



**Delrapport til
STHF Utviklingsplan 2035**

Rehabilitering

Innhold

1.	Innledning og organisering av arbeidet.....	3
2.	Oppfølging av regionale føringer.....	3
3.	Øvrige strategier og føringer som legges til grunn.....	3
4.	Dagens situasjon.....	4
4.1.	Historikk rehabilitering ved STHF	4
4.2.	Status rehabilitering	5
4.2.1.	Tidlig døgnbasert rehabilitering	5
4.2.2.	Ambulant virksomhet	5
4.2.3.	Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt.....	6
4.2.4.	Kompetanse.....	6
4.2.5.	Formalisering av samarbeid med kommunene innen rehabilitering	6
4.2.6.	Lokalisasjon	6
4.2.7.	Samarbeid i sykehusområdet	7
5.	Framskrivninger av aktivitet til 2035 Skien og Notodden	7
6.	Rehabilitering fram mot 2035	8
6.1.	Hjerneslag.....	8
6.2.	Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	8
6.3.	Sykkelig overvekt.....	8
6.4.	Muskel/skjelettplager – arbeidsrettet rehabilitering.....	9
6.5.	Kreftsykdom	9
6.6.	Tidlig døgnrehabilitering og ambulant virksomhet	9
6.6.1.	Tidlig døgnrehabilitering	9
6.6.2.	Ambulant virksomhet	10
6.7.	Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt – En dør inn til tjenesten.....	10
6.7.1.	Kompetanse.....	10
6.8.	Samhandling med kommunehelsetjenesten.....	10
6.9.	Samhandling i sykehusområdet	12
6.10.	Fritt rehabiliteringsvalg	12
7.	Handlingsplan	13

1. Innledning og organisering av arbeidet

STHF utarbeidet i 2015 «Plan for somatisk spesialisert rehabilitering 2015 -2020». Planen svarer i stor grad opp områdene i oppdraget fra Helse Sør-øst, og ble utarbeidet i nært samarbeid med brukere og kommunene i Telemark. Denne delrapporten til utviklingsplanen tar opp de mest sentrale områdene fra planen. I utviklingsarbeidet med delrapporten har det vært arbeidsmøter der fagpersoner og ledere fra sykehuset har deltatt sammen med representant fra Skien kommune enhetsleder Ove Myklemyr og fra Vinje kommune leder for fysioterapitjenesten Elisabeth Haagensen. I tillegg var brukerrepresentant Birthe Moen med i arbeidsgruppa.

2. Oppfølging av regionale føringer

I «Utviklingsplaner for helseforetakene - Strategier, planer og regionale føringer» fra HSØ er bestillingen følgende innen rehabilitering:

- a. Utviklingsplanen skal beskrive tilbudet for døgnbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt sykdom/skade og for ambulant virksomhet. Beskrivelsen skal inkludere organisering, prioritering og nødvendige endringer i tidsperioden
- b. Utviklingsplanen skal beskrive hvor og hvordan et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er synlig organisert, hvilken virksomhet og kompetanse som inngår, samt tilhørende roller og oppgaver. Planen skal også beskrive hvilke nødvendige endringer som skal gjennomføres i tidsperioden
- c. Helseforetaket skal gjennom arbeidet med utviklingsplanen ta initiativ til å formalisere struktur for samhandling innen rehabilitering i samarbeid med kommunene. Arbeidet skal forankres i de lovpålagte samarbeidsavtalene

3. Øvrige strategier og føringer som legges til grunn

Sykehuset har allerede en utviklingsplan for rehabilitering «*Plan for somatisk spesialisert rehabilitering 2015 -2020*» som er utviklet i samarbeid med kommunene i Telemark.

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 og kompetanseoverføring på tvers av tjenestenivå. Dette ble videreført i prosjektet «Sammen om det gode rehabiliteringsforløpet i Telemark», som fikk midler fra Helsedirektoratet. Prosjektet pågikk fra 2016-2017 og har fokusert på disse tre hovedområdene i samarbeid med prosjektkommunene Skien og Vinje.

