordring vil blive afhjulpet af de sygehusterapeuter, der kommer ud i kommunerne. For eksempel nævner et par kommunale fysioterapeuter, at amputeringer har været en udfordring, hvor kollegerne har været inde på sygehuset for at se, hvorledes amputerede bliver trænet og dermed har opbygget kompetence. Dog nævner en terapeut, at der er langt derfra til at gå med det til daglig.

”i det lange løb er det jo også vigtigere at få patienten godt i vej, frem for at han fjumrer rundt ude i systemet, hos nogen der ikke har forstand på det og bliver en patient i et langt forløb.” (gr. 1, kom/fys)

Der er forskellige ressourcer i kommunerne. En kommunal terapeut nævner, at der formentlig vil være brug for opgradering af de kommunale terapeuter idet:

”der er jo ikke nogen af os der synes det er sjovt med ren vedligeholdelsestræning.”

(gr. 5, om/fys)

De kommunale terapeuters faglige kompetence er meget divergerende fra kommune til kommune. I den forbindelse påpeger sygehusterapeuterne, at den direkte telefoniske kontakt mellem sygehusterapeuter og kommunale terapeuter er af stor betydning for en fælles vurdering, af om de kommunale terapeuter kan magte overdragelse af genoptræningsopgaven. Især er det synligt, at det ikke er muligt i en lille kommune at have et så stort kompetencefelt som det, der dækkes af en noget større

terapeutgruppe på et sygehus. En af terapeuterne har som løsning på dette problem foreslået sin ledelse, at et par små kommuner eventuelt kunne gå sammen om genoptræningen af en gruppe borgere, således at terapeuternes ressourcer udnyttes mere optimalt. Hun angiver som eksempel, at ikke alle kommuner på forhånd kan have den fornødne terapeutiske kompetence til f.eks. træning af patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), og at det vil være ressourcespild, at hver eneste lille kommune skulle kunne varetage denne opgave. I nogle tilfælde betyder det, at patienten ikke kan tilbydes kommunal træning, da den enkelte kommune hverken har kompetencen eller normeringen hertil.

Det er fjollet hvis alle skal sætte sig ind i det (træningen af KOL-patienter), hvis ingen af os har set sådan en før. Men min kommune vil ikke betale for transporten derhen (til en anden kommune, hvor kompetencen er til stede), for det må ikke koste noget, og så kan jeg ligesom ikke få patienten trænet (i kommunalt regi). (kom/fys)

Terapeuten har ikke været vidende om muligheden for at benytte projektmidler til kørsel af patienter. Udenfor projekts regi giver kommunerne udelukkende penge til kørsel indenfor kommunegrænsen. Grundet kommunesammenlægningen vil dette problem løses de fleste steder, da der vil blive en overordnet koordinering med flere terapeuter til et større patientgrundlag.

Nogle få kommunale terapeuter nævner, at de vil lave KOL hold, og at en evt. løsning på hvorvidt de har kompetence til at varetage disse patienter er, at man kunne have sygeplejersker med på sidelinjen eller, at disse indgår i behandlingen. Nogle terapeuter har overværet genoptræning af KOL-hold på sygehuset, og synes at

”de dårligste af KOL patienterne skal blive på sygehuset, men vi kan tage dem, der har en lidt større lungekapacitet. Men det bør være flere forskellige faser også af KOL patienter.” (gr. 1, kom/fys)

Endelig påpeges det af en af de kommunale terapeuter, at afgrænsningen af, hvilke genoptræningsopgaver den enkelte kommunale terapeut kan varetage, er personspecifikt upåagtet, idet de respektive implementeringsgrupper indgår aftaler om givne diagnosegrupper. Der er således inden for projektets rammer levnet mulighed for, at de kommunale terapeuter til hver en tid kan afvise en given patient, hvis de ikke føler, at de kan magte opgaven.

Terapeuterne når imidlertid også frem til, at det i nogle tilfælde kan være bedre for den enkelte borger at få kommunal genoptræning, selvom der ikke fuldt ud er den nødvendige kompetence til stede i kommunen. Dette er tilfældet for de borgere, som eksempelvis siger ”nej, tak” til et ambulans genoptræningsforløb på sygehuset, fordi de ikke kan ”holde til” den lange vente- og transporttid. Denne patientgruppe omfatter væsentligst ældre patienter. I disse tilfælde er terapeuterne enige om, at patienten trods alt er bedre stillet ved at modtage kommunal træning frem for ikke at få nogen træning overhovedet.

De kommunale terapeuter gør det klart på forespørgslen om et eventuelt behov for deltagelse i kurser, der har relevans for genoptræningen af borgerne, at det meget afhænger af, hvilke patientkategorier, som det forventes, at de kommunale terapeuter skal kunne varetage; for indtil videre kan de kommunale terapeuter jo blot sige ”nej” til de patienter, som de ikke kan tilbyde en tilstrækkelig kvalificeret genoptræning.

Selvom de fleste terapeuter mener, de kan klare sig med deres grunduddannelse og en kort opdatering, vil der altid være en hvis form for specialisering i forhold til patientgrupper. Efteruddannelse på terapeut området virker kort og sporadisk i forhold til eksempelvis sygeplejerskeområdet, som er specialiseret. Det kunne være ønskværdigt at vælge at organisere kompetenceudviklingen i forbindelse

med strukturreformen. Der kan drages erfaringer af en af terapeuternes amputeringsnetværk, som i løbet af kort tid har vokset sig stort og viser, at der er en stor lyst til at lære nyt blandt terapeuterne.

Det er de ældre patienter, som drager mest nytte af, at genoptræningen har kunnet foregå i kommunalt regi.

”for mig at se er det i højere grad de meget komplicerede svage patienter der vinder. Det er måske i højere grad de yngre ressourcefulde, som har glæde af den her helt spidse kompetence, fordi det kan de udnytte. Det kan de ældre patienter måske ikke i så stort omfang. Så de vil vinde, og de andre vil tabe, og så må de bedre patienter finde ud af at udnytte det frie sygehusvalg og tage derhen, hvor de kan finde den kompetence.”  
(gr. 3, kom/fys).

Der bliver mulighed for de yngre og ressourcestærke patienter at benytte sig af frit valgs ordninger.

Yderligere skal kommunerne til at tage sig af udviklingsopgaver fra 1. januar. Dertil nævner en af de interviewede, at perspektivet nok vil blive noget andet end på sygehusene, og at der derfor vil være en udfordring for den evidensbaserede forskning.

### *3.3.3 Betydning for andre faggrupper*

Med projektets udformning er der mulighed, for at patienterne bliver sendt væsentligt hurtigere hjem end tidligere, så skal der tages hensyn til, at der undertiden også vil være behov for hjemmepleje. Og dette er undertiden en hurdle, idet der ikke er den fornødne kapacitet til stede i kommunerne, og det er et forhold, som der ikke er taget hensyn til i projektet.

Projektkoordinator nævner, at nogle steder er det sekretærer, der skriver genoptræningsplanerne, men i langt de fleste tilfælde er det terapeuterne. Generelt er der nogle steder, hvor terapeuterne har sekretærer, de kan benytte sig af, men dette er dog meget forskelligt fra kommune til kommune og sygehusene. I nogle kommuner benytter de sig tilmed af hjemmesygeplejersken, hvis borgeren kommer til skade i kraft af træningen.

Projektet har belyst en tendens til, at patienter i kommunalt regi er alt for passiviseret, hvilket der bliver mulighed for at lave om på efter den nye struktur. En sygehusterapeut beretter:

”Det er sjovt at se, jeg har lagt mærke til nogle gange. Når vi har haft nogle patienter indlagt som kommer fra plejehjem. Det er så tydeligt at se, hvor passiviseret de er blevet. For eksempel for nylig har jeg været ude for en patient, jeg siger: kan du rejse dig op? Så gør patienten sådan (rækker armene ud). Så er han gået i stilling til, at der er en, der kommer og hjælper ham op, hiver ham op under hver arm. Hvis hjælperens udgangspunkt var en anden og se på, hvilke ressourcer har denne patient. Det kunne man godt tænke sig. At de blev uddannet til at have en anden indgangsvinkel. At se/afdække borgerens ressourcer. Det er jo en kæmpe lettelse for alle.” (gr. 1, syg/fys).

Dertil er der en holdning til, at de ressourcestærke hjælpere går videre i systemet (assistent uddannelsen). Her er en mulighed for, at hjælpere kunne opgraderes til at kunne lave vedligeholdelsestræning hvilket er tilfældet i en kommune. Således kan der blive tale om en bedre udnyttelse af ressourcerne i kommunen, og tanken om det fysisk aktive sygehus kan overføres til den fysisk aktive kommune og dermed få kommunerne til at tænke mere i forebyggelse.

En ulempe som kan være af betydning er, at sygehusterapeuter ikke kender patienten på det mere personlige plan. En sygehusterapeut kan godt undre sig over, hvorfor der ikke sker noget med patienten, mens de kommunale terapeuter er klar over, at det er fordi patienten lægger sig på sofaen og ikke er aktiv. Dette henfører igen til informations flow, hvor også de kommunale terapeuter kan have

vanskeligt ved at kende det historiske forløb med en borger, hvis ikke de tilfældigvis får det af vide af hjemmeplejen etc.

Terapeuterne påpeger, at der også er andre faggrupper end terapeuter, som indgår i genoptræningen på sygehuset. Dette forhold skal også fremover indtænkes i overdragelsen af genoptræningsopgaven til kommunerne. Det er ikke udelukkende terapeuterne, der forestår genoptræning. Der er ligeledes andre faggrupper involveret, især på sygehusene men også i kommunen. Hidtil har det været terapeuter, som har været anført som sygehusansatte kontaktpersoner. Andre faggrupper som sygeplejersker og læger skal til at vænne sig til, at de kan blive kontaktet af en kommunal terapeut om en borger, og det vil være en kulturforandring.

### **Læger**

En af de sygehusansatte terapeuter oplyser, at enkelte læger har udtrykt bekymring for, hvorvidt der er kvalificerede terapeuter i kommunerne, men ellers har hun ikke mødt den store reaktion på overdragelsen af genoptræningsopgaven. At reaktionen ikke har været så stor fra lægelig side, mener hun kan tillægges det forhold, at det fortsat er den sygehusansatte terapeut/læge, som varetager de ambulante kontroller, i det omfang det vurderes som værende nødvendigt. En af sygehusterapeuterne oplyser, at nogle patienter, typisk hoftepatienter, således kommer ind til 6-ugers kontrol, mens andre patienter alene kommer ind til en afsluttende kontrol. På baggrund af denne oplysning anfører en af de kommunale terapeuter, at det er ønskeligt at sådanne kontroller anføres på enten Rekvisition A eller på genoptræningsplanen, idet det vil kunne lette kontakten til den pågældende læge. Endvidere vil det for terapeuterne være et problem, hvis de skal igennem praktiserende læge, da disse ikke nødvendigvis har det store kendskab til de problemstillinger, der gør sig gældende med den enkelte borger, andet end den tilsendte epikrise.

De sygehusterapeuter, der skal ud i kommunerne, er meget skeptiske for, hvorledes de skal komme i kontakt med lægerne inde på sygehuset, idet disse har den specialviden, der ofte er nødvendig ved akut behov for patienterne. En holdning som de kommunale terapeuter er enig i, at det ofte er en meget lang og sej kamp at komme igennem praktiserende læge eller kun har muligheden for at opfordre til, at borgeren selv henvender sig til vagtlæge etc.

### **Visitorator**

Der er flere terapeuter, der fremhæver, at hvor overdragelsen går gennem visitorator går information tabt. De trænende terapeuter giver udtryk for, at den direkte kontakt til terapeuterne på sygehuset er at anbefale.

Visitorators faglige baggrund bliver yderligere nævnt som en influerende faktor. I og med et større antal patienter og flere patientgrupper overdrages til kommunal genoptræning får visitorator ligeledes en større arbejdsbyrde i form af vurdering af patienter samt uddelegering af nye opgaver til ergo- og fysioterapeuter. I kommunalt regi vil de fremover selv skulle lave sondringen mellem sundhedslov og servicelov, hvilket har betydning i forhold til visitationen.

### **Sygeplejersker og hjælpere**

Sygeplejersker kan bidrage med positiv gevinst ved inddragelse i det tværfaglige i forbindelse med komplekse genoptræningspatienter samt patienter med risikobetonede diagnoser.

Der bliver i stigende grad behov for de ressourcer plejepersonalet besidder, især i de patientforløb hvor patienterne bliver overdraget hurtigere end hidtil. Der er en mulighed for, at visse vedligeholdelsesopgaver kan uddelegeres til plejepersonale. Rent samarbejds-mæssigt foreslår en kommunal terapeut, at der benyttes sundhedsassistent elever på de tungere borgere. Dermed kommer der flere timer på den borger og borgeren får et mere sammenhængende forløb, og de bliver ikke sluppet i samarbejdet og i tankegangen om konstant træning. Det vil ikke være hensigtsmæssigt for terapeuten at oplære en sundhedsassistent i vedligeholdelsestræning eller lignende, idet der er stor udskiftning i

sundhedsplejen. Når terapeuterne nævner at det kunne være en fordel at inddrage sundhedsassistenter, kunne det også tænkes, at fysioterapeut studerende ville kunne bidrage.

## 3.4 Patienter

### 3.4.1 Oplevelse

Udgangspunktet for alle drøftelser om overdragelse af patientgrupper til kommunal genoptræning omhandler, at det skal være til gavn for patienterne. Det er meget tydeligt, at det er til gavn for især de ældre patienter, idet de for eksempel kan undgå lange og opslidende transport. Det drejer sig om, at patienterne tilbydes træning i nærmiljøet, hvormed de får glæde af gamle som nye sociale relationer i forbindelse med, at genoptræningen er tættere på de fagpersoner, som de i forvejen formentlig kender.

For patienten er det godt, at der kommer fokus på deres behandling og situation i kommunen. De kan blive introduceret til de kommunale tilbud og der bliver fulgt op på dem. De er meget glade for den omsorg, der bliver givet dem, og det, at de ikke skal køre så langt for at få behandling, er eminent for dem:

”Det er tit, vi fortæller dem, at de kan komme til at vente en time til Kalundborg begge veje og 1½ time udenfor Kalundborg. Det er ... stressende. Det kan jo ødelægge hele deres dag, hvis de skal vente så længe.” (gr. 3, syg/fys).

