



Koordinerede og sammenhængende træningsforløb i Vestsjællands Amt

Midtvejsevaluering

Susanne Reindahl Rasmussen

Marts 2006

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Forord

Dette er en midtvejsevaluering af et Vestsjællandsk projekt, som inden strukturreformens ikrafttræden forsøger sig med at udlægge genoptræningsopgaver fra de sygehusansatte terapeuter til de kommunale terapeuter. Som det vil kunne læses i rapporten, er det et projekt, som via møder i implementeringsgrupper, brug af rekvisitioner og træningsbesøg er med til at skabe et tættere samarbejde om den enkelte patient på tværs af sektorernes terapeuter.

Evalueringen er i det væsentligste baseret på et fokusgruppeinterview med to sygehusansatte terapeuter og to kommunale terapeuter; et interview med projektkoordinator Lars Folmer Hansen samt talmateriale fremskaffet af Lars Folmer Hansen.

Evalueringsrapporten er inddelt i fem kapitler. Det første omfatter baggrunden for projektet samt en kortfattet version af projektbeskrivelsen. Det andet kapitel er en kort, generel beskrivelse af Vestsjællands Amt set i lyset af forhold, som vedrører genoptræning. Herefter følger i kapitel 3 terapeuternes syn på projektet og endelig er der i kapitel 4 en sammenfatning af Lars Folmer Hansens vurderinger af projektet og dets muligheder. I kapitel fem er der foretaget en sammenfattende evaluering samt vurdering af forhold, som det anses for at være værd for projektkoordinatoren at undersøge eller beskæftige sig med. Herudover er evalueringsrapporten suppleret med en række bilag.

Evalueringen er foregået i et tæt samarbejde med projektkoordinator Lars Folmer Hansen, som beredvilligt har bidraget med diverse materialer, indgået i drøftelser og valgt fokuspunkter for evalueringen.

Der skal lyde en stor tak til de fire terapeuter, som med kort varsel og meget beredvilligt indvilligede i at deltage i fokusgruppeinterviewet og dermed bidrage med deres viden.

Nærværende evalueringsrapport er udarbejdet af Susanne Reindahl Rasmussen fra DSI Institut for Sundhedsvæsen på baggrund af en henvendelse fra Vestsjællands Amt om at forestå evalueringen af projektet

Jes Søgaard
Direktør

Indholdsfortegnelse

Side

1. PROJEKTBEKRIVELSE	5
1.1. Baggrund:	5
1.2 Hensigt	6
1.3 Formål, mål og effekt.....	6
1.4 Delprojekt 1.....	7
1.5 Delprojekt 2.....	8
1.6 Projektledelse	8
1.7 Evaluering af projektet.....	9
2 SYGEHUS VESTSJÆLLAND	10
3. INTERVIEW MED PROJEKTKOORDINATOR OG ANDET MATERIALE	12
3.1 Indføring.....	12
3.1.1 Interview	12
3.2 Resultater.....	13
3.2.1 Samarbejdsaftalen.....	13
3.2.2 Implementeringsgrupperne	13
3.2.3 Mødeafholdelse	13
3.2.4 Henvisninger / "Rekvisition A".....	14
3.2.5 Samarbejde	17
3.2.6 Fælles sprog og test	18
3.2.7 Patienternes tilfredshed	19
3.2.8 Øvrigt personale	19
3.2.9 Opkvalificering.....	19
4. FOKUSGRUPPEINTERVIEW MED TERAPEUTER	20
4.1 Planlægning og gennemførelse af fokusgruppeinterviewet:.....	20
4.2 Bearbejdning og analyse af interviewdata.....	20
4.3 Resultater.....	21
4.3.1 Projektets generelle ide.....	21
4.3.2 Terapeuternes vurdering af projektforløbet	22
4.3.3 Hæmmende og fremmende forhold for et godt samarbejde ved udlægning af genoptræning til kommunerne.....	23
4.3.4 Kapacitet	23
4.3.5 Normering, ressourcer og prioritering	24
4.3.6 Kompetence.....	25
4.3.7 Faciliteter	26
4.3.8 Andet personale.....	26
4.3.9 Genoptræningsplaner.....	27
4.3.10 Fælles test	27
4.3.11 Træningsbesøg	28

4.4.1 Patienternes tilfredshed og kommunale statuser	29
5 SAMLET EVALUERING	31
6 VURDERING.....	33
BILAG	34
Bilag 1.1 – Samarbejdsaftalen	34
Bilag 1.2 – Vejledning til samarbejdsaftalen	38
Bilag 2 – Ansøgningsskema og projektbeskrivelse.....	41
Bilag 3.1 – Rekvisition A	48
Bilag 3.2 – Rekvisition B.....	49
Bilag 3.3 – Regningsbilag til genoptræning	50
Bilag 3.4 – Takstblad til genoptræning	51
Bilag 4.1 – Træningsbesøg, beskrivelse	52
Bilag 4.2 – Regningsbilag til træningsbesøg	53
Bilag 4.3 – Vejledning til regningsbilag ved træningsbesøg	54
Bilag 5 – Projektgruppe og styregruppe.....	55
Bilag 6 – Interviewguide.....	56
Bilag 7 – Tidsplan	57
Bilag 8 – Genoptræningsplaner	58
Bilag 9 – Information til ældrechefer.....	59

1. Projektbeskrivelse

1.1. Baggrund:

Sundhedslovens overdragelse af genoptræningsopgaven fra amterne til kommunerne betyder omlægninger af arbejdsgange mellem amterne¹ og kommunerne, et samarbejde, hvor der er mange parter involveret. I Vestsjællands Amt er der således 23 kommuner², og der er ca. 15 forskellige afdelinger indenfor Sygehus Vestsjælland, som træner patienter under indlæggelse og udarbejder genoptræningsplaner. Etablering af nye samarbejdsformer mellem faggrupper fra forskellige kulturer 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 koordinerende 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: 1) en generel aftale om at sikre en overordnet koordination mellem amtets og kommunernes indsats ved genoptræningsforløbene og fastlæggelse af amtets og kommunernes konkrete ansvar i relation til genoptræning³, aftalen fremgår af Bilag 1.1 og den tilhørende vejledning fremgår af Bilag 1.2; og 2) en mere specifik aftale med de tre kommuner i Odsherred⁴ om et fælles sammenhængende træningstilbud.

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

Den generelle aftale mellem amtet og kommunerne fastlægger de overordnede rammer for de praktiske arbejdsgange for et samarbejde for henholdsvis amtslig genoptræning i kommunalt

¹ For at undgå en "tung" tekst er der undladt omtale af overgangen til region hver gang Vestsjællands Amt omtales, idet udgangspunktet for nærværende projektbeskrivelse og evaluering er Vestsjællands Amt og dets samarbejde med de 23 kommuner, som eksisterer indtil udgangen af 2007.

² Kommende kommuner i Region Sjælland (og nuværende kommuner i Vestsjællands Amt 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)

³ 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 ambulans genoptræning på sygehuset efter en udskrivning. Ved projektbeskrivelsen havde 20 kommuner tilkendegivet, at de tiltræder aftalen, to kommuner kan ikke tiltræde aftalen, da de ikke har den fornødne kapacitet og en kommune har efterfølgende tilkendegivet, at den gerne vil deltage.

⁴ Nykøbing-Rørvig, Trundholm og Dragsholm kommuner.

regi og kommunal genoptræning i amtligt 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. Den omfatter genoptræning, brobygning til vedligeholdelsestræning samt på sigt også forebyggende træning / motion på recept. I denne sammenhæng vil der blive fokuseret på genoptræningsdelen og overgang mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning. På basis af Vestsjællands Amts ansøgning, se evt. Bilag 2 om tilskud til projektet er efterfølgende sammenfatning foretaget.

1.2 Hensigt

Hensigten med projektet er, at det 1) kan være udgangspunktet for det fremtidige samarbejde mellem Vestsjællands amt (regionen) / sygehusene og kommunerne – også efter kommunalreformen og 2) kan være et model- / inspirationsprojekt for andre amter / regioner og kommuner. Der er således udarbejdet to delprojekter, hvortil der er ansøgt og bevilget økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsens pulje for ”Sammenhæng og kvalitet i genoptræning”. I tilslutning til projektet er der ansøgt om og bevilget en projektkoordinator, som skal varetage den overordnede styring og implementering af projektet i samarbejde med ledelser og medarbejdere i de amtslige og kommunale drifts-organisationer.

1.3 Formål, mål og effekt

Projektets formål er:

- At sikre at borgerne oplever sammenhæng og kvalitet samt føler tryghed ved genoptræningsforløb og evt. senere vedligeholdelsestræning
- At sikre at der finder en smidig opgavevaretagelse sted mellem amtet / sygehusene og kommunerne, herunder at få klarlagt og opnå en fælles forståelse af snitfladen mellem genoptræning og vedligeholdelsestræning og få en 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.

Mål og forventet effekt af projektet:

- Målet er, at der ved projektperiodens afslutning er fundet en funktionel samarbejdsmodel både for Sygehus Vestsjællands samarbejde med kommunerne og med sundhedscentre / sundhedsnetværk
- At det bliver præciseret hvilke parter der i praksis varetager genoptræningsopgaverne
- At modellen implementeres og forankres

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. Hjørnestenene i implementeringen vil være øget samarbejde generelt og omkring den enkelte patient ved etablering af netværk mellem de fag-

lige aktører, udarbejdelse af genoptrænings-/vedligeholdelsesplaner for den enkelte borger og en praksis for overlevering af borgeren fra et system til et andet, således at det sikres, at borgerens træning bliver sammenhængende. Begge delprojekter vil forberede træningsområdet til den ændrede ansvarsfordeling der forventes at blive effektueret med kommunalreformens ikrafttræden. På hvilken baggrund det forventes, at udviklingen af sundhedscenter og sundhedsnetværk vil blive fremtidens organisering af træningsområdet.

1.4 Delprojekt 1

Delprojekt 1 omfatter en implementering af ”Aftale mellem kommunerne i Vestsjællands Amt og Vestsjællands Amt om samarbejde i forbindelse af 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.

Idegrundlaget er:

- At en styrkelse af samarbejdet mellem de forskellige faglige aktører vil bidrage væsentligt til at borgeren bringes i centrum.

Målgruppen er:

- Borgere, som har behov for en længere genoptræningsindsats i den ambulante fase
- Målgruppen er patienter i genoptræningsforløb, især den ældre svage patient, med behov for en kompleks indsats.

Samarbejdspartnere:

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

Metode:

- Der skal etableres netværk, således at samarbejdet mellem de faglige aktører i amt og kommuner udbygges
- I det praktiske netværkssamarbejde skal der arbejdes hen imod fælles mål, således at borgerne berøres mindst muligt af overgangen fra det ene regi til det andet og opnår størst mulig effekt af træningsindsatsen
- Styrkelse af den fælles faglighed mellem sygehusenes og kommunernes terapeuter.