Hvordan Sykehuset Telemark HF skal løse framtidens behov for spesialisthelsetjenester for å sikre god pasientbehandling de neste årene er skissert i [Utviklingsplan 2030 \(U30\)](#).

«Delavtale om samarbeid for pasienter med behov for koordinerte tjenester» 4.3.8, vedtatt i 2017, danner grunnlaget for samarbeid mellom aktørene på tvers av tjenestenivå.

For øvrig legges også følgende nasjonale meldinger, planer og forskrifter til grunn for området rehabilitering:

[Primærhelsemeldingen.](#)

[Nasjonal helse- og sykehusplan.](#)

[Opptrappingsplan for rehabilitering.](#)

[Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.](#)

[IS 1947](#)

4. Dagens situasjon

4.1. Historikk rehabilitering ved STHF

Fram til 2011 hadde STHF et døgntilbud innen rehabilitering med 24 senger, lokalisert i Porsgrunn. I tråd med Samhandlingsreformens intensjoner ble det igangsatt en overgripende omorganisering og modernisering av rehabiliteringstilbudet. Rehabiliteringssengeposten ble lagt ned og døgnaktiviteten ble flyttet til Skien. Der ble det etablert et tilbud med 6 senger for tidlig rehabilitering samlokalisert med sengepost for nevrologi og slag. Det ble også organisert et ambulansslagteam for tidlig støttet utskrivning og en rehabiliteringspoliklinikk med ambulant virksomhet.

På tidligere Nordagutu rehabiliteringssenter har det vært drevet døgnbasert rehabilitering i årtier, for ulike målgrupper. Etter samhandlingsreformen ble tilbudet spisset, og oppgaven for Nordagutu nå er å drive utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med sykkelig overvekt. Det drives både døgn- og poliklinisk aktivitet.

Sykehuset har også en tverrfaglig geriatrisk poliklinikk bestående av en overlege (spesialist i geriatri), sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut.

I tillegg har det også i flere år vært drevet poliklinisk rehabilitering av hjertepasienter både i Skien og på Notodden.

I 2009 ble det etablert et «Pusterom» ved STHF i samarbeid med Aktiv mot kreft. Dette er et trenings- og rehabiliteringstilbud for kreftpasienter.

Fysisk medisinsk poliklinikk ligger i Porsgrunn og driver utredning og behandling av pasienter med spesifikke muskel/skjelettplager.

Sykehuset har også et Lærings- og mestringssenter med tilbud til ulike pasientgrupper og pårørende.

Arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk (ARR) ble etablert i 2013 som et «raskere tilbake tilbud». Målgruppen er pasienter med muskel-skjellettproblematikk og lettere psykiske lidelser som er sykmeldt eller i fare for å bli sykmeldt. Poliklinikken har en bred tverrfaglig bemanning også med

arbeidskonsulenter fra NAV. Tverrfaglig kartlegging, målsetningsarbeid, kontakt mot arbeidsgiver og oppstart av tiltak for overføring til kommunen er de viktigste aktivitetene på ARR.

4.2. Status rehabilitering

4.2.1. Tidlig døgnbasert rehabilitering

Sykehuset har i dag fire senger dedikert pasienter med behov for tidligrehabilitering samlokalisert med sengepost for slag og nevrologi. Dette er pasienter hvor det er avdekket et rehabiliteringsbehov- og potensiale, og som blir overflyttet fra andre avdelinger som for eksempel slagenheten, intensivavdelingen eller andre sengeposter. Dette er svært komplekse pasienter med et sammensatt sykdomsbilde og med behov for et tverrfaglig samarbeid mellom ulike medisinske spesialiteter. I tillegg til dette tas det inn pasienter som i hovedsak bor hjemme eller på institusjon, til kortere vurderingsopphold. Teamet har stor tverrfaglig bredde og spesifikk rehabiliteringskompetanse og består av spesialist i rehabilitering/fysikalsk medisin, ergoterapeut, fysioterapeut, hjelpepleier, logoped, sosionom og sykepleier. Det er rundt 100 pasienter innlagt i løpet av et år, og liggetiden varierer fra 2 til 40 døgn med et gjennomsnitt på 20 døgn.