Dertil er der det sociale aspekt for de ældre patienter, hvor de synes det er hyggeligt at komme ud, hvor der ”sker noget”. Yderligere er der den problematik, at nogle patienter muligvis ikke ville have fået behandling, hvis det havde foregået på sygehuset, da de ikke ville kunne håndtere eller være interesseret i at bruge så lang tid på transport.

Dertil har nogle patienters egen holdning til tider været mindre positiv i forhold til at skulle træne i den kommunale sektor. Dels pga. fordomme om, hvorvidt kommunale terapeuter har de nødvendige kompetencer, dels pga. den geografiske placering af de kommunale tilbud, der ofte er placeret på plejehjem. Specielt yngre patienter kan føle ubehag ved at skulle modtage behandling her. Ligeledes kan der være patienter, der vil have det bedre med at komme på et sygehus, fordi man har en opfattelse af, at ekspertisen er højere her eller, at der her sker mere og det er et spændende sted at være for den enkelte. Det sidste kan være en barriere, idet nogle borgere ikke har lyst til at blive ’udstillet’ i kommunen og blive konfronteret med andre borgere og deres sygdom.

De ældre patienter vil vinde og de yngre må benytte frit sygehusvalg. Evalueringen har vist en tendens til en vis profil for dette projekt. Den svage ældre patient fylder mere i kommunerne i dag. Borgeren kommer til at have frit valg i de nye kommuner, derfor vil det være op til kommunerne at skabe valgmuligheder for borgerne.

”nabokommunen har mulighed for at sige nej af ressourcemæssige årsager, men ikke af andre årsager. Hvis man har en nabokommune, som konstant siger nej, så vil man begynde at kigge lidt på det, for så er det jo spørgsmålet, om det er en aftale kommunerne imellem, at man siger nej. Og det må man ikke, for der skal være frit valg for borgeren i Danmark.” (LFH)

Alle patienter har haft et valg i dette projekt, hvorvidt de ville trænes i sygehus eller kommunalt regi.

Projektkoordinator påpeger, at der imidlertid ikke er gjort tiltag i forhold til direkte at undersøge patienternes / borgernes tilfredshed med overdragelsen af genoptræningsopgaven til kommunalt regi.

Den mest nærliggende konsekvens er, at borgeren bliver trænet tæt på hjemmet. Dog vil der i visse tilfælde ikke altid være tale om nærmiljø alt efter, hvor borgeren bor, og hvor der vil være træningsfaciliteter.

### 3.4.2 Konsekvenser

Patienterne vil kunne blive kørt med Falck eller taxa ordning. I den traditionelle varetagelse har patienterne kunne blive forvirrede over, hvem de skal henvende sig til på sygehuset i forbindelse med kørsel eller eks. toiletbesøg. Der kan kommunikationsvejen være længere på sygehuset end i det kommunale regi.

Der er for de yngre patienter en god mulighed for, at behandlingen i højere grad kan ske efter deres behov, idet det kommunale regi er mere fleksibelt f.eks. i forhold til åbningstider. Typisk har sygehusene kun åben fra 9 til 15 og derfor er mulighederne for patienter, der er i arbejde, ikke så store. Derimod har nogle kommuner længere åbent eksempelvis en dag om ugen. Dog nævnte en enkelt terapeut et tilfælde, hvor ferie kan have en negativ indvirkning i forhold til specialer. Hvis ferien falder således, at en patient ikke kan trænes og dermed må vente etc. pga., at det kun er en enkelt terapeut i kommunen, der har den specifikke kompetence. Derved kan man komme ud for, at patienten kunne have haft et bedre forløb på sygehuset end i kommunen, hvis kommunen har få ressourcer. En af de kommunale terapeuter påpeger imidlertid i denne forbindelse vigtigheden af, at de kommunale terapeuter ikke påtager sig genoptræningsopgaver, som de ikke har tilstrækkelig kompetence til at udføre.

En af terapeuterne kan fortælle om et utilfredsstillende overdragelsesforløb, hvor der desværre kom til at gå to måneder i stedet for de aftalte ti dage, førend patienten kom i kommunal genoptræning. Dette skyldtes dels patientens eget afbud og dels et sammenfald med terapeutens ferie. Hermed understreges vigtigheden af at melde ud på forhånd, hvorvidt den kommunale genoptræning kan påbegyndes og i hvilket omfang, således at der ikke skabes falske forhåbninger hos såvel patienter som sygehuspersonalet. Herudover nævnes det også, at man kan blive nødsaget til at anvende en rekvisition B i forbindelse med kommunale terapeuters langvarige sygdom, hvis de er ansatte i en kommune, hvor det ikke er muligt at overdrage patienterne til kollegaer. Samtidig erkender terapeuterne, at dette formodentlig kun vil være et problem så længe de små kommuner eksisterer.

Ifølge samarbejdsaftalen skal der imidlertid efter endt kommunal genoptræning tilsendes sygehuset en status over patientens funktionsniveau. Denne status vil i fald patienten genindlægges kunne bruges af de sygehusansatte terapeuter. På en direkte forespørgsel om, hvorvidt der reelt tilgår en status til sygehuseterapeuterne i patientens journal, er svaret, at det afhænger af den kommunale praksis. Der er dog enighed om, at de kommunale terapeuter bør udarbejde disse statuser. Det påpeges herudover, at disse statuser jo også kan være nødvendige i forbindelse med et behov for en forlængelse af det kommunale genoptræningsforløb samt til en helt generel evaluering af, hvorledes det går de patienter, som modtager kommunal genoptræning.

I tilknytning til ovenstående snak om statuser fortæller en af de kommunale terapeuter om muligheden for efter endt genoptræning at foretage en "Senior fitness test" og herefter at udarbejde en evaluering sammen med patienten for sluttelig at udforme en plan for, hvorledes patienten kan medvirke til at vedligeholde det opnåede genoptræningsforløb. Det sidste kan nærmest få karakter af en kontrakt, idet såvel patient som terapeut underskriver evalueringen og vedligeholdelsesplanen, og samtidig skriver patienten under på, at det hele bliver sendt til egen læge. Denne kombination af test, evaluering og videre plan/"kontrakt" finder de øvrige terapeuter også er en god ide.

## 3.5 Erfaringer

### 3.5.1 Indfriele forventninger

Forventningerne til projektet var, at det skulle være en bedre måde at arbejde på. Projektets koncept var, at patienterne skulle have et bedre tilbud. Strukturereformen kom ind fra sidelinjen i projektet og ændrede sig dermed til en chance for at øve sig på at gøre overgangen nemmere.

Processen har gået trægt i starten. Efter midtvejsevalueringen har projektet taget fart, hvilket også er at se på antallet af rekvisitioner, der er steget markant efter foråret 2006. Projektkoordinator indrømmer, at der har været problemer undervejs, som har skullet løses før, man har kunnet komme videre. Derefter har interessen været stigende og terapeuterne har generelt set udvist meget positive erfaringer med projektets indhold.

Projektet, har været åbenlyst hæmmet af de manglende ressourcer i kommunerne. Der er ingen tvivl om, at projektet ville have været en større succes, hvis de kommunale terapeuter havde haft den fornødne ledelsesopbakning i praksis.

Projektet har nok været individbaseret og taget udgangspunkt i, hvad der er godt for den enkelte patient/borger. Dog mener en enkelt terapeut at:

”det er ikke tilstrækkeligt, hvis man ønsker, at det skal være projekter, der kan tage udgangspunkt i det virkelige liv og lave en forandring. Så skal man have projekter, der har et systemskifte. Det har det her projekt ikke. Muligvis på papiret, men i den måde det er blevet arbejdet på, der er det ikke tilstrækkelig. Nu er det jo os som terapeuter, som ville sidde med aben, og den abe ville nok ikke se meget anderledes ud, end den har gjort hele tiden.” (gr. 3, kom/fys)

Dertil har det været et stort problem i forhold til evalueringen, at det ikke har været muligt at indbringe patienterne i denne undersøgelse, idet disse ikke har haft andet at forholde sig til, og at man ikke har en kontrolgruppe. Dette var desværre ikke muligt på grund af manglende ressourcer.

### 3.5.2 Brugbare erfaringer

Ved projektets start var orienteringen ikke tilstrækkelig, herunder manglede skriftlig information om formålet med projektet og muligheder, som der lå i projektet (eks. træningsbesøg). En stor del af informanterne var i tvivl om projektets formål og følte, at de manglede informationer om projektets organisering.

Der er i projektet opstået en erkendelse af, at de fem implementeringsgrupper burde være startet op samtidig. Dette har i en enkelt gruppe foranlediget en dårlig stemning i opstartsfasen. Uenighederne udsprang af, at nogle terapeuter deltog 'dobbelt' i enkelte grupper, og derfor havde en forudindtaget opfattelse af hvad der skulle foregå på møderne. Disse sygehusterapeuter deltog ikke med samme engagement og forståelse for den proces, de kommunale terapeuter skulle igennem. De kommunale terapeuter fik således en følelse, af at beslutningerne blev "trukket ned over dem". Dette blev yderligere forstærket af, at der var kommunale terapeuter i denne gruppe, som ikke havde opbakning til at støtte projektet i kraft af deres 'normale' arbejdsbyrde. Det har dog været rart for disse terapeuter, at de har kunnet sige nej til rekvisitionspatienter, selvom dette ikke er meningen med projektet (og ikke vil kunne ske efter 1. januar). Dette har været positivt for den enkelte terapeut i processen, men negativt for progressionen i projektet.

Generelt set er implementeringsgrupperne et kvalitativt godt input til en samarbejdsmodel, idet lokale ergo- og fysioterapeuter mødes og drøfter tværfaglige problematikker samtidig med, at dette sker

på tværs af sektorer. Dertil har ledelsen accepteret, at netop terapeuterne var beslutningsdygtige og deres erfaringer særligt brugbare:

”Det synes jeg, hvis man skal udlede en model, så skal man trække frem, at det her har i hvert fald vist, at hvis man giver folk på gulvet mulighed for selv indbyrdes at lave samarbejdsaftaler, og komme videre i det, så bliver det frugtbar. Så sker der noget. Og alle bliver tilfredse, i virkeligheden, i den anden ende, stort set.” (LFH)

Generelt har det været godt at øve sig, samt at have mulighed for at afvise rekvisitioner. Det har været en situation, hvor der er tale om et projekt, som endnu ikke er lovfæstet, hvilket giver terapeuterne et råderum, overskud og mulighed for at yde mere kvalitetsbaseret genoptræning, i forbindelse med længere behandling og kendskab til patienten i kommunerne.

Forhandlingerne om sundhedsaftalerne beretter projektkoordinator om, at projektet har givet den erfaring, at fra starten har man gjort sig klart, hvilke punkter der kunne blive problematiske og løse dem en ad gangen.

Det positive i projektet har været den store entusiasme, der har vist sig fra terapeuternes side og fremmødet til møderne har været stort. Projektkoordinator mener;

”der var ingen problemer med at finde terapeuter, hverken det ene eller det andet sted. Og alle ville gerne deltage”. (LFH).

Det negative ved projektet har imidlertid været den nævnte politiske opbakning, som har medført, at kommunerne ikke har været gearet til at varetage opgaven.

Det er en udbredt holdning, at det har været en rigtig god ide at have en tovholder på projektet, som havde det overordnede ansvar:

”Det hjalp, da der kom en tovholder på, Lars Folmer, i starten gik det meget trægt. Fordi man vidste ikke helt, hvordan og hvorledes. En masse papirer, der var meget overordnet. Det var meget rart lige at have en person på banen, og det var først, da han kom ind, at det begyndte at komme i gang. Det har virkelig ændret noget holdningsmæssigt.”  
(gr. 2, kom/fys)

Dertil har projektkoordinator fungeret som problemknuser i forhold til behov for afklaringer ved nyopståede problemstillinger og ydet generel service til de involverede parter. De fleste implementeringsgrupper mener tovholderen har været en væsentlig hjælp, dog mener et par stykker, at de godt kunne have brugt ham endnu mere. Yderligere har projektkoordinator haft kendskab til både den kommunale terapeutverden og sygehuset i kraft af tidligere erfaring. Dette har været et godt udgangspunkt, idet han kendte mange af de terapeuter, der medvirkede i projektet.

Der har været et reelt behov for at være bedre orienteret om de økonomiske forhold vedrørende muligheden for at modtage ”projekt penge” til genoptræningen. Således kommer det eksempelvis frem, at det reelle antal af genoptræningsforløb efter indlæggelse, som overdrages til de kommunale terapeuter, må anses for at være større end det, som fremgår af rekvisition A. Der bliver i nogle tilfælde udført kommunal træning efter indlæggelse alene baseret på en telefonisk opringning, det vil sige uden, at der er blevet udfyldt en rekvisition A. Det er øjensynligt en kendt problemstilling fra de senere år for de kommunale terapeuter, at de udfører genoptræning efter indlæggelse uden at få refusion fra amtet. Det har haft en betydning, at der er økonomisk balance i projektet, således at pengene følger patienten ned gennem systemet, i kraft af ordningen med rekvisitioner.



Det er et fåtal af kommuner, der har benyttet sig af muligheden for at ansætte terapeuter til at varetage de ekstra opgaver. Der har været forskellige løsninger, hvoraf nogle kommuner har benyttet sig af at tilbyde deltidsansatte terapeuter, at gå op i tid for at imødekomme ekstra genoptrænings-behov. Herudover er overarbejde blevet benyttet og en opprioritering af rekvisitionspatienter. Ydermere er der i enkelte kommuner blevet benyttet private terapeuter til at varetage genoptræningen. Private terapeuter har vist interesse i at være med i projektet, men dette har været op til kommunerne at beslutte individuelt.

En del terapeuter har givet udtryk for en personlig skepsis i begyndelsen af projektet, men har draget en masse gode oplevelser i kraft af diskussionerne i implementeringsgrupperne og de konkrete overdragelser af genoptræningsopgaven til kommunerne. Dermed har terapeuterne en meget positiv opfattelse af projektet. De har fået et stort udbytte af at samarbejde, samt forståelse for hinandens arbejds-situationer. Sidste del af projektet har primært givet positiv tilbagemelding, den indvending, der er blevet udtrykt går således udelukkende på frustrationer i forbindelse med strukturreformens indflydelse på ændringer i genoptræningen og planlægningen heraf. Terapeuterne er dermed enige om, at det har været en meget lærerig oplevelse at være med i projektet. Dertil er overgangen til den nye struktur blevet gjort bedre, idet indsigten til den kommunale verden er blevet større, og 'det store skridt' dermed ikke bliver så stort for den enkelte terapeut; som ville have været tilfældet, hvis projektet ikke havde eksisteret.