Det skal ske ved:

- a) udarbejdelse af træningsplaner
- b) at arbejde hen imod fælles mål og fælles definitioner på begreber og ens anvendelse af tests
- c) udarbejdelse og implementering af procedurer for, hvordan overdragelsen af viden om den enkelte borgers behov kan ske mellem det amtslige niveau og det kommunale.

Forudsætninger:

- 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.

1.5 Delprojekt 2

Delprojekt 2 omfatter en implementering af det forberedte samarbejdsprojekt ”Udviklingsprojektet Odsherreds – genoptræning og udskrivning”. 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.

Da projektet efter aftale med projektkoordinator Lars Folmer Hansen ikke skal evalueres særskilt i nærværende midtvejsevaluering henvises der til Bilag 2, hvor den samlede projektbeskrivelse kan læses.

1.6 Projektledelse

Projektkoordinatoren:

Projektkoordinatorens hovedopgave er at koordinere projektet, så den fælles viden og de erfaringer, der opnås i implementeringsforløbene, kan bidrage til videreudviklingen af modellerne for samarbejdet omkring træning. 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 vedligeholdelsestræning, samt at der udvikles og anvendes fælles faglige tests.

Koordinatoren skal også sikre, at der indarbejdes 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.

Projektkoordinatoren skal således:

- 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

1.7 Evaluering af projektet

Der er indlagt to evalueringer i projektføreløbet; en midtvejsevaluering af delprojekt 1, som skal være afsluttet ultimo januar 2006 og en evaluering ved projektets afslutning ultimo 2006. DSI Institut for Sundhedsvæsen er blevet bedt om at varetage begge evalueringer. Midtvejs-evalueringen er i henhold til Amtets projektbeskrivelse lagt ind for at give projekt et objektivt 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. Derudover skal den danne udgangspunkt for det videre arbejde i 2006. Den afsluttende evaluering skal samle op på hele projektet og vurdere, hvilke aspekter, metoder, m.m., som kan have generel interesse for andre amter / regioner og eller kommuner og for hvordan, der kan arbejdes videre.

Midtvejsevaluering

Ifølge aftale med projektkoordinator Lars Folmer Hansen (LFH) skal der ikke evalueres særskilt på delprojekt 2 for Odsherred, idet LFH anser dette for at være en integreret del af det samlede projekt beskrevet ved delprojekt 1. Det er aftalt mellem Vestsjællands Amt og DSI Institut for Sundhedsvæsen, at der i alt må bruges ca. 50 timer til udarbejdelsen af evalueringsrapporten.

Midtvejsevalueringens fokus er efter aftale med LFH lagt på:

- Hvilke forudsætninger der skal være til stede for at der kan foregå et smidigt samarbejde mellem terapeuterne på sygehusene og de kommunale terapeuter
- Hvorledes overdragelsen af genoptræningsopgaven til de kommunale terapeuter kan ske mest hensigtsmæssigt
- Forhold vedrørende fælles test og fælles sprog
- Betydningen af den ændrede opgavevaretagelse for patienter / borgere

2 Sygehus Vestsjælland

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 befolkningsunderlaget er i overensstemmelse med de faglige anbefalinger. De funktionsbærende enheder og klinikker følger i stor udstrækning de lægefaglige specialer.

Kirurgisk Center tilbyder undersøgelse og behandling inden for

- Gynækologi (herunder behandling for barnløshed) og obstetrik (fødsler)
- Karkirurgi
- Mave-tarmkirurgi
- Ortopædkirurgi
- Tand-mund- og kæbekirurgi
- Urologi (kirurgiske urinvejssygdomme)
- Øjenkirurgi
- Øre-næse-halskirurgi, herunder en høreklub
- Anæstesibetjeningen (narkose og intensiv pleje).

Kirurgisk Center modtager såvel akutte som patienter til planlagt kirurgi på sygehusene i Holbæk og Slagelse, mens der på sygehuset i Ringsted og Kalundborg udelukkende varetages planlagt kirurgisk aktivitet. Vestsjællands Amts undersøgelser og behandling af brystkræft samt visse ortopædkirurgiske behandlinger varetages på Ringsted Sygehus.

Medicinsk Center varetager specialer indenfor det medicinske område og modtager såvel akutte som planlagte patienter på sygehusene i Kalundborg, Holbæk og Slagelse. Fysio- og Ergoterapierne er placeret i Medicinsk Center, med en samlet ledelse (klinikchef og en viceklinikchef) og med lokale ledere (overfysioterapeut, ledende ergoterapeut). Der er terapier følgende steder:

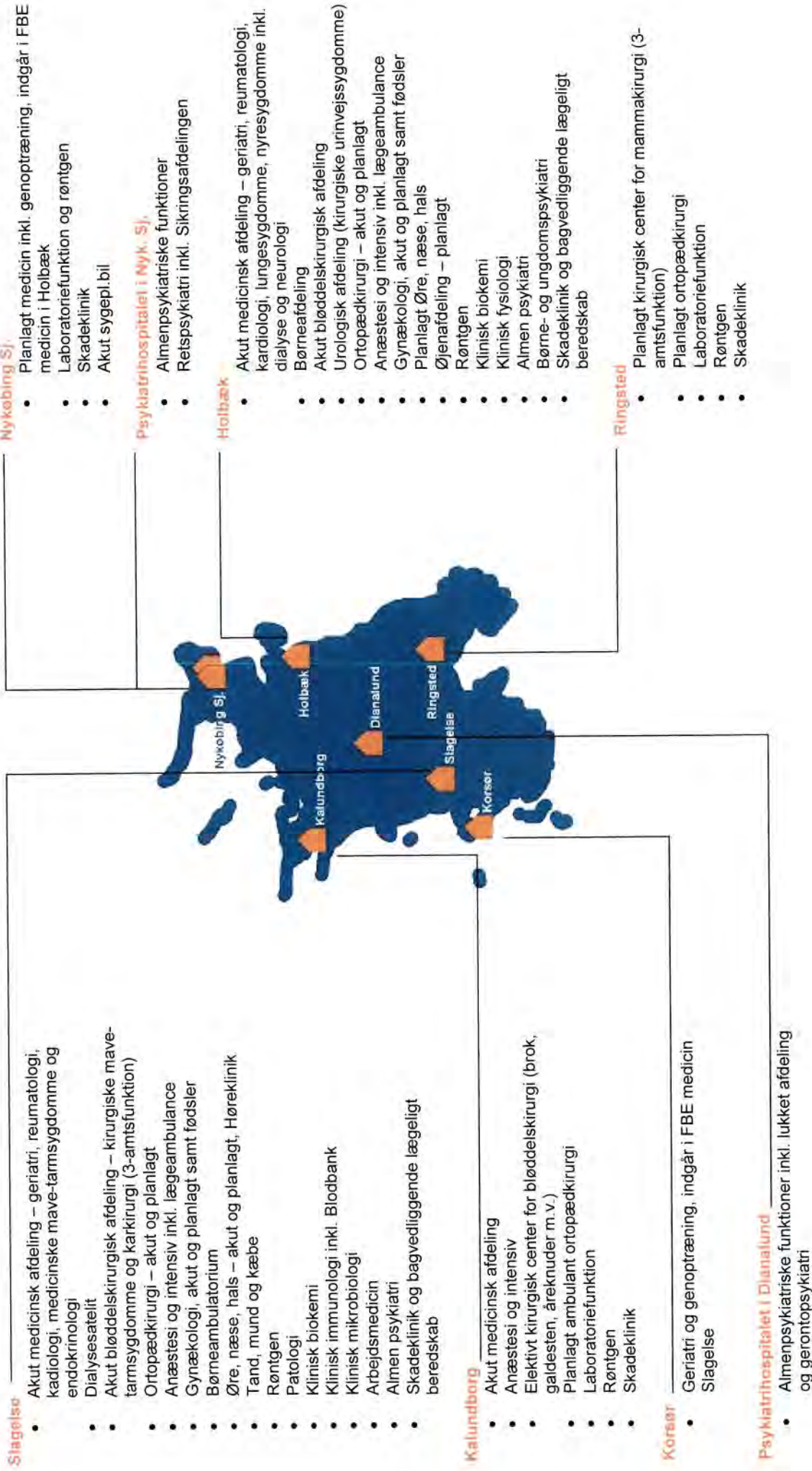
- Slagelse Sygehus
- Kalundborg Sygehus
- Korsør Sygehus
- Nykøbing Sj. Sygehus
- Holbæk Sygehus
- Ringsted Sygehus

Ovenstående oplysninger er leveret af projektkoordinator Lars Folmer Hansen.

På den følgende side 11 ses en oversigt over Sygehus Vestsjælland pr. 1. oktober 2005 i forhold til de patientrelaterede funktioner (www.sundhed.dk/Images/alle/amt_vestsjælland/VA/PatientrelfunkSV.pdf).

SYGEGEHUS VESTSJÆLLAND PR. 1. OKTOBER 2005

(Patientrelaterede funktioner)



3. Interview med projektkoordinator og andet materiale

3.1 Indføring

Nærværende kapitel er dels baseret på et interview af projektkoordinator Lars Folmer Hansen medio december 2005 og dels på brugen af materiale udleveret af LFH.

Implementeringsgrupper

Eksempelvis har LFH udleveret notater fra de fem implementeringsgrupper, som er oprettet i efteråret 2005. Notaterne er alene blevet udleveret for at give evaluatoren en forståelse for gruppernes arbejde og med forbehold over for, at disse ikke vil blive brugt i nærværende evaluering.

Blanketter ved overdragelse af genoptræningspatienter

LFH har endvidere udleveret oplysninger baseret på indkomne "Rekvisition A'er, som er den henvisningsblanket, som bruges ved overdragelsen af ambulante genoptræningspatienter i sygehusregi til genoptræning i kommunalt regi, se evt. Bilag 3.1. Herudover er der blevet udarbejdet en "Rekvisition B", hvor henvisningen går den modsatte vej dvs. fra kommunal genoptræning, Bilag 3.2. Afregningsbilaget for at udføre genoptræning på projektets regning fremgår af Bilag 3.3 og det tilhørende takstbilag fremgår af Bilag 3.4. Skemaet til anvendelse ved genoptræningsplaner fremgår af Bilag 8.

Træningsbesøg

I projektet er der givet mulighed for, at terapeuter i kommunerne kan komme på træningsbesøg, se Bilag 4.1 og overvære en træning for en given patient på sygehuset. Det modsatte er også en mulighed, at sygehusansatte terapeuter kan komme ud og overvære den kommunale træning for en given patient, som de ønsker at følge op på. I henhold til projektet kan disse besøg aflønnes over projektmidlerne. Blanketten for træningsbesøg og den tilhørende vejledning fremgår af Bilagene 4.2 og 4.3

Følgegruppe

I interviewet referer LFH til projektgruppen, hvis medlemmer og kommissorium fremgår af Bilag 5. Af samme bilag fremgår styregruppens medlemmer og kommissorium.

Tidsplan og information til ældrechefer

LFH har udarbejdet en overordnet tidsplan for projektet samt en informationsskrivelse om projektet, som er målrettet de kommunale ældrechefer, de kan ses i henholdsvis se Bilag 7 og Bilag 9.

