

Plan for somatisk spesialisert rehabilitering i Telemark 2015- 2020



Prosjektleder Gro E. Aasland

Innhold

1	Bakgrunn for planen	4
2	Hva er spesialisert rehabilitering?	4
3	ICF- Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse.....	5
4	Forskning på kommunal rehabilitering	6
5	Hverdagsrehabilitering	6
6	Indikatorer for måling av funksjon	7
7	Sentrale føringer.....	7
	7.1 Samhandlingsreformen og andre nasjonale føringer.....	7
	7.2 Utviklingsplan for sykehuset i Telemark HF (STHF)	8
	7.3 Områdeplan rehabilitering	8
	7.4 Behandlingslinje hjerneslag.....	8
8	Organisering av prosjektet	8
	8.1 Arbeidsgruppas sammensetning og arbeid.....	8
	8.2 Fremdriftsplan	9
9	Rehabilitering i Telemark	10
	9.1 Kartlegging av rehabiliteringstilbudet på sykehuset	10
	9.2 Organisering av rehabiliteringsaktivitet Sykehuset Telemark.....	12
	9.2.1 Oversikt over pasienter som har fått døgnrehabilitering ved STHF, Skien.....	13
	Figur 8 Hvor pasienten henvises til etter utskrivelse, vist i antall pasienter	15
	9.2.2 Noen pasientgrupper – forekomst i Telemark	16
	9.2.3 Private rehabiliteringsinstitusjoner.....	18
	9.2.5 Koordinerende enhet og koordinatorfunksjonen	18
	9.3 Status rehabiliteringstilbud kommunene.....	18
	9.3.1 Kartlegging kommunene	19
10	Fremtidens rehabiliteringstilbud i Telemark	20
	10.1 Forventninger til spesialisthelsetjenesten	20
	10.2 Forventninger til kommuner	20
	10.3 Forventninger fra kommuner til sykehus	20

11 Sammen om det gode rehabiliteringsløp fra sykehus til kommune; – overføringsrutiner og kompetanseheving samt telemedisinske tjenester	21
12 Tiltak	22
12.1 Felles tiltak, verktøy med indikatorer	22
12.2 Generelle tiltak kommunene.....	22
12.3 Generelle tiltak sykehuset.....	22
12. 4 Diagnosespesifikke tiltak	25
Tabell 10 Diagnosespesifikke tiltak	27
12 Økonomi	27
13 Oppsummering.....	27

1 Bakgrunn for planen

Klinikkjef i medisinsk klinikk har gitt i oppdrag å utarbeide en plan for somatisk spesialisert rehabilitering i Telemark. Arbeidet skal skje i samarbeid mellom brukere, kommuner og sykehus i fylket og skal inneholde:

- *Kartlegging av dagens situasjon i sykehus og kommuner*
- *Kartlegging av ønsket situasjon, hvilke forventninger har brukere, kommuner og sykehus*
- *Hvilke tiltak må gjøres og hva må aktørene bidra med*

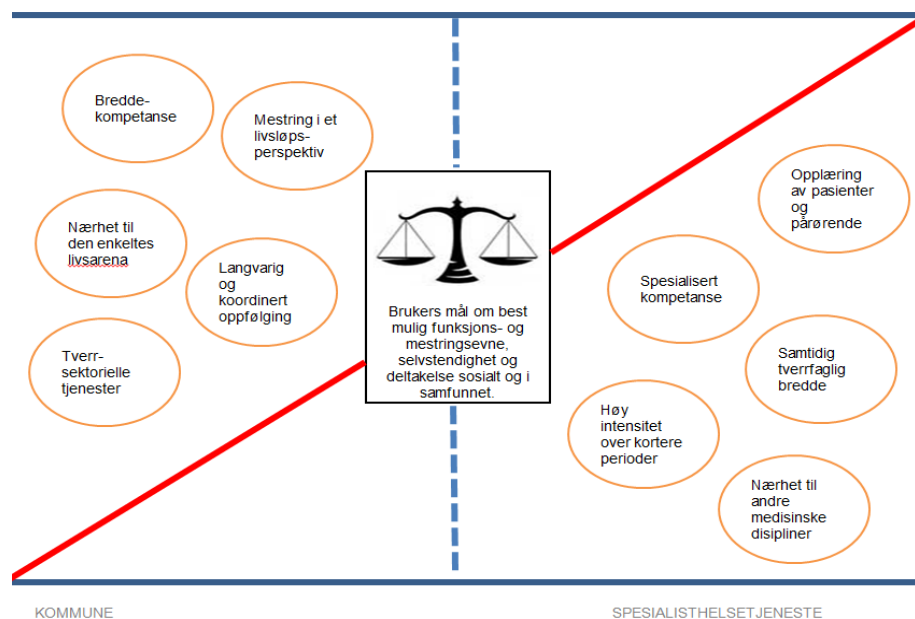
2 Hva er spesialisert rehabilitering?

Planen skal beskrive fremtiden for spesialisert rehabilitering i Telemark. Prosjektgruppa har brukt en del tid på å diskutere hva som ligger i begrepet *spesialisert rehabilitering*. Det er ulike oppfatninger om hvorvidt det kun omfatter de aktivitetene som spesialisthelsetjenesten har ansvar for eller om det også omfatter rehabiliteringen som skjer i grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

I Forskrift for rehabilitering defineres rehabilitering slik:

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.

[I IS 1947 – ”Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet”](#) er dette forsøkt illustrert i figur 1.



Figur 1

Spesialisthelstjenesten har ansvar for rehabilitering tidlig i forløpet. Når det er behov for andre medisinske disipliner i tillegg til rehabiliteringskompetansen, er det nødvendig med høy grad av spesialisering og stor tverrfaglighet samt høy intensitet på rehabiliteringstiltakene. Det er også klart definert at kommunen har ansvar for de livslange koordinerte løpene, der det skal tilrettelegges i nærmiljø og der ulike etater må samarbeide. Det er krevende å sette en klar grense for når et spesialisert rehabiliteringsløp skal avsluttes i spesialisthelstjenesten og fortsette i kommunen. I de aller fleste tilfeller vil det være behov for et samarbeid mellom spesialisthelstjenesten og kommunen – med pasienten i sentrum.

I IS 1947 – ”Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelstjenesten på rehabiliteringsområdet” slås det fast at ” enten skjer rehabiliteringen i kommunen, eller i kommunen og spesialisthelstjenesten. Aldri bare i spesialisthelstjenesten.”

I denne planen defineres **spesialisert rehabilitering som**

- **Den rehabilitering som skjer i sykehus; tidlig i prosessen, medisinske problemstillinger og behov for stor grad av tverrfaglighet**
- **Den rehabilitering som skjer når kommune og sykehus samarbeider rundt pasienten. Pasienten er hjemme eller på kommunalt tilbud, og sykehuset bidrar eksemplvis med kompetanseoverføring og/eller ambulante besøk.**

3 ICF- Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse

ICF er en klassifikasjon som utfyller diagnoseklassifikasjonen ICD-10 ved at hovedvekten legges på funksjonsevne, aktiviteter og samspill med miljøfaktorer. Formålet med ICF er til dels å etablere et enhetlig og standardisert språk og til dels et verktøy for beskrivelse av helse og helselaterte forhold. Samtidig legges det vekt på å se individets helseforhold og fungering i en total sammenheng. ICF søker å kunne presentere et sammenfallende syn på helse ut fra et biologisk, et individuelt og et sosialt perspektiv.

Klassifikasjonen er særlig nyttig innen habilitering, rehabilitering og andre områder hvor helse og funksjon skal vurderes i en bredere sammenheng enn som sykdom isolert sett.



