

Samarbeid om rehabilitering

Kartlegging av status og behov – En felles handlingsplan 2025-2026

Et samarbeid mellom:

Tønsberg

Larvik

Færder

Horten

Sandefjord

Holmestrand

Sykehuset i Vestfold HF

Statsforvalteren i Vestfold



Innledning

SSU (strategisk samarbeidsutvalg) i Vestfold besluttet på sitt møte 23.05.24 at det var behov for å kartlegge status og behov innen rehabilitering i kommunene i Vestfold. Kartleggingen skulle gjennomføres med bistand fra Statsforvalter og resultatet skulle legge grunnlaget for en felles Handlingsplan for rehabilitering i Vestfold.

Det ble satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra kommunene og sykehuset (NoR, tidligere KFMR)

Medlemmer i arbeidsgruppen: Jakob Yngvi Fridriksson (avdelingsleder, Rehabilitering og mestring, Holmestrand kommune), Linda Letmoli Solem (rådgiver, Innovasjon og mestring, Horten kommune), Kristin E Berthelsen (seksjonsleder LMS), Gina Iversen (seksjonsleder nevrologisk rehabiliteringsseksjon), Emilia Kouneva (seksjonsleder rehabiliteringsseksjonen), Helena P Nilsen (avdelingssjef Fysikalsk medisinsk- og rehabiliteringsavdelingen)

1. Kartlegging

Arbeidsgruppen utarbeidet et kartleggingsskjema. Skjemaet ble sendt ut av Statsforvalter til postmottak i alle kommuner. Samtlige seks kommuner leverte inn svar.

Her følger en oppsummering av svarene på kartleggingen. Kartleggingen i sin helhet ligger som vedlegg.

1. Organisering av det kommunale rehabiliteringstilbudet.

I kommunene i Vestfold er det stor variasjon i hvordan rehabiliteringstilbudet er organisert.

Her gis det en kortfattet oversikt over organisering/tilbud i den enkelte kommune:

Sandefjord

Det er 8 døgnrehabiliteringsplasser på Sandefjord medisinske senter. I tillegg har enhet med korttidsplasser, lindrende enhet og intermediæravdeling tilgang til fysioterapeut og ergoterapeut. Kommunen har også tilbud om hjemmerehabilitering og fysioterapi til voksne hjemmeboende over 18 år.

Larvik

Rehabiliteringstilbudet er hovedsakelig organisert i Larvik helsehus, med institusjonsrehabilitering ved Presteløkka, samt hjemmerehabilitering. I tillegg finnes helsestasjon for eldre og forsterket utskriving.

Færder

Døgnrehabiliteringstilbudet består av 16 rehabiliteringsplasser ved Smidsrød helsehus. Øvrige avdelinger har også tilgang til fysio- og ergoterapeut. Kommunen har 4 plasser til dagrehabilitering samt fysio- og ergoterapitilbud til hjemmeboende.

Horten

Døgnerhabiliteringstilbudet består av en korttidsavdeling med fysio- og ergoterapitjeneste. I tillegg finnes det hverdagsrehabilitering med et tverrfaglig team(sykepleier, fysio- og ergoterapeut). Fysio- og ergoterapeut har også vurderinger og oppfølging av hjemmeboende.

Tønsberg

Døgnerhabilitering foregår på Hogsnes helsehus. I tillegg har kommunen hverdagsrehabilitering (hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapeut). Fysioterapitjenesten har også kortvarig hjemmeoppfølging og rehabiliteringsgrupper.

Holmestrand

Døgnerhabilitering foregår på Holmestrand Bo- og behandlingssenter. Det er tilbud om lenger opphold eller korttidsopphold med fokus på kartlegging og rehabilitering. Det er også tilbud om korttidsopphold rettet spesifikt mot kognitive utfordringer. I tillegg har kommunen ambulerende rehabilitering til hjemmeboende med behov for ekstra oppfølging, for å håndtere å bo hjemme.

2. Frisklivssentralen - organisering og tilbud.

Frisklivssentralen er organisert ulikt i de forskjellige kommunene. Noen steder er den organisert under Psykisk helse og rus, andre steder under Fysioterapitjenesten eller Helse og Mestring.

Det er også stor variasjon i hvor mange ansatte i hver kommune som er tilknyttet aktivitet ved Frisklivssentralen, og hvilken type tilbud og hvor mange Frisklivstilbud som den enkelte kommune har.