Bilag

Bilagene er for de fleste vedkommen at finde på Vestsjællands Amts hjemmeside: www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1909?_ARTIKELGRUPPE_ID_=1013031128093112, hvor der er et link til genoptræning.

3.1.1 Interview

Efter aftale med Lars Folmer Hansen er interviewet baseret på den samme interviewguide, som er anvendt ved fokusgruppeinterviewet med terapeuterne, se Bilag 6. Hertil kommer specielle forhold, som dels vedrører LFH's funktion som projektkoordinator og dels de mål, som er beskrevet i projektet. Interviewet blev optaget på bånd, men uden en efterfølgende fuld-

stændig udskrift. I de tilfælde, hvor LFH er blevet direkte citeret i resultatafsnittet er citatet indskrevet med kursiv, eventuelle uddybende kommentarer er indskrevet i parentes. Interviewet er blevet tematiseret i forhold til de emneområder, som vurderes at give bedst mening i forhold til LFH's funktion.

3.2 Resultater

3.2.1 Samarbejdsaftalen

Alle kommuner undtagen Slagelse og Tølløse kommuner har skrevet under på samarbejdsaftalen vedrørende genoptræning mellem Vestsjællands Amt og amtets kommuner. Samarbejdsaftalen er offentlig tilgængelig på Vestsjællands Amts hjemmeside, og kan ses som en kopi i Bilag 1.1. Imidlertid har Slagelse Kommune ifølge LFH taget samarbejdsaftalen på den politiske dagsorden i enten januar eller februar 2006. Tølløse Kommune har projektet derimod ingen kontakt med.

3.2.2 Implementeringsgrupperne

Der er etableret fem implementeringsgrupper, hvor omdrejningspunktet er en geografisk inddeling efter kommuner og det eller de dertil hørende sygehuse. Det betyder, at nogle af sygehuse er repræsenteret i flere grupper:

Gruppe	Navn	Kommuner	Sygehus
Gruppe 1	Odsherred	Dragsholm, Nykøbing-Rørvig og Trundholm	Holbæk og Nykøbing Korsør og Slagelse
Gruppe 2	Ny-Slagelse	Hashøj, Korsør, Skælskør, Slagelse og Fuglebjerg	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 er blevet bedt om at finde medlemmer til de fem implementeringsgrupper. Der er ergoterapeuter og fysioterapeuter i alle grupper. Grupperne har valgt, at der på de enkelte møder ikke skal kunne tages beslutninger, som ikke kan omgøres senere. Terapeuterne har således forbeholdt sig ret til at gå hjem til deres bagland efter et møde for der at kunne sikre sig, at der er opbakning til de foreslåede ændringer. Det er derfor også besluttet i grupperne, at der ikke udarbejdes referater men kun notater, som ikke binder grupperne op på noget.

I gruppe 2 og gruppe 4 deltager Slagelse Sygehus med skiftende terapeuter afhængig af hvilken sygdom, som skal debatteres. Det betyder ifølge LFH, at arbejdet i denne gruppe bliver lidt tungt, fordi der sker meget i gruppen, når de samme mennesker mødes 2., 3. eller 4. gang og bliver trykke ved hinanden.

3.2.3 Mødeafholdelse

Af mødenotaterne fremgår det, at der indtil primo december 2005 er blevet afholdt i alt fem møder i gruppe 1, to møder i gruppe 2 og tre møder i grupperne 3, 4 og 5

Forskellen i antallet af implementeringsmøder er ifølge LFH grundet i, at der i henhold til projektbeskrivelsen skulle være fokus på Odsherred. Den første implementeringsgruppe blev derfor etableret i Odsherred ca. en måned førend de andre grupper, og der er derfor blevet afholdt flere møder i denne gruppe.

Hvilke sygdomsgrupper, som skal debatteres med henblik på overdragelse af genoptræningen fra de sygehusansatte terapeuter til de kommunale terapeuter, bliver aftalt fra møde gang til møde. Det betyder, at de deltagende terapeuterne forinden kan have diskuteret sygdomsgrupperne med deres bagland, så *"de føler sig ordentlig klædt på."*

LFH har en aftale med projektgruppens medlemmer om, at man i første omgang skal forsøge sig med at lade aftalerne blive indgået lokalt. Eksempelvis kan det være, at man i nogle lokale områder kan overtage håndkirurgiske patienter, mens dette anses for at være for specialiseret andre steder. LFH forsøger derfor ikke at overføre ting fra den ene implementeringsgruppe til den anden, men nævner undertiden for en gruppe, hvad der sket i en anden gruppe for at få lidt gang i debatten. Dette har bevirket, at implementeringsgrupperne ikke er nået lige langt i deres arbejde:

"Så kan vi altid vende tilbage til, om det gik godt eller skidt og hvorfor. Så derfor er der ikke direkte overførbare imellem grupperne [...]. Det andet er så, at der er nogle grupper, som er længere fremme end de andre. Når vi har møderne så er der nogle grupper, som bruger lang tid på at sige goddag og hej og kan du huske [...] Jeg tror, at det betyder enormt meget, at de lærer hinanden at kende. Det kan jeg se allerede."

"Det er faktisk kun gruppe 1, hvor vi har lavet en opsummering. I de andre grupper har vi lavet nogle aftaler, og der er også sket lidt, men der er ikke lavet nogen opsummering."

"Vi har diskuteret det flere gange i projektgruppen⁵. Nogle synes i, at vi måske godt kunne gå lidt hurtigere frem, når nu den ene implementeringsgruppe havde aftalt sådan og sådan ... så kunne man bare sige til dem at så gør vi sådan og sådan; men det er mig meget imod, og jeg har ligesom prøvet at holde fast i modellen, at det skal ske i den gruppe de sidder. Og så tror jeg på en eller anden måde, at det også bliver nemmest at køre videre."

3.2.4 Henvisninger / "Rekvisition A"

Nogle kommuner har endnu ikke modtaget henvisninger til trods for, at der er indgået aftaler i alle implementeringsgrupper for visse sygdomsgrupper. At det kræver et stykke arbejde at få gennemført implementeringsgruppernes aftaler er givet. LFH kan således give et eksempel på at fysioterapeuterne fra Slagelse Sygehus har givet udtryk for følgende:

"De havde nok heller ikke helt fået solgt modellerne endnu [...] og de havde et stykke arbejde derhjemme med at få folk til at tænke i de her bane."

I erkendelse af, at det måske går lidt langsomt med reelt at få overdraget genoptræningsopgaven til de kommunale terapeuter har LFH valgt at sætte et nyt punkt på implementeringsgruppernes dagorden: "Har vi flyttet noget?".

⁵ Der er blevet etableret såvel en projektgruppe som en styregruppe, medlemmer og kommissorium fremgår af Bilag 5.

I nedenstående Tabel 1 ses antal indkomne "Rekvisition A'er"⁶ fordelt på sygehus. Det fremgår, at Holbæk Sygehus har udstedt 21 rekvisitioner, mens Nykøbing, Kalundborg og Slagelse sygehuse kun har udstedt henholdsvis fire, fem og ni rekvisitioner.

Det fremgår videre af tabellen, at 30 patientforløb har været varetaget af en fysioterapeut, mens der kun er otte forløb, som er blevet varetaget af en ergoterapeut. Herudover har der været ét forløb, hvor genoptræningen er blevet varetaget i fællesskab af en fysioterapeut og en ergoterapeut.

Der er i alt blevet brugt 317 terapeuttimer til den pågældende genoptræning, hvilket har beløbet sig til godt 130.000 kroner. Heraf er 91 % henholdsvis 4 % gået til dækning af terapeuternes tidsforbrug og deres transport, mens de sidste 6 % omfatter borgernes transport.

Tabel 1. Rekvisition af genoptræning fra kommunerne i Vestsjællands Amt fordelt på sygehus, 2. halvår 2005.

Sygehus	Antal patientforløb		Træningstid (timer)	Omkostninger (kroner)			I alt
	Fysioterapi	Ergoterapi		Personale Træning	Transport	Borger- transport	
Slagelse*	7	2	62	24.345	885	3.354	28.584
Holbæk	19	2	167	61.425	2.445	3.582	67.452
Nykøbing	1	3	43	16.435	1.291	0	17.726
Kalundborg	4	1	44	17.097	0	0	17.097
I alt	31	8	317	119.302	4.621	6.936	130.859

* Der gøres opmærksom på, at eet af forløbene omfatter såvel fysioterapeutisk som ergoterapeutisk genoptræning. Der er altså udstedt i alt 38 "A-rekvisitioner" medio december 2005.

Kilde: Oplysninger fra Lars Folmer Hansen om forbrug af "Rekvisition A".

I Tabel 2 ses fordelingen af antal kommunale genoptræninger fordelt på sygdomme. Det fremgår her, at Holbæk Kommune har varetaget ni genoptræningsforløb (knap 25 %) ud af i alt 38 genoptræningsforløb. Hvor kommunerne Dianalund, Dragsholm, Ringsted, Sorø og Trundholm hver har varetaget 3-5 forløb har Korsør og Kalundborg kommuner kun haft ét henholdsvis to forløb. I alt har 12 kommuner således varetaget 38 genoptræningsforløb.

Yderligere fremgår det af Tabel 2, at mere end 60 % af alle rekvisitioner omhandler patienter med apopleksi eller femur frakturer / hoftalloplastikker / Girdlestone.

Der er også blevet udarbejdet rekvisitioner til brug for overdragelse af en genoptræningspatient fra de kommunale terapeuter til de sygehusansatte terapeuter, "Rekvisition B", men disse har endnu ikke været i anvendelse.

⁶ "Rekvisition A" anvendes ved de sygehusansatte terapeuters overdragelse af en genoptræningspatient til en kommunal terapeut, se evt. Bilag 3.1

Tabel 2. Sygehusenes "Rekvisition A'er" fordelt på kommuner og sygdomme. Vestsjællands Amt, 2. halvår af 2005.

Kommune	Henvissende sygehus	Sygdom	Antal med given sygdom fra givent sygehus	Samlet antal rekvisitioner
Dianalund	Slagelse	Toksisk chok	2	3
	Holbæk	Hofte alloplastik	1	
Dragsholm	Kalundborg	Collum fem. fract.	1	4
	Holbæk	AMI	1	
	Holbæk	Coll. chir. fract	1	
	Holbæk	Fract. radius, ulna	1	
Gørlev	Holbæk	Girdlestone	1	1
Holbæk	Nykøbing	Apopleksi	4	9
	Kalundborg	Apopleksi	1	
	Holbæk	Coll. fem. fract.	2	
	Holbæk	Skulder alloplastik	1	
	Holbæk	Tibia fract.	1	
Hvidebæk	Kalundborg	Hofte alloplastik	1	1
Kalundborg	Kalundborg	Apopleksi	1	2
	Holbæk	Girdlestone	1	
Korsør	Slagelse	Coll. chir. fract.	1	1
Ringsted	Slagelse	Apopleksi	1	5
	Slagelse	Coll. fem. fract.	2	
	Holbæk	Hofte alloplastik	1	
	Holbæk	Tetraplegi	1	
Sorø	Slagelse	Colles fract.	2	5
	Kalundborg	Hjerteinsufficiens	1	
	Holbæk	Skulder alloplastik	2	
Svinninge	Holbæk	Hjernesvulst	1	1
Tornved	Holbæk	Apopleksi	1	2
	Holbæk	Girdlestone	1	
Trundholm	Holbæk	Coll. fem. fract.	1	5
	Holbæk	Colles fract.	1	
	Holbæk	Femur fract.	1	
	Holbæk	Girdlestone	1	
	Holbæk	n.a.	1	

Kilde: Materialet er baseret på projektkoordinator Lars Folmer Hansen opgørelser baseret på indkomne "Rekvisition A'er".