4.2.2. Ambulant virksomhet

Etter omorganiseringen i 2011 ble det opprettet et ambulant slagteam som får henvist pasienter fra slagenheten i nevrologisk sengepost, målgruppen her er pasienter med lette og moderate utfall etter hjerneslag. Teamet består av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Teamet tar kontakt med pasienten allerede under oppholdet på sykehuset, for så tidlig som mulig å kartlegge behov for videre rehabilitering og oppfølging. Det er forskning på at denne pasientgruppen får best mulig rehabilitering ved raskt å komme hjem, "Early supported discharge" (ESD).

I tillegg er det etablert en rehabiliteringspoliklinikk med et ambulant rehabiliteringsteam. Dette teamet gjør tverrfaglige vurderinger, behandlings- og rehabiliteringstiltak for pasienter med sammensatte sykdommer i tett samarbeid med kommunale aktører. Her er også legespesialist en viktig deltaker i teamet.

Disse to ambulante teamene er samorganisert med en felles koordinator. Fagpersonene som arbeider ambulant fyller også andre funksjoner, enten inne på sengeposten eller på poliklinikk.

Som tidligere beskrevet har sykehuset også en poliklinikk for arbeidsrettet rehabilitering (ARR) som har vært finansiert gjennom raskere tilbake-ordningen (over i ordinær drift fra 2018). ARR samarbeider tett med lokale aktører (f.eks. NAV, fastlege, frisklivssentraler, arbeidsgivere med flere) og har også ambulante funksjoner.

Det er anskaffet video- utstyr og bruk av telemedisin som f. eks. bruk av video – både hjem til pasienter og i samarbeidsmøter med kommuner og andre samarbeidspartnere utvikles og brukes stadig mer i samhandling og pasientbehandling.

4.2.3. Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt

All rehabiliteringsaktivitet i STHF er samlet i [Avdeling for neurologi og rehabilitering ved Medisinsk klinikk](#). Lærings- og mestringssenteret (LMS) og Koordinerende enhet (KE) er også organisert i denne avdelingen, likeledes alle fysio- og ergoterapeutene i Skien, Porsgrunn og Notodden som arbeider på ulike sengeposter og poliklinikker.

4.2.4. Kompetanse

Det er en god tverrfaglig kompetanse samlet sett i avdelingen med legespesialister, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer og sykepleiere med spesialkompetanse samt arbeidskonsulenter fra NAV, ernæringsfysiolog, folkehelsearbeider, idrettspedagog, logoped og sosionom. Stilling som LIS (lege i spesialisering) innen fysikalsk medisin og rehabilitering er p.t. «frosset» grunnet den økonomiske situasjon ved sykehuset.

4.2.5. Formalisering av samarbeid med kommunene innen rehabilitering

«Delavtale om samarbeid for pasienter med behov for koordinerte tjenester» er underskrevet av kommunene og sykehuset. Så tidlig som mulig i pasientforløpet skal de aktuelle fagpersoner på STHF og i kommunen utveksle informasjon for å sikre et godt og sømløst pasientforløp. Samarbeidsmøter med kommunene er en innarbeidet praksis rundt rehabiliteringspasientene. Delavtalen forplikter også partene til å etablere et rehabiliteringsnettverk og beskriver en mer forpliktende involvering av fastlegene inn i rehabiliteringsforløpet.

4.2.6. Lokalisasjon

Sengene for tidlig rehabilitering er lokalisert sammen med sengepost for neurologi og slag. Det å være samlokalisert med en akuttavdeling kan være utfordrende, samtidig er det hensiktsmessig å bruke tverrfaglige ressurser og kompetanse på tvers av fagområdene. Andre fordeler er at det gir muligheter til å løse kompliserte medisinske forhold hos rehabiliteringspasientene.