Figur 2 Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (WHO)

4 Forskning på kommunal rehabilitering

Fastlege Inger Johansen fra Larvik har skrevet en doktorgradsavhandling med tittelen: ["Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings"](#). Johansen har gjort en sammenligning av resultatene på døgner rehabilitering i definerte rehabiliteringssenger med rehabilitering på en korttidsavdeling i en kommune. Hun konkluderer med at det er signifikant bedre resultater hos de pasientene som fikk rehabilitering på en definert kommunal rehabiliteringsavdeling sammenlignet med de pasientene som kom på korttidsavdeling. Dette gjelder både på kort og lang sikt. Pasientene som fikk tverrfaglig målrettet rehabilitering trengte mindre hjemmetjenester, hadde mindre forbruk av korttidsplasser og kunne bo lenger i egen bolig. I avhandlingen konkluderes det også med at et godt tverrfagligteam, fastsatte kriterier for inntak, en systematisk rehabiliteringsprosess og god koordinering er suksesskriterier enten rehabiliteringen skjer i hjemmet eller på rehabiliteringsavdeling.

Det er estimert et behov for døgner rehabiliteringsplasser i kommune på minimum 16 plasser pr 40 000 innbyggere. Det må være tverrfaglig bemannet med fysio- og ergoterapeut samt sykepleier og legetilsyn.

5 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering får en plass i stadig flere kommuner. Hverdagsrehabilitering handler om systematisk og tverrfaglig rettet tiltak mot de nye brukerne som kommer i kontakt med helse- og sosialkontoret og som bor hjemme.

Den enkelte brukers ressurser støttes i stedet for å tilby kompensierende og passiverende tiltak. Når brukerne får hverdagsrehabilitering får de et skreddersydd rehabiliteringstilbud, et "ytelsessjokk". Brukerne setter sine egne mål for rehabiliteringen. Fysioterapeut/ ergoterapeut/ sykepleier veileder og tilrettelegger for aktiviteter sammen med en hjemmetrener. Hjemmetrener gir hverdagsrehabilitering i en periode på 4 uker, med mulighet til forlengelse ved behov. ([Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering, Stavanger kommune 2013](#)).

6 Indikatorer for måling av funksjon

Det finnes ulike indikatorer for måling av funksjon og dermed rehabiliteringspotensiale. Eksempler på eksisterende indikatorer som brukes er Barthels skala, Sunnaas ADL test, ulike tester som går spesifikt på motorikk, kognisjon, syn og emosjon. Det er svært varierende praksis på hvor systematisk det blir foretatt målinger. Kommunene er gjennom helseregisterloven pålagt å benytte IPLOS. Dette er først og fremst et nasjonalt helseregister som har som formål å samle inn og behandle data fra kommunene om personer som mottar helse- og omsorgstjenester og er dermed lite egnet til å måle funksjon. Det jobbes fra Regional Kompetansetjeneste Rehabilitering i Helse sør øst (RKR) med å lage et felles indikatorsett innen rehabilitering.

7 Sentrale føringer

De siste årene er det kommet reformer og planer sentralt, regionalt og på sykehusnivå og i kommunene som innvirker på hvordan vi organiserer og samarbeider innen rehabilitering.

7.1 Samhandlingsreformen og andre nasjonale føringer

Det har vært stor endring i ansvars- og arbeidsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene innen rehabilitering.

[Samhandlingsreformens](#) intensjoner er å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen blant annet innenfor rehabilitering. Det er også en venstreforskyving av oppgaver og ansvar over til kommunene. Tjenestene skal flyttes nærmere der folk bor. Samtidig er målet med reformen å samle spesialiserte fagmiljøer og gjøre disse miljøene sterke og robuste. "IS1947 – Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet" beskriver hvilke oppgaver som hører hjemme i spesialisthelsetjenesten og hva som er kommunale oppgaver innen rehabilitering. (fig 1)

Det er inngått delavtaler mellom sykehuset og kommunene for å regulere ansvarsforholdene rundt de ulike oppgavene. Det er flere av disse delavtalene som berøres i dette prosjektet; *delavtale om utskrivning, delavtale om kunnskapsoverføring og hospitering og delavtale om forebygging og pasientforløp, herunder rehabilitering.*

[Primærhelsemeldingen](#) beskriver at pasientene skal ha et tverrfaglig helseteam å forholde seg til og at flere av rehabiliteringsoppgavene skal over på kommunene. Dette gjelder spesielt ved kommunesammenslåing til store kommuner

Regjeringen har varslet flere reformer og meldinger i løpet av den nærmeste tiden som vil berøre rehabiliteringsfeltet. [Kommunereformen](#) legger til rette for sammenslåing av kommuner og dermed for flere oppgaver til kommunene – herunder også et større ansvar for rehabiliteringsfeltet. [Folkehelsemeldingen](#) vil si noe om kommunenes ansvar innen folkehelsearbeid og sidestille fysisk og psykisk helse., og [Nasjonal helse- og sykehusplan](#) vil blant annet beskrive hva behovet for helsetjenester og helsepersonell vil være fram mot 2040, samt ønsket sykehusstruktur i tiden fremover.

Forslag til en ny veiledning til [Forskrift om habilitering og rehabilitering](#) var ute på høring høsten 2014. Den endelige veiledningen er ventet høsten 2015.

7.2 Utviklingsplan for sykehuset i Telemark HF (STHF)

Det er vedtatt en [Utviklingsplan \(2014-2016\)](#) for sykehuset hvor en viktig målsetning er å modernisere tjenestetilbudet for å ivareta befolkningens behov på en god måte og i tråd med lov og forskrift, ny medisinsk kunnskap og de til enhver tid gjeldende rammevilkår STHF må forholde seg til. Denne planen gjelder også fagområdet rehabilitering. Planen har initiert en gjennomgående organisering. Det betyr at Avdeling for nevrologi og rehabilitering har ansvar for all rehabilitering som sykehuset skal tilby i Telemark. Det er en sentral føring i planen at alle innbyggere i Telemark, uavhengig av bosted, skal ha det samme helsetilbud. Det har vært et uttrykt mål i planen å sentralisere det som må sentraliseres, deriblant akuttfunksjonene og desentralisere øvrige tjenester i tett dialog med kommunene.

7.3 Områdeplan rehabilitering

Det ble i 2011 - 2012 laget en felles områdeplan for rehabilitering for Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark. Dette er en detaljert og omfattende plan som ble vedtatt i sykehusenes styre før samhandlingsreformens konsekvenser var tydelige. Det er derfor stort behov for å revidere denne planen.

7.4 Behandlingslinje hjerneslag

Fase 2 i behandlingslinje hjerneslag er en del av denne planen. Det ble i 2014 laget [en behandlingslinje](#) for hjerneslag som omhandler aktiviteter og tiltak innenfor sykehuset, fase 1. Fase 2 omhandler det som skjer etter utskrivelse.

8 Organisering av prosjektet

- Prosjekteier er klinikkjef Per Urdahl.
- Prosjektleder er avdelingsleder Gro Aasland.

Arbeidet med denne planen ble påbegynt i januar 2015. Det er holdt to halvdagsmøter og et heldagsmøte i prosjektgruppen. 29.05.15 ble det gjennomført en høringskonferanse med 70 deltakere fra kommuner, brukerorganisasjoner og sykehuset.

Planen vil bli sendt ut på høring til aktuelle aktører innen rehabiliteringsfeltet i Telemark samt legges fram for direktørens ledergruppe på sykehuset.