Som forklaring på, at der er så få genoptræningsforløb, som bliver overdraget til kommunale ergoterapeuter angiver LFH, at der dels ikke er tilstrækkelig behandlende ergoterapeuter i kommunerne og dels at der er en vis form for rigiditet 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 arbejdende / behandlende ergoterapeuter. [...] Ergoterapeuterne på sygehusene har meget med apopleksierne og de håndkirurgiske patienter at gøre, og det er deres fokusområde i Vestsjælland.⁷ 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."

Udgangspunktet for LFH er, at alle sygdomsgrupper i princippet kan overdrages til kommunal genoptræning, men LFH blander sig ikke i implementeringsgruppernes faglige diskussion heraf. Han er dog af den opfattelse, at lige såvel som sygehusene har indgået aftaler med talepædagoger og bandagister lige såvel må det være muligt for kommunerne at indgå sådanne aftaler. LFH's planer er på et tidspunkt at få samordnet de aftaler, som de enkelte implementeringsgrupper har indgået under hensyntagen til, at der kan være kommuner, som endnu ikke er parate til at påtage sig alle opgaver.

Ifølge LFH 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.

3.2.5 Samarbejde

LFH fremhæver, at indgangen til det smidige samarbejde mellem sygehuspersonale og de kommunale terapeuter er "genoptræningsplanen" og "Rekvisition A". Her påpeger han, at det efter drøftelser i implementeringsgrupperne er kommet frem, at genoptræningsplanerne frem for "Rekvisition A", bør forbedres.

Nøglepunktet / det vigtigste for det gode samarbejde er endvidere ifølge LFH at overdragelsen sker mellem terapeuter, hvorfor det bør være en terapeut, som er påført på "Rekvisition A". Det kan derfor være et problem i de kommuner, hvor der er en visitator, som undertiden accepterer henvisningen udenom terapeuten. Herved er der nemlig ikke med det samme skabt en kontakt mellem terapeuterne.

Afslutningen af genoptræningsforløbet i kommunalt regi sker ved at LFH modtager en kopi af "Rekvisition A", en regning, hvoraf det fremgår hvor mange gange og hvor længe, der er blevet trænet samt et kommunalt afslutningsnotat / en status for hvordan det er gået. I henhold til

⁷ Apopleksi-patienterne bliver væsentligst behandlet på Nykøbing Sj. og Korsør sygehuse mens en mindre andel bliver behandlet på Kalundborg Sygehus. Der er ifølge LFH ikke så mange sygehusansatte ergoterapeuter, hvor for der heller ikke kan overdrages så mange ergoterapeutiske forløb til de kommunale ergoterapeuter i sammenligning med det væsentlig større antal fysioterapeuter.

"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." LFH mener imidlertid ikke, at der i alle tilfælde bliver sendt en status til sygehusene. Der bliver ifølge LFH heller ikke foretaget noget afsluttende eftersyn ved en læge, hvilket i øvrigt heller ikke altid er tilfældet, hvis patienten trænes ambulantly på sygehuset. Det eneste, som noteres i journalen i tilknytning til projektet er, at patienten er henvist med en "Rekvisition A" til kommunal genoptræning.

LFH 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:

"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."

I projektet er der givet mulighed for, at terapeuter på tværs af sektorerne kan foretage træningsbesøg og følge hinandens træning for en given patient, se evt. Bilag 4.1 for en nærmere beskrivelse. Der er ifølge LFH's registreringer endnu ikke foretaget noget træningsbesøg i sidste halvår af 2005.⁸ Til trods herfor fremhæver LFH træningsbesøgene som værende vigtige:

"Og så kan man jo håbe på, at der fortsat vil være mulighed for træningsbesøgene, for det tror jeg også vil være en væsentlig faktor. [...] For skal man være smidig, så skal der også være nogle muligheder. [...] Mulighederne skal være, at man kan flytte sig og at man kan bruge tid på at overleve."

Anderledes skeptisk stiller LFH sig over for de kommunale forvaltninger, idet han ikke mener, at de har gjort tilstrækkeligt i forhold til at tilpasse sig den politiske proces:

"De kommunale forvaltninger har ikke gjort noget som helst for at tilpasse sig den politiske beslutning, som er sket. Og det er et problem."

LFH er vidende om, at nogle kommuner har valgt at bruge praktiserende terapeuter til at varetage den kommunale genoptræningsopgave, mens andre har ladet terapeuterne tage merarbejde. Men langt den største del af kommunerne har ifølge LFH ikke taget stilling til, hvorledes opgaven skal varetages. LFH oplyser, at der er terapeuter, som har fået besked om at påtage sig genoptræningsopgaven i så vid udstrækning som det er muligt *uden* at dette må gå ud over deres nuværende arbejde. LFH mener, at det er op til de kommunale forvaltninger at tage denne drøftelse, da det ellers er svært at komme videre med projektet. LFH vil lægge op til at såvel projekt- som styregruppe skal reagere på denne manglende kommunale drøftelse.

3.2.6 Fælles sprog og test

Fælles sprog og fælles test tillægger LFH ikke så stor betydning. Han giver udtryk for, at hvis man er i stand til at fastholde kontakten mellem terapeuterne, så er behovet ikke så stort som

⁸ Til trods herfor taler fokusgruppedeltagerne om, at de så småt er begyndt at foretage træningsbesøg. Forskellen til LFH's registreringer kan måske skyldes, at terapeuterne endnu ikke har fået indrapporteret træningsbesøgene.

tidligere, hvor en overlevering kunne foregå uden mundtlig kommunikation mellem terapeuterne – i heldigste fald har der været tale om et stykke papir:

”Og det er måske en af de største gevinster vi haft i denne første del af projektet, at terapeuterne er begyndt at tale sammen.”

LFH er dog klar over, at borgeren eventuelt kan have behov for en vurdering. Men LFH oplever samtidig, at det har været svært at få terapeuterne til at interessere sig for at indgå aftaler om fælles tests. Der har således været aftalt et møde i efteråret, hvor ”test” var på dagsordenen, men dette er af forskellige grunde blevet udskudt til foråret 2006.

Hjemmebesøg har ikke været debatteret i implementeringsgrupperne, da dette ifølge LFH principielt ikke har noget med træningsbesøg og projektet at gøre.

3.2.7 Patienternes tilfredshed

Udgangspunktet for alle drøftelser om overdragelse af patientgrupper til kommunal genoptræning omhandler, at det skal være til gavn for patienterne. LFH oplyser, at det er meget tydeligt, at det er til gavn for især de medicinske patienter, idet de for eksempel kan undgå lange og opslidende transporter.

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

3.2.8 Øvrigt personale

LFH gør opmærksom på, at hvis patienterne bliver sendt væsentlig tidligere 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.

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 kontak- tet af en kommunal terapeut om en borger, og det vil ifølge LFH være en kulturforandring for dem. Men som LFH ser det, så er det en af de opgaver, som der skal arbejdes med.

3.2.9 Opkvalificering

Ifølge LFH er de kommunale terapeuter meget interesseret i at få lov til at deltage i trænings- besøg mhp. at blive opkvalificeret, hvilket de sygehusansatte terapeuter medgiver. Og der har ikke på anden vis været tale om et eventuelt behov for opkvalificering.

4. Fokusgruppeinterview med terapeuter

4.1 Planlægning og gennemførelse af fokusgruppeinterviewet:

Lars Folmer Hansen kontaktede efter aftale i december 2005 fire terapeuter (to ergoterapeuter og to fysioterapeuter) mhp. deltagelse i et fokusgruppeinterview primo januar 2006. Evaluator fik oplyst navn og e-mail-adresse på de tre af terapeuterne tre dage inden mødet og den sidste terapeuts navn blev oplyst to dage forinden. Evaluator kontaktede herefter de fire terapeuter pr. e-mail dagen inden fokusgruppeinterviewet med henblik på en præcisering af formålet med fokusgruppeinterviewet og en orientering om form og skitsen til interviewguiden, Bilag 6. Herudover blev terapeuterne bedt om at give en tilbagemelding på, hvorvidt de ville deltage i mødet, hvilket alle fire gav tilsagn om. Deltagerne var en sygehusansat ergoterapeut, en sygehusansat fysioterapeut, en kommunalt ansat ergoterapeut og en kommunalt ansat fysioterapeut. De fire terapeuter indgår i hver deres implementeringsgrupper.

Fokusgruppeinterviewet blev gennemført i et af Amtsgårdens lokaler i Sorø. Ofte bliver et fokusgruppeinterview gennemført af to personer, interviewereren, som også kaldes moderat, samt en referent. På grund af det forholdsvis lille budget for nærværende midtvejsevaluering har evaluator imidlertid valgt at forestå fokusgruppeinterviewet alene. I mailen til terapeuterne var der blevet gjort opmærksom på, og dette blev gentaget ved mødestart, at hele fokusgruppeinterviewet ville blive optaget på bånd med det formål at sikre validiteten af interviewet. Det skal i denne forbindelse påpeges, at der ikke bliver lavet en båndudskrift af interviewet.

Mødet blev indledt med en kort præsentation, hvorefter det blev oplyst, at ingen af deltagerne ville kunne sikres fuldstændig anonymitet, men at ingen ville blive citeret med navns nævnelse. Moderator opsummerede herefter formålet med fokusgruppeinterviewet: At blive klogere på, hvad der kan medvirke til at:

- Fremme henholdsvis hæmme processen med at lægge genoptræningsopgaverne ud til kommunerne herunder at opnå en smidig samarbejdsmodel
- Patienter / borgere kan opnå en større sikkerhed ved at få genoptræning i kommunerne frem for på sygehusene.

4.2 Bearbejdning og analyse af interviewdata

Bearbejdningen af interviewdata til brug for den efterfølgende analyse har bestået i, at moderator straks efter interviewet med udgangspunkt i båndoptagelsen har foretaget en redigeret og tematiseret sammenfatning af terapeuternes udtalelser. Der er i udarbejdelsen af referatet foretaget en læservenlig bearbejdning, således at i der i nogle tilfælde, hvor terapeuterne er citeret er foretaget en omformulering, idet talt sprog undertiden kan være vanskeligt forståeligt, hvis det udskrives ordret. Således er nogle af sætningerne eksempelvis gjort kortere uden at der derved er ændret på indhold og mening med udtalelsen. I nogle tilfælde har det været nødvendigt at indskrive en mindre forklaring, for at kunne forstå sammenhængen i en udtalelse, denne er da skrevet ind i parentes, mens terapeuternes udtalelser er skrevet med kursiv.