Rehabiliteringspoliklinikken har plassering på tre ulike lokasjoner. Det er lite tilfredsstillende å ikke ha ett fast sted for aktiviteten. Mange av pasientene på rehabiliteringspoliklinikken har ofte behov for mye plass (har med kommunalt pleiepersonell, store rullestoler osv.) og konsultasjonene er ofte tverrfaglige. Dette krever både plass, samtidighet og god koordinering.

Seksjon for sykkelig overvekt, Nordagutu har bare enerom for døgnopphold. Det er godt tilrettelagt med gode treningsmuligheter både ute og inne med bl.a. basseng. Det er også godt tilpasset for poliklinisk virksomhet.

4.2.7. Samarbeid i sykehusområdet

Det ble i 2011 - 2012 utviklet en felles områdeplan for rehabilitering for Sykehuset i Vestfold (SiV) og Sykehuset Telemark. Dette er en detaljert og omfattende plan som ble vedtatt i sykehusenes styrer før samhandlingsreformens konsekvenser var tydelige.

Sykehusene har i dag et samarbeid og en funksjonsfordeling innenfor noen områder. Alle benamptasjonspasienter i Telemark som skal ha protese henvises til Kysthospitalet (SiV), og det er også en avtale om at slagpasienter som har behov for mer langvarig spesialisert rehabilitering overføres til Kysthospitalet for videre rehabilitering.

5. Framskrivninger av aktivitet til 2035 Skien og Notodden

Sykehusbygg har gjort framskrivninger fram til 2035 på antall pasienter og opphold innenfor den ulike diagnosegrupper.

Det er her valgt ut noen aktuelle diagnoser som står for de største gruppene pasienter som mottar og/eller har behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1: Framskrivning av aktivitet

ICD-10 grupper	2015		2035	
	Døgnopphold/ liggedøgn	Dag/Poliklinikk	Døgnopphold/ liggedøgn	Dag/ poliklinikk
I60-I69 og G459 Hjernekar-sykdom (hjerneslag) inkl TIA	699/3096	787	1077/3790	1423
Z 50 Rehabilitering	28* (primær rehabilitering)/ 396	3479	19*/309	3775
J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	751/3968	2376	730/3953	4002
Nordagutu: E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrin sykdom, ernærings-sykdom	Rammefinansiert, ikke med i framskrivning	1672	Rammefinansiert, ikke med i framskrivning	1989
M15-99 Muskelskjelett	802/3075 (også ortopediske pasienter)	905	816/3195	12520
C0 – C99 Ondartete svulster	1735/9218	7221	2656/12667	12482

* Primær rehabilitering er opphold eller kontakter som har rehabilitering som hoveddiagnose, mens sekundær rehabilitering er definert som rehabilitering ved opphold som både omfatter akuttbehandling (for eksempel hjerneslag eller skader) og rehabilitering. Den akutte sykdommen kodes ved sekundær rehabilitering som hovedtilstand, mens rehabilitering kodes som bidiagnose. De oppholdene og kontakter som har rehabilitering som hovedtilstand (primærrehabilitering) havner under pasientgruppe "Z50 Rehabilitering" i framskrivningen. De oppholdene og kontakter som har sekundær rehabilitering- kodes under annen hovedtilstand. Disse finner vi under andre diagnosegrupper. Dette er de fleste pasientene som ligger i de fire rehabiliteringssengene, fordi dette primært er pasienter som er overført fra andre sengeposter.

6. Rehabilitering fram mot 2035

Framskrivninger som er gjort i forbindelse med ny Nasjonal helse- og sykehusplan viser at Telemark er et av de fylkene i Norge som har lavest befolkningsvekst i eksisterende befolkning. Samtidig er det et av de fylkene som har minst tilflytting og med en stadig økende andel eldre innbyggere vil utviklingen høyst sannsynlig fortsette i årene fremover. I tillegg har Telemark en høyere andel personer på uføretrygd enn landsgjennomsnittet. I okt. 2017 var landsgjennomsnittet i andel uføre på 9,6 % mot 12,7 % i Telemark (www.nav.no).