3. Rehabiliteringstilbud og kapasitet

Det er stor variasjon i hvilke rehabiliteringstilbud den enkelte kommune har. Denne variasjon gjelder også omfanget av rehabiliteringstilbudet, hyppighet av tilbudet, kriterier for å være aktuell for å motta tilbudet, og hvor mange deltakere som kan delta på det enkelte tilbudet.

Rehabiliteringstilbud

- Rehabilitering i institusjon
- Hverdagsrehabilitering i hjemmet/ ambulerende/rullerende rehabiliteringsteam
- Individuell oppfølging av kommunal/privat fysioterapeut
- Individuell oppfølging av kommunal ergoterapeut
- Ambulerende/rullerende rehabiliteringsteam

Rehabiliterings-/treningstilbud i gruppe (10 – 25 deltakere)

De enkelte kommuner har gruppetilbud innen flere av disse områder. Antallet deltakere kan variere fra 10 – 25 st.

- Styrke og balanse
- Sterk og stødig
- Seniortrening (60+)
- Balansegrupper
- Basseng gruppe

- Kreft-/fatigue gruppe
- Kols- og lungegruppe
- Kognisjonsgruppe
- Behandlingsgruppe med egentreningsprogram, veiledning av fysioterapeut
- Mannsgruppe med sirkeltrening
- Drop in, treningsprogram utarbeidet av fysioterapeut, gjennomføring på egen hånd

4. Rehabiliteringsressurser – faggrupper og årsverk

Det er stor variasjon i hvor mange årsverk den enkelte kommune har definert til å arbeide med rehabilitering. Dette følger dels av kommunenes ulike størrelse og ulik organisering av aktører involvert i rehabilitering i den enkelte kommune. Alle kommunene har fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier/helsefagarbeider som er involvert i rehabiliteringstilbudet.

5. Kommunenes utfordringer i hht rehabilitering

Kommunene beskriver store utfordringer knyttet til den økende andelen eldre, de ressurser dette krever, og de konsekvenser dette får for bruken av helse- og rehabiliteringsressurser. Allerede nå ser man at pasienter som er utskrivningsklare fra SIV HF, med behov for pleie, er nødt til å gis en døgnplass. Da kommunene ikke har nok langtidsplasser, så blir man nødt til å bruke av de rehabiliteringsplasser man har. Dette går da på bekostning av rehabiliteringstilbudet i kommunen.

Problematikken blir ytterligere forsterket av at man i mange kommuner ikke har spesifikke døgnplasser som er dedikert til rehabilitering. Videre så har man heller ikke en rehabiliteringskoordinator som kan sikre et forløp med kontinuitet.

Kommunene beskriver at de mangler kompetanse på ernæringscreening og oppfølging av dette. Videre at det er ulikt innhold i de kommunale tjenestene. Innholdet i tjenestene varierer mellom ulike kommuner, men det er opplevd også at det er en variasjon innen den enkelte kommune, avhengig av om du bor på institusjon eller er hjemmeboende.

6. Samhandling mellom kommunen og sykehus

Det beskrives en opplevelse av at det brukes forskjellige kartleggingsverktøy i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, og at man har ulike tilnærminger til pasientens problemstillinger. Dette gjør det vanskelig å standardisere oppfølgingen av pasienter. Kommunene beskriver at de ønsker å få informasjon tidlig om pasienter som er innlagt for rehabilitering og med behov av kommunale tjenester etter utskriving. De ønsker at det i flere tilfeller tas initiativ til overføringsmøter. Det er videre en utfordring at spesialisthelsetjenesten i flere tilfeller skaper en forventning hos pasienten om hvilket kommunalt tilbud denne skal få.

Videre nevnes at den hovedsakelige samhandlingen skjer via tjenestekontor og at epikriser og skriftlig overføringsinformasjon i mange tilfeller er god.

7. Fremtidig behov for ressurser og kompetanse innen rehabilitering

Da antallet eldre øker og flertallet skal bo hjemme, så blir det et økt behov for fysio- og ergoterapeuter. Det blir også et økt behov for midler til privatpraktiserende fysioterapeuter.

Det er behov for en økning av den formelle kompetansen i utøvende rehabiliteringstjenester. Her nevnes sykepleier med formell rehabiliteringskompetanse, logoped, klinisk ernæringsfysiolog, sosionom, nevropsykolog og kompetanse innen kognitiv rehabilitering og syns- og hørselsrehabilitering.