I implementeringsgruppe 5 var følelsen, at man fandt ud af meget, men at det blev tabt på gulvet; at der ikke kom mere ud af det, end at man drøftede det på møderne.

*"Der er gået energi i meget, men der er også tappet meget energi fra andre ting, vi har været i gang med. Vi har siddet i arbejdsgrupper og snakket om, hvordan træningsområdet skulle organiseres bagefter, og det må være blevet arkiveret. Det ligner ikke det, det bliver, i hvert fald" ... "På et tidspunkt var man helt høj, fordi det så ud som om tingene gik i samme retning. Det her var forstadiet til det vi ville, og så var det som om, det hele bare forsvandt igen." (gr. 5, kom/fys).*



## 4. Samlet evaluering

I nedenstående kapitel gennemgås projektets resultater i forhold til model for samarbejde, kommunikation, rekvisitioner, genoptræningsplan samt forskellige procedurer for overdragelse af genoptræningsopgaven. Herefter vil fremmende faktorer samt barrierer fremhæves.

### 4.1 Model

Modellen for samarbejde, hvor organiseringen har været i form af implementeringsgrupper, samt en koordinator, har betydet meget for terapeuterne; især kommunikationsmæssigt, hvor mødet mellem terapeuter har fordret større forståelse, indlevelse og åbenhed mellem de ansatte i sektorerne. Dette er netop essensen af den smidige samarbejdsmodel, som er et af projektets formål. Hvor referencen til det tværsektorielle samarbejde har været af størst betydning. Der er ikke taget kontakt til andre faggrupper om deltagelse i samarbejdet, hvilket har vist sig kunne være nyttigt i et fremtidsperspektiv. Dette skal ses i lyset af de konsekvenser den ændrede opgavevaretagelse har for henholdsvis plejepersonale og læger mv. Samarbejdsmodellen har fungeret fint på det udførende niveau med politisk opbakning, dog har enkelte kommuner udvist manglende overskud til at tænke alternativt for at løse opgaverne i projektet. Eksempelvis benyttelse af sygehusterapeuter, andre kommuners terapeuter og privat praktiserende terapeuter.

I henhold til kommunikation er en af de løsningsmodeller, der er kommet ud af projektet, først og fremmest den direkte telefonkontakt. Her har terapeuterne på trods af problemer vedrørende telefon-tid og lignende, generelt haft lyst til og fundet muligheden for at ringe, mere nærliggende end tidligere grundet de personlige relationer, som er opstået i implementeringsgrupperne. Skriftligt materiale i form af genoptræningsplaner og efterlysning af flere informationer fra journalerne om patienternes diagnose, undersøgelser, operationsbeskrivelser etc. er blevet drøftet gentagne gange i løbet af projektperioden.

Rekvisition A er både blevet anvendt i forhold til kommunale terapeuters besøg i patientens eget hjem og på det kommunale træningscenter. Der har indenfor projektet været mulighed for, at borgere kunne få kørsel til træningscenter betalt. Dette har i opstartsfasen ikke været benyttet i særlig udstrækning, idet der har eksisteret en misforståelse af, at borgeren selv skulle betale transport, hvilket er problematisk. Rekvisition B er nærmest ikke blevet benyttet, men skulle bruges når sygehuset skulle varetage kommunal genoptræning.

Træningsbesøgene har skabt mulighed for, at terapeuterne har kunnet få indsigt i den træning, patienten har undergået på sygehuset, i håbet om at give et mere sammenhængende forløb til den enkelte patient. Dertil er træningsbesøg blevet brugt til at give de kommunale terapeuter større kendskab til specifikke behandlinger.

Der er i forbindelse med projektet blevet udarbejdet en genoptræningsplan, som skal anvendes i en overgangsperiode, indtil den nationale skitse til genoptræningsplan formentligt bliver søsat til foråret.

De forskellige procedurer for overlevering kan have skabt grobund for forvirring, idet der ikke har været en samlet formel måde at udføre overleveringen på. Dog har terapeuterne fundet modellen for samarbejde mere hensigtsmæssig og fleksibel end den eksisterende. Dette skyldes, at den lægger op til *åbenhed* i kraft af, at den informerer bedre. Dertil, *adgang* i kraft af, at telefonen er blevet brugt som et hurtigt middel til afklaring og en generel kontakt er blevet skabt på tværs af sektorerne. Endvidere har *direkte kontakt* været medvirkende til at sikre denne tværfaglighed, som har vist sig at være yderst gunstig.

Der er i projektet ikke udarbejdet en formel funktionel samarbejdsmodel ud over den ovenstående beskrevne model.

## 4.2 Fremmende faktorer

De åbenlyse fordele ved projektet har været, at borgeren er kommet tættere på sin bopæl. Dertil er der større chance for at ældre patienter falder ind i en automatisk opfølgning og dermed kommer videre i det kommunale system i forhold til andre tilbud, eks. vedligeholdelsestræning eller sociale tilbud. Der er lagt op til en bedre koordinering af genoptræningsindsatsen, således at borgeren ikke tabes mellem to stole. For de yngre patienter vil en lokal genoptræning ofte være mere fleksibel for borgeren i forhold til vedkommendes individuelle arbejdsliv og hverdag.

Udlægningen af genoptræningsindsatsen til kommunalt regi giver endvidere større incitament til at den enkelte borger genoptrænes bedst muligt i forhold til at blive selvhjulpne. Det er i kommunernes interesse at træne borgeren til et højt funktionsniveau samt tilbyde vedligeholdelsestræning, således at den enkelte forbliver funktionsdygtig. Her tillægges også et helhedssyn på borgeren, hvor et større socialt samvær/netværk kan give borgeren øget livskvalitet.

Den lokale genoptræning har været en fordel for især diabetes patienter og andre med kroniske sygdomme. Nævnte patientgrupper har tidligere været nødsaget til at vente længe på at blive transporteret til og fra sygehus og i den forbindelse været udsat for en lang og til tider belastende køretur.

## 4.3 Hæmmende faktorer

De hæmmende faktorer, som har eksisteret for projektet, har for det første været en tvivl om, hvilke og i hvilket omfang kommunale terapeuter har kompetence og kundskaber til at kunne varetage genoptræning af patienter. Dette skyldes de uvante diagnoser, som for fremtiden vil vise sig for de kommunale terapeuter. For det andet har der været problemer i forhold til manglende faciliteter til genoptræning til patienter med særlige behov.

En anden meget omtalt barriere er de anvendte EDB systemer, der ikke kan tale sammen på tværs af sektorerne. Der er et udbredt ønske om, at der skal være adgang for kommunale terapeuter til de samme oplysninger, som er at finde for sygehusterapeuter. Dette værende; journaler, laboratorieprøver og undersøgelsesresultater, røntgen, operationsbeskrivelser, diagnoser og behov for pleje.

Forvaltningernes manglende opbakning til at etablere hensigtsmæssige rammer, så terapeuterne kan udføre den ændrede opgavevaretagelse, har været en væsentlig barriere for primært de små kommuner.

Generelt set har evalueringen af projektet vist, at forberedelserne og planlægningen af ændringerne fra 1. januar er meget forskellig fra kommune til kommune og til tider virker lettere sporadisk. Dette har givet anledning til usikkerhed, samt en mulighed for at den sene organisering kan få konsekvenser for genoptræning af borgerne.

## 4.4 anbefalinger

Den største anbefaling er, at arbejde videre med samarbejdsmodellen og diskussionerne i implementeringsgrupperne, idet et tættere samarbejde har skabt grobund for en vidensudveksling, der har været enestående såvel for de medvirkende terapeuter som deres bagland. I relation hertil eksisterer således et udbredt ønske om, at dette i fremtiden vil kunne fortsætte enten i en formel eller uformel form. Det kan anbefales, at den nye region og/eller Danske Fysioterapeuter/Ergoterapeutforeningen danner rammen om etableringen af projekter, seminarer og debatgrupper, der via fokus på vidensdeling, netværk og videreuddannelse kan være med til at sikre den faglige sparring. Hermed er der lagt op til en større deltagelse i specifikke kurser. Et andet eksempel er en form for åben "cafevirksomhed", hvor der kan udveksles erfaringer om forskellige sygdomsgrupper.

Der er gode erfaringer med den afholdte temadag om ICF. Arbejdet med udvikling af et fælles sprog anbefales videreført. Der er i dette projekt taget et spadestik til denne proces. Endvidere vil det være godt med supervision og træningsbesøg, hvilket har været særligt nyttigt for terapeuterne. I forhold til patienterne anbefales det, at der udarbejdes en slutstatus efter endt genoptræning i kommunalt regi med den begrundelse, at denne fremover kan fungere som en fornuftig referenceramme for andre faggrupper samt fremtidige forløb for borgeren. Ligeledes anbefales det at fælles test udvælges, således at de samme test anvendes i regionen.

Der bør derudover iværksættes en form for erfaringsudveksling mellem de terapeuter i kommunerne, som har påtaget sig genoptræningsopgaven efter udskrivelse fra sygehus og de, som ikke har haft mulighed for at skabe erfaring hermed – ligeledes vil det være en god ide at gøre tilsvarende for grupper af de sygehusansatte terapeuter. De kommunale forvaltninger bør desuden drøfte, hvorvidt muligheden for at tage på træningsbesøg skal videreføres efter 1. januar 2007. Kompetenceudviklingen er et område, hvor det anbefales at øge indsatsen på regionalt niveau, samt koordinere og formalisere denne proces.

Det kan anbefales, at der fremover udarbejdes et skema eller lignende, som patienterne kan påføre deres "oplevelser / tilfredshed" med den kommunale genoptræning, således at der kan igangsættes en evaluering heraf.

Der er i forbindelse med overdragelse af nye patientgrupper til kommunal genoptræning en lang række procedurer, der bliver inddraget, og det anbefales at revurdere de eksisterende overdragelsesprocedurer. Afslutningsvis har projektet udledt en række erfaringer, der kan relateres til den netop forestående strukturreform, hvilket vil blive beskrevet i nedenstående perspektivering.



## 5. Perspektivering

Første bemærkning omkring strukturreformen er det mulige problem i forhold til at sygehusterapeuterne efter 1. januar 2007 bliver spredt ud i kommunerne. Der er i planlægningen af udlægningen ikke taget højde for, hvilke ekspertiser de forskellige terapeuter har i forhold til, hvor de placeres efter 1. januar 2007. Problemet består således i, at der er sandsynlighed for, at de forskellige ekspertiser ikke fordeles jævnt mellem kommunerne, og der derved går viden tabt. Evalueringen viser i relation hertil, hvordan to ergoterapeuter med speciale i håndkirurgi eksempelvis ender i samme kommune sandsynligvis med det resultat, at andre kommuner vil komme til at mangle denne ekspertise. Med udlægningen bliver der endvidere mulighed for, at sygehusterapeuternes viden spredes i kommunerne. Dette vurderes af de kommunale terapeuter som oftest for positivt set i forhold til muligheden for herved at udvide personlige kompetencer, men skaber samtidig blandt flere sygehusterapeuter bekymring for, at faglig viden om komplekse patientforløb og patientgrupper vil gå tabt.

“Det eneste, vi kan gøre som kommune, er at sige, så kan det godt være, den opgave skal blive ved med at være på sygehusene, købe det der. Det koster også penge at ansætte en terapeut” (gr. 1, kom/vis).

Der er dog argumenteret imod denne bemærkning, idet sygehusterapeuterne ikke længere vil være i besiddelse af kompetencen, da terapeuterne flyttes ud til kommunerne. Kompetencekravet vurderes endvidere for vigtigt set i forhold til, at det i den nye struktur kan blive vanskeligt, at få kommunikeret ny viden ud i alle led, da der bliver længere fra sygehuslægerne til kommunale terapeuter:

“der vil være et uddannelses- og informationsbehov, som man skal sørge for at være opmærksomme på. At når pludselig ortopæderne begynder at sætte nogle andre skruer i, så er det måske nogle andre ting som borgeren må, så må de pludselig ikke bøje mere end 30 grader de første 14 dage. Det er jo essentielt, at de her ting kommer videre ud.” (LFH).

Med udgangspunkt i evalueringens resultater anses den bedste metode til at efterkomme dette behov for at være en bevarelse af den gamle struktur, hvor sygehusterapeuterne får informationerne og har ansvaret for at formidle til, og eventuelt undervise kollegaer på tværs af sektorerne. Her vil genoptræningsplanen få en betydning, idet der i operationsbeskrivelsen bliver mulighed for at kommunikere de nødvendige informationer videre. Der er imidlertid strukturelle barrierer forbundet hermed. For det første er der ikke nødvendigvis transparens sygehusene i mellem. For det andet er det ikke sikkert, at det pågældende sygehus, der har ansvaret for videreførelse af informationer, ved, hvilke nye metoder der anvendes hvor og har kendskab til de specifikke patientgrupper.

Sammenlægningen af kommunerne vil have den konsekvens, at der i december skal laves optællinger af patienter både på sygehus og i kommuner og en vurdering af træningsbehovet. Overdragelsen fra 1. januar til 1. april 2007 vil dertil unægtelig blive en ekstra arbejdsbyrde for terapeuterne og en mulighed for, at dette i sidste ende vil gå ud over patienterne. Endvidere er der stor forvirring omkring, hvor de forskellige specialer/ afdelinger vil flytte hen. Visse steder vil faciliteterne skulle bygges før infrastruktur og organiseringen af den nye genoptræning er komplet. Andre kommuner virker dog til at have en midlertidig plan over ændringerne fra 1. januar 2007, som bliver revideret i det nye år. Dertil er det blevet undersøgt, hvorvidt det var muligt at bruge faciliteter på sygehuset i en over-

gangsperiode, hvilket er besværliggjort af, at sygehuset stadig skal bruge sine faciliteter af indlagte patienter.