6.1.Hjerneslag

Forekomsten av hjerneslag er 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. Selv om det pgra nye behandlingsmetoder er færre slagpasienter med store utfall vil dette vil også medføre økning i behov for hjerneslagrehabilitering.

6.2.Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma

KOLS-pasienter er den gruppen eldre pasienter som oftest blir reinnlagt på sykehus. De dårligste pasientene kan ha mellom seks til ti innleggelser i året. For hver gang de legges inn, tar det minst åtte til 12 uker før de er tilbake i den formen de hadde før innleggelse. De som legges inn, har ofte vært syke over lengre tid. Forskning viser at tverrfaglig rehabilitering med fokus på fysisk aktivitet, røykeslutt, mestring og kosthold har god effekt på pasienter med kroniske lungelidelser. Det bedrer helse, livskvalitet og hindrer reinnleggelser.

Sykehuset Telemark har p.t. ingen tilbud om lungerehabilitering. Imidlertid planlegges det å prøve ut et tilbud for kroniske lungepasienter med et to ukers intensivt rehabiliteringsopphold på Nordagutu.

6.3.Sykelig overvekt

Sykelig overvekt er økende og det blir fra Verdens helseorganisasjon (WHO) pekt på at Europa står foran en fedmeepidemi av enorme proporsjoner innen 2030. Det både er og vil bli store utfordringer å snu epidemien. Med denne utviklingen er det viktig at kompetansen på sykelig overvekt og livsstilssykdommer bevares som et ansvarsområde innen spesialisthelsetjenesten. Utredning og behandling av sykelig overvekt er et « sørge for ansvar" for spesialisthelsetjenesten og bør utvikles i samarbeid og parallelt med utviklingen i kommunene. På denne bakgrunn er det vanskelig å se for seg annet enn at pasienter med sykelig overvekt, som har behov for hjelp av spesialisthelsetjenesten, også vil øke. Dette også grunnet de komplekse årsakssammenhengene og den ofte tette koblingen til psykiatrien og psykisk helse, som gjelder for disse pasientene. Organisering og pasientforløp vil være i utvikling og endring parallelt med endringer og utvikling i kommunene.

6.4. Muskel/skjelettplager – arbeidsrettet rehabilitering

Pasienter med muskel-skjelettplager står for en stor del av langtidssykefraværet. Det er også en gruppe som i stor grad bruker spesialisthelsetjenesten først og fremst for å kartlegge og utelukke annen sykdom. Dette er også det som er føringene i Prioriteringsveilederen. I dette arbeidet blir det viktig å samarbeide tett med arbeidsgivere, NAV og kommunal helsetjeneste slik at denne pasientgruppen får tidlig bistand på et så lavt tjenestenivå som mulig for å opprettholde et godt funksjonsnivå og på den måten unngå å falle ut av arbeid.

Spesialisthelsetjenesten har fått i sitt oppdragsdokument at det skal finnes et tilbud til pasienter med muskelskjelettplager og lettere psykiske lidelser (angst og depresjon) og der arbeidsdimensjonen er sentral. Sykehuset har fra 2018 fått en økning i rammen fra HSØ for å opprettholde /videreutvikle tilbudet som er etablert på ARR (poliklinikk for arbeidsrettet rehabilitering) samt et tilbud for pasienter med angst og depresjon. Det planlegges nå å samle tilbudet til alle disse pasientene. Overskriften på dette tilbudet er Arbeid og helse, og denne aktiviteten vil samles og videreutvikles på den nåværende ARR – poliklinikken i Porsgrunn.

6.5. Kreftsykdom

Det er økende forekomst av kreft, og stadig flere som overlever kreftsykdom. Behovet for rehabilitering etter kreftsykdom er økende. For mange av disse pasientene vil arbeid være en viktig dimensjon som en del av rehabiliteringsforløpet.

6.6. Tidlig døgnerhabilitering og ambulant virksomhet

6.6.1. Tidlig døgnerhabilitering

Sykehuset Telemark har 4 tidlig-rehabiliteringssenger, dette skal ivareta behovet for akutt-rehabilitering av pasienter som overflyttes fra andre sengeposter/sykehus samt pasienter som skal inn på et vurderingsopphold. Fremtidig antall senger estimeres til mellom 4 og 6. Det betinger imidlertid et godt samarbeid med andre sengeposter, rehabiliteringstjenestene i kommunene og andre rehabiliteringsinstitusjoner som ivaretar pasienter som har behov for lengre rehabiliteringsløp i spesialisthelsetjenesten (SiV, Sunnaas).

Dagens lokaler setter store begrensninger på antall senger og rehabiliteringsaktiviteten generelt. I et fremtidig sengebygg bør det legges til rette for økning og det må sørges for lokaler som gir bedre mulighet for å drive rehabilitering. Store nok pasientrom samt egnete lokaler for kartlegging og opptrening er viktig. I et nytt sengebygg bør det sørges for mulighet for bedre skjerming av pasienter med behov for rehabilitering for og fasilitere et optimalt rehabiliteringstilbud. Samtidig er det gode erfaringer med samlokalisering med sengepost for slag og nevrologi, med felles bruk av ressurser, felles vaktordninger og en sterk tverrfaglig kompetanse.

Fra 2018 innføres pakkeforløp hjerneslag. Her settes det også krav til rehabiliteringsfasen etter hjerneslag. Det må ivaretas i videre planlegging.

6.6.2. Ambulant virksomhet

Det er stadig mer fokus på at hjemmet eller institusjon i større grad er arena for undersøkelse, behandling og rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten. Behandlingen skal foregå i tett samarbeid med kommunale aktører. I dette arbeidet er det naturlig og hensiktsmessig å ta i bruk telemedisinske løsninger. Dette er løsninger som både er tidsbesparende for helsepersonell og enkelt for pasienten. Samarbeidsmøter kan gjøres ved bruk av videokonferanse (VK) og mobile løsninger, deler av et tverrfaglig team kan reise ut og kontakte f. eks. legespesialisten som sitter på sykehuset ved å bruke VK og nettbrett med egnede teknologiske løsninger. Denne arbeidsformen brukes i dag, og bør videreutvikles fremover. Med Telemarks geografi og det store arealmessige nedslagsfeltet vil dette effektivisere pasientbehandlingen betraktelig.

6.7. Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt – En dør inn til tjenesten

Sykehuset Telemark har på mange måter en bortimot optimal organisering av tjenestene slik de er nå. Det bør vurderes om sykehuset skal opprette en egen samhandlingsfunksjon som ikke er klinikkorganisert og som har et sykehusovergripende fokus hvor samhandlingskoordinatorene organiseres sammen med Koordinerende Enhet (KE) og muligens Lærings- og Mestringssenteret (LMS), i tillegg til andre egnede aktiviteter med overgripende funksjoner. En slik samorganisering vil kunne gi noe synergieffekt for samhandlende funksjoner på tvers av tjenestenivå. Denne effekten er krevende å få til i dag.

6.7.1. Kompetanse

I tillegg til nåværende tverrfaglige bemanning må det ansettes lege i stillingen som LIS (lege i spesialisering) som nå er «frosset». Sykehuset har et allsidig rehabiliteringstilbud og vil kunne ivareta det aller meste i et spesialisingsløp. Det er viktig å rekruttere inn nye spesialister til eget sykehus, samtidig er det stor mangel på spesialister innen fagområdet nasjonalt.

6.8. Samhandling med kommunehelsetjenesten

Med samhandlingsreformen og Opptrappingsplan for rehabilitering er det en klar føring at kommunene skal overta mer av rehabiliteringsaktiviteten. Det medfører en oppgaveforskyving mot kommunene og en spissing og spesialisering av spesialisthelsetjenestens oppgaver. STHF har hatt et aktivt forhold til dette og formet sine tilbud i tråd med føringene. Samtidig har mange av kommunene bygd opp gode rehabiliteringstilbud, det er imidlertid ulikheter fra kommune til kommune

I «Plan for somatisk, spesialisert rehabilitering 2015 - 2020» er det definert hvilke forventninger som er til kommunene innen rehabilitering: En tverrfaglig bemanning med fysio- og ergoterapeut, dedikerte døgnrehabiliteringsplasser, dagtilbud og et opplegg for rehabilitering i hjemmet. Vi har gode eksempler på kommuner som har fått dette på plass

(Vinje kommune, Skien, Porsgrunn). Det er et mål i planperioden at alle kommuner har slike tilbud, enten alene eller i samarbeid med andre.

STHF og kommune i Telemark har inngått «Delavtalen om samarbeid for pasienter med behov for koordinerte tjenester» (4.3.8) for å sikre at pasienter og brukere med sammensatte behov får en god koordinering av tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Disse pasientene skal ha et helhetlig, sammenhengende og faglig forsvarlig tjenestetilbud og pasientforløp, herunder brukermedvirkning. Tjenestene skal stimulere til egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Delavtalen skal konkretisere ansvars- og oppgavefordelingen mellom STHF og kommunen, samt legge grunnlag for samarbeidsrutiner, forsvarlig pasientforløp, sikre brukermedvirkning og nødvendig informasjonsflyt. Det er et felles anliggende for kommunene og sykehuset å få etablert gode kommunale rehabiliteringstilbud til hele befolkningen i Telemark. Ambulant virksomhet, rehabiliteringsnettverk og gjensidig kompetanseoverføring er eksempler på virkemidler her.

Både sykehuset og de fleste kommuner har teamorganisering omkring ulike rehabiliteringsfunksjoner, både på døgntilbud og mer poliklinisk og ambulante funksjoner. Det bør framover vurderes om noen slike team vil kunne videreutvikles til å gjelde begge nivå, altså opprette felles team som server ulike deler av fylket og som har fagpersoner både fra sykehus og kommune.

Frem mot 2035 er det sannsynlig at pasientgrupper som muskel/skjelettplager og lettere psykiske lidelser, sykkelig overvekt og hjertepasienter vil få et fullverdig tilbud i kommunene. Da må sykehusets tilbud justeres etter dette.

De dårligste pasientene som er i subakutt rehabiliteringsfase vil også framover forbli sykehusets ansvar, og sykehuset må bli enda mer spisset i sin kompetanse for å ivareta disse pasientene.

Likeledes vil behov et for oppfølging av barn og voksne multifunksjonshemmede, pasienter med store medisinske utfordringer som for eksempel spastisitet og pasienter som har behov for rehabilitering med et bredt tverrfaglig team og med høy intensitet forbli sykehusets ansvar.

Det vil være viktig å fortsette samt utvikle bruken av teknologi i pasientbehandling og i samhandling med andre aktører omkring pasientforløp.

Det er også et mål å bedre elektronisk samhandling på tvers av tjenestenivå

Nevnte reformer vil antakelig gi færre og større kommuner, det vil bidra til at kommunale helsetjenester får et større fagmiljø som kan bidra til økt kompetanse med faglig tyngdepunkt i kommunene. Dette vil potensielt kunne bidra til at det er kommunene som i

enda større grad styrer behandlingsforløpene og mer en nå «bestiller» tjenester fra spesialistene som fortsatt vil ha tilholdssted i sykehusene.