8.1 Arbeidsgruppas sammensetning og arbeid

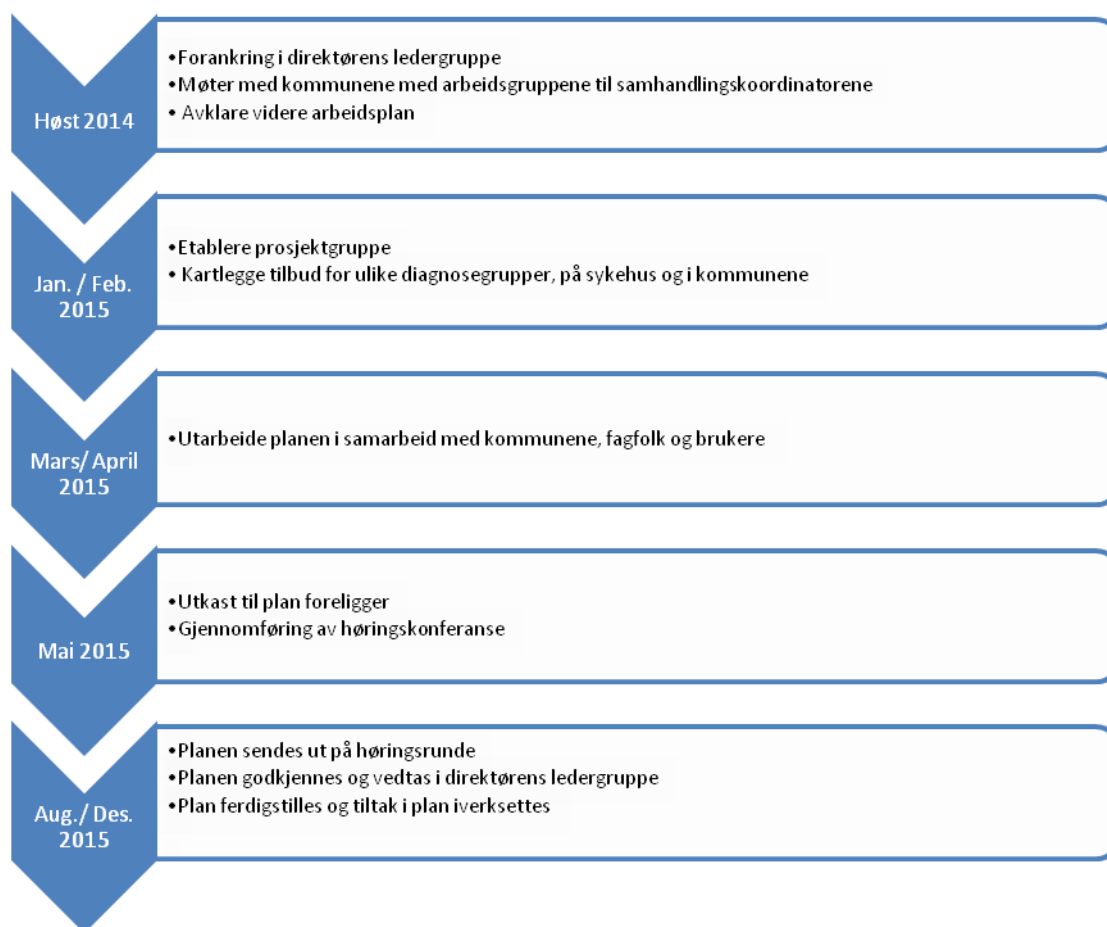
Prosjektgruppen har representanter fra kommunene, brukerorganisasjoner og fagpersoner ved sykehuset. Alle kommunene i Telemark ble invitert til å være med i arbeidet. 8 kommuner tok i mot invitasjonen. Arbeidsgruppa hadde følgende sammensetning:

<u>Navn</u>	<u>Tilknytning</u>	<u>Navn</u>	<u>Tilknytning</u>
Inger Fjell	FFO	Lene Skolem	Bamble kommune
Vibeke Selen	Slagrammedes forening	Mona Johnsen	Porsgrunn kommune
Thale Rolstad	Notodden kommune	Ragna Grande	Skien kommune
Fanny Pran	Notodden kommune	Ole Martin Stamland	Skien kommune
Grete Fjågesund	Nome kommune	Elin Reiersdal	Drangedal kommune
Elisabeth Haagenen	først Tokke, så Vinje kommune	Åse Drevsjømoen	Tokke kommune
Klara Listog	Vinje kommune	Carina Abrahamsen	STHF
Kristin A Småge	STHF	Nina McNeill	STHF
Caroline Torskog	STHF		

Tabell 1: Arbeidsgruppe Plan for spesialisert somatisk rehabilitering i Telemark

8.2 Fremdriftsplan

Prosjektet har følgende plan for fremdrift.



Figur 3: Fremdriftsplan for spesialisert somatisk rehabilitering i Telemark

9 Rehabilitering i Telemark

Telemark fylke er et av de fylkene i Norge som har lavest befolkningsvekst i eksisterende befolkning. Samtidig er det et av de fylkene som har minst tilflytning og en stadig økende andel eldre innbyggere. Denne utviklingen vil øke i årene fremover. Dette vil ha konsekvenser og kan antas å gi et økt behov for rehabilitering, både i kommuner og på sykehus.

9.1 Kartlegging av rehabiliteringstilbudet på sykehuset

Med utgangspunkt i diagnoser har Sykehuset Telemark følgende tilbud innen rehabilitering:

Pasientgruppe	Tilbud STHF	Andre foretak	Private rehabiliteringsinstitusjoner
Brudd og slitasjeskader i skjelettet	Ingen		Flere
Eldre pasienter med brudd, ofte	Ingen		Flere

kombinert med medisinske problemstillinger			
Reumatologisk rehabilitering		Betanien	Flere
Amputasjoner i under-ekstremitetene	Avtale med SiV v/Kysthospitalet	Kysthospitalet	Flere
CFS/ME	LMS Skien og Notodden: Mestringsopplegg		AiR
Kreft	Pusterommet i Skien (poliklinisk rehabilitering)	Døgn: Kysthospitalet	Flere
Hjerneslag og traumatiske hjerneskader	4 senger i Skien i tidlig fase Ambulant og poliklinisk oppfølging	Kysthospitalet (avtale), Sunnaas	Flere
Nevrologiske og nevrologiske og nevrologiske sykdommer, hypoxyskader	Ambulant og poliklinisk tverrfaglig oppfølging fra Skien. LMS Skien mestringstilbud	Kysthospitalet Døgn: nyoppdaget MS	Flere
Hjertesykdommer	Poliklinisk rehabilitering/opptrening i Skien og på Notodden		Flere Feiring
Lungesykdommer	LMS Skien Lungekreft Mestringstilbud LMS Notodden Kols Mestringstilbud		Glitre
Kronisk muskel- og skjelettsmerte	Grensesnitt mot ARR (arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk)		AiR
Funksjonelle tilstander	Ingen	Kysta	
Sykelig overvekt	Seksjon for sykkelig overvekt, Nordagutu		
Diabetes 1	LMS Skien /Notodden-mestringstilbud		
Pasienter med komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter	4 senger i Skien	Sunnaas, Kysthospitalet, Kristiansand	

sykehusbehandling, multitraumer		
Arbeidsrettet rehabilitering	ARR	AiR

Tabell 2 Oversikt over rehabiliteringstilbud ved Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark har en avtale med SiV v/Kysthospitalet om at slagpasienter som trenger rehabilitering i spesialisthelsetjenesten utover tidlig fase sendes dit.

Benamputerte pasienter som skal ha protese får rehabilitering på SiV v/Kysthospitalet.