En anden bemærkning drejer sig om ejendomsretten over træningsfaciliteter. Tidligere har redskaber været sygehusets ejendom og lokalerne er tilrettelagt på sygehuset. Dette problem er ubesvaret i forhold til strukturreformen, hvor aftaler er ved at komme i stand primært i forhold til lokaler. Dog vil kommunerne blive tvunget til at erhverve sig træningsredskaber. Et sigende eksempel er hoftepatienter, der skifter meget hurtigt mellem hjælpemidler som kørestol, rollator og stok mm. Desuden er der ligeledes et problem i forhold til, hvem der juridisk set har ansvaret for at vedligeholde redskaberne.

Ligeledes opstår der nye plejebehov i kommunen i kraft af, at genoptræningen udlægges fra sygehusene. Dette skyldes at patienter henholdsvis kommer tidligere hjem fra sygehuset, samt i træningssituationen, hvor terapeuten ikke kan fungere som plejer hverken på træningscenter eller i borgerens eget hjem. Det er i midlertidig ikke afklaret, hvordan eller hvem der skal varetage denne opgave efter 1. januar 2007, hvilket bliver en stor udfordring.

Lægerne skal stadig agere den ordinerende instans i den nye struktur, og det er derfor et problem, hvis ikke de kender de elementer, der indgår i det øgede samarbejde. Det er i forbindelse med sundhedsaftalerne blevet anbefalet, at lægerne ikke behøver at underskrive genoptræningsplanen. Hertil er der i Region Sjælland kommet et ekstra punkt på genoptræningsplanen, hvor der er mulighed for personlig kontakt mellem terapeuterne. Dertil bliver der i sundhedsaftalerne forsøgt at

”etablere en fælles gruppe af faglige personer fra sygehus-, region- og den kommunale verden, som skal arbejde med kompetence udvikling og den slags ting og sager. Så der bliver et fælles forum for videreudvikling for fælles sprog blandt andet.” (LFH)

Frit valg bliver fremover også en mulighed i kommunalt regi, hvormed især ressourcestærke patienter kan benytte sig af fritvalgsmekanismen. Dette har den svage patient i mindre grad mulighed for, men vinder dog i kraft af den nye struktur, da chancen for at falde igennem det sociale sikkerhedsnet bliver mindre.

Nogle terapeuter nævner, at sygehusene nok skal sørge for at få sendt patienterne ud i kommunerne, idet de får nok at bestille på sygehusene. I princippet er ’lovgivningen’ efter strukturreformen også indrettet således, at sygehusene ikke har ansvaret for, hvorvidt der er kompetence i kommunerne, men blot skal sende patienterne ud. Skulle sygehuset vælge at beholde nogle patienter på sygehuset af kompetencemæssige grunde, på grundlag af et valg den enkelte terapeut tager, vil dette måske i sidste ende både ramme sygehus og kommune; sygehuset fordi de ikke har de fornødne ressourcer (på papiret) og kommunerne, fordi de ikke bliver klar over, hvor deres problemer er rent kompetencemæssige.

Terapeuterne har svært ved at bedømme, hvorvidt private udliciteringer eventuelt vil komme til at blive benyttet i stigende omfang. Dog nævner et par stykker, at Falck for eksempel er på banen og gerne overtager nogle af kommunens nye opgaver.

Der tegner sig forskellige billeder af, hvorledes organiseringen af behandlingen bliver efter 1. januar 2007. En måde vil være, at de sygehusterapeuter, der kommer ud skal varetage alle de ambulante patienter, således at det essentielt set kun er den geografiske placering, der bliver flyttet. Andre steder ser det ikke ud til at blive delt op, og således er der lagt op til at terapeuterne kan lære af hinanden. Især kommunale terapeuter vil kunne få nye arbejdsområder i kraft af flere forskellige patientgrupper.

I forhold til strukturreformen er det et oplagt spørgsmål, hvorledes de kommunale terapeuter skal få informationerne videre fra sygehuset til kommunen. Dette kræver netop, at der er en accept fra patienten om at videregive personlige oplysninger. Skulle patienten vælge, at dette ikke kommer kommunen ved, så står kommunen



”som blindbuk med en borger som måske ender med at blive helvedes dyr, fordi de ikke har mulighed for at følge op på det her”. (LFH)

Computersystemerne er heller ikke de samme i de to sektorer. Her bliver udfordringen at lave ændringer i systemet således, at dette passer til de nye opgaver. Her er der tale om søgefunktioner på både syge- og hjemmepleje samt for træning og med tiden at kunne registrere og udføre statistik, hvilket ikke er muligt i det nuværende kommunale system. Der bliver nævnt en række forskellige computersystemer, som anvendes i kommunerne samt på sygehusene.

Nogle kommuner har kun en eller meget få terapeuter ansat, hvilket vil ændres med strukturreformen.

”vi får pludselig kolleger” (gr. 2, kom/fys).

Denne ændring i opgavevaretagelsen giver mulighed for sparring, kompetenceudvikling samt et større fagligt fællesskab.

Den ændrede varetagelse af genoptræningsopgaverne i projektet har givet et tydeligt billede af de ændringer, der vil ske pr 1. januar 2007. Sygehusene vil også få en anden hverdag. Idet mange patienter forsvinder fra sygehusene, er det uklart, hvilke opgaver der vil forblive. Dette vil oftest være patienter indlagt på sygehuset, hvor patienten ved udskrivelse, ikke længere vil have noget med sygehusterapeuten at gøre. Det vil sige, at sygehusterapeuter i højere grad ikke vil få muligheden for at følge patienten til dørs i forbindelse med den ambulante behandling.

”Mange af dem vil være meget korte kontakter, hvor man kan sige, den faglighed som man tidligere har opbygget har man delvist også opbygget på baggrund af, at det har været spændende for terapeuterne, fordi de har kunnet se, at de har kunnet arbejde videre med tingene. Jeg kan godt frygte for, at man bliver sådan lidt mere, nåh, ja – det er sådan lidt regime, farvel fru Jensen. Man mister kontakten.” (LFH)

Dermed vil arbejdsindholdet være af mere industri-karakter på sygehusene.

Hermed kommer der en ændring i arbejdsindholdet, idet der vil blive mere af det administrative, pga. terapeuterne har brug for mere viden i kommunerne, en viden der traditionelt kommer fra sygehuset. Dette er således en af de erfaringer projektet har bragt med sig.

Projektkoordinator er fortrøstningsfuld mht. de ændringer, som skal ske efter 1. januar 2007. Dette begrundes han med, at terapeuterne har lært hinanden at kende i projektførelsen og er blevet vant til at kontakte hinanden på tværs af sektorerne, hvilket denne evaluering i høj grad bekræfter:

”Det (kontakten) tror jeg, bliver det bærende fremover, det har jo været lukket land i alle årene, og jeg oplever, at der nu stille og roligt er ved at blive lukket op.” (LFH)



## 6. Referenceliste

- Bestiller-Udfører-Modtager-modellen (BUM)* (2006) fra <http://www.medarbejderportalen.dk/index.asp?site=1&menuid=109>.
- Dahler-Larsen, P. (2002). *Evaluering kortlagt*. Gylling: Narayana Press.
- Foss, O. & Mønnesland (red.) (2000). *Evaluering av offentlig virksomhet. Metoder og vurderinger*. Oslo: Nordberg A.S.
- Gibbs, G.R. (2002). *"Qualitative Data Analysis - Explorations with Nvivo "*. Buckingham: Open University Press.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet (2004). *Vejledning om træning i amter og kommuner*. København: Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet (2006). *Vejledning om Træning i Kommuner og Regioner*. København:
- Kommunernes Landsforening (2006). *Den modificerede BUM-model - Nye udfordringer på social- og sundhedsområdet*. København:
- Lorentzen, J., Ravnholt, M.M. & Rasmussen, L. (2005). *Genoptræningsplaner - Indhold, processer og problemfelter*. København: Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA).
- Øvretveit, J. (2006). *Evaluating Health Interventions*. Buckingham: Open University Press.
- Rasmussen, S.R. (2006). *Koordinerede og sammenhængende træningsforløb i Vestsjællands Amt*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Sverdrup, S. (2002). *Evaluering*. Poland: OZGraf SA.
- Vestsjællands Amt (2002). *Aftale om udviklingsplan for Sundhedsvæsenet i Vestsjællands Amt*. Sorø: Vestsjællands Amt.
- Vestsjællands Amt (2005). *Projektbeskrivelse*. fra [http://www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/4503? ARTIKEL\\_ID =1013051010111608](http://www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/4503? ARTIKEL_ID =1013051010111608).
- Vestsjællands Amt (2006). *Kommunernes genoptræningstilbud*. fra [http://www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/4503? ARTIKEL\\_ID =2124050513131021](http://www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/4503? ARTIKEL_ID =2124050513131021).



# Bilag 1 Aftalen

## Bilag 1.1 – Samarbejdsaftalen

### **Aftale mellem kommunerne i Vestsjællands Amt og Vestsjællands Amt om samarbejde i forbindelse med træning af borgere**

#### *1. Baggrund*

Denne aftale er indgået som følge af i lov om sygehusvæsenet, lovbekendtgørelse 687 af 16/8 1995, ændret ved lovbekendtgørelse 69 af 13/12 2000 vedr. genoptræningsplaner.

Loven præciserer sygehusvæsenets ansvar for at tilrettelægge et træningsforløb efter udskrivning / behandling, når dette er lægefagligt begrundet.

Sygehuset skal jf. lovgivningen udarbejde en genoptræningsplan. Den læge der udskriver patienten skal sikre, at der er sket en lægefaglig vurdering af behov for træning / genoptræning. Såfremt der er behov, skal der udarbejdes en genoptræningsplan.

Med loven forpligtes kommunerne til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til et sygehusophold. Kommunen skal tilbyde genoptræning efter en konkret individuel vurdering af behovet med henblik på at bringe personen op på det funktionsniveau, pågældende havde inden sygdommen.

Lovændringen medfører ikke ændringer i opgavefordelingen mellem amt og kommuner.

Aftalen respekterer de gældende ansvarsområder for henholdsvis amt og kommuner.

Det er således amtet, der er ansvarlig for og har kompetencen til at fastsætte genoptræning efter sygehusindlæggelse og kommunerne, der er ansvarlig for og har kompetencen til at fastsætte vedligeholdelsestræning og genoptræning uden foregående sygehusindlæggelse.

#### *2. Formål*

Formålet med denne aftale er:

- at sikre en overordnet koordination mellem amtets og kommunernes indsats ved genoptræningsforløbene.
- at fastlægge amtets og kommunens konkrete ansvar i relation til træning. En klarlæggelse og fælles forståelse af snitfladerne mellem amtets ansvarsområde for genoptræning og kommunernes ansvarsområde for vedligeholdelsestræning skal medvirke til at undgå fremtidige uenigheder mellem parterne.

Endvidere er formålet, at fastlægge vilkår for de tilfælde,

1. hvor en kommune forestår og udfører amtslige genoptræningsopgaver, samt
2. hvor amtet udfører kommunale træningsopgaver.

#### *3. Målsætning*

Det overordnede mål for denne aftale er, at borgerne får den nødvendige træning og et optimalt træningstilbud, i et smidigt samarbejde mellem amt og kommuner, hvor hensynet til borgeren vejer stærkest. Målsætningen er, at borgerne kan få en højere kvalitet og større nytte af tilbuddene via etablering af faglige netværk og en styrkelse af fagligheden.

Et sammenhængende forløb i træningen forudsætter en indsats fra både personalet på sygehuset og medarbejderne i hjemkommunen. De sygehusansatte fokuserer især på behandling mhp. at genvinde mest mulig funktionsevne. Den kommunale ældrepleje har fokus på træne borgeren så de kan klare sig så selvstændigt som muligt.

Opgaven er, at de to parter arbejder efter et fælles mål i et praktisk netværkssamarbejde, og anvender ensartede og fælles definerede begreber og tests, så borgeren berøres mindst muligt af overgangen, og træningen giver det ønskede resultat. Ansvar for borgeren er et fælles anliggende.

Alle borgere skal opleve sammenhæng i træningsforløbet og samme høje kvalitet i træningstilbudet, uafhængigt af om det foregår i amtsligt eller kommunalt regi. De samlede ressourcer og kompetencer skal udnyttes mest hensigtsmæssigt til gavn for borgerne.

Målet med et sammenhængende træningsforløb er

- At borgeren opnår samme fysiske funktionsniveau som tidligere eller så højt et fysisk funktionsniveau som muligt, samt accepterer et evt. funktionstab.
- At borgeren, hvor det er muligt, forbliver på / vender tilbage til arbejdsmarkedet
- At borgeren fastholder / styrker sit fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau

Genoptræningsplanerne skal medvirke til at forbedre, systematisere og kvalitetssikre kommunikationen og den fælles indsats om genoptræningsforløbene.

Aftalen ændrer ikke ved den eksisterende ansvarsfordeling og visitationsrettigheder, som fastsat i lovgivningen.

#### *4. Organisering af samarbejdet*

Der eksisterer et formaliseret politisk samarbejde mellem amt og kommuner i Vestsjælland (AKS-samarbejdet) om forbedring af den offentlige service på de områder, som både vedrører amtets og kommunernes opgaveområder. Den lovbestemte initiativforpligtelse inden for de enkelte opgaveområder respekteres.

Vedrørende genoptræning har AKS-samarbejdet nedsat Følgegruppen vedr. Genoptræning, der skal sikre implementering og videreudvikling af samarbejdet på genoptræningsområdet. Den udførende del er placeret i lokale netværksområder. Disse netværksgrupper skal forestå det konkrete samarbejde omkring genoptræning. Deltagerne i disse grupper er leder fra sygehusafdeling med ansvar for genoptræningsfunktionen og de kommunale kontaktpersoner fra de omkringliggende kommuner.

#### *5. Genoptræningsplanen som redskab for samarbejdet i forbindelse med udskrivelse*

Ved sygehusbehandling skal der i hvert enkelt patientforløb foretages en lægefaglig vurdering af, hvorvidt der er behov for genoptræning. Det skal fremgå af journalen, at denne vurdering er foretaget.

Der udarbejdes en genoptræningsplan sammen med patienten inden udskrivelsen / afslutning af behandlingen. Ved komplekse patientforløb med behov for længerevarende træning eller en tværfaglig indsats kan udarbejdelse af genoptræningsplanen med fordel ske ved udskrivningskonference med involvering af kommunen - som minimum ved telefonkonference.

