

Behovsvurdering for anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester

Helse Midt-Norge RHF, januar 2024

Innhold

| | |
|--|----|
| Innhold..... | 2 |
| Innledning..... | 4 |
| Deltakere i arbeidsgruppa..... | 6 |
| Habilitet..... | 6 |
| Befolkningen og sykdomspanorama i Midt-Norge..... | 7 |
| Lover, forskrifter, sentrale dokumenter og helsepolitiske føringer..... | 11 |
| Hva er spesialisert rehabilitering..... | 12 |
| Rehabilitering versus opptrening..... | 14 |
| Poliklinikk, dagbehandling eller døgnrehabilitering..... | 14 |
| Gjentatte opphold..... | 14 |
| Digitale tilbud..... | 15 |
| Samfunnsøkonomi..... | 15 |
| Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet.. | 16 |
| Private rehabiliteringsinstitusjoner..... | 18 |
| Regional vurderingsenhet i Midt-Norge (RVE)..... | 20 |
| Henvisningsflyt og rettighetsvurdering..... | 21 |
| Statistikk..... | 23 |
| Aktuelle pasientgrupper med behov for rehabilitering..... | 25 |
| Amputasjoner (Delytelse C)..... | 25 |
| Brudd, ortopedi og slitasjeskader i skjelett (Delytelse A)..... | 27 |
| CFS/ME (Chronic fatigue syndrom/Myalgisk encefalomyelitt) (Delytelse D)..... | 29 |
| Hjerneslag og ervervet hjerneskade (Delytelse F)..... | 31 |
| Hjertesykdommer (delytelse H)..... | 33 |
| Kreftsykdommer (Delytelse E)..... | 35 |
| Langvarig muskel- og bløtdelssmerte (Delytelse J)..... | 38 |
| Lungesykdommer (Delytelse I)..... | 40 |
| Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer (Delytelse G)..... | 42 |
| Rehabilitering med arbeid som mål (Delytelse R)..... | 44 |
| Revmatologiske sykdommer (Delytelse B)..... | 46 |
| Sammensatte og/eller komplekse lidelser (Delytelse O - Komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusopphold)..... | 48 |
| Sanseforstyrrelser (delytelse M)..... | 49 |
| Sykelig overvekt (Delytelse K)..... | 51 |
| Tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning (Delytelse N - Barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning)..... | 53 |



| | |
|--|----|
| Andre grupper der spesialisert rehabilitering kan være aktuelt | 54 |
| Referanser | 56 |
| Vedlegg 1: Rehabilitering – utvalgte pasientgrupper – sykehus | 60 |



Innledning

Helse Midt-Norge RHF har et «sørge for ansvar» for spesialiserte rehabiliteringstjenester i regionen.

Siden 2018 har 13 private leverandører hatt avtale med Helse Midt-Norge RHF om å tilby befolkningen spesialisert rehabilitering i tillegg til rehabiliteringsavdelinger ved de 3 Helseforetakene (HFene). Helse Midt-Norge RHF kjøper også noen plasser i private rehabiliteringsinstitusjoner utenfor regionen for å dekke behovet til særskilte grupper. Disse avtalene løper ut 31.12.2024 og denne behovsvurderingen skal danne grunnlag for å en ny anskaffelse der nye avtaler skal være på plass innen juli 2024. Tallene i rapporten baserer seg på tilbudet i 2023 slik at endringer som er gjort i 2024 ikke er tatt med i vurderingene.

Hensikten med behovsvurderingen er å gi en faktabasert beskrivelse av rehabiliteringsområdet og utviklingstrender som påvirker behovet framover. Den baserer seg på Helse Midt-Norge RHF sin strategi 2030 og regional utviklingsplan 2023-2026 og er skrevet med utgangspunkt i behovsvurderingen som ble gjort i 2017 og rapporten om rehabilitering i Midt-Norge fra 2014. I tillegg har arbeidsgruppa sett på lover, forskrifter, normerende publikasjoner, NOUer og andre styrende dokumenter.

Behovsvurderingen er utarbeidet av en arbeidsgruppe med deltakere oppnevnt av de 3 HFene, kommunerepresentasjon fra Helsefelleskapene i regionen og regionalt brukerutvalg. Ansatte i Helse Midt-Norge RHF har ledet arbeidet og bidratt med tall og analyser.

De 3 helseforetakene fikk i oppdrag å beskrive behovet for spesialiserte rehabiliteringstjenester i sitt opptaksområde innen 31.05.2023 og disse innspillene har vært et viktig utgangspunkt. Representantene i arbeidsgruppa fra HFene har jobbet aktivt ut mot egne fagmiljø i sykehusene for å gi innspill til behovsvurdering underveis i prosessen. Man har også innhentet skriftlig tilbakemelding fra brukerorganisasjoner og det er gjennomført enkeltmøter med både eksisterende og potensielle leverandører.

I arbeidet med behovsvurderingen har det også vært lagt opp til en prosess der følgende har vært involvert:

| Aktivitet | Tidspunkt | Inviterte/Deltakere |
|--|------------|---------------------|
| Innspill fra HF om behov for spesialisert rehabilitering – Styringskrav og rammer 2023 | 31.05.2023 | |
| Samarbeidsmøte mellom private rehabiliteringsinstitusjoner, RVE/RKE og HMN | 01.06.2023 | |



| | | |
|--|-------------------------------|--|
| Leverandørkonferanse | 23.10.2023 | Leverandører og potensielle leverandører |
| Møte med regionalt brukerutvalg | 25.09.2023 | |
| Samarbeidsmøte mer Regional vurderingsenhet/Regional koordinerende enhet (RVE/RKE) | August? | |
| Møte i politisk samarbeidsutvalg i nordre Trøndelag | 24.10.2023 | Kommuner og HF |
| Møte i administrativt samarbeidsutvalg i nordre Trøndelag | 30.11.2023 | Kommuner og HF |
| Møte med samarbeidsutvalg og/eller Helsefellesskap St.Olav | Utsatt til orientering i 2024 | Kommuner og HF |
| Møte i strategisk samarbeidsutvalg HMR | 22.11.2023 | Kommuner og HF |
| Fagledernetverk fysikalsk medisin og rehabilitering | 08.09.2023, 06.10.2023 | |
| Fagledernetverk læring- og mestring | 09.10.2023 | |
| Møte Konserntillitsvalgte og konsernverneombud | 08.11.2023 | |
| Innspill fra brukerorganisasjoner | 30.11.2023 | Sendt dokument med frist for innspill 12.12.2023 |



Deltakere i arbeidsgruppa

Nancy Haugan, Rådgiver samhandling, Helse Nord-Trøndelag HF

Velaug Brenne Leira, Avdelingsleder Fysikalsk medisin og rehabilitering, Helse Nord-Trøndelag HF

Britt-Elin Lurud, Klinikksjef Rehabiliteringsklinikken, St. Olavs hospital HF

Runa Heimstad, Rådgiver- Fagdirektørens stab, St. Olavs hospital HF

Mariann Hagerup Gammelsæther, Medisinsk fagsjef, Helse Møre og Romsdal HF

Ingvild Kjeldberg, Seksjonsoverlege avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Helse Møre og Romsdal HF

Frode Grevskott, Kommunalsjef Helse og Omsorg, Høylandet kommune, Helsefellesskapet i nordre Trøndelag

Mari Hilstad, enhetsleder Meldal helsetun, Helsefellesskapet i søndre Trøndelag

Runa Bakke, Tjenesteleder helse, tildeling og koordinering, Ørsta kommune, Helsefellesskapet i Møre og Romsdal

Marthe Haugen, brukerrepresentant, Regionalt brukerutvalg

Torbjørn Akersveen, brukerrepresentant, Regionalt brukerutvalg

Arnt Egil Hasfjord, seniorrådgiver, Helse Midt-Norge RHF

Astrid Brudeseth, koordinator og referent, Helse Midt-Norge RHF

Gunn Hege Marchand, seniorrådgiver, Helse Midt-Norge RHF

I tillegg har ressurser fra regional vurderingsenhet (RVE), økonomi, analyse og juridisk i Helse Midt-Norge RHF deltatt ved behov.

Habilitet

Alle interne og eksterne deltakere i arbeidsgruppa har vurdert egen habilitet, og det er ikke fremkommet opplysninger som er til hinder for deltakelse i arbeidet.