6.9. Samhandling i sykehusområdet

Høsten 2017 er det vedtatt i et felles ledermøte for SiV og STHF at det skal arbeides med å se på et tettere samarbeid og samordning mellom SiV og STHF innen fysikalsk medisin/rehabilitering. Administrerende direktører i helseforetakene skal utvikle et mandat for dette arbeidet.

6.10. Fritt rehabiliteringsvalg

Fra 1. juli 2017 ble det besluttet at alle pasienter som har rett til rehabilitering fritt kan velge mellom offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Det betyr at pasienter som trenger rehabilitering, på nettsiden [Velg behandlingssted](#) kan velge mellom offentlige institusjoner og private institusjoner som har avtale med HSØ. Dette kan fort bli utvidet til å gjelde flere institusjoner.

Det er positivt for pasientene å få mulighet til å velge best mulig rehabiliteringstilbud. Samtidig er det en kjensgjerning og en tydelig politisk føring at mest mulig av rehabiliteringen bør skje der pasienten bor og i tett samarbeid mellom sykehus og kommune.

Denne situasjonen vil kreve en bevisst strategi på hvilke tilbud innen spesialisert rehabilitering sykehuset selv skal tilby for de pasientene sykehuset har ansvar for. Skal tilbudene som eksisterer i dag opprettholdes? Kan noe overføres til kommunene? Skal nye pasientgrupper som har behov for rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten få tilbud? Kan sykehuset bruke ressursene sine på en annen måte slik at vi kan gi pasientene et godt tilbud der det er behov for spesialisert rehabilitering fra sykehuset?

Rehabiliteringsfeltet vil fremover bli mer konkurranseutsatt med sterke kommersielle aktører som vil ha mye ressurser til markedsføring. Sykehuset må derfor ha fokus på god markedsføring for å spre informasjon om sine tilbud.

7. Handlingsplan

Område	Overordnede aktiviteter	
	År: 2018 - 2022	År: 2023 – 2035
Samarbeid med kommunene	Fortsette prosess med å bidra slik at alle kommunene får et tilfredsstillende tilbud innen rehabilitering Opprette rehabiliteringsnettverk Vurdere oppretting av felles rehabiliteringsteam kommune/sykehus	Formalisere felles team. Kontinuerlig vurdering av hva som skal ligge i spesialisthelsetjenesten og hva som skal ligge i kommunene.
Tidlig rehabilitering	Ivareta rehabiliteringsaktivitet inn i nytt sengebygg Vurdere antall senger	Videreutvikle tidlig rehabiliteringstilbudet i samarbeid med andre fagområder på sykehuset
Ambulant virksomhet – bruk av telemedisin	Koordinere all ambulant virksomhet fra avdelingen. Implementere bruk av videooverføring både i samhandling og behandling.	Videreutvikle, samordne i takt med utviklingen i kommunene
Kompetanse	Få på plass LIS innen fys med rehab	I ny spesialiseringsordning - håndtere hele LIS 2 og 3 forløpet på STHF.
Fritt rehabiliteringsvalg	Vurdere tilbudene sykehuset har. Overføre andre tilbud til kommunene Vridning av ressurser Aktivt fokus på markedsføring	Kontinuerlig vurdere hvilke tilbud som sykehuset skal gi. Sørge for god kvalitet
Arbeidsrettet rehabilitering	Utvide ARR til også å ivareta pasienter med lettere psykiske lidelser som har utfordringer i arbeidssituasjonen. Øke kompetanse og ressurser Arbeide ut mot kommunene for samarbeid og etablering av kommunalt tilbud	Fortløpende evaluering av virksomheten med tanke på aktivitet og ressurser
Kreftrehabilitering	Påvirke slik at det blir et nytt og større Pusterom i tilknytning til nytt strålebygg Bygge opp et komplett poliklinisk kreftrehabiliteringstilbud	Kontinuere prosessen med kreftrehabiliteringstilbud
Lungerehabilitering	Prosjekt med lungerehabiliteringstilbud på Nordagutu. Søke Extramidler. Evaluere prosjektet i etterkant	Ta konsekvensen av evaluering