4.3 Resultater

I dette afsnit præsenteres resultaterne af fokusgruppeinterviewet med fire terapeuter fra Vest-sjællands Amt.

Fokusgruppeinterviewet foregik 12. januar 2006 i Amtsgården i Sorø og det varede godt to timer. Terapeuternes erfaringer som terapeuter er forskellige – de interviewede har arbejdet som terapeuter fra otte til mere end 25 år.

4.3.1 Projektets generelle ide

Terapeuterne mener, at det er en god ide med nærværende projekt, idet det giver alle terapeuter en god mulighed for at forberede sig til sygehusenes endelige overdragelse af genoptræningsopgaven til kommunerne den 1. januar 2007.

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 (projekt) 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 sygehusterapeuterne giver hende ret i denne betragtning; at det er en nødvendig proces forud for den endelige overdragelse af genoptræningsopgaverne 1. januar 2007 til kommunerne. Dernæst erkender hun, at det kan være svært at adskille denne projektperiode fra den af Sundhedsministeriet stillede opgave med at udlægge den ambulante genoptræning til kommunerne. Men samtidig tilkendegiver hun, at det er nødvendigt i den mellemliggende periode at have såvel gode som mindre gode erfaringer mhp. en afgrænsning af, hvilke patienter, som kan overdrages til kommunal genoptræning 1. januar 2007.

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 været muligt fuldstændigt at undlade at referere til den større proces, hvilket nedenstående er et eksempel på.

En af terapeuterne anfører, at det i starten har været svært for sygehusterapeuterne at skulle vænne sig til det, at give opgaver fra sig. Men i løbet af det forgangene år er de blevet meget mere bevidste om, at det er en nødvendig proces, så nu er holdningen 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. Hvilket 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 ud og arbejde i kommunerne. Det har eksempelvis betydet, at en del af mødetiden i implementeringsgrupperne er blevet brugt til en fælles orientering og drøftelse af forflytningen af terapeuter fra sygehuse til kommunerne.

4.3.2 Terapeuternes vurdering af projektføreløbet

De fire terapeuter finder sammenstemmende, at der ved projektstart har været for lidt orientering, herunder at den skriftlige information om formålet med projektet og de i projektet indlagte muligheder ikke har været tilstrækkelige. Dernæst finder de, at det har været en ulempe, at de fem implementeringsgrupper ikke har været startet op samtidig, hvilket ifølge en af terapeuterne har foranlediget en dårlig stemning på møderne i en af implementeringsgrupperne. Der har således været sygehusansatte terapeuter, som har deltaget i to forskellige implementeringsgrupper med et noget forskelligt opstarttidspunkt. Dette foranledigede ifølge terapeuten, at den gruppe, som startede senest, ikke helt har fået mulighed for at arbejde på egne præmisser, idet gengangerne fra den anden implementeringsgruppe refererede til den første implementeringsgruppes aftaler. Ifølge samme terapeut er der dog ved at blive rettet op på dette, men det har indledningsvis skabt megen frustration. Samtidig er der dog en oplevelse af, at denne frustration har medvirket til noget positivt, idet den har dannet grundlag for at den enkelte terapeut har kunnet sige nej til de ting, som vedkommende terapeut ikke har kunnet medvirke til.

En af sygehusterapeuterne gav til kende, at hun ved projektstart havde været noget skeptisk over for den foranstående opgave, men at hun efterhånden har en god oplevelse heraf, som dels er baseret på konkrete overdragelser af genoptræningsopgaven til kommunerne og dels gode snakke i implementeringsgrupperne om hvilke diagnosegrupper efterhånden kan overtage. Således oplever hun, at der er en positiv holdning til opgaven både fra de kommunale terapeuter og fra de sygehusansatte terapeuter.

At der er et reelt behov for at være bedre orienteret om mulighederne og de økonomiske forhold vedrørende muligheden for at modtage "projekt penge" til genoptræningen fremgår flere gange i løbet af fokusgruppeinterviewet. 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". 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. Således anfører en af terapeuterne:

"Der bliver i nogle tilfælde udført kommunal træning efter indlæggelse alene baseret på en telefonisk opringning, og altså uden at der er udfyldt en "Rekvisition A".

Gruppen af terapeuter diskuterer herefter muligheden for, at der kan være tale om, at henvendelserne måske omfatter en opfordring om vedligeholdelsestræning frem for at genoptræning. Det mener den pågældende terapeut, som bragte forholdet ind i samtalen dog ikke, idet hun er af den opfattelse, at patienterne ellers ville have skullet fortsætte genoptræningen på sygehuset. En af sygehusterapeuterne supplerer med oplysninger om, at der undertiden stadig bliver afkrydset ved "vedligeholdelsestræning" frem for ved "genoptræning" på genoptræningsplanen. Af den videre samtale fremgår det, at dette er en gammel vane, som er baseret på de hidtidige aftaler vedrørende genoptræningsplaner, hvor en afkrydsning ved "vedligeholdelsestræning" frem for "genoptræning" ikke udløste en amtslig betaling til den pågældende kommune, som skulle fortsætte træningen af patienten. Hertil påpeger en af de kommunale terapeuter, at der jo ikke længere er grund til denne misvisende afkrydsning, idet en afkrydsning ved "genoptræning" betales af "projektet" så længe dette løber.

At der ikke bliver udfyldt en "Rekvisition A", når der reelt er tale om overdragelse af et genoptræningsforløb til kommunen betyder, at disse patientforløb ikke kommer til at figurere i projektet.

Herudover blev der også givet eksempel på at en kommunal terapeut øjensynligt ikke var orienteret om muligheden for at modtage "projekt penge" til borgerens transport ved genoptræning i kommunen. Dette betyder, at borgeren ikke i første omgang modtog den forventede træning, da borgeren ikke selv var indstillet på at betale herfor. Der er endvidere usikkerhed om, hvorvidt patienter/borgere, som modtages på henholdsvis "Rekvisition A" og "Rekvisition B" må indgå i holdtræning.

4.3.3 Hæmmende og fremmede forhold for et godt samarbejde ved ud-lægning af genoptræning til kommunerne

På spørgsmålet om, hvad deltagerne oplever som henholdsvis hæmmende og fremmede for processen med at lægge genoptræningsopgaverne ud til kommunerne kommer der en del ud-sagn, som omhandler kapacitets- og prioriteringsproblemer samt behov for en bedre normering og øgede økonomiske ressourcer. Hertil kommer overvejelser om den faglige kompetence hos de kommunale terapeuter og for dårlige træningsfaciliteter. Især synes det at være vanskeligt at overtage genoptræning af patienter ved udskrivelse fra sygehusene i de små kommuner med få trænende terapeuter.

4.3.4 Kapacitet

En af terapeuterne påpegede, at det kan være vanskeligt for de, som er ansat i de små kommuner med få indbyggere at kunne påtage sig genoptræningsopgaven. I små kommuner, hvor der ikke er så mange eller måske kun er ansat en enkelt trænende terapeut, kan det være vanskeligt at have "frirum" til at overtage en genoptræningspatient, idet det daglige arbejde er booket af vanlige kommunale arbejdsopgaver (genoptræning uden relation til indlæggelser, vedligeholdelsestræning, dagcenter, hjælpemiddelsager etc.). At overtage genoptræningen af en patient er endvidere vanskeliggjort af, at det ikke er så ofte og at det heller ikke vides hvornår, der rettes en henvendelse fra sygehuspersonalet om overtagelse af en patient. Det er derfor ikke muligt på forhånd at friholde fritimer til denne form for træning. Dette 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. Det bemærkes derfor også af en af terapeuterne, at eksempelvis Holbæk Kommune har haft forholdsvis let ved på implementeringsgruppens møder at sige "ja" til at få overdraget genoptræningsfunktionen.

En anden form for kapacitetsproblem bliver rejst af en af de andre terapeuter, idet hun vender tilbage til det forhold, at det er usikkert hvornår der kommer en henvendelse fra sygehuset. I en lille kommune er det ikke muligt at have et stående beredskab mhp. at kunne overtage genoptræningen med kort varsel. Der er derfor indgået en aftale med to af de kommunalt ansatte terapeuter i kommunen, som begge er på deltid, så de i perioder har et tillæg til deres ansættelsesbrev. De to terapeuter har således begge indvilliget i, at når kommunen modtager en "Rekvisition A", så går de to terapeuter midlertidigt 1-2 timer "op i tid" i en periode på 1-2 måneder. Terapeuten anfører, at det ikke er muligt at overskue en længere periode, at løsningen ikke er god – men, at det jo ikke er muligt at nyansætte en terapeut i f.eks. fem timer ugentlig for en kortere tid. Det påpeges endvidere, at dette kun er en mulighed i de kommuner, hvor terapeuterne er på deltid. I større kommuner, hvor der er et større flow af ansættelser, er der eventuelt mulighed for, at deltidsansatte terapeuter ved ansættelsen bliver orienteret om, at der i perioder kan forventes et større ugentligt timeantal.

Derudover fremgår det, at det kommunale volumen af borgere som trænes ganske enkelt kan være for lille til at optage en patient med en given diagnose. Der er ganske enkelt ikke et tilstrækkeligt stort antal patienter med en given diagnose til at danne et hold:

"Så kan der være nogle, hvor det vil være enormt godt med nogle hold, da det ikke er individuel træning de har brug for, men hvis ikke vi har nogle hold, hvor de passer ind i, så kan patienterne være bedre tjent med at blive på sygehuset, hvor der er nogle, som er sammenlignelige og ligesom kan peppe hinanden lidt op".

"Eksempelvis skal en nyopereret hoftepatient jo ikke ind på et hold med dårlige hemipatienter".

4.3.5 Normering, ressourcer og prioritering

Til trods for, at der i henhold til samarbejdsaftalen følger projektpenge med overtagelsen af genoptræning, så opleves det ikke som uproblematisk af de kommunale terapeuter at varetage denne opgave. 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 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, for 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 leder⁹, som kan sige, at så gør vi det på den og den måde."

For at kunne varetage genoptræningsopgaven i kommunerne, så kræver det, at der er en vis form for fleksibilitet, således at der er indlagt "huller" til at modtage patienterne fra sygehuset. Hvis ikke der er denne form for ledige tider, vil det ifølge en af terapeuterne kunne blive nødvendigt at bede sygehuset om at varetage genoptræningen i en periode. Behovet for ledige tider/huller vil selvsagt være stigende med et øget flow af patienter, som overdrages til kommunal genoptræning. 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.

En terapeut kan oplyse, 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. Dette fører til en generel diskussion blandt de fire fokusgruppemedlemmer om det acceptable 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 diskussionen bringes det herefter frem, at i de

⁹ Den pågældende terapeut er den eneste terapeut i kommunen.

tilfælde, hvor det drejer sig om ”kan-opgaver”, så kan disse eventuelt overdrages til terapeuter, som varetager dagcenterfunktionen. Dette er imidlertid ikke en mulighed i alle kommuner, hvorfor det kan overvejes, om frivillige, dvs. ulønnede personer, kan varetage opgaven.

4.3.6 Kompetence

En af sygehusterapeuterne påpeger, at der er meget forskel på hvorledes de enkelte kommuner reagerer på en henvendelse om at overtage genoptræningsopgaven. Terapeuterne taler i den forbindelse om, at det kan dreje sig om den faglige kompetence i den kommunale terapeutgruppe. Det påpeges derfor, at det er meget vigtigt at den sygehusansatte terapeut retter en telefonisk kontakt til de kommunale terapeuter mhp. en fælles vurdering af, hvorvidt de kommunale terapeuter kan magte at overtage en given genoptræningsopgave. 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).

Hertil kommer, at nogle kommuner helt generelt ikke har den faglige kompetence til at tilbyde et samlet genoptræningsforløb varetaget af både fysioterapeuter og ergoterapeuter. Nogle kommuner har ganske enkelt valgt ikke at ansætte ergoterapeuter. Det betyder, at der ikke kan foretages ergoterapeutisk genoptræning af eksempelvis hemiplegipatienter (halvsidet lammede patienter) og i nogle tilfælde betyder, at der slet ikke forekommer kommunal genoptræning af disse borgere, idet der for hemiplegipatienter ofte kan være behov for en samlet fysioterapeutisk og ergoterapeutisk genoptræning.

Endelig påpeges det af en af de kommunale terapeuter, at afgrænsningen af hvilke genoptræningsopgaver den enkelte terapeut/kommune kan varetage er personbestemt/kommunalt bestemt upåagtet, at 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 at kan sige ”nej” til 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 vent- og transporttid. Denne patientgruppe omfatter væsentligst ældre medicinske 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.

Den ene af 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. Dernæst påpeger hun, at situationen i 2007 er en anden, idet der med udlægningen af genoptræningsopgaven til kommunerne følger terapeuter med fra sygehuset, som jo har erfaringer med de pågældende patientkategorier.

Ifald, der er penge hertil i projektet, er det et ønske fra nogle af terapeuterne med en form for "café", hvor der kan foregå en form for gensidig erfaringsudveksling mht. hvorledes træningen af givne patientkategorier udføres i henholdsvis sygehus- og kommunalt regi. En terapeut mener imidlertid at dette indblik i hinandens virksomhed til fulde kan tilgodeses ved at gøre brug af tilbudet om træningsbesøg, men hun medgiver dog, at det kunne være en mulighed.

4.3.7 Faciliteter

En anden 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. Hertil kommer, at der ikke i alle kommuner er de fornødne træningsredskaber. Dette gør sig især gældende i de mindre kommuner, hvor der ikke alle steder eksempelvis er træningsredskaber til håndkirurgisk træning.

4.3.8 Andet personale

En af sygehuseterapeuterne 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 jo ikke kun terapeuterne, som laver genoptræningen, der er jo også koblet andre faggrupper op på patienten, så hvordan skal vi lave denne snitflade (til kommunerne)?"

På Slagelse Sygehus har plejepersonalet på dagafsnittet ifølge terapeuten på sygehuset givet udtryk for bekymring i forbindelse med såvel nærværende projekt som i forbindelse med den generelle udlægning af genoptræningsopgaven til kommunerne. Mange er nervøse over om de kan bevare deres arbejde på sigt.

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 sygehuseterapeuterne 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 "Rekvision A" eller på genoptræningsplanen, idet det vil kunne lette kontakten til den pågældende læge.

4.3.9 Genoptræningsplaner

De kommunale terapeuter vil meget gerne modtage og gøre brug af de af sygehusterapeuterne 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 at sygehuspersonalet dels husker at indhente den enkelte patients tilladelse til at videresende genoptræningsplanen og dels husker at videresende en kopi direkte til de kommunale terapeuter, ellers kan man ifølge den samme terapeut nemlig risikere, at disse slet ikke når frem til terapeuterne, men eksempelvis havner ved den kommunale visitator.

Af Vestsjællands Amts hjemmeside fremgår det, at der forefindes en skabelon til anvendelse ved udarbejdelsen af genoptræningsplaner, der kan ses en kopi af skabelonen i Bilag 8. Projektkoordinator Lars Folmer Hansen oplyser, at den ikke anvendes alle steder. Undervejs i fokusgruppeinterviewet fremgår det imidlertid, at de medvirkende terapeuter anvender en sådan skabelon:

"Det foregår alle steder".

Men der er øjensynligt stor utilfredshed med brugen heraf. Ifølge de kommunale terapeuter forstår patienterne ikke hvad der står i genoptræningsplanen, og undertiden er det også svært for de kommunale terapeuter, idet 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 fagsprog. En kopi af genoptræningsplanen samt en fysioterapeut- og en ergoterapeutstatus, som patienten måske ikke ser, sendes direkte til den modtagende terapeut i kommunen. Som eksempel kan statusen indeholde en forflytningsvejledning, en beskrivelse af de cognitive problemer for en given hemiplegipatient samt et kortfattet journaluddrag. Vigtigheden af at overdragelsen sker via fyldige beskrivelser lægges der især vægt på fra en af de kommunale terapeuter:

"Jo flere oplysninger jo bedre, vi vil aldrig sige, hvad skal vi dog med det, når det kommer fra en terapeut".

En af de sygehusansatte terapeuter påpeger endvidere en egentlig mangel ved skemaet, idet der ikke er en rubrik hvori diagnosen kan påføres. Ovennævnte sygehus's terapeuter har derfor valgt at påføre diagnosen i rubrikken "øvrige". Af den efterfølgende snak fremgår det, at det er af yderste vigtighed, at den modtagende terapeut får oplysninger om eventuelt stillede diagnoser.

4.3.10 Fælles test

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

"Det er ikke så smart, at vi arbejder med hver sit".

I den forbindelse oplyses det af en af sygehusterapeuterne, 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”. To af terapeuterne oplyser, at de ikke kender til denne aftale, og den ene af dem giver udtryk for, at hun synes at implementeringsgrupperne har brugt utrolig meget tid på netop at tale om mange forskellige test. Hun ville i den forbindelse gerne have haft kendskab til den pågældende aftale, som er indgået mellem terapeuterne på Slagelse Sygehus og de tilhørende kommunale terapeuter.

Der udtrykkes herefter et ønske om, at der i *hele regionen* opnås enighed om at bruge den/de samme test, og det fremgår, at der er forventning om, at implementeringsgrupperne bl.a. skal bruges til dette.

4.3.11 Træningsbesøg

Erfaringen med træningsbesøg er ikke så stor. En af terapeuterne kender slet ikke til muligheden. Den ene kommunale terapeut har imidlertid erfaring hermed og synes, 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 kan en kommunal reaktion på en genoptræningsplan måske blot blive en afvisning grundet manglende ressourcer til at sætte sig ind i opgaven; men dette kan muligheden for træningsbesøg imidlertid være medvirkende til at ændre på:

”Nu kan vi afsætte tid til det (den specifikke genoptræning) og kan følge en træning her (på sygehuset) og kan så gå ud og prøve det af derhjemme og eventuelt undervise plejepersonalet i, hvordan det kan følge op på genoptræningen. Efterfølgende kan I (sygehusterapeuterne), så komme ud og følge op på det og justere hvordan vi kan gøre det bedre. Hvilket er rigtig godt. Der er borgeren jo lige pludselig i centrum. Hvor kommunikationen i andre tilfælde sker via en visitator og hvor vi som kommunale terapeuter ikke ved noget [...] Selvfølgelig tager vi fortsat på besøg på sygehusene i forbindelse med sager, som eksempelvis drejer sig om boligændringer. Men træningsbesøget var fokuseret på træning og det var godt, det var vi glade for”.

En af sygehusterapeuterne har også erfaring med træningsbesøg og er enig i, at det er en god ide, som er til glæde for patienterne:

”Træningsbesøg kan også foretages ved stationære patienter, hvilket er en kæmpe fordel”.

Eneterapeuten anser det imidlertid som værende nærmest umuligt at få indarbejdet træningsbesøg, idet de ”projektpege”, som kommunen modtager ikke tilfalder terapiafdelingen. Det betyder at hun i virkeligheden ville skulle fravælge andre arbejdsopgaver, hvilket hun generelt ikke har sin chefs billigelse til at gøre.

Den ene sygehusansatte terapeut oplever imidlertid, at der er en hæmsko for brugen af 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.

En af sygehusterapeuterne bringer herefter studiebesøg på banen. Hun har således et ønske om at komme ud og tale med de terapeuter, som hun 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 te-

rapeuter afholdes i skiftende lokaliteter. Det er oplevelsen, at sådanne besøg kan medvirke til at gøre det lettere at kontakte hinanden telefonisk.

4.4.1 Patienternes tilfredshed og kommunale statuser

På forespørgsel om, hvordan terapeuterne mener, at patienterne oplever denne overdragelse af genoptræningsopgaven til kommunerne er der ikke et kontant svar. Patienterne bliver nemlig ikke spurgt herom.

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, idet det vil give utilfredshed blandt patienterne:

"Hvis man sender nogle ud til kommunal genoptræning, som du tager dig af (underforstået patienter med lymfedem), så vil patienterne opleve det som negativt. Så længe vi ikke siger ja til mere end vi kan klare, så vil jeg da tro, at det kun kan blive positivt...."

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, men under alle omstændigheder var det utilfredsstillende. Dette giver anledning til, en snak om vigtigheden af at få meldt ud på forhånd om, hvornår 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 kommuner, 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 Lars Folmer Hansen bliver der efter hvert afsluttet genoptræningsforløb, som er baseret på en "Rekvisition A" udarbejdet en form for status, som tilsendes projektet. Denne status opfatter de tilstedeværende kommunale terapeuter imidlertid væsentligst som en regning, hvoraf antal og formen af træning, som borgeren har modtaget, fremgår. Ifølge genoptræningsaftalen, 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 sygehusterapeuterne/patientens journal er svaret, at det afhænger af den kommunale praksis. Begge sygehusterapeuter kan imidlertid oplyse, at de endnu ikke har set sådanne statuser for patienter, som er overgået til kommunal genoptræning. Der er dog enighed om, at de kommunale terapeuter bør udarbejde disse statuser, og at dette bør tages op i implementeringsgrupperne. 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.

Ingen af terapeuterne har erfaring med at indskrive patienternes oplevelse af genoptræningsforløbet i eventuelle statuser. Det er alene terapeuternes vurderinger af patientens medvirken i genoptræningen, som indgår. En af terapeuterne foreslår, at det måske kunne være en god ide med et evalueringsark i forbindelse med dette projekt, hvoraf det fremgår, hvorledes den en-

kelte patient oplever at skulle overgå til kommunal genoptræning. Det vil i givet fald skulle udleveres af de kommunale terapeuter, hvis der er tale om en "A-Rekvisition" og af de sygehusansatte terapeuter, hvis man også ønsker viden om en eventuel kommunal genoptræningspatient, som overdrages til sygehusets terapeuter på basis af en "Rekvisition B". Der er enighed i fokusgruppen om, at dette forslag er en god ide, som bør viderebringes til projektets koordinator Lars Folmer Hansen.

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:

"Dette tiltag kunne så eventuelt udbygges med at sende det hele til sygehusets terapeuter"

5 Samlet evaluering

Dette afsnit er en kortfattet og samlende evaluering, som er baseret på tidligere afsnit i nærværende rapport. Det betyder, at der kan forekomme forhold, udsagn samt gode ideer, som ikke er blevet medtaget i nærværende afsnit men er værd at lægge mærke.

Projektkoordinator Lars Folmer Hansen har udarbejdet tids- og handleplaner, som i det væsentligste bliver fulgt.

Der er i det indledende forløb blevet udarbejdet en række dokumenter, som kan findes på Vestsjællands Amts hjemmeside. Disse omfatter eksempelvis projektbeskrivelsen, dokumenter og skemaer til brug for selve overdragelsen af genoptræningen og træningsbesøgene, men skabelonen til brug for genoptræningsplaner er ikke at finde på hjemmesiden. Hertil kommer en Power Point præsentation, som LFH har brugt ved diverse præsentationer af projektet samt en skrivelse til ældrecheferne. Der foreligger imidlertid ikke noget skriftligt materiale fra møderne med sygehusenes læger.

Der er blevet etableret fem implementeringsgrupper, hvor det første møde blev afholdt primo juli 2005 i implementeringsgruppen for Odsherred. Alle grupper har mindst afholdt tre møder med undtagelse af implementeringsgruppe 2 fra Ny-Slagelse. Det fremgår af såvel notater fra implementeringsgruppernes møder som af LFH's udsagn, at ikke alle grupper er nået lige langt i processen med at afklare hvilke sygdomsgrupper, som kan overdrages fra genoptræning i sygehusregi til kommunalt regi. LFH lægger imidlertid vægt på, at de enkelte grupper skal have tid til at få indgået hver deres aftaler.

Deltagerne i fokusgruppen giver udtryk for, at processen med udlægning af opgaverne er ved at komme godt i gang, og at de efterhånden føler trykthed herved. Der er efterhånden kommet gode eksempler på selve overdragelsen, genoptræningen i kommunerne og brugen af træningsbesøg. Det fremgår imidlertid, at ikke alle terapeuter er bekendte med muligheden for træningsbesøg. Tilsyneladende bliver der ikke i alle kommuner udarbejdet en kommunal status efter endt træning, og øjensynligt modtager sygehusenes terapeuter heller ikke kommunale statuser til journalerne, sådan som de bør i henhold til "Vejledning til samarbejdsaftalen". Det betyder, at det kan forekomme, at der ved en eventuel genindlæggelse af en patient, som har modtaget kommunal genoptræning efter en sygehusindlæggelse, ikke er et statusnotat i journalen.

Terapeuterne giver udtryk for, at der er brug for et andet dokument end genoptræningsplanen, til at lette samarbejdet mellem sygehusansatte terapeuter og kommunale terapeuter. Genoptræningsplanen er undertiden uforståelig for såvel patient som modtagende terapeut, idet den undertiden er skrevet i et vanskeligt forståeligt fagsprog. De kommunale terapeuter påpeger endvidere, at det er vigtigt at såvel genoptræningsplan (efter accept fra patienten) som "Rekvisition A" sendes direkte til den kommunale terapeut, idet dette vil lette samarbejdet.

Det fremgår af indkomne "Rekvisition A'er", at der er stor forskel mht. til hvor mange patienter de enkelte sygehuse får overdraget til kommunerne. Holbæk Sygehus har således overdraget 21 ud af i alt 38 patientforløb. Der er også stor forskel kommunerne imellem mht. hvor mange genoptræningspatienter, de modtager. Holbæk Kommune har således modtaget knap 25 % af alle genoptræningspatienter (9 ptt.), hvor fire af dem er henvist fra Holbæk Sygehus. Det har vist sig, at også en forholdsvis lille kommune som Trundholm har været i stand til at

modtage genoptræningspatienter, idet der har været overdraget fem genoptræningspatienter fra Holbæk Sygehus. I alt har 12 kommuner påtaget sig mindst ét genoptræningsforløb og det betyder, at det kun er i ca. halvdelen af kommunerne, at der er blevet foretaget genoptræning efter indlæggelse på sygehus. Forklaringerne på hvorfor det undertiden kan være svært at sige "ja" til at overtage en genoptræningspatient kan på baggrund af terapeuternes udsagn samles i følgende fem punkter:

- Der er mangel på terapeuter til at påtage sig opgaven, når dette enten skal ske som mer-/overarbejde eller skal inden for de nuværende rammer. Terapeuterne har i nogle tilfælde fået besked om, at de ikke må fralægge sig andre opgaver. En af fokusgruppedeltagerne har erfaret, at den kommunale forvaltning ikke overfører ressourcer / penge til "terapeutkontoen" efter endt kommunal genoptræning efter sygehusudskrivelse – og det til trods for, at kommunen har underskrevet samarbejdsaftalen og dermed får udbetalt 380 kr. pr. udført genoptræningstime fra projektet
- Det er svært at have "frirum" til at modtage denne form for patienter i en lille kommune med få ansatte terapeuter
- I de små kommuner er der ikke altid et eksisterende hold, som genoptræningspatienterne kan indgå på
- Kompetencen blandt de kommunale terapeuter afhænger af deres tidligere ansættelsesforløb og der kan derfor være "huller" i forhold til at modtage genoptræningspatienter med en given diagnose
- Der kan være tale om pladsproblemer i de kommunale lokaler, som ofte skal bookes tre måneder i forvejen

Lars Folmer Hansen gør opmærksom på det problematiske i, at ikke alle kommunale forvaltninger har gjort tilstrækkeligt i forhold til at tilpasse sig den politiske proces; de har ifølge LFH's vurdering således ikke taget stilling til, hvordan opgaven skal varetages. Der er eksempelvis i) ikke ansat tilstrækkelig med ergoterapeuter i kommunerne, som kan behandle, ii) der er terapeuter, som har fået besked om at påtage sig genoptræningsopgaven i så vid udstrækning som det er muligt *uden* at dette må gå ud over deres nuværende arbejde, og iii) LFH er vidende om, at projektpenge, som er udbetalt til en kommune efter endt kommunal genoptræning ikke er tilgået "terapeutkontoen". Ifølge LFH må de kommunale forvaltninger tage en drøftelse heraf, da det ellers er svært at komme videre med projektet.

I ca. 60 % af tilfældene har patienter, som har modtaget genoptræning i kommunerne haft en apopleksi, et brækket ben eller fået indsat en protese i hoften. Hovedparten af patienterne er blevet overdraget til fysioterapeutisk behandling. LFH's forklaring herpå er, at der ganske enkelt ikke er den tilstedeværende ergoterapeutiske kapacitet i kommunerne, idet ergoterapeuterne i det væsentligste er ansat som sagsbehandlende ergoterapeuter.

Såvel terapeuter som LFH giver udtryk for, at det er meget vigtigt med personlig kommunikation mellem terapeuterne, hvis der skal være et smidigt samarbejde mellem sygehusansatte terapeuter og de kommunale terapeuter. De kommunale terapeuter vil også meget gerne modtage skriftligt materiale vedrørende en patient, når det kommer fra en terapeut. Ligeledes opleves træningsbesøg som værende meget positive af de terapeuter, som har deltaget i et sådant. Terapeuterne vurderer imidlertid i modsætning til LFH, at det vil være en lettelse, hvis der kan findes en fælles test. Et eksempel kunne være "Senior Fitness Testen".

Terapeuterne giver ikke udtryk for behov om deltagelse i specifikke kurser, derimod gives der udtryk for, at hvis der inden for projektbudgettet kunne gives mulighed for en form for åben

”cafevirksomhed”, hvor der kan udveksles erfaringer om forskellige sygdomsgrupper, så kan nogle af terapeuterne ønske sig dette.

Der har øjensynligt endnu ikke været indtænkt en form for dokumentation og evaluering af patienternes oplevelse med overdragelsen til kommunal genoptræning, hvorfor der ikke forefindes et skema hertil.

6 Vurdering

Det vurderes på baggrund af nærværende evaluering baseret på henholdsvis et fokusgruppeinterview med terapeuter, et interview med projektkoordinator Lars Folmer Hansen og diverse materiale udleveret af samme, at:

- Der i henhold til den af LFH udarbejdede tidsplan er god fremdrift i processen med at overdrage genoptræningsopgaver til de kommunale terapeuter, men det bør måske undersøges nærmere, hvorfor der kun var 12 kommuner ud af 23 mulige, som medio december 2005 havde påtaget sig opgaven
- Der bør også tages en generel drøftelse med de kommunale forvaltninger i de kommuner, hvor terapeuterne finder det vanskeligt eller umuligt at påtage sig genoptræningsopgaven efter udskrivelse fra sygehus grundet manglende tilførsel af ressourcer i form af såvel terapeuttimer som penge til ”terapeutkontoen”
- Der bør derudover iværksættes en form for erfaringsudveksling mellem de terapeuter / kommuner, som har påtaget sig genoptræningsopgaven efter udskrivelse fra sygehus og de, som endnu ikke har forsøgt sig hermed – det er formentlig også en god ide at gøre tilsvarende for grupper af de sygehusansatte terapeuter
- Der bør endvidere ses på udformningen af genoptræningsplanerne, således at de fremstår mere læsevenlige, og derudover bør der tages en drøftelse af behovet for et egentlig vejledende dokument, som er målrettet den kommunale terapeut
- Det bør undersøges, hvorledes dokumentationen af den kommunale genoptræning kan sikres, således at der i henhold til ”Vejledning til samarbejdsaftalen” bliver udarbejdet afsluttende statuser, som lægges i patientens journal – måske skal der udarbejdes en skabelon for kommunale statuser
- Der kan være grund til at sikre sig, at alle terapeuter er bekendte med mulighederne for at tage på træningsbesøg
- Der bør udarbejdes et skema eller lignende, som patienterne kan påføre deres ”oplevelser / tilfredshed” med at være blevet overdraget til kommunal genoptræning, således at der kan foretages en evaluering heraf

Endelig bør der det vurderes, om der inden projektet afsluttes er behov for en beskrivelse af, hvad der i henhold til projektbeskrivelsen menes med ”en funktionel samarbejdsmodel” i Vestsjællands Amt, herunder hvorledes der kommunikeres, til hvem og i hvilken form.

Bilag

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. Ansvaret 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 ansvarlig 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 kommunen, 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. Fortsat 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.
- Apopleksipatienter.
- Geriatrike 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:

www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1911?ARTIKEL_ID=1013050112131725&ARTIKELGRUPPE_ID=1013031128093112

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 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 hjemme-besøg, side-stilles 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 ambulant 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 2 – Ansøgningsskema og projektbeskrivelse

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	Pengeinstituttets navn og adresse: Institutionens konto nr.: Afdeling: Reg. Nr. Kontoindehaver:

Dato og ansøgers underskrift:

Bilag 1. Beskrivelse af projektet og vurdering af effekter

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 sammenhæng 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 drifts-organisationer 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 sygehuse 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 projektpriodens 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 vedligeholdelsestræning, 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 sygehusafdelingens 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. Amtsrådet har netop godkendt aftalen om genoptræning. Amtsrådet 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 ambulante 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 ambulante regi. I tilfælde af behov for tværfaglig og specialiseret træning vil ambulante træning på sygehuset fortsat være hensigtsmæssig.