9.2 Organisering av rehabiliteringsaktivitet Sykehuset Telemark

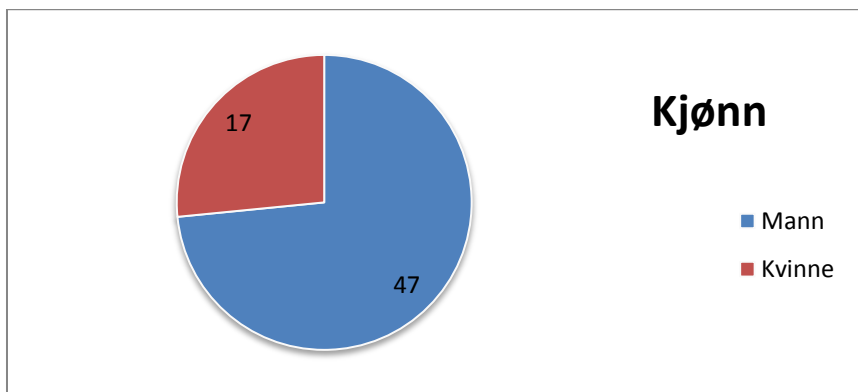
Rehabiliteringsaktiviteten ved Sykehuset i Telemark er organisert i Avdeling for nevrologi og rehabilitering, som ligger i Medisinsk klinikk. STHF har langt på vei modernisert sitt rehabiliteringstilbud i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner. Fra i 2011 å ha et døgntilbud innen rehabilitering med 24 senger, har man omorganisert tilbudet til langt færre (4) tidlig-rehabiliteringssenger, og mer ambulant og poliklinisk virksomhet. Alle tiltakene er tverrfaglig bemannet med overlege som er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, leger i spesialisering, hjelpe- og sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionom og logoped samt tilgang på nevropsykolog. De fire rehabiliteringssengene er lokalisert i felles sengepost med nevrologi og slag. Rehabiliteringslegene og det tverrfaglige teamet driver også i stor utstrekning tilsyn av og vurdering av rehabiliteringspotensialet hos pasienter som ligger på andre avdelinger. Målet med dette er å starte rehabiliteringsløpet så tidlig som mulig der det er aktuelt. Avdelingens ambulante og polikliniske tilbud har som oppgave å følge opp pasienter som har vært innlagt på slag, nevo og rehabiliteringsseksjonen, i tillegg til et bredt spekter av pasienter med store kronisk funksjonsutfall innen grupper som hjerneslag, hodeskader, CP, MS, spinale skader mfl.

Seksjon for sykelig overvekt, Nordagutu har også modernisert og endret sitt tilbud i tråd med helsepolitiske føringer. Institusjonen hadde tidligere et rehabiliteringstilbud til ortopediske pasienter og hjertepasienter. Disse pasientgruppene skal nå håndteres i kommunene og man har endret målgruppe. Seksjon for sykelig overvekt, Nordagutu har nå et utrednings- og rehabiliteringstilbud til pasienter med sykelig overvekt. Seksjonen har 28 senger i et døgntilbud samt poliklinikk og er tverrfaglig bemannet.

All rehabiliteringsaktivitet med unntak av ARR, Fysikalsk medisinsk poliklinikk og Seksjon for sykelig overvekt er nå lokalisert i Skien. Rehabiliteringspoliklinikken ble flyttet fra Porsgrunn for å samle fagmiljøet og for å få en bedre utnyttelse av ressursene. Man har oppnådd bedre ressursutnyttelse, men det er knapt med konsultasjonsrom og behov for større areal.

9.2.1 Oversikt over pasienter som har fått døgnerhabilitering ved STHF, Skien

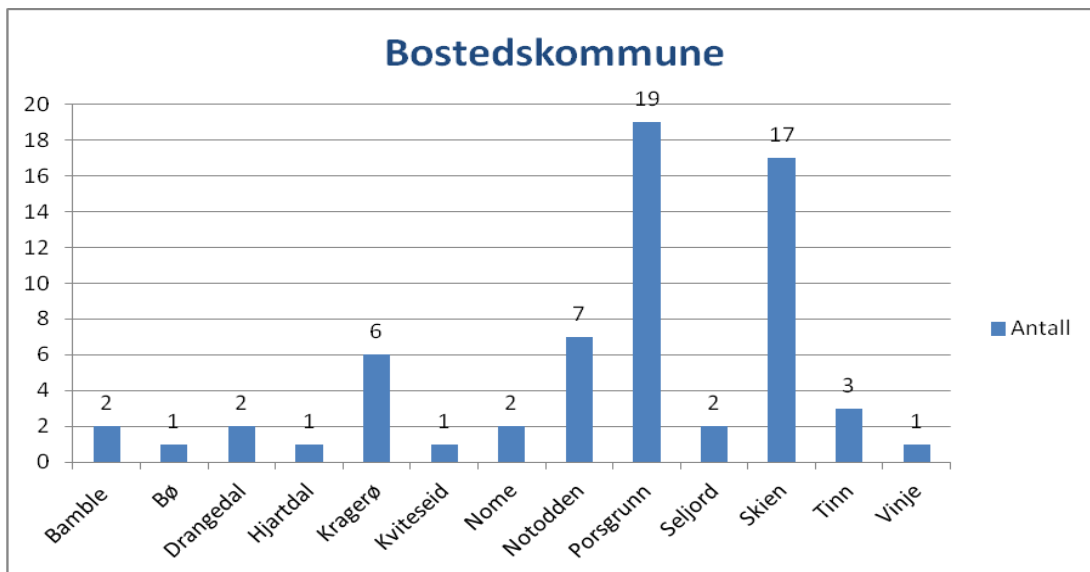
De fire rehabiliteringssengene som er samlokalisert med sengepost for slag og nevrologi tar hovedsakelig i mot pasienter fra slag, nevrologisk sengepost eller andre avdelinger på sykehuset. Dette er relativt dårlige pasienter med et komplekst sykdomsbilde. I 2014 var totalt 90 pasienter innlagt i disse 4 sengene. Basert på disse er det gjort et uttrekk på 64 av disse for å beskrive pasientgrunnet dette tilbudet omfatter.



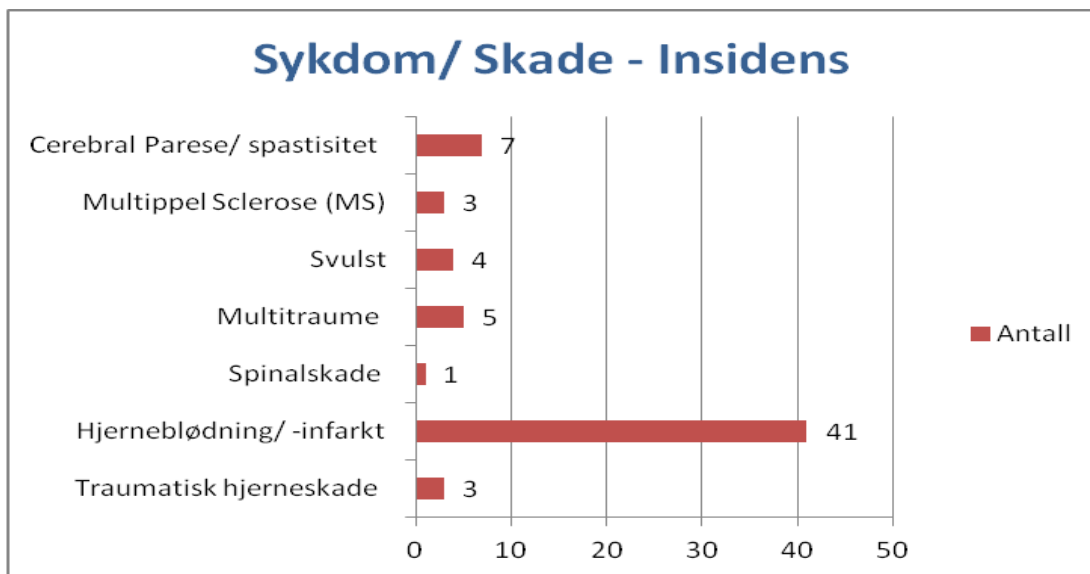
Figur 4 Fordeling av kjønn, vist i prosent

Alder (gjennomsnitt) (variasjon)
60 år (25 – 82)
Liggedøgn på rehabiliteringsavdelingen (gjennomsnitt) (variasjon)
15 (1- 46)

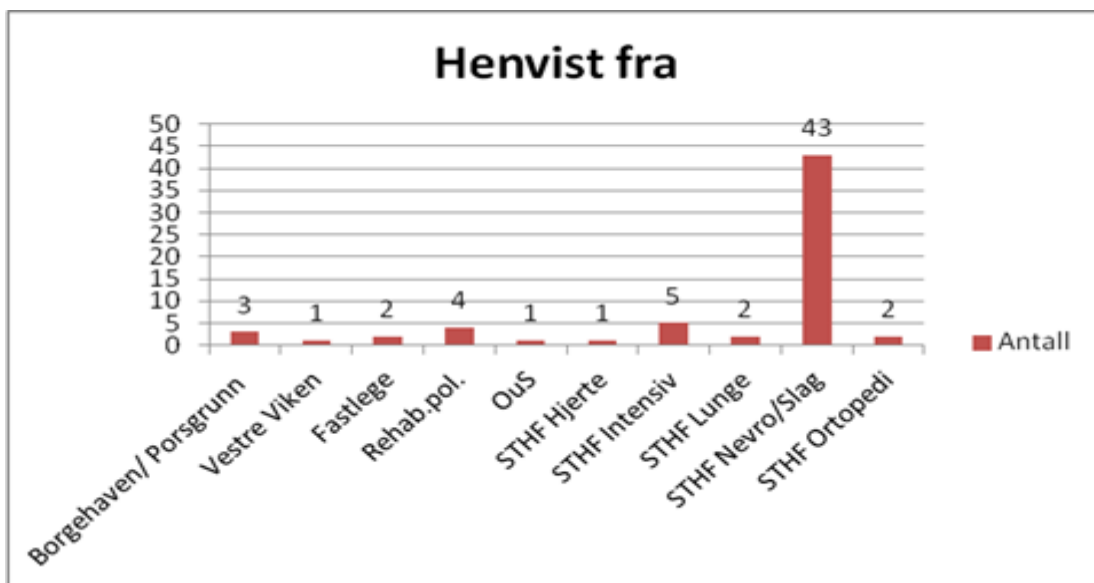
Tabell 3 Alder og antall liggedøgn, vist i år og antall



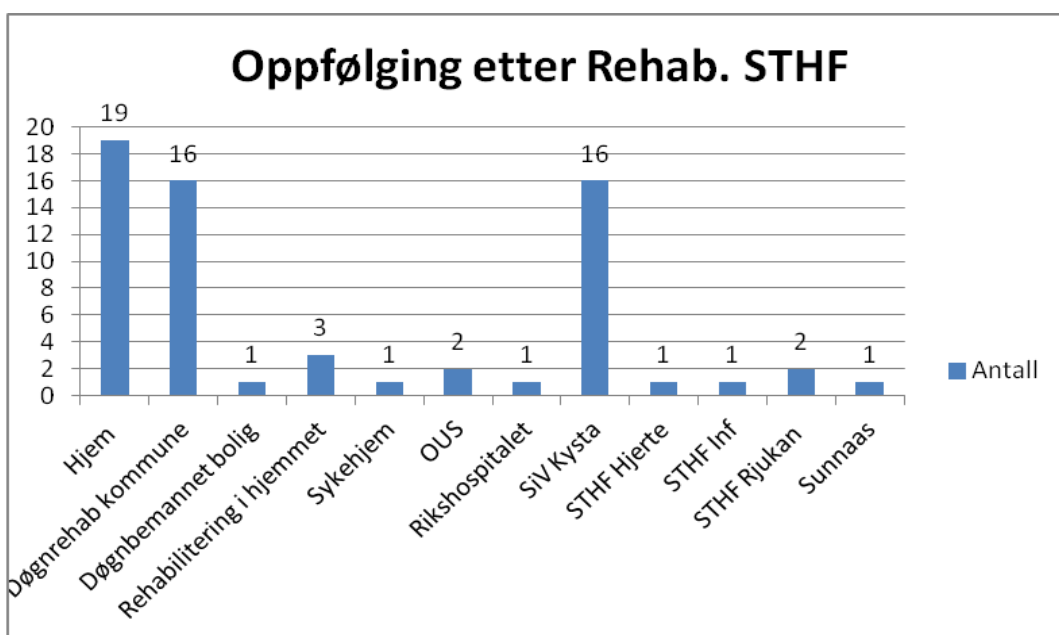
Figur 5 Bostedskommune, vist i antall pasienter



Figur 6 Sykdom/ diagnosegruppe, vist i antall pasienter



Figur 7 Hvor pasienten er henvist fra, vist i antall



Figur 8 Hvor pasienten henvises til etter utskrivelse, vist i antall pasienter

Oppfølging etter et opphold i rehabiliteringssenger ved STHF:

52 av totalt 64 pasienter ble fulgt opp ved STHF, enten ved en poliklinisk kontroll og/ eller et ambulant besøk.

9.2.2 Noen pasientgrupper – forekomst i Telemark

9.2.2.1 Nevrologisk rehabilitering

Det finnes nasjonale oversikter over forekomsten av de pasientgruppene som hovedsakelig blir døgnrehabiliterert på Sykehuset Telemark. De nasjonale tallene er omgjort til tall gjeldende for Telemark, med det utgangspunkt at Telemark har 3,4 % av Norges befolkning.

Hjerneslag; infarkt og blødning

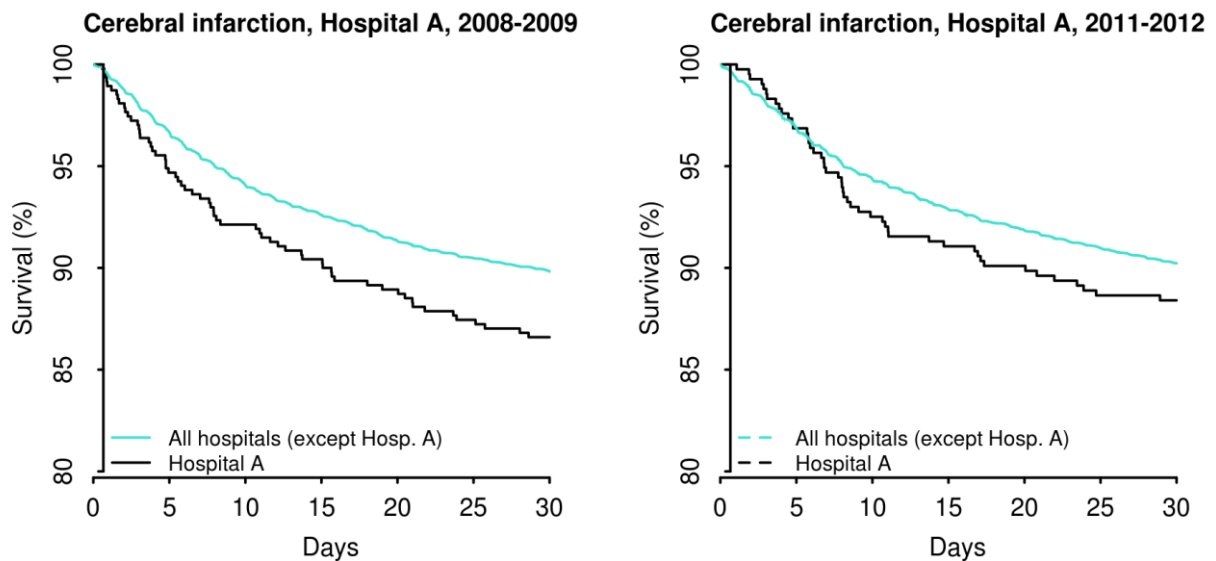
Ifølge [tidsskriftet for den norske legeforeningen](#) er forekomsten av hjerneslag økende, først og fremst fordi forekomsten av hjerte/ karproblematikk øker, også hos yngre. I tillegg er forekomsten økende fordi antall eldre vil øke. Som tidligere nevnt har Telemark en større økning i antall eldre enn de fleste andre fylker.

- Antall innbyggere som får slag pr år i Norge:15000/Telemark: 510
- Antall pasienter som har behov for rehabilitering: 5000/Telemark 170
- Antall pasienter som har behov for døgnbasert rehabilitering:2500/Telemark 85

I dette tallet ligger pasienter som har behov for døgnbasert rehabilitering både på sykehus og kommune.

Slagpasienter i Telemark blir akutt innlagt på slagenheten i Skien eller på Notodden. Figur 6 viser at det er et betydelig antall slagpasienter som overføres til sykehusets 4 rehabiliteringssenger. Slagpasienter som har behov for ytterligere spesialisert rehabilitering på sykehus blir således overført hit rett fra slagenheten, eller etter et opphold i STHFs rehabiliteringssenger til Kysthospitalet i Stavern, avhengig av medisinsk tilstand, funksjonsnivå og alder. Dersom det er betydelige sequeler og behov for et bredt tverrfaglig team kan også pasienten bli overført til Sunnaas sykehus. Deretter overføres pasienten til hjemkommune, enten til videre døgnrehabilitering eller rehabilitering i hjemmet. Alle slagpasienter innkalles til slagpoliklinikk på sykehuset etter 12 uker, noen følges også opp ambulant og/eller på rehabiliteringspoliklinikken.

Sykehuset Telemark ligger svært godt an på de nasjonale kvalitetsindikatorerne for slagbehandling. Det er trombolysebehandling og 30 dagers overlevelse som er de nasjonale kvalitetsindikatorerne. Siste målte prosenttall på trombolysebehandling er på 26 % (Helse sørøst har som mål 20 %). 30 dagers overlevelse har også hatt en svært positiv utvikling de siste årene – se hospital A på figur 9. Her er det imidlertid et større fall i overlevelse etter 5 dager enn landsgjennomsnittet, dette diskuteres nærmere under punktet tiltak.



Figur 9 Endring i overlevelse fra 2008/2009 til 2011/2012

Traumatisk hodeskade

Andelic et al 2012, viser at det gjennomsnittlig er en innsidens på 170 traumatiske hodeskader pr år i Norge. Oversatt til Telemark fylke er det en innsidens på 5 til 6 pasienter.

([Incidence of Hospital-Admitted Severe Traumatic Brain Injury and In-Hospital Fatality in Norway: A National Cohort Study](#)).

De fleste av disse pasientene har behov for livslang oppfølging på grunn av varige symptomer etter skaden.

Pasientene blir akutt behandlet enten på OUS eller på intensiven/kirurgisk avdeling ved STHF. De har som regel et opphold i en av de fire rehabiliteringssengene før de overføres for videre rehabilitering ved Kongsgårdheimen/Sørlandet sykehus eller Sunnaas sykehus. Deretter sendes pasienten hjem til videre rehabilitering i kommunen. Ofte følges disse pasientene også opp fra rehabiliteringspoliklinikken, evt ambulansetjeneste.

Spinalskader

Norsk ryggmargsregister ([NORscir](#)) viser at det i 2013 var 113 nye ryggmargsskader i Norge. Det kan tolkes til omtrentlig 3- 4 nye pasienter i Telemark hvert år.

Pasienter med ryggmargsskader har et tilsvarende pasientforløp som pasienter med traumatisk hjerneskade.

9.2.2.2 Sykelig overvekt

Seksjon for sykkelig overvekt, Nordagutu driver utredning og rehabilitering av denne pasientgruppen. Seksjonen følger nasjonale retningslinjer for behandling av sykkelig overvekt og vektlegger fysisk form

og livskvalitet i tillegg til kosthold. Tilbudet er både poliklinisk og døgnbasert. Den konservative døgnbehandlingen skjer over 18 måneder. Første innleggelse er i 4 uker, deretter er det tre 14 dagers innleggelser kombinert med hjemmeperioder i det videre forløpet. I tillegg har man et døgnbasert preoperativt opplegg for pasienter som skal opereres med fedmekirurgi. Det polikliniske tilbudet omfatter både utredning og oppfølging. I 2014 var det 8000 liggedøgn og 1400 polikliniske konsultasjoner på Nordagutu. Pasientene kommer hovedsakelig fra Telemark fylke. Det er et økende antall pasienter med sykkelig overvekt. Pasientgruppen er definert som spesialisthelsetjenestens ansvar. Sykehuset Telemark er et av få helseforetak som har et døgnbasert tilbud til denne pasientgruppen. Et godt og forskningsbasert tilbud på Nordagutu sparer sykehuset for utgifter ved at disse pasientene ikke legges inn på private rehabiliteringsinstitusjoner men på sykehusets eget tilbud.

9.2.3 Private rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Sør øst har inngått avtale med rehabiliteringsinstitusjoner i regionen, og disse er regnet som en del av spesialisthelsetjenesten. Bortsett fra noen pasientgrupper som barn med ulike sykdommer/skader (Beitostølen), hjertepasienter (Feiring), lungepasienter (Glitre), MS pasienter (Hakadal) har det ikke vært noe utstrakt bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner i Telemark. Det finnes kun en institusjon lokalisert i fylket – AiR (Attføringscenteret i Rauland), hvor det primært drives arbeidsrettet rehabilitering.

Grunnen til at bruken av de private rehabiliteringsinstitusjonene er lav i Telemark er i hovedsak at sykehuset inntil 2012 hadde et relativt godt døgntilbud. Da dette tilbudet ble redusert gjorde sykehuset avtaler med SiV v/Kysthospitalet om videre rehabilitering der, i tillegg til det døgn-polikliniske og ambulante tilbudet sykehuset selv har etablert . I tillegg har flere av kommunene i Telemark bygget opp gode døgnrehabiliteringstilbud for sine innbyggere.

9.2.5 Koordinerende enhet og koordinatorfunksjonen

Sykehuset har etablert en Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i tråd med Forskrift for habilitering og rehabilitering. Enheten er lokalisert på Lærings- og mestringscenteret, er en ca 20 % ressurs og har først og fremst i oppgave å oppdatere Sykehusets nettsider mht habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

Det er lovbestemt at alle pasienter med sammensatte behov har rett til en koordinator i spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter ikke bare pasienter som har behov for rehabilitering, også andre pasienter med sammensatte helseplager har denne rettigheten. Det arbeides på overordnet nivå på sykehuset med å lage rutiner og system på dette. Inneliggende rehabiliteringspasienter og også pasienter som følges opp ambulant og /eller poliklinisk vil i praksis ha sosionom, fysioterapeut eller sykepleier som koordinator. Dette bør formaliseres mer.

9.3 Status rehabiliteringstilbud kommunene

Telemark består av totalt 18 kommuner. Skien kommune er den største kommunen, med ca 54 000 innbyggere. Her ligger også hovedlokasjonen av sykehuset med rehabiliteringsavdelingen. Fyresdal er den minste kommunen med 1300 innbyggere (www.tfk.no). Fylket er arealmessig relativt stort, med

totalt 15 000 km² (ibid). Det er store geografiske avstander i fylket, og flere av kommunene har lange avstander. Det kan derfor være utfordrende, spesielt for de små kommunene, å ha et bredt rehabiliteringstilbud og den nødvendige kompetansen til å dekke de behov innbyggerne til enhver tid har. Det er stor variasjon i hvilke ressurser og kompetanse de ulike kommuner har og hvordan de disponerer sine ressurser.

9.3.1 Kartlegging kommunene

Rehabiliteringen drives naturlig nok mindre diagnosespesifikk i kommunene enn i sykehuset. Kartleggingen av tilbudet i kommunene har derfor tatt utgangspunkt i følgende type tilbud:

- Døgnrehabiliteringstilbud
- Dagrehabiliteringstilbud
- Rehabilitering i hjemmet

Det ble sendt skjema ut til alle 14 kommuner. Det kom svar fra de kommunene som er med i prosjektgruppa (8 stk) og to kommuner i tillegg.

Resultatet viser at det er svært ulikt fra kommune til kommune hva slags tilbud som finnes. Tabellen viser et sammendrag.

Døgntilbud	Dagrehabilitering	Rehabilitering i hjemmet
Kommunene Skien, Porsgrunn og Bamble har definerte rehabiliteringsdøgnplasser med tverrfaglig bemanning. De andre har korttidsplasser på sykehjemmet der noen plasser brukes som rehabilitering. Noe varierende bemanning av terapeuter, de samme pleierne som bemanner korttidsplassene som rehabiliteringsplassene	Ulike typer dagtilbud, ulikt bemannet. Noe er aktivitetstilbud med gruppetrening, andre steder er det mer individuelle opplegg med ergo- og fysioterapeuter	Tverrfaglig I økende utstrekning drives det hverdagsrehabilitering

Tabell 4 Oversikt over rehabiliteringstilbud i kommunene i Telemark

Det er en tendens til en forflytning av ressurser fra døgnrehabilitering til hverdagsrehabilitering.

10 Fremtidens rehabiliteringstilbud i Telemark

10.1 Forventninger til spesialisthelsetjenesten

Det er ingen klar definisjon av hvilke tilbud som skal ligge i spesialisthelsetjenesten, og som tidligere nevnt beskriver Samhandlingsreformen en venstreforskyving av oppgavene. IS 1947 beskriver at spesialisthelsetjenesten skal:

- Ha gode rehabiliteringstilbud i tidlig fase
- Ivareta behovene om spesialisering, tverrfaglighet og intensitet
- Øke tilbudet innen ambulante tjenester
- Ha tverrfaglige polikliniske tilbud

10.2 Forventninger til kommuner

[IS 1947](#) beskriver at kommunene skal:

- Styrke kompetanse og faglig bredde innen rehabilitering; både i døgn- dag og hjemmetilbud
- Dekke alle livsfaser
- Etablere/videreutvikle tilbud innen LMS/friskvern

10.3 Forventninger fra kommuner til sykehus

I prosjektgruppen og under høringskonferansen har kommunene og brukerne vært tydelige på sine forventninger til sykehuset. Det er spesielt tre områder det dreier seg om:

Overføring fra sykehus til kommunen:

- Kommunikasjon ved utskrivning
- Tilstrekkelig med tid fra melding sendt til utskrivning
- Samarbeids/ nettverksmøter
- Faste personer, koordinator
- Det er kommunen som bestemmer hva slags tilbud pasienten skal få i kommunen, sykehuset kan gi faglige innspill. Det er viktig å ikke gi pasientene falske forhåpninger
- Oppdatert funksjonsvurdering

Ambulante tjenester:

- Oppfølging etter utskrivelse ved komplekse pasienter
- Kommunen og sykehuset sammen hjemme hos pasienten

Undervisning/kompetanseheving:

- Rullerende undervisningspakker for ansatte som arbeider med rehabiliteringspasienter i kommunen
- Gjensidig kompetanseheving også fra kommunen til sykehuset
- Kombinere ambulant tjeneste og undervisning rundt komplekse pasienter

11 Sammen om det gode rehabiliteringsløp fra sykehus til kommune; – overføringsrutiner og kompetanseheving samt telemedisinske tjenester

Det er således tre områder som defineres som utfordringer for å få til gode og sømløse rehabiliteringsløp for pasientene i fylket:

1. Overføringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen
2. Ambulant virksomhet fra sykehuset – hvordan sikre best mulig understøtting av videre rehabilitering
3. Gjensidig kompetanseoverføring

Sykehuset har fått tildelt prosjektmidler fra Helsedirektoratet for å realisere tiltak på disse områdene. Prosjektet har fått tittelen "Sammen om det gode rehabiliteringsløp fra sykehus til kommune, overføringer og kompetanseheving" og beskriver tiltak innen satsingsområdene. Kommunene Skien og Vinje vil være med som pilotkommuner. Sykehuset har fått tilsagn om 1 million kr for perioden 2015- 2016. Det er også mottatt en tildeling fra Helse Sør- Øst om innovasjonsmidler for å utvikle og ta i bruk telemedisinske verktøy. Her er det innvilget 100 000 kr.

Målene i prosjektet er følgende:

1. *Ha klare beskrivelser av hva som kjennetegner en utskrivningsklar rehabiliteringspasient og hvordan rutineene rundt denne vurderingen skal være. Dette skal nedfelles og godkjennes av alle parter i **Delavtalen om utskrivning** med kommunene. Det skal også utarbeides spesifiserte overføringskriterier for videre rehabilitering til henholdsvis annet sykehus/annen avdeling, kommune eller privat rehabiliteringsinstitusjon.*
2. *Ha etablert et velfungerende og rullerende system for kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene innen rehabilitering samt ha etablert hensiktsmessig ambulant virksomhet i tråd med brukernes og kommunenes behov. Dette skal nedfelles i aktuelle delavtaler*

12 Tiltak

Noen tiltak i planen vil være av generell art, andre mer diagnosespesifikke. Tiltakene vil enten være en del av prosjekt *”Sammen om det gode rehabiliteringsforløp fra spesialisthelsetjeneste til kommune”* eller tiltak i tillegg til prosjektet.

12.1 Felles tiltak, verktøy med indikatorer

Det vil være viktig å få etablert et verktøy med indikatorer for måling av funksjon og rehabiliteringspotensiale for å identifisere pasienter som kan ha nytte av rehabilitering.

Slike målinger må gjøres både på helseforetaket og i kommunen. På sykehuset er det aktuelt å benytte verktøyet ved innskrivelse og ved overføring til eksempelvis kommunen, gjerne i samarbeid med kommunen. Ute i kommunen bør det eksempelvis kunne benyttes av hjemmesykepleie slik at pasienter som har behov for et rehabiliteringsopplegg blir fanget opp og enten blir ivaretatt lokalt eller henvist spesialisthelsetjenesten.

Overnevnte områder er av nasjonal karakter og hører hjemme i en regional/nasjonal rehabiliteringsplan. Likevel kan og ønsker vi å arbeide med disse områdene i tilknytning til denne planen, i et tett samarbeid med Regional Kompetansetjeneste Rehabilitering i Helse Sør Øst (RKR).

12.2 Generelle tiltak kommunene

For at rehabiliteringsløpene skal bli gode er det vesentlig at alle ledd fungerer. Det er åpenbart at de viktige tiltakene ligger i det sykehuset og kommunene kan få til sammen. Likevel er det vesentlig at noen strukturer er på plass i kommunen:

- Tilbud om døgnplasser med tverrfaglig bemanning for pasienter som har behov for rehabilitering.
- Tilbud om dagaktiviteter og hjemmerehabilitering

Det er gode eksempler fra andre regioner på at mindre kommuner har gått sammen om å etablere slik struktur som et interkommunalt samarbeid.

12.3 Generelle tiltak sykehuset

For å nå målene som er definert og for å realisere tiltakene er det noen generelle oppgaver som må gjøres på sykehusnivå. Disse vil primært håndteres som en del av prosjekt *”sammen om det gode rehabiliteringsløp fra sykehus til kommune – overføringsrutiner og kompetanseheving”*, noen vil komme i tillegg.

Med henvisning til oversikten i punkt 7.1.2.1 om insidensen og prevalensen av pasientgrupper som er aktuelle for sykehusets døgnerhabiliteringstilbud vil de nåværende fire senger være for lite for å dekke behovet fremover.

Lokalene for rehabiliteringsaktiviteten i Skien er små og uhensiktsmessige og gir lite muligheter for utvidelse, både av senger og poliklinisk drift.

Vurdere kapasiteten sykehuset har innen spesialisert rehabilitering:

Område	Ansvarlig	Tidsrom
Døgnerhabilitering – er 4 senger tilstrekkelig? <ul style="list-style-type: none"> • Øke sengeantall? • Utvide lokaler 	Avdelingsleder/klinikksjef	2016 -2020

Tabell 5 Kapasitet rehabiliteringssenger

Styrke/omdisponere fagressursene på sykehuset:

Område	Ansvarlig	Tidsrom
Økning av legeressurs innen rehabilitering <ul style="list-style-type: none"> • Sikre utdanning av spesialist 	Avdelingsleder/klinikksjef	Innen 2017
Omdisponere/oppbemanne fagressurser som fysio- og ergoterapeuter og pleiere	Seksjonsledere/Avdelingsleder	I planperioden
Styrke ambulante tjenester, også ambulant team fra Notodden	Seksjonsledere/Avdelingsleder	Innen 2016

Tabell 6 Fagressurser

Koordinatorfunksjonen – hvordan sikre at de pasienter som har behov for koordinator og ønsker det får det?

Område	Ansvarlig	Tidsrom
Delta i sykehusets arbeid med å definere koordinatorfunksjonen	Avdelingsleder	2016

Tabell 7 Koordinatorfunksjon

Overføring fra sykehus til kommune; vurdere liggetid på pasienter som har behov for videre rehabilitering i kommunen, sikre god kommunikasjon ved overføring

Område	Ansvarlig	Tidsrom
Definere hva en utskrivningsklar rehabiliteringspasient er	Prosjektet/Avdelingsleder	2016
Etablere gode rutiner ved overføring, endre delavtaler	Prosjektet/avdelingsleder/samhandlingskoordinatorer	2016

Tabell 8 Overføring sykehus/ kommune i Telemark

Generelle tiltak rundt overføring/kompetanseøkning/telemedisin

Område	Ansvarlig	Tidsrom
Lage et pasientforløp for pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering	Prosjektet	2016
Gjennomgang og endring av samarbeidsrutinene ved overføring	Prosjektet	2016 – først pilotkommunene
Lage kompetansepakker for kommunene	Prosjektet	2016 – først pilotkommunene
Etablere telemedisinske tiltak	Prosjektet	2016 – først pilotkommunene

Tabell 9 Generelle tiltak

12. 4 Diagnosespesifikke tiltak

Pasientgruppe	Ansvarlig	Tidsrom
Slagpasient:		
<ul style="list-style-type: none"> Øke liggetid på 2 senger på slagenheten (jmfr økt dødelighet etter 5 dager, anbefalinger fra Nasjonale retningslinjer for slagbehandling) 	<i>Avdelingsleder</i>	Innen 2016
<ul style="list-style-type: none"> Øke tverrfagligheten på slagpoliklinikk 	<i>Prosjekt/seksjonsleder</i>	Innen 2016
<ul style="list-style-type: none"> Ambulant slagteam(ESD) i hele fylket 	<i>Prosjekt/seksjonsleder</i>	2016
<ul style="list-style-type: none"> Fokus på pasienter med kognitiv svikt og synsforstyrrelser, samarbeid/kompetanseheving 	<i>Prosjekt/seksjonsleder</i> <i>Samarbeid med brukere</i>	2016
Nevrologiske sykdommer		
<ul style="list-style-type: none"> Tverrfaglig poliklinikk og ambulant virksomhet 	<i>Prosjekt/seksjonsleder</i>	2016
Amputasjoner:		
<ul style="list-style-type: none"> Øke liggetid på ortopedien når det er nødvendig 	<i>Arbeidsgruppe satt ned høsten 2015 for å vurdere situasjonen., SiV v/Kysthospitalet deltar også</i>	2016
<ul style="list-style-type: none"> Formalisere samarbeidet med Kysthospitalet, lage gode overføringsrutiner 		
<ul style="list-style-type: none"> Pasientene til kontroll på rehabiliterings- 		

<p>poliklinikken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opplæring til kommunene, seminar 		
<p>Eldre pasienter med brudd, ofte kombinert med medisinske problemstillinger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulante besøk 	<p>Samarbeide med avdelingsleder geriatri/ utarbeide handlingsplan for geriatri i fylket.</p>	<p>2016</p>
<p>Kreft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere et poliklinisk tilbud også på Notodden 	<p>Avdelingsleder/seksjonsleder</p>	<p>2017</p>
<p>Kronisk muskel- og skjelettsmerte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lage et pasientforløp i samarbeid med SiV, kommune og brukere 	<p>Avdelingsleder</p>	<p>2016</p>
<p>Sykelig overvekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spisse tverrfagligheten • Kontinuerlig vurdere tilbud ut fra behov • Sørge for god kompetanse • Utvide samarbeidet med SiV, • Forskningsaktivitet • Målrettet samarbeid med kommunene 	<p>Avdelingsleder/seksjonsleder</p>	<p>2016-2020</p>
<p>Arbeidsrettet rehabilitering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finansiell sikkerhet • Opprettholde og 	<p>Avdelingsleder/seksjonsleder</p>	<p>2016-2020</p>

videreutvikle aktiviteten
på ARR, Porsgrunn

- STAIR-studien
 - Etablere aktivitet også på Rjukan
-

Tabell 10 Diagnosespesifikke tiltak

12 Økonomi

Sykehuset har fått 1.1 millioner kr til å sette i verke viktige tiltak i denne planen. Det vil være en god hjelp til å komme i gang med tiltakene, og dermed initiere denne planen. Fagpersonalet vil kunne frikjøpes for å lage kompetansepakker og etablere rutiner i samarbeid med kommunen.

Det legges opp til å gi slagpasienter mulighet til å komme bedre i gang med rehabiliteringen ved å øremerke 2 senger på slagenheten der pasientene kan ha noe lenger liggetid enn i dag. Det forventes ikke noe endring av DRG ved dette, pasientstrømmen inn til sengepost for nevrologi, slag og rehabilitering vil ikke endres da det i hovedsak er øyeblikkelig hjelp pasienter som blir lagt inn på sengeposten.

De økte ressurser som er skissert i planen – innenfor legeressurser og annet personal – vil i hovedsak innebære en omdisponering av eksisterende ressurser.

En utvidelse av lokaler vil nødvendigvis medføre noen kostnader.

13 Oppsummering

Det er en generell oppfatning at rehabiliteringstilbudet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene ikke er styrket etter innføring av samhandlingsreformen. Det er uklart knyttet til hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva kommunene har ansvar for. Det er også en oppfattelse av at det er knapt med ressurser både på sykehus og kommune. Denne planen ønsker å løfte opp dette ved å klargjøre ansvarsforhold og sette tiltak til beste for Telemarks befolkning.

Planen beskriver status innen spesialisert rehabilitering i Telemark fylke. Videre beskriver den mål og tiltak som må på plass for å få et tilfredsstillende og funksjonelt tilbud innen rehabilitering for Telemarks innbyggere. Det er tre hovedområder som har fokus:

- Overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen
- Ambulante tjenester
- Kompetanseoverføring

Sykehuset Telemark har fått prosjektmidler av Helsedirektoratet til å gjennomføre prosjektet *Sammen om det gode rehabiliteringsløp fra sykehus til kommune; – overføringsrutiner og kompetanseheving*. Videre har sykehuset mottatt 100 000 kr i innovasjonsmidler fra Helse sørøst for å utvikle og ta i bruk telemedisinske tjenester innen rehabilitering. Dette gir økonomisk mulighet til å komme godt i gang med tiltakene. Skien og Vinje kommuner skal være pilotkommuner i prosjektet.

Skal planen lykkes vil det kreve innsats både fra sykehus og kommunene. Det er viktige generelle tiltak som må på plass, i tillegg er det tiltak i forhold til noen pasientgrupper. Denne planen inneholder også fase 2 i Pasientforløpet for slagpasienter, denne pasientgruppen er trukket frem sammen med noen andre.

Planen operer i utgangspunkt innen eksisterende økonomiske rammer.

Sykehuset Telemark har to fokus i sin rehabiliteringsstrategi:

- God og faglig forsvarlig tidligrehabilitering for pasienter med store medisinske og rehabiliteringsfaglige utfordringer og
- Samhandling med kommunene

Nasjonale føringer tilsier at mer av rehabiliteringsaktiviteten etter hvert skal overføres til kommunene. Tiltakene i denne planen vil samsvare med en slik utvikling.