Det vurderes hvor den fortsatte træning mest hensigtsmæssigt kan ske. I vurderingen lægges vægt på patientens mulighed for at modtage et træningstilbud – heri indgår dels en vurdering af behovet for specialiseret træning, dels nærhed til træningssted.

Den konkrete udarbejdelse af genoptræningsplanen foretages mest hensigtsmæssigt af det sygehuspersonale, der har været tættest på tilrettelæggelse og udførelse af patientens genoptræningsforløb under indlæggelsen.

Genoptræningsplanen skal indeholde følgende elementer:

- hvilket funktionsniveau, det vurderes, patienten befandt sig på inden og ved indlæggelsen.
- hvilket funktionsniveau det ved udskrivelsen vurderes, at patienten befinder sig på.
- hvilket funktionsniveau patienten kan forvente at nå som resultat af genoptræningen.
- tidsperspektiv for træning og evt. opfølgning beskrives.
- det skal fremgå, hvor genoptræningen skal foregå, herunder om det mest hensigtsmæssigt foretages i kommunalt regi.

Der bør sikres samtykke til at sende genoptræningsplanen til patientens praktiserende læge, og til patientens hjemkommune i de tilfælde, hvor kommunen forventes inddraget.

Genoptræningsplanen skal foreligge skriftligt og udleveres til patienten senest i forbindelse med udskrivningen.

#### *6. Visitationsregler*

Amtet er ansvarligt og betalingsforpligtiget for genoptræning efter forudgående sygehusbehandling. Det er således amtet, der foretager visitationen til genoptræning.

Kommunen er ansvarlig og betalingsforpligtiget til genoptræning uden forudgående sygehusindlæggelse og til vedligeholdelsestræning. Det er således hjemkommunen, der foretager visitationen hertil. Ved visitationen foretages bl.a. en vurdering af hvilket tilbud og hvor længe der er brug for dette.

##### 6.1 Praktisk arbejdsgang ved amtslig genoptræning i kommunalt regi

I de tilfælde, hvor det efter sygehusbehandling vurderes, at den fortsatte genoptræning sker i kom-

munen, kontakter sygehusets kontaktperson den respektive kommune. Kommunen vurderer om der er kapacitet og kompetence til at foretage genoptræningen.

Det skal herefter fremgå af genoptræningsplanen, at der er truffet aftale om genoptræning i kommunen, herunder målet med træningen og aftalt maksimalt tidsforbrug. Det er den visiterende person, der indgår aftalen.

Efter endt genoptræningsforløb udarbejder kommunen en beskrivelse af det opnåede funktionsniveau. Denne sendes til sygehusafdelingen.

Hvis en plan om genoptræning i kommunalt regi ikke kan følges på grund af forhold hos patienten eller kommunen, kontakter kommunen sygehusets kontaktperson (telefonnummer og navn fremgår af genoptræningsplanen) med henblik på en justering af genoptræningsplanen. Justering kan foregå telefonisk eller ved fornyet vurdering på sygehuset.

Ved afslutning af genoptræningen vurderer kommunen om patienten skal fortsætte vedligeholdende træning.

## 6.2 Praktisk arbejdsgang ved kommunal genoptræning i amtsligt regi

Træning i forbindelse med aldersbetinget funktionstab uden forudgående sygehusindlæggelse/ sygehusbehandling og vedligeholdelsestræning er en kommunal opgave.

I de tilfælde, hvor hjemkommunen efter sygdom uden et forudgående sygehusophold vurderer, at genoptræning skal ske på sygehus, kontakter kommunens kontaktperson den respektive sygehusafdeling for genoptræning. Sygehuset vurderer om der er kapacitet og kompetence til at foretage genoptræningen.

Såfremt en praktiserende læge vurderer at en borger med funktionstab uden forudgående sygdom behandlet på sygehus, mest hensigtsmæssigt trænes på sygehuset, kræver dette ligeledes accept fra hjemkommunen.

Træningen foregår som udgangspunkt ambulante. Såfremt der er behov for indlæggelse, er dette begrundet i en bredere geriatrisk problemstilling. Udgiften til en evt. indlæggelse er amtslig.

Det skal herefter fremgå af journalen, at der er truffet aftale om genoptræning på sygehuset, og hvor længe genoptræningen forventes at vare.

Herefter gør tilsvarende forhold sig gældende som under 6.1

## 7. Forretningsvilkår

### 7.1 Amtslig genoptræning i kommunalt regi

Kommunen forestår og udfører det i genoptræningsplanen beskrevne genoptræningsforløb. Forsat træning skal kunne iværksættes senest 10 arbejdsdage efter udskrivning.

Amtet afholder udgiften til genoptræning, og hjemkommunen afholder udgifter til evt. efterfølgende vedligeholdelsestræning.

Amtet afholder transportudgifterne i forbindelse med genoptræningen.

Efter endt genoptræningsforløb udarbejder kommunen en regning for det udførte arbejde og for transport.

Kommunens ydelser honoreres i henhold til medgået tid til genoptræning. Kommunen honoreres kun for den faktisk gennemførte træning. Der henvises til separat takstblad.

### 7.2 Kommunal genoptræning i amtsligt regi

Sygehuset forestår og udfører det med kommunen aftalte genoptræningsforløb. Genoptræning skal kunne iværksættes senest 10 arbejdsdage efter henvisning.

Hjemkommunen afholder udgiften til træning, ligesom hjemkommunen afholder udgifter til evt. efterfølgende vedligeholdelsestræning i kommunalt regi.

Hjemkommunen er ansvarlig for transport i forbindelse med genoptræningen, svarende til kommunens politik på området.

Efter endt genoptræningsforløb udarbejder sygehuset en regning for det udførte arbejde og for transport.

Sygehusets ydelser honoreres i henhold til medgået tid til genoptræning. Sygehuset honoreres kun for den faktisk gennemførte træning. Der henvises til separat takstblad.

## 8. Patientgrupper

Da det ikke er muligt at udarbejde en udtømmende beskrivelse af hvilke patientgrupper samarbejdsaftalen omfatter, skal nedennævnte patientgrupper derfor alene betragtes som vejledende:

- Patienter med kronisk fremadskridende medicinsk lidelse.

- Patienter der behandles efter traume, som nødvendiggør professionel hjælp til genoptræning.
- Apoplekspatienter.
- Geriatiske patienter, her defineret ved ældre patienter med kombinerede problemer: mindst to diagnoser i det officielle diagnosesystem, funktionstab, samt behov for intervention i forhold til funktionstab.
- Patienter med akut forbigående funktionsnedsættelse i forbindelse med akut sygdom.
- Patienter der gennemgår operation med behov for længerevarende træning.

Patientgrupper omfattet af reglerne om vederlagsfri fysioterapi er ikke omfattet af denne aftale.

#### *9. Tvister og uenighed*

I tilfælde af uenighed mellem amtet og en kommune om parternes opfyldelse af en konkret aftale om et genoptræningsforløb, sendes sagen til den udpegede kontaktperson på Medicinsk Center / sundhedssekretariatet. Kontaktpersonen inddrager den af kommunen udpegede kontaktperson. Disse personer løser det opståede problem.

#### *10. Ikrafttræden mv.*

Denne aftale træder i kraft fra 1. jan. 2005

Pr. 1. juli 2005 udarbejdes en evaluering af aftalen med henblik på revision inden udgangen af 2005. Amtet udpeger kontaktpersoner fra sygehusene og Kommuneforeningen udpeger et antal kontaktpersoner, som samarbejder om udarbejdelse af evalueringen og forslag til justering af aftalen. Amtet varetager sekretariatsfunktionen for dette arbejde.

Herefter kan aftalen justeres årligt. Taksterne jf. takstbladet fremskrives årligt sv.t. det centralt udmeldte pris- og lønindex.

Aftalen er gældende indtil ny aftale er indgået og trådt i kraft.

Aftalen kan af begge parter opsiges med seks måneders varsel til udgangen af en måned.

Publiceret: 14. januar 2005 på Vestsjælland Amts hjemmeside:

[http://www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/4503? ARTIKEL\\_ID =1013050112131725](http://www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/4503? ARTIKEL_ID =1013050112131725)



## Bilag 1.2 – Vejledning til Samarbejdsaftalen

### **Vejledning vedrørende "Aftale mellem kommunerne i Vestsjællands Amt og Vestsjællands Amt om samarbejde i forbindelse med træning af borgere"**

Formålet med denne vejledning er at beskrive de praktiske arbejdsgange, hvor der samarbejdes mellem sygehus og kommune om genoptræning.

Vejledningen indeholder desuden en afgrænsning af, hvad der er sygehusets, og hvad der er kommunens opgaver i forbindelse med genoptræning.

Der er udarbejdet følgende samarbejdsværktøjer: Takstblad, Rekvisition A, Rekvisition B, Regningsbilag og Specifikation af anvendt personaletid. Hvor det er relevant, anvendes den af Vestsjællands Amt udarbejdede Genoptræningsplans skabelon.

Amtslig genoptræning i kommunalt regi

*Som udgangspunkt er det en amtslig opgave at varetage genoptræningen af patienter behandlet på sygehus, hvor det lægefagligt er vurderet, at patienten har et genoptræningsbehov.*

*I sygehusregi varetages den specialiserede genoptræning, hvor formålet er at bringe personen tilbage til samme funktionsniveau som tidligere eller på så højt et niveau som muligt.*

I de tilfælde, hvor det efter sygehusbehandling vurderes, at det er hensigtsmæssigt, at den fortsatte genoptræning sker i kommunalt regi, ordineres dette af læge på sygehuset. Derefter kontakter behandlende terapeut kommunens visitator. Kommunen vurderer, om der er kapacitet og kompetence til at foretage genoptræningen.

Er der tilsagn fra kommunen, udarbejdes en rekvisition. Af denne skal målet med træningen fremgå og det aftalte maksimale tidsforbrug. Rekvisitionen sendes sammen med genoptræningsplanen til kommunens visitator, og kopi lægges i patientens journal.

#### **Genoptræningsplanen som samarbejdsværktøj**

Der udfærdiges en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivelse af en patient, hvor der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Dette gælder, uanset om patienten fortsætter i ambulant regi i sygehusvæsenet, overgår til et ambulant forløb i primærsektor, eller fortsætter med at træne selv.

Genoptræningsplanen udarbejdes i sammen med patienten.

Udarbejdelse af genoptræningsplanen foretages mest hensigtsmæssigt af det sygehuspersonale, der har tilrettelagt og udført genoptræningen af patienten under indlæggelsen.

Genoptræningsplanen udfærdiges ved brug af den amtslige skabelon.

Der bør sikres samtykke til at sende genoptræningsplanen til patientens praktiserende læge, og til patientens hjemkommune, hvis kommunen forventes inddraget.

Genoptræningsplanen foreligger skriftligt og udleveres til patienten i forbindelse med udskrivningen.

Ved afslutning af genoptræningen vurderer kommunen, om patienten skal fortsætte vedligeholdende træning. Der fremsendes status til ordinerende læge på sygehuset, hvor det fremgår, hvilket funktionsniveau patienten har opnået, samt orientering om der fortsættes med vedligeholdende træning. Status lægges i patientens journal.

På hjemmesiden [www.vestamt.dk/sundinfo](http://www.vestamt.dk/sundinfo) findes information om [kommunernes træningstilbud](#) samt navne, telefonnumre og adresser på træningsterapeuter.

Betaling

Kopi af genoptræningsplan, rekvisition og afsluttende status fremsendes sammen med regningsbilaget (EAN-nr. 5798001985796) til Vestsjællands Amt, Sundhedssekretariatet.

Kommunal genoptræning i amtsligt regi

*Som udgangspunkt er det en kommunal opgave at varetage den vedligeholdende træning. Denne sigter på at forebygge funktionstab og/eller at vedligeholde funktionsniveauet.*

*Derudover er det også en kommunal opgave at tilbyde genoptræning til ældre med funktionsnedsættelse som følge af sygdom, der ikke er behandlet på sygehus.*

I de tilfælde hvor hjemkommunen vurderer, at den genoptræning eller vedligeholdelsestræning, de er forpligtet til at varetage, mest hensigtsmæssigt foregår på sygehus, kontakter kommunens visitator/træningsterapeut den pågældende Fysio- og ergoterapiafdeling.

Vurderer den praktiserende læge, at der er behov for genoptræning, henvender praktiserende læge sig til kommunens visitator/træningsterapeut. Denne vurderer, om træningen skal foregå i kommunalt- eller sygehusregi, og i givet fald kontaktes den pågældende Fysio- og ergoterapiafdeling sygehuset af visitator/træningsterapeut.

Sygehuset vurderer, om der er kapacitet og kompetence til at foretage genoptræningen. Når det er aftalt, at genoptræningen skal foregå på sygehus, skal hjemkommunen udarbejde en rekvisition, her skal fremgå målet med træningen og det aftalte maksimale tidsforbrug. Rekvisitionen skal sendes til ledende terapeut. Det skal fremgå af sygehusjournalen, at der er truffet aftale om genoptræning på sygehuset, hvornår genoptræningen starter, og hvor længe den forventes at vare.

Ved afslutning af genoptræningen fremsendes status til visitator/træningsterapeut, hvor det fremgår, hvilket funktionsniveau patienten har opnået, samt om der er behov for vedligeholdende træning. Status lægges i patientens journal.

Betaling

Kopi af rekvisition og status fremsendes sammen med regningsbilaget til hjemkommunen.

#### *Samarbejde og koordinering*

Der udarbejdes procedurer for samarbejdet mellem det enkelte sygehus og den aktuelle kommune, herunder klare aftaler om, hvem der skal rettes henvendelse til, når der ønskes indgået en aftale om et genoptræningsforløb i henholdsvis amtsligt og kommunalt regi.

Hvis kommune eller sygehus indenfor kortere tid efter påbegyndelse af træningsforløbet har en anden opfattelse af patientens funktionsniveau og mål med genoptræningsforløbet, kan følgende gøres:

1. Kommunens eller sygehusets terapeut foretager revision af rekvisitionen, her beskrives så
  - Hvorfor situationen vurderes anderledes end beskrevet fra kommunen/sygehuset
  - Nuværende funktionsniveau beskrives
  - Nye mål for genoptræningen
  - Evt. ny tidshorisont
2. Kommunens eller sygehusets terapeut henvender sig til sygehus eller kommunens visitator/træningsterapeut, for at aftale en revideret rekvisition.

Anvendelse af fælles tests vil være hensigtsmæssig, og det arbejdes der videre med i Netværksgrupperne.

#### *Særlige forhold*

Et kommunalt genoptræningstilbud, der er anbefalet af geriatrisk team i forbindelse med hjemmebesøg, sidestilles med genoptræningstilbud i henhold til lov om social service. Hvis der ved et besøg af geriatrisk team i hjemmet aftales et diagnostisk udredningsprogram i sygehusregi, som medfører behandling i sygehusregi, sidestilles hjemmebesøget med en ambulans sygehusydelse, og genoptræningsforpligtelsen ligger hos amtet.

Privathospitaler har ikke pligt til at udarbejde genoptræningsplaner. Privathospitalet kan henvise patienten til genoptræning på offentligt sygehus, hvor patienten kommer på en eventuel venteliste på lige fod med andre. Sygehuset kan derefter eventuelt indgå aftale med hjemkommunen om genoptræning.

Publiceret: 12. januar 2005. Seneste redaktionelle revidering: 31. august 2005

Kilde: Vestsjællands Amts hjemmeside.

## Bilag 1.3 – Odsherred aftale

### Ansøgningsskema om støtte fra pulje til en styrket indsats for den ældre, medicinske patient

Dato: 26. november 2004

1. Institution	Navn: Vestsjællands Amt Adresse: Alléen 15, 4180 Sorø
2. Kontaktperson	Navn: souschef, læge Lone Ulholm Adresse: Alléen 15, 4180 Sorø Telefon: 57 87 24 23 Fax: 57 87 24 10 E-mail: lul@vestamt.dk
3. Juridisk ansvarlig	Navn: Direktør Michael Nørgaard Adresse: Alléen 15, 4180 Sorø Telefon: 57 87 20 005 Fax: 57 87 23 99 E-mail: mic@vestamt.dk
4. Hvilken pulje vedrører ansøgningen	Sammenhæng og kvalitet i genoptræning
5. Projektets titel (max. 180 karakterer)	Koordinerede og sammenhængende træningsforløb i samarbejde mellem sygehusene og kommunerne i dag og efter strukturreformens ikrafttræden
6. Beskrivelse af projektet og vurdering af effekter	Projektbeskrivelse bilag 1
7. Projektets forventede varighed	Start: 2005 år 01. måned Slut: 2006 år 12. måned
8. Ansøgt beløb i alt, heraf udgifter fordelt på år	2004: 0 2005: 1.045.000 kr. 2006: 985.000 kr. Specificeret budget bilag 2
9. Totalbudget for projektet (Ansøgt beløb samt evt. egenfinansiering)	2.030.000 kr. Vedr. egenfinansiering se bilag 2.
10. Er beløbet under pkt. 8 søgt andetsteds, hvorfra og beløb	Ikke søgt: x Søges:
11. Kort beskrivelse af eksisterende tilbud på området	Eksisterende tilbud på området bilag 3 (Ikke eksisterende)
12. Udbetaling af tilskud	Pengeinstitutets navn og adresse:  Institutionens konto nr.:  Afdeling: Reg. Nr. Kontoindehaver:

Dato og ansøgers underskrift:



## Bilag 2 Rekvisitioner af fysioterapi og ergoterapi

Kommune	Sygehus	Diagnose	Total
Dianalund	Holbæk	coll fem fract.	1
		hofte allo.	4
		TRANSPORT (blank)	0
			7
	Korsør	Apopleksi	4
		coll. Fem (blank)	2
			8
	Ringsted	tha.	1
	Slagelse	acetabulum fract.	1
		cancer	1
fract crus.		1	
fract. Hum.		1	
kørsel		0	
skulder lux		1	
Toksisk schok		3	
Dragsholm	Holbæk	achillesruptur	1
		AMI	2
		coll chir. Fract	1
		coll. Fem. Fract	1
		Colles fract.	2
		Collum Chirurgikum	1
		cotusio hofte	1
		fem.fract.	1
		fract fibula	1
		fract malleol	1
		fract. Coll fem.	1
		fract. Radius,Ulna	1
		hofte allo.	5
		infektion	1
		knæ allo	1
	Monk	1	
	Kalundborg	collum fem. Fract.	2
	Nykøbing Sj.	Apo	3
	Slagelse	cancer	1
	Fuglebjerg	Holbæk	Girdlestone
Slagelse		alloplastik	1
Gørlev	Holbæk	fract. Hum.	1
		Gurdlestone	1
		hofte allo.	1
	Kalundborg	infarct.	1
		levercoma	1
		myelopati	1
	Ringsted	hofte allo	1
	Slagelse	coll. Fem. Fract.	1
		fract hofte	1
		fract. Coll.chir.	1

Kommune	Sygehus	Diagnose	Total
Haslev		fract. Tibia	1
		fract.collum	1
		hofte	1
	Slagelse	aorta klap	1
		Apo	3
		coll.fem.	1
		exarticu. Gen	1
		femur fract.	1
		humerus fract.	1
		neuro	1
sclerose		1	
skulder	1		
stomi	1		
Holbæk	Holbæk	col.fem.	1
		Coll.fem.fract.	2
		collum fem. Fract.	1
		crus. Amp.	1
		exeter	1
		femur.amp.	1
		fract.	1
		hofte.fract.	1
		Lymphoma mal.	1
		multi traume	1
patellafract.	1		
Skulder alloplastik	1		
tibia fract.	1		
tværsnitssyndrom (blank)	1		
	Kalundborg	Apo	1
	Nykøbing Sj.	Apo	14
		hofte allo.	1
	Ringsted	hofte allo	1
	Slagelse	man.sin.	1
Hvidebæk	Holbæk	coll fem.	1
		coll. Fem. Fract	1
	hofte	1	
	Kalundborg	Apo	2
		hofte alloplastik	1
		ryg	1
Høng	Holbæk	Collum Chirurgikum	1
		Girdlestone	1
	Kalundborg	collum fem. Fract.	1
		pci	1
	Korsør	Apopleksi	3
	Slagelse	cancer	1
coll. Fem. Fract.		1	
facialis parese		1	
fract coll. Fem.		1	
		knæ allo	1

Kommune	Sygehus	Diagnose	Total
		ryg	1
Jernløse	Holbæk	Colles fract.	1
		Girdlestone	1
		hofte allo.	1
		hofte fract.	1
	Korsør	mb. Cushing	1
Kalundborg	Holbæk	coll fem fract.	1
		coll fem.	1
		coll.fem.	1
		femur fract.	1
		fract crus	1
		fract fem.	1
		fract ramus	1
		fract. Coll fem.	1
		glideskrue	1
		Gurdlestone	1
		hofte allo.	2
		hofte fract.	1
		hofte.fract.	1
	pelvis fract.	1	
	Skulder alloplastik	1	
	Kalundborg	Apo	1
		blodprop	1
		cancer	1
		mavesår	1
		meningitis	1
		muskelsmerter	1
		pci	1
		polyradiculit	1
skulder	1		
Ringsted	hofte allo	1	
Slagelse	fract crus.	1	
	fract fem.	1	
	Fract. Ue	1	
Korsør	Holbæk	hofte allo.	2
	Kalundborg	polyradiculit	1
	Korsør	Apopleksi	3
		nedsat funktion	1
Slagelse	Apo	1	
	c. pulm.	1	
	coll fem. Fract.	1	
	coll. Chir. Fract	1	
	fract.srus	1	
Nyk-Rørvig	Holbæk	cancer	1
		coll fem.	1
		coll. Fem. Fract	1
		coll.fem.	1
		Colles fract.	1
		fract ue	1
		fract.	1
		glideskrue	2

Kommune	Sygehus	Diagnose	
	Nykøbing Sj.	ruptur	1
	Slagelse	knæ allo	1
		stomi	1
Ringsted	Holbæk	acut nyre	1
		Colles fract.	1
		hofte allo.	4
		tetraplegi	1
		Tka	1
	Kalundborg	dehydratio	1
		pci	1
	Korsør	AMI	1
		Apopleksi	7
		coll. Fem	1
		Demens	1
		femur amp.	1
		fract fem	1
IBM/Gullain B. sepsis		1	
Ringsted	fract pertroch.	1	
	knæ allo	1	
	Tumor cerebri	1	
Slagelse	achilles	1	
	apathi	1	
	Apo	2	
	cancer coli	1	
	col fem fract.	1	
	coll fem.	2	
	coll. Fem. Fract.	2	
	Coll.fem.fract.	1	
	Colles fract.	2	
	collum chirrurg	1	
	fract albue	1	
	fract ankel	1	
	fract coll fem.	1	
	fract fem.	1	
	mentalt retarderet	1	
pci	1		
polyneuropati	1		
ruptur achilles	1		
spinal stenose	1		
sår hæl	1		
tibia fract.	1		
Skælskør	Holbæk	Skulder alloplastik	1
	Kalundborg	Viral infektion	1
	Korsør	femur amp.	1
		parkinson	1
Slagelse	amput crus	1	
	ankel fract.	1	
	skulder lux	1	
	Spondylolistese	1	
Slagelse	Korsør	Apopleksi	2
		collum chir	1

Kommune	Sygehus	Diagnose	Total	
		kørsel	0	
		pelvis fract.	0	
		smerterr	1	
		(blank)	1	
	Ringsted	hofte allo	1	
	Slagelse	coll fem.	1	
		coll. Fem. Fract.	1	
		collum fem.	1	
		crus.amp.	1	
		decompression	1	
		fract pertrocantær	1	
		fract. Clavicula	1	
		fract. Fem.	1	
		fract. finger	1	
		guillan barre	1	
		knæ allo	1	
		kørsel	0	
		patella fract.	1	
		skulder	1	
Sorø	Holbæk	acromio plastik	1	
		amp. Fem	1	
		Apo	2	
		dvt.	1	
		fem.fract.	1	
		fract. Fem.	2	
		fract.fem	1	
		hofte allo.	1	
		humurus fract.	1	
		hysterectomi	1	
		intensiv	1	
		knæ allo	1	
		knæ.op	1	
		pertrroc. Fract.	1	
		pneumoni	1	
		ryg	2	
	Skulder alloplastik	3		
	(blank)	1		
		Kalundborg	Hjerteinsuff.	1
		Korsør	Apopleksi	5
			coll. Fem	1
			neurit nervus fem	1
			(blank)	1
		Ringsted	hofte allo	1
		Slagelse	amp. Crus.	1
			amp.fem.	1
			Apo	1
			apu	1
			atrofi cerebellum	1
			coll.chir.	1
	Colles fract.		3	
	collum fem.		1	
	cool fem		1	
	corpus hum.		1	

Kommune	Sygehus	Diagnose	Total	
		Decomp. Ryg	1	
		diabetes	1	
		distorsio skulder	1	
		fem.fract.	1	
		fract fem.	1	
		fract. Tibia	1	
		hiv	1	
		hofte allo	1	
		hofte fract.	3	
		knæ allo	1	
		kol	1	
		pci	1	
		ryg	3	
		Spondylolistese	1	
		Tha. Sin op.	1	
		(blank)	1	
Svinninge	Holbæk	hjernesvulst	0	
	Nykøbing Sj.	Apo Fract. Coll. Chir.	2 1	
Tornved	Holbæk	Apo	1	
		cervikal parese	1	
		coll fem.	1	
		Colles fract.	1	
		fract	1	
		fract hofte	1	
		fract ue	1	
		fract. Fem.	2	
		fract. Os pubis	1	
		fractur	1	
Kalundborg	Kalundborg	Apo	1	
		Nykøbing Sj.	Apo	2
			Slagelse	Hernietomia aliae
Trundholm	Holbæk	amp.crus	1	
		archilles	1	
		coll fem.	1	
		coll fem. Fract.	1	
		coll. Fem. Fract	2	
		Colles fract.	1	
		Collum Chirrugikum	1	
		collum fem. Fract.	1	
		femur fract.	1	
		fract. Radius,Ulna	1	
Gurdlestone	1			
hofte allo.	3			

<i>Kommune</i>	<i>Sygehus</i>	<i>Diagnose</i>	<i>Total</i>
		hofte fract.	1
		humerus fract.	1
		patella fract.	1
		Skulder alloplastik	1
		(blank)	1
	Kalundborg	Gast.	1
	Nykøbing Sj.	Apo	5
		meningeom	1
	Slagelse	colesystemi	1
Grand Total			404



## Bilag 3 Rekvissionsblanketter

### Bilag 3.1 – Rekvission A

Vestsjællands Amt

## REKVISITION A

Kommunen varetager sygehusopgave  
Genoptræning

<b>Borgerens navn og adresse</b>				
Borgerens CPR-nummer				
Diagnose				
Indlæggelsestidspunkt	Fra		Til	
<b>Udskrivende afdeling</b>	Afdeling		Sygehus	

Kontaktperson på  
sygehusafdeling  
Ordinerende læge

Direkte tlf.nr.

Afdeling

### Hjemkommune

Kontaktperson i  
kommunen

Direkte tlf.nr.

Mål med træningen	
-------------------	--

Max. træningsvarighed	
-----------------------	--

Træningsperiode	
-----------------	--

## Bilag 3.2 – Rekvisition B

Vestsjællands Amt

# REKVISITION B

Sygehuset varetager kommunal opgave  
Genoptræning

<b>Borgerens navn og adresse</b>	
Borgerens CPR-nummer	
Diagnose	
Beskrivelse af funktionstab (Årsag, tidsforløb m.m.)	

Kontaktperson på sygehusafdeling

Direkte tlf.nr.

### Hjemkommune

Kontaktperson i kommunen

Direkte tlf.nr.

Mål med træningen	
-------------------	--

Max. træningsvarighed	
-----------------------	--

Træningsperiode	
-----------------	--

## Bilag 3.3 – Regningsbilag til genoptræning

Vestsjællands Amt

# REGNINGSBILAG

## Genoptræning

Indbetalings kommune

Kommune adr.

Kommune hoved telefonnr.

Kommune girornr

Bank kontonr.

Bank reg. nr.

Kontaktperson

Direkte tlf.nr.

Træningsperiode	Start den		Slut den	
-----------------	-----------	--	----------	--

Borgerens navn				
Borgerens CPR-nummer				
Diagnose				
Udskrivende afdeling	Afdeling		Sygehus	
Indlæggelsestidspunkt	Fra		Til	

Ydelsesspecifikation:
-----------------------

<b>Tidsforbrug:</b> (overføres fra side 2)	
- introduktion	timer
- individuel træning	timer
- holdtræning	timer
- hjemmetræning	timer
<b>Tidsforbrug i alt</b>	timer
<b>Afregningspris:</b>	
- personaleomkostninger (Tidsforbrug i alt x ??? kr.)	kr.
- omkostning personaletransport ved hjemmetræning (Antal km x 2,90 kr.)	kr.
- omkostning borgerens transport tur/retur	kr.
<b>Afregningspris i alt</b>	kr.
Til bilaget vedlægges kopi af udgiftsbilag for transport samt kopi af genoptræningsplan og status	

Udbetales fra amtet den 15. i hver måned

Sendes til: Sundhedssekretariatet, Vestsjællands Amt, Allen 15, 4180 Sorø (EAN nr.

5798001985796)

## Bilag 3.4 – Takstblad til genoptræning

Gældende for 2005

Amtslig genoptræning foretaget af kommunen

Kommunens ydelser honoreres i henhold til borgerens aktive træningstid.

Heri indgår :

7. Borgerens træningstid i alt til individuel træning på træningscenter
8. Borgerens træningstid i alt på hold
9. Borgerens træningstid i hjemmet

Kommunen honoreres kun for den faktisk gennemførte træning – og ikke for træning hvor borgeren har sendt afbud, senest 24 timer inden.

Timetaksten for genoptræning udgør 380,- kr. (2005-niveau)

I timetaksten er indeholdt samtlige udgifter til terapeuter og administration.

*Kommunal træning foretaget af sygehus*

Sygehusets ydelser honoreres i henhold til borgerens træningstid.

Heri indgår :

10. Borgerens træningstid i alt til individuel træning på træningscenter
11. Borgerens træningstid i alt på hold
12. Borgerens træningstid i hjemmet

Sygehuset honoreres kun for den faktisk gennemførte træning – og ikke for træning hvor borgeren har sendt afbud, senest 24 timer inden.

Timetaksten for genoptræning udgør 380,- kr. (2005-niveau)

I timetaksten er indeholdt samtlige udgifter til terapeuter og administration.

*Transport til amtslig genoptræning foretaget af kommunen*

Amtet afholder udgifter til transport til genoptræning.

I den udstrækning, at det er mest hensigtsmæssigt at anvende den kommunale kørselsordning, refunderes udgifterne hertil, efter fremsendt bilag.

Alternativt kan Falck anvendes.

*Transport til kommunal træning foretaget af sygehus*

Hjemkommunen er ansvarlig for transport i forbindelse med genoptræningen, svarende til kommunens politik på området.

Kommunen forestår transporten, idet det er mest hensigtsmæssigt at anvende den eventuelle kommunale kørselsordning.

Publiceret: 14. januar 2005

## Bilag 3.5 – Regningsbilag til træningsbesøg

Vestsjællands Amt

### REGNINGSBILAG Træningsbesøg

Kommune/Sygehus/Afdeling:

Adresse:

Bank konto/Sygehus konto

Bank reg.nr.

Kontaktperson

Telefon nr.

Borgerens navn:

CPR- nummer:

Dato for besøg:

Tidsforbrug:

Afregning:

Antal timer x 180kr.

kr.

Omkostning personale transport (antal km.x 3,10 kr.)

kr.

Omkostning borger transport

kr.

Total

Dato:

Attestation:

Udbetales fra amtet den 15. i hver måned.  
Sendes elektronisk EAN nr. 5798001985796



## Bilag 4 Projektgruppe og styregruppe

### Projekt:

Koordinerende og sammenhængende genoptræningsforløb i samarbejde mellem sygehusene og kommunerne i dag og efter strukturreformens ikrafttræden

### Projektgruppe

Projektkoordinator Lars Folmer Hansen, Vestsjællands Amt	<a href="mailto:lfh@vestamt.dk">lfh@vestamt.dk</a>
Vicefunktionschef Lisbeth Schrøder, Slagelse sygehus	<a href="mailto:csliss@vestamt.dk">csliss@vestamt.dk</a>
Vicefunktionschef Mie Møller, Kalundborg sygehus	<a href="mailto:ksmimo@vestamt.dk">ksmimo@vestamt.dk</a>
Overfysioterapeut Lis Bentzen, Holbæk Sygehus	<a href="mailto:lisbnt@vestamt.dk">lisbnt@vestamt.dk</a>
Myndighedschef Lene Rasmussen, Sorø kommune	<a href="mailto:lera@soroe.dk">lera@soroe.dk</a>
Ældrechef Kåre Clemmensen, Kalundborg	<a href="mailto:sockcl@kalundborg.dk">sockcl@kalundborg.dk</a>
Visitor Anne Jul Rasmussen, Holbæk Kommune	<a href="mailto:amr@holbkom.dk">amr@holbkom.dk</a>

Publiceret: 10. oktober 2005 på Vestsjælland Amts hjemmeside:

[www.sundhed.dk/wps/portal/\\_s.155/1911?\\_ARTIKEL\\_ID\\_=1013051010112459&\\_ARTIKELGRUPPE\\_ID\\_=1013031128093112](http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1911?_ARTIKEL_ID_=1013051010112459&_ARTIKELGRUPPE_ID_=1013031128093112)

---

Herudover er der etableret en styregruppe bestående af:

Souschef i sundhedssekretariatet Lone Ulholm  
Projektkoordinator Lars Folmer Hansen





## Bilag 5 Beskrivelse af implementeringsprojektet

### a. Projektets titel

Koordinerede og sammenhængende genoptræningsforløb i samarbejde mellem sygehusene og kommunerne i dag og efter strukturreformens ikrafttræden

### b. Formål

Projektets formål er:

- ◆ At sikre at borgerne oplever sammenhæng og kvalitet samt føler tryghed ved genoptræningsforløb og evt. senere vedligeholdelsestræning.
- ◆ At sikre en smidig opgavevaretagelse mellem amtet/sygehusene og kommunerne, herunder klarlægge og opnå en fælles forståelse af snitfladen mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning og få fælles begrebsforståelse.
- ◆ At udvikle og implementere modeller for samarbejde om genoptræning i driftsorganisationerne og sikre en smidig overdragelse af den ældre svage patient mellem amt/sygehusene og kommunerne.
- ◆ At evaluere om modellerne er en hensigtsmæssig organisering for genoptræningsområdet efter strukturreformens ikrafttræden.

### c. Målgruppe

Målgruppen er patienter i genoptræningsforløb, især den ældre svage patient, med behov for en kompleks indsats.

Aktørerne er sygehusene (behandlere og træningsterapeuter) og de kommunale træningscentre / træningsfunktioner

### d. Indhold

#### *Grundlag*

Platformen for projektet er to relaterede aftaler Vestsjællands Amt har indgået med kommunerne - dels en generel aftale om at sikre en overordnet koordination mellem amtets og kommunernes indsats ved genoptræningsforløben og fastlægge amtets og kommunens konkrete ansvar i relation til genoptræning, dels en mere specifik aftale med de 3 kommuner i Odsherred om et fælles sammenhængende træningstilbud. Aftalerne er vedlagt som bilag 3 og 4.

Den generelle aftale mellem amtet og kommunerne fastlægger de overordnede rammer for de praktiske arbejdsgange for et samarbejde for henholdsvis amtslig genoptræning i kommunalt regi og kommunal genoptræning i amtsligt regi, netværkssamarbejde samt de mere forretningsmæssige forhold herunder takster for, hvordan ydelserne skal honoreres.

Samarbejdsaftalen med de 3 kommuner i Odsherred (Nykøbing-Rørvig, Trundholm og Dragsholm) er en uddybning af den generelle aftale om genoptræning. Samarbejdsaftalen er rettet mod, at der etableres et sammenhængende træningstilbud i lokalområdet, herunder at der etableres genoptræningsfunktioner i et sundhedscenter samt et sundhedsnetværk. Den omfatter genoptræning, brobygning til vedligeholdelsestræning samt på sigt også forebyggende træning/motion på recept. I denne sam-

menhæng vil der blive fokuseret på genoptræningsdelen og overgang mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning.

Begge samarbejdsaftaler er målrettet mod dels at kvalitetsudvikle selve genoptræningen og samarbejdet mellem kommunerne og sygehusene og dels at forberede kommunernes overtagelse af sygehusenes/amternes ansvar for genoptræningen af borgerne efter behandling på sygehusene.

### *Projektet*

Projektet indeholder 3 sammenhængende dele:

Del 1) Implementering af "Aftale mellem kommunerne i Vestsjællands Amt og Vestsjællands Amt om samarbejde i forbindelse af træning af patienterne", herunder at kvalificere overleveringen af borgeren fra amtslig genoptræning eller behandling til kommunal genoptræning/vedligeholdelsestræning.

Del 2) Implementering af det forberedte samarbejdsprojekt "Udviklingsprojektet Odsherreds – genoptræning og udskrivning

Del 3) Ekstern midtvejsevaluering af del 1 og en samlet afsluttende ekstern evaluering af del 1 og 2,

Der ønskes ansat en projektkoordinator, som skal varetage den overordnede styring og implementering af projektet i samarbejde med ledelser og medarbejdere i de amtslige og kommunale driftsorganisationer samt midler til honorering af de behandlende terapeuter, i forhold til en overlevering af den ældre patient / borgeren fra sygehusenes genoptræning til den kommunale træning.

### *Del 1*

Det overordnede mål er, at borgerne får et optimalt træningstilbud i et smidigt samarbejde mellem amt og kommuner, hvor hensynet til borgerne vejer tungest. Målgruppen er de borgere, der har behov for en længere genoptræningsindsats, i den ambulante fase.

Idegrundlaget er, at en styrkelse af samarbejdet mellem de forskellige faglige aktører vil bidrage væsentligt til at borgeren bringes i centrum. Samarbejdet skal udbygges ved etablering af netværk og styrkelse af den fælles faglighed mellem sygehusenes og kommunernes terapeuter, ved udarbejdelse af træningsplaner og implementering af procedure for, hvordan overdragelsen af viden om den enkelte borgers behov kan ske mellem det amtslige niveau og det kommunale.

Et sammenhængende forløb i træningen forudsætter en indsats fra både personalet på sygehusene og medarbejderne i borgernes hjemkommune. De sygehusansatte fokuserer især på genoptræning med henblik på at patienterne skal genvinde mest mulig funktionsevne. Den kommunale træning har især fokus på at træne borgerne, så de socialt kan klare sig selvstændigt længst muligt bl.a. bevare funktionsevnen. Det er derfor vigtigt at der sker en dialog og praktisk overdragelse af træningsopgaven mellem sygehusets og kommunens terapeuter i et samarbejde med den ældre svage patient og pårørende.

Opgaven er, at de to parter i et praktisk netværkssamarbejde skal arbejde hen imod fælles mål, fælles definition på begreber og ens anvendelse af tests, således at borgerne berøres mindst muligt af overgangen fra det ene regi til det andet og opnår størst mulig effekt af træningsindsatsen.

Etablering af nye samarbejdsformer mellem faggrupper fra forskellige kulturer, med forskellige faglige termer og metoder samt med travle hverdage kræver en særlig indsats. Der er mange parter - der er 23 kommuner i amtet og der er rundt regnet 15 forskellige afdelinger indenfor Sygehus Vestsjælland, der træner patienter under indlæggelse og udarbejder genoptræningsplaner.

Projektkoordinatorens hovedopgave vil være, at koordinere projektet (både del 1 og del 2) så den fælles viden og de erfaringer, der opnås i implementeringsforløbene, kan bidrage til videreudviklingen af modellerne for samarbejdet omkring træning. Målet er, at der ved projektperiodens afslutning er fundet funktionel samarbejdsmodel både for Sygehus Vestsjællands samarbejde med kommunerne og med sundhedscentre/sundhedsnetværk, herunder også hvilke parter der i praksis varetager genoptræningsopgaverne.

Projektkoordinatoren skal sikre, at relevante netværk opbygges og udvikles, samt at der sker relevant erfaringsudveksling mellem dels de forskellige netværk og dels alle aktører på træningsområdet.

I samarbejde med aktørerne/netværkene skal projektkoordinatoren arbejde for, at der bliver opnået en fælles forståelse og definitioner på faglige begreber ikke mindst genoptræning og vedligeholdelses-træning, samt at der udvikles og anvendes fælles faglige tests.

Koordinatoren skal også sikre at en model for samarbejdsrelationerne mellem sygehusenes afdelinger og de kommunale aktører vedrørende overlevering af borgeren fra sygehusafdelingernes genoptræning til den kommunale træning. På baggrund af erfaringerne ved overleveringen fra det ene system til det andet, skal dette bidrage til udviklingen af et paradigme for overdragelse, der kan integreres som en fast rutine i samarbejdet.

For en uddybning af samarbejdsaftalen mellem Vestsjællands Amt og kommunerne i Vestsjællands Amt henvises til bilag 4. Amdtsrådet har netop godkendt aftalen om genoptræning. Amdtsrådet gav samtidig en tillægsbevilling til selve genoptræningsydelse. Det forventes, at der i nogen udstrækning er tale om opgaver, som ikke tidligere er blevet udført i tilstrækkeligt omfang. F.eks. har en del borgere på grund af for lang transport afslået et tilbud om ambulant genoptræning på sygehuset efter en udskrivning. 22 af amtets 23 kommuner har tilkendegivet hvorvidt de vil tiltræde aftalen. 20 tiltræder aftalen og 2 kan ikke tiltræde aftalen, da de ikke har den fornødne kapacitet.

### *Del 2*

I udviklingsplanen for sundhedsvæsenet i Vestsjællands amt er det besluttet, at Odsherreds skal være pilotområde i forhold til udvikling indenfor primærsektoren herunder også samarbejde mellem sygehussektoren og primærsektoren. Omdrejningspunktet for arbejdet er sundhedsnetværk / sundhedscenter, der er speciel fokus på nærhed til borgerne, tilgængelighed, tværfaglige tilbud der dækker et bredt spekter.

På genoptræningsområdet er det projektets ide, at borgerne som udgangspunkt - når det er hensigtsmæssigt - skal have tilbudt genoptræning i nærmiljøet, når borgeren overgår fra indlagt til ambulant regi. I tilfælde af behov for tværfaglig og specialiseret træning vil ambulant træning på sygehuset fortsat være hensigtsmæssigt.

Godt 10 % af amtets borgere (i alt 33.000 kommer fra de 3 Odsherredskommuner). Grundet alderssammensætning, sociale forhold og sygelighed skønnes disse borgere at udgøre ca. 12 % af udskriv-

ningerne fra sygehusene – svarende til i alt ca. 6.000 udskrivinger årligt. De skønnes, at der i ca. 1.500 til 2.000 af disse er behov for en forudgående dialog mellem sygehus og kommunen.

I samarbejde med de 3 Odsherredskommuner vil projektet udvikle en model for, hvordan relevante dele af genoptræning, der i dag finder sted indenfor Sygehus Vestsjælland, i fremtiden kan finde sted indenfor rammerne af et sundhedscenter/sundhedsnetværk i borgerens nærmiljø.

Projektets første del vil være en afklaringsfase: Hvilke patientkategorier og hvilke dele af genoptræningen vil det være hensigtsmæssigt at "hjemtage" til Odsherred, en analyse af sammensætningen af borgere, der har behov for genoptræning og deres genoptræningsbehov, og endelig en kortlægning og analyse af hvilke krav stiller det til genoptræningsfaciliteter og personale.

Med afsæt i afklaringen og analysen skal træningsterapeuten i samarbejde med relevante afdelinger indenfor Sygehus Vestsjælland og de 3 kommuner finde en model for, hvordan og hvilke genoptræningsopgaver, der kan overgå til Odsherred samt lægge en strategi for det videre arbejde.

Endelig skal træningsterapeuten være primus motor og faglig sparringspartner i forbindelse med implementeringen af aftalen.

Træningsterapeutens arbejde koordineres med projektets del 1.

For en uddybning af "Udviklingsprojektet Odsherred - genoptræning og udskriving" se bilag 6.

### *Del 3 Evaluering*

Projektet er tænkt som dels udgangspunktet for det fremtidige samarbejde mellem amtet/sygehusene og kommunerne – også efter kommunalreformen og dels som et model-/inspirationsprojekt for andre amter/regioner og kommuner.

Der er indlagt 2 evalueringer i projektføreløbet én midtvejsevaluering ved udgangen af år 2005 og én evaluering ved projektets afslutning. Begge evalueringer skal foretages af en ekstern part.

Midtvejsevalueringen er lagt ind for at give projektet et objektive fagligt eftersyn, således at parterne får et godt grundlag til at drøfte om projektet svarer til forventningerne, går i den rigtige retning, mangler vigtige aspekter osv.

Den afsluttende evaluering skal samle op på hele projektet og vurderer, hvilke aspekter, metoder, osv. der kan have generel interesse for andre amter/regioner og eller kommuner og for hvordan, der kan arbejdes videre.

### *Del 1 og 2*

Projektkoordinator skal:

- ◆ Udarbejde detaljeret handle- og tidsplan.
- ◆ Sikre sammenhæng og kontinuitet i hele forløbet.
- ◆ Sikre at relevant informationsmateriale bliver udarbejdet
- ◆ Være tovholder på projektet, herunder sikre samarbejde, inddrage relevante faglige kompetencer, sikre fremdrift og have overblik over det samlede projekt.

- ◆ Sikre etablering af netværk
- ◆ Sikre en fælles begrebsforståelse og anvendelse af faglige tests mellem de forskellige aktører
- ◆ Sikre fremdrift
- ◆ Bistå ved evalueringen

#### **e. Personalebehov fordelt på personalegrupper**

- ◆ 1 projektkoordinator 37 timer om ugen i 2 år
- ◆ midler til honorering af overlevering, inkl. dialog og fælles forståelse af opgaven ved overgang fra sygehus til kommune (sygehusansat træningsterapeut, kommunal træningsterapeut, patient og pårørende). Skønsmæssigt 400 ptt. pr. år, 3 timer i alt inkl. transport pr. patient.

#### **f. Samarbejdspartnere**

Del 1. Primærsektoren i amtets kommuner (patienten, praktiserende læger, kommunale træningsterapeuter, lokale træningscentre, hjemmeplejen) og sygehusafdelinger med ansvar for genoptræning og øvrige afdelinger der udarbejder genoptræningsplaner

#### **g. Projektets forventede effekt.**

Det forventes, at Vestsjællands Amt og kommunerne i amtet i samarbejde finder en model for, hvordan patienterne kan få et sammenhængende genoptræningsforløb og overgang mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning, samt at modellen implementeres og forankres. Hjørnestenene i implementeringen vil være øget samarbejde generelt og omkring den enkelte patient ved etablering af netværk mellem de faglige aktører, udarbejdelse af genoptrænings-/vedligeholdelses for den enkelte borger og en praksis for overlevering af borgeren fra et system til et andet, der sikre at borgerens træning bliver sammenhængende.

Det forventes, at udviklingen af sundhedscenter og sundhedsnetværk vil blive fremtidens organisering af træningsområdet.

Begge projekter vil forberede træningsområdet til den ændrede ansvarsfordeling der forventes at blive effektueret med kommunalreformens ikrafttræden.

#### **h. Evaluering**

Evalueringen af projektet indeholder to dele dels en midtvejsevaluering i slutningen 2005 af samarbejdet mellem amtet og amtets kommuner, som skal danne udgangspunktet for arbejdet i 2006 og dels en samlet evaluering i slutningen af 2006, der skal samle og vurdere det samlede projekt. Se under projektbeskrivelsen.

Evaluering skal gennemføres af eksterne konsulenter.

#### **Bilag**

- 3) "Aftale mellem kommunerne i Vestsjællands Amt og Vestsjællands Amt om samarbejde i forbindelse med træning af borgere.
- 4) Udviklingsprojekt i Odsherred – Rapport vedrørende genoptræning og udskrivning.
- 5) Notat om Sundhedscenter/sundhedsnetværk i Odsherred. 25. november 2004.

## Budget for projektet

2005	
Projektkoordinator 37 timer pr. uge	450.000 kr.
Honorering ved overlevering fra sygehus til kommuner (400 x 3 timer x 250 kr.)	300.000 kr.
Kørsel	45.000 kr.
Informationsmateriale, møder m.v.	100.000 kr.
Ekstern evaluering	150.000 kr.
I alt 2005	<b>1.045.000 kr.</b>
2006	
Projektkoordinator 37 timer pr. uge	450.000 kr.
Honorering ved overlevering fra sygehus til kommuner (400 x 3 timer x 250 kr.)	300.000 kr.
Kørsel	45.000 kr.
Information, møder m.v.	25.000 kr.
Ekstern evaluering	150.000 kr.
Revision af regnskab	15.000 kr.
I alt 2006	<b>985.000 kr.</b>
I alt 2005 og 2006	<b>2.030.000 kr.</b>

### Egenfinansiering:

Amtsrådet finansierer selv det øgede antal genoptræningsydelser som følge af aftalen. Der er afsat 1 mio. kr. årligt til dette. Det skyldes at man i nogen udstrækning forventer, at der er tale om opgaver, som ikke tidligere er blevet udført i tilstrækkeligt omfang. F.eks. har en del borgere på grund af for lang transport afslået et tilbud om ambulans genoptræning på sygehuset efter en udskrivning. Endvidere finansierer amtet overordnet projektledelse, træk på personaleressourcer fra sygehusene til faglig bistand mv., drift af kontor og administration.

Kilde: Udleveret af Projektkoordinator

## Bilag 6 Interviewguide

Interview guide til fokusgrupper samt projektkoordinator, sidste del henvender sig udelukkende til LFH

### **Interview-guide:**

Ønsker at få viden om de oplevelser og erfaringer projektkoordinatoren har med at indgå i Amtets genoptræningsproces og hvor langt amtet er nået, samt hvad projektkoordinatoren oplever der har manglet i forbindelse med udlægning af genoptræningsopgaverne.

Præsentation af deltager: Navn, uddannelse, arbejdssted og funktion og deltagelse i projektet

**Formål med deltagelsen:** At vi bliver klogere på hvorledes det er gået med at overdrage genoptræningsopgaver til kommunalt regi

**Anonymitet:** Kan ikke være anonym

- a. Hvordan har du det med at have været med i projektet?

**Formålet** med interviewet er at afdække forudsætninger for og konsekvenser af projektet, som vil kunne besværliggøre eller fremme overdragelsen af genoptræningsopgaven til kommunerne.

**Indholdet** i interviewet vil dreje sig om følgende spørgsmål:

### *Struktur*

- b. Hvilke forudsætninger skal være til stede for at terapeuter på sygehusene og de kommunale terapeuter kan opnå et smidigt samarbejde om den enkelte patient mhp. målet om et optimalt træningstilbud til den enkelte patient? (Ressourcer, viden /kompetence mv.).
- c. Hvorledes kan overdragelsen af genoptræningsopgaven til de kommunale terapeuter ske mest hensigtsmæssigt? (genoptræningsplaner, overdragelsesprocedurer, hjemmebesøg, fælles sprog, tests osv.)
- d. Hvilke patientgrupper kan overdrages / modtages i kommunerne?
- e. Hvilken betydning har og får den ændrede opgavevaretagelse for patienten / borgeren?
- f. Hvilke konsekvenser har overdragelsen af genoptræningsopgaver for sygehusene og for kommunerne?

### *Personale*

- g. Har overdragelsen konsekvenser for andre opgaver på sygehusene / i kommunerne (Prioriteringsproblemer fx).
- h. Hvilken betydning har overdragelsen for det daglige terapeutarbejde (Ændring af arbejdsrutiner, træningsbesøg).
- i. Er det nødvendigt med efter- / videreuddannelse af terapeuter og andre involverede faggrupper?
- j. Hvilken betydning har implementeringen for andre faggrupper på sygehusene / i kommunerne? (Ændret arbejdsdeling mellem sekretær / sygeplejerske / øvrige kolleger).

### *Patienter*

- k. Hvilke konsekvenser har overdragelsen for patienterne?
- l. Hvordan oplever patienterne ændringen af træningsbesøgenes sted/personer der varetager opgaven?
- m. Har udlægningen af genoptræningsopgaverne haft særlige konsekvenser for patienterne under selve processen?
- n. Har du haft kontakt til patienter?

### *Projektkoordinator*

- o. Hvilke positive erfaringer har du observeret i forbindelse med udlægning af genoptræningsopgaverne?
- p. Hvilke negative erfaringer har du observeret i forbindelse med udlægning af genoptræningsopgaverne?
- q. Hvilke forventninger har Du haft i forbindelse med projektet?
- r. Hvad har din rolle været i forhold til personale/ hvad har de brugt dig til? Har du gået ind i enkeltsager? Kunne du have gjort noget anderledes?
- s. Er forventningerne blevet indfriet?
- t. Hvad er ikke blevet indfriet?
- u. Hvilke udfordringer er der i forbindelse med udlægning af genoptræningsopgaverne fremover?
- v. Hvilke erfaringer vil du kunne bruge fremover?
- w. Eventuelle områder som du mener ikke er blevet drøftet i dette interview som du mener bør indgå?



## Bilag 7 Genoptræningsplaner

### Bilag 7.1 – Genoptræningsplan brugt i projektet

	Afdeling:			
Efter lægefaglig vurdering er der behov for genoptræning i form af: <input type="checkbox"/> egen træning efter udleveret vejledning / individuelt træningsprogram <input type="checkbox"/> ambulat fysioterapi <input type="checkbox"/> ambulat ergoterapi <input type="checkbox"/> andet				
<b>Vurderet funktionsniveau</b>				
- ved indlæggelse:				
- på udskrivningstidspunktet				
- der forventes opnået som resultat af genoptræningen:				
<b>Tidsplan</b>				
Hvor skal genoptræningen foregå?				
Hvornår skal den starte?				
Om muligt hvor længe forventes den at vare?				
<b>Kontrol efter udskrivelse</b>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dato: Sted:			
<b>Supplerende bemærkninger:</b>				
Genoptræningsplan udarbejdet af:				
Dato	Titel	Navn	Tlf.	Underskrift
Sendt til hjemkommune <input type="checkbox"/>		Sendt med epikrisen til egen læge <input type="checkbox"/>		Samtykke indhentet <input type="checkbox"/>

Kilde: Udleveret af projektkoordinator.

## Bilag 7.2 – Skitse til Genoptræningsplan udarbejdet i projektet

Navn, adresse og cpr. nr., tlf.

Sygehus og afdeling:

Indlæggelsesdato:

Kontaktperson sygehus:  
Tlf.nr.:

Udskrivesdato:

Kontaktperson kommune:  
Tlf. nr.:  
Operationstype:

Dato for amb beh.:  
henvisningsdiagnose:

Øvrige diagnose:

Dato:

Komplikationer:

Restriktioner/regime:

kliniske undersøgelsesfund: (rgt. lab.CT- scanning  
m.m.)

Skinne/bandage/ protese:  
(Kontakt til bandagist:)

Træningsforløb under indlæggelse:

Tests:

Dato:

Testskema vedlagt

### Funktionsniveau umiddelbart forud for aktuelle indlæggelse:

**Funktionsnedsættelse:**

**Aktivitetsniveau:**

**Deltagelse:**

Dagligdags aktiviteter:

Fysiske aktiviteter:

Sociale aktiviteter:

### Funktionsniveau ved udskrivelse:

**Funktionsnedsættelse:**

**Aktivitetsniveau:**

Deltagelse:

### Genoptræningsbehov:

Kropsniveau:

Aktivitet:

Deltagelse:

### Supplerende bemærkninger:

Udleveret pjece/træningsvejledning

Behov for sundhedsfaglig dialog

### Tidsplan:

Dato for første kontakt: (Seneste tidspunkt for kommunes/sygehus kontakt til patienten)

\_\_\_\_\_ Træningsstart: \_\_\_\_\_

### Hvor/hvordan skal træningen foregå:

Selvtræning

Genoptræning  Sted:

Specialiseret genoptræning  Sted:

### Oplysning om valg af genoptræningstilbud

Kommunen kan oplyse om valgmuligheder indenfor træningstilbud.

### Lægekontrol på sygehus efter udskrivelse:

Dato: \_\_\_\_\_ Sted: \_\_\_\_\_

### Samtykke

Patientens underskrift \_\_\_\_\_

### Ansvar for genoptræningsplan

Fysioterapeut: \_\_\_\_\_  
Navn \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

Læge \_\_\_\_\_  
Navn \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

Kilde: Udleveret af projektkoordinator.