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 udskrivningerne fra sygehusene – svarende til i alt ca. 6.000 udskrivninger 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 udskrivning" 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 projektforløbet 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 objektivt 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 o.s.v.

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

Del 1 og 2

Projektkoordinatoren 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.

Bilag 2 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	1.045.000 kr.
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	985.000 kr.
I alt 2005 og 2006	<u>2.030.000 kr.</u>

Egenfinansiering:

Amtsrådet finansierer selv det øgede antal genoptræningsydelse 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 ambulante genoptræning på sygehuset efter en udskrivning. Endvidere finansierer amtet overordnet projektledelse, træk på personale ressourcer fra sygehusene til faglig bistand mv., drift af kontor og administration.

Kilde: Udleveret af Lars Folmer Hansen

Bilag 3.1 – Rekvisition A
Vestsjællands Amt

REKVISITION A
Kommunen varetager sygehusopgave
Genoptræning

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

Kontaktperson på sygehusafdeling		Direkte tlf.nr.	
Ordinerende læge		Afdeling	

Hjemkommune			
Kontaktperson i kommunen		Direkte tlf.nr.	

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

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

Træningsperiode	
-----------------	--

Kilde: Vestsjællands Amts hjemmeside.

Bilag 3.2 – Rekvisition B

Vestsjællands Amt

REKVISITION B

Sygehuset varetager kommunal opgave
Genoptræning

Borgerens navn og adresse	
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	
-----------------	--

Kilde: Vestsjællands Amts hjemmeside.

Bilag 3.3 – Regningsbilag til genoptræning
Vestsjællands Amt

REGNINGSBILAG
Genoptræning

Indbetalings kommune	Kommune adr.	Kommune hoved telefonnr.
Kommune giro nr	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:

Tidsforbrug: (overføres fra side 2)	
- introduktion	timer
- individuel træning	timer
- holdtræning	timer
- hjemmetræning	timer
Tidsforbrug i alt	timer
Afregningspris:	
- personaleomkostninger (Tidsforbrug i alt x ??? kr.)	kr.
- omkostning personaletransport ved hjemmetræning (Antal km x 2,90 kr.)	kr.
- omkostning borgerens transport tur/retur	kr.
Afregningspris i alt	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)

Kilde: Vestsjællands Amts hjemmeside.

Bilag 3.4 – Takstblad til genoptræning

Takstblad - Genoptræning

Gældende for 2005

Amtslig genoptræning foretaget af kommunen

Kommunens ydelser honoreres i henhold til borgerens aktive træningstid.

Heri indgår :

1. Borgerens træningstid i alt til individuel træning på træningscenter
2. Borgerens træningstid i alt på hold
3. 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 :

1. Borgerens træningstid i alt til individuel træning på træningscenter
2. Borgerens træningstid i alt på hold
3. 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

Kilde: Vestsjællands Amts hjemmeside.

Bilag 4.1 – Træningsbesøg, beskrivelse

Træningsbesøg

I forbindelse med projekt "Koordinerede og sammenhængende genoptræningsforløb i samarbejde mellem sygehusene og kommunerne i dag og efter strukturreformens ikrafttræden", er det blevet muligt for patienter med behov for videre genoptræning efter udskrivelse fra sygehuset, at modtage genoptræning i kommunalt regi.

For at lette overgangen fra det ene regi til det andet og for at sikre kontinuitet i træningen, er det nødvendigt med dialog og praktisk overdragelse af træningsopgaven mellem sygehusets og kommunens terapeuter og i et samarbejde med patienten og dennes pårørende.

På nuværende tidspunkt foregår udskrivelsesforanstaltningerne fra sygehuset. Sygehuset drøfter i samarbejde med patienten aktuelle problemstillinger, der tages på hjemmebesøg, laves udskrivningsplaner og kommunen kontaktes med henblik på hjemmepleje og træning. Erfaringen er imidlertid, at dette ikke altid er tilstrækkeligt.

For at fremme kontinuiteten i træningsindsatsen og kommunikationen mellem de involverede parter, ville træningsbesøg i borgerens hjem, med deltagelse af patienten og dennes pårørende, terapeut fra sygehus og kommune samt eventuelt tilknyttet plejepersonale være relevant at foretage inden udskrivelsen.

Ved træningsbesøg forventes følgende:

- Større tryghed hos patienten ved udskrivning til ambulansetræning i kommunalt regi, mere glidende overgang
- Fælles målsætning, større sammenhæng i træningen
- Større brug af fælles begrebsdefinitioner
- Fælles anvendelse af tests

Ordningen er en udvidelse af fysio- /ergoterapeutens opgaver, og vil blive afprøvet i forbindelse med projekt "Koordinerede og sammenhængende genoptræningsforløb i samarbejde mellem sygehusene og kommunerne i dag og efter strukturreformens ikrafttræden"

Ordningen afregnes via Regningsbilaget for "træningsbesøg"

Kilde: Vestsjællands Amts hjemmeside.

Bilag 4.2 – 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

Kilde: Vestsjællands Amts hjemmeside.

Bilag 4.3 – Vejledning til regningsbilag ved træningsbesøg

Vejledning til anvendelse af Regningsbilag: Træningsbesøg

Dette bilag anvendes i forbindelse med Projekt: Koordinerende og sammenhængende genoptræningsforløb i samarbejde mellem sygehusene og kommunerne i dag og efter strukturreformens ikrafttræden.

Anvendelse:

Når terapeuter fra primær- og sekundær sektoren, i forbindelse med en patient/borgers videre genoptræning, bruger tid til f.eks. genoptræning af borgeren i andet miljø, (borgerens hjem, eller institution), eller bruger tid til kompetenceudvikling, ved institutions besøg og lignende.

Tidsforbruget beregnes fra terapeuten forlader sin arbejdsplads til hun/han er tilbage på sin arbejdsplads.

Kilde: Vestsjællands Amts hjemmeside.

Bilag 5 – 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	lfh@vestamt.dk
Vicefunktionschef Lisbeth Schrøder, Slagelse sygehus	csliss@vestamt.dk
Vicefunktionschef Mie Møller, Kalundborg sygehus	ksmimo@vestamt.dk
Overfysioterapeut Lis Bentzen, Holbæk Sygehus	lisbnt@vestamt.dk
Myndighedschef Lene Rasmussen, Sorø kommune	lera@soroe.dk
Ældrechef Kåre Clemmensen, Kalundborg	sockcl@kalundborg.dk
Visitator Anne Jul Rasmussen, Holbæk Kommune	amr@hoibkom.dk

Publiceret: 10. oktober 2005 på Vestsjælland Amts hjemmeside:
www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1911?_ARTIKEL_ID_=1013051010112459&_ARTIKELGRUPPE_ID_=1013031128093112

Projektgruppens kommissorium:

- Sikre faglighed i projektet
- Beskrive aktiviteter i projektet
- Støtte projektets fremdrift
- Beskrive interesser
- Beskrive evaluering (midtvejs og slut)
- Beskrive delelementer

Kilde: Ovenstående kommissorium er en kopi af Power Point præsentation fra Lars Folmer Hansen.

Herudover er der etableret en **styregruppe** bestående af:

- Souschef i sundhedssekretariatet Lone Ulholm
- Projektkoordinator Lars Folmer Hansen
-

Styregruppens kommissorium:

- Godkendelse af proces og tidsplaner
- Motivation og opbakning til projekt
- Træffe overordnede beslutninger om projektet (ændringer f.eks. tid, økonomi, ressourcer)

Kilde: Ovenstående kommissorium er en kopi af Power Point præsentation fra Lars Folmer Hansen

Bilag 6 – Interviewguide

Interviewguide anvendt ved individuelt interview med projektkoordinator Lars Folmer Hansen og fokusgruppeinterviewet med deltagelse af fire terapeuter

Formålet med fokusgruppeinterviewet 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

1. 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.).
2. Hvorledes kan overdragelsen af genoptræningsopgaven til de kommunale terapeuter ske mest hensigtsmæssigt? (genoptræningsplaner, overdragelsesprocedurer, hjemmebesøg, fælles sprog, tests osv.)
3. Hvilke patientgrupper kan overdrages / modtages i kommunerne?
4. Hvilken betydning har og får den ændrede opgavevaretagelse for patienten / borgeren?
5. Hvilke konsekvenser har overdragelsen af genoptræningsopgaver for sygehusene og for kommunerne?

Personale

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

Andre vigtige ting????

Bilag 7 – Tidsplan

Tidsplan

- Etablering af diverse grupper, april 2005
- Afholdelse af start møder i grupper, primo maj 2005
- Afholdelse af orienterings møder sygehuse og kommuner fra juni 2005
- Implementering begyndende i juni 2005
- Midtvejsevaluering i november 2005
- Slutevaluering i oktober/november 2006

Kilde: Ovenstående tidsplan er en kopi af Power Point præsentation fra Lars Folmer Hansen.

Bilag 8 – Genoptræningsplaner

Genoptræningsplan

		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		
Vurderet funktionsniveau		
- ved indlæggelse:		
- på udskrivningstidspunktet		
- der forventes opnået som resultat af genoptræningen:		
Tidsplan		
Hvor skal genoptræningen foregå?		
Hvornår skal den starte?		
Om muligt hvor længe forventes den at vare?		
Kontrol efter udskrivelse		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dato: Sted:	
Supplerende bemærkninger:		
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 Lars Folmer Hansen.

Bilag 9 – Information til ældrechefer

**Samarbejdsaftale vedrørende træning,
mellem Vestsjællands Amt og Kommunerne**
Aftalen indgået i 2004 løbende til udgangen af 2007

Formålet med aftalen er at give borgerne et bedre koordineret og tilpasset tilbud

- Vestsjællands Amt har ansat Lars Folmer Hansen som projektkoordinator m.h.p. at styrke aftalen. Lars er kontaktperson vedr. aftalen
- Der er etableret styregruppe og projektgruppe med repræsentanter for amt, kommuner og sygehuse
- Der er påbegyndt etablering af implementeringsgrupper.
Disse grupper etableres af projektkoordinator, mellem repræsentanter fra terapierne på sygehusene og repræsentanter fra kommunerne samlet i de nye "storkommuner".
Grupperne færdigetableres i september /oktober måned.
Implementeringsgrupperne aftaler lokalt hvilke patientgrupper der berøres, og afprøver modeller for samarbejde.
- Der arbejdes med fælles terminologi og brug af fælles test.

Arbejdet med implementering af aftalen ses som en forløber til opgaveændringerne ved strukturreformen, hvorfor implementeringsgrupperne forventes at kunne være bærende i forbindelse med disse ændringer.