Det er en problemstilling at terskelen for å ta en videreutdanning er høy. Dette kommer sannsynligvis av at utdanninger er masterforløp, som ikke kompenseres med økt lønn i kommunen. For kommunale aktører hadde det mulig vært mer hensiktsmessig med mer kortvarige utdanninger (eks 30 studiepoeng, 1 år).

8. Utvikling av rehabiliteringstilbud i kommunen og i spesialisthelsetjenesten

Kommunene gir uttrykk for at det er behov for å videreutvikle kommunal hverdagsrehabilitering, kreftrehabilitering, rehabilitering av kognitive problemstillinger, digital hjemmeoppfølging og å etablere en mer intensiv og tidsavgrenset oppfølging. Det er også behov for å etablere tilbud til pasienter med kronisk smerte og pasienter med utmattelse/CFS/ME.

Kommunale aktører opplever at det er behov for at spesialisthelsetjenesten etablerer ambulant oppfølging av spesialister, og at det tas i bruk standardiserte verktøy for vurdering av rehabiliteringspotensial/rehabiliteringsbehov. Dette kan bidra til en forventningsavklaring mellom kommune, pasient og spesialisthelsetjenesten.

Validity beskrives som et godt eksempel på et velfungerende samarbeidsprosjekt.

9. Kommunal koordinerende enhet

Det er stor variasjon i ressurser, organisering og bruk av koordinerende enhet i kommunen.

1.1 Konklusjon av kartlegging

Det utpeker seg 2 områder som det er vesentlig å rette fokuset mot videre:

- Dialog mellom aktører i spesialisthelsetjenesten og kommunen i forkant av døgnopphold og ved overføring til kommunen etter døgnopphold. Her må det rettes fokus mot en gjensidig forventningsavklaring og en gjensidig kompetansedeling vedrørende den enkelte pasient.
- Kompetanseoverføring – gjensidig og med et faglig fokus

2. Handlingsplan

Handlingsplanen fokuserer på de prioriterte områder:

1. Dialog mellom rehabiliteringsaktører i kommunene og SIV HF vedrørende den enkelte pasient.
2. Gjensidig kompetanseoverføring(kommune-SIVHF) med et faglig fokus

Tiltak 1

I månedsskiftet august/september 2025 (sannsynligvis 03.09.2025)gjennomføres en ½ dags workshop (11.00-15.00) for kommunale rehabiliteringsaktører og rehabiliteringsaktører fra SIV HF. Tema er samarbeid om pasienter og samarbeid om kompetanseheving. Workshopen har til hensikt å involvere de aktører som er direkte engasjert i den kliniske rehabiliteringsaktiviteten i SIV HF og kommunene. Det er viktig å få tak i klinikernes opplevelser og meninger, da det er de som er nærmest pasienten.

Workshopen skal ha 2 tema:

1. Etablere en rutine for en hensiktsmessig dialog vedrørende konkrete pasienter. Her skal det legges vekt ved at det etableres en hensiktsmessig og praktisk gjennomførbar praksis. Det skal diskuteres en ny og hensiktsmessig fremgangsmåte der SIV HF beskriver pasientens funksjon – kommunen beskriver sine ressurser – og der SIVHF ved behov bistår kommunen med å etablere et faglig forsvarlig tilbud basert på de tilgjengelige ressurser.

Her skal det også ses på behovet for, og innholdet i, en ev ambulerende rehabiliterings-tjeneste som en del av en slik praksis.

2. Etablering av en felles digital kompetansehevingsarena. Det er forslag om å etablere regelmessig digital undervisning, der SIV HF og kommunene deler ansvaret for innholdet. Det legges vekt ved praktisk gjennomførbarhet, nytteverdi og behov for felles kompetansedeling.

I etterkant av gjennomført workshop møtes arbeidsgruppen for å konkretisere og legge en plan for praktisk gjennomføring/iverksettelse av tiltak. Handlingsplanen oppdateres da i hht nye planer og med konkretisering av tiltak.

Tiltak 2

Kysthospitalet i Stavern har en under de senere år arrangert et fagseminar innen fagfeltet fysiskskmedisin og rehabilitering. I 2025 så arrangeres dette av en gruppe satt sammen av faglige representanter fra Larvik kommune og Fysiskskmedisin – og rehabiliteringsavdelingen. Seminaret ble avholdt den 5 juni med 250 deltakere.

Det vurderes at Fagseminar og Workshop bør være samarbeidsaktiviteter som gjentas hvert år.

