

Sygehus Lillebælt

Område: Samarbejde med kommunerne
Afdeling: Planlægning
Journal nr.:
Dato: 16/9 2009

Udarbejdet af: Birthe Nielsen Ditlevsen
E-mail: Birthe.Nielsen.Ditlevsen@slb.regionssyddanmark.dk
Telefon: 76362036

Indkaldelse til møde i regi af lokalt samordningsforum for området Sygehus Lillebælt, Underudvalg for genoptræning

Tidspunkt: Tirsdag d. 29. september 2009 kl. 13.00 – 15.00

Sted: Direktionens mødelokale, Kolding Sygehus

Forplejning: Let frokost og kaffe/the

Deltagere:

Kolding Kommune: Hanne Lærke

Vejle Kommune: leder af genoptræning Jens Beck

Fredericia Kommune: ledende fysioterapeut Anne-Mette Dalgård

Middelfart Kommune: Vivi Ovesen, Teamleder

Billund Kommune: Martha Mikaelson, Teamleder

Vejen Kommune: Konst. Ledende terapeut Joan Barnes

Praksiskonsulent: Anette Skadborg, ortopæd. kir. afd. Vejle Sygehus

Sygehus Lillebælt: - chefterapeut Dorthe Maagaard FKS, Medicinsk afdeling VGS overlæge Henrik Hey, Fredericia Sygehus og ad hoc planlægningsafdelingen SLB, oversygeplejerske Birthe Nielsen

Afbud: Lisbeth Eriksen VGS, overlæge Steen Smith KS og Lotte Marker FS

Dagsorden:

1. Godkendelse af referat fra d. 25. august: referat godkendt. Billund har lagt data ind på Visinfo. Snitflade på dagsordenen til november mødet.

Under godkendelse af referat drøftes hjælpemiddelområdet jf. behandlede cases. Holdningen er som angivet i aftalen, vi skal bistå på tværs af sektorer og gensidigt supplere således at de rette hjælpemidler er tilstede når borgeren har behov herfor. Når hjælpemidler er vurderet som varige, bør der ikke være grundlag for diskussion. Det er forskellige kommunale forvaltninger der varetager genoptræning og hjælpemiddelområdet og derudover er organiseringen i kommunerne uens. Eks. har rehabiliteringsafdelingen i Fredericia hjælpemidler til rådighed jf. at lovgivningen skal overholdes. De fleste kommuner ejer hjælpemidlerne selv. Vejen kommune leaser. Indledende budskabet tages med tilbage til kommunerne.

Hjælpemidler er en integreret del af den samlede indsats, men det er ønskeligt at der etableres underudvalg for området. Alternativt at hjælpemiddelområdet repræsenteres i dette udvalg til drøftelse af cases og samarbejdets betydning for patientforløbene også internt i kommunerne. Overvejelser om fælles hjælpemiddel depot kunne genoptages.

2. Valg af formand: Anne - Mette Dalgård er valgt til formand og afgiver status på det lokalesamordningsforum d. 6/10.

3. Gennemgang af opstillede indsatsområder /handleplan herunder opfølgning fra referat i relation til punkterne samt planlægning af tiltag:

1. Tilpasning af almen og specialiseret genoptræning:

Middelfart Kommune: ved optælling af ydelser på genoptræningsområdet er der en tendens til stigning. Vurderes nærmere.

Fredericia Kommune: stigning i efterspørgsel på almen genoptræning. Prognosen siger ekstra 250 GOP i 2009 sammenlignet med 2008. Fordeling mellem almen og spec. er ca. 80 /20.

Kolding Kommune: jævn stigning og generelt mange i sommerferien også i øvrige kommuner. Fordeling ca. 70/30 og der er ikke tegn på fald i antal GOP.

Fra planlægning SLB ønskes fokus rettet mod omkostning/kronefordeling til genoptræning frem for % mellem almen, og spec. fordi antagelsen er, at økonomi viser et mere retvisende indtryk af indsatsen.

Kvalitet af GOP: der skal fortsat arbejdes med de lægeudfyldte GOP. Alle nyansatte læger Introduceres til visinfo, i udarbejdelse af GOP herunder kendskab til kriterier for spec.

Genoptræning, og der er interesse for området. Vigtigt at involvere lægegruppen fra starten af indlæggelsen i vurdering af funktionsevne, udarbejdelse af behandlingsplan og GOP/eller vedligehold. Tilbage melding og dialog er vejen frem.

Fra terapeut side er der en god standard for indhold i GOP.

Kriterier for hvorfor en GOP skal være specialiseret fremgår mangelfuldt i GOP og der er ikke sammenfald mellem modtaget spec. GOP og antal på økonomioversigter. Ved vurdering af GOP ønskes gensidig tilbage melding/kontakt, hvis der er tvivl om det bør være almen eller spec. genoptræning.

Den regionale kliniske retningslinje skal revideres.

Der er i dette udvalgt plads til undren over forskellige vurderinger og der rettes henvendelse til de respektive parter, hvis der mangles oplysninger. For ortopæd Kolding er afd. sygepl. Hanne Andersen kontaktperson.

Kommunerne ser gerne at opr. beskrivelse medsendes. Er ikke et krav, men der er mulighed for at kopiere beskrivelsen ind under supplerende opl.

Fra praksis angives, at ortopæd kir. GOP ikke modtages.

Kvalitet i genoptræningen: patienter, hvor genoptræningsforløbet ikke forløber tilfredsstillende - eks. refleksdystrofi, skuldre og hænder - ønskes patienterne tilbage til spec. niveau hurtigst muligt/eller telefonisk kontakt til sygehuset. I GOP ønskes anført, hvis der vurderes at være et rehabiliterings problem.

2. Forløbsplaner:

Hvor er kommuner og sygehuse i forhold til forløbsplaner. DAK er stoppet op, men hvad er realistisk og hvad kan der opnås enighed om i dette regi. Det er de fremtidige perspektiver der ligger i forløbsplanerne.

Konklusion: forløbsplan for hofteforløb og apopleksi prioriteres til drøftelse og stillingtagen til, hvad der kan realiseres.

3. Medicinske patienters behov genoptræning og vedligeholdelse træning:

Ved patienter der genindlægges uden at genoptræning er igangsat ønskes tilbage melding m.h.p at undersøge forløbet. Dette er dog ikke så enkelt, idet patienterne ikke nødvendigvis genindlægges på den udskrivende afdeling eller sygehus.

Kompetence niveau er varierende herunder omlægning af den lægelige uddannelse, hvor den almene medicinske patient er nedprioriteret, medfører en massiv indsats i at oplære til også, at have det funktionsmæssige fokus således at genoptræning og vedligehold indgår i forløbsplan, udskrivningsrapport og evt. udarbejdelse af GOP.

Patienterne bliver ældre og ældre og nogle patienter ønsker ikke genoptræning, når de kontaktes m.h.p herpå. Derfor er forventnings afstemning også nødvendig.

Kommunerne har mange muligheder for tilpasset træning ud fra den enkeltes forudsætninger og det er hensigten at borgere skal i gang med genoptræning med det samme. Ikke nødvendigvis uden for hjemmet, men også ved de plejepersonaler der overtager, når patienten er kommet hjem. Der ønskes opfølgning på, hvornår genoptræning påbegyndes.

FAM vil fremover sandsynligvis medføre endnu kortere indlæggelser end i dag. Fra FVA i Vejle udskr. 40-45% indenfor 24-48 timer og uden at der har været fysioterapeuter involveret. Generelt er der færre terapeuter på sygehusene end tidligere og terapeuter indgår i vagter.

Medicinske patienter har indgået i projekt tværsektoriel kvalitet og sammenhæng i genoptræningen, men derudover er der ikke tilstrækkelig fokus på træning af den almene medicinske patient.

På Vejle sygehus screenes alle indlagte patienter i stationære sengeafsnit.

Konklusion: den almene medicinske patient skal vurderes m.h.p behov for genoptræning/vedligehold i begge sektorer og behov skal dokumenteres. Udtræk fra det patientadministrative system skal

dokumentere nuværende niveau af udarbejdede GOP og niveauet skal følges. Uddannelses behov og indsats skal afdækkes herunder, hvordan der gives respons på genindlæggelse, hvor årsag skønnes at være på baggrund af funktionsniveau. Der skal følge op i kommunerne i forhold til opstart af genoptræning.

4. Gensidig orientering – alle: ej nået.

5. Evt.:

- til næste møde udarbejdes mødeoversigt tirsdage x 6 for 2010.

Med venlig hilsen

Referent Birthe Nielsen, Planlægningsafdelingen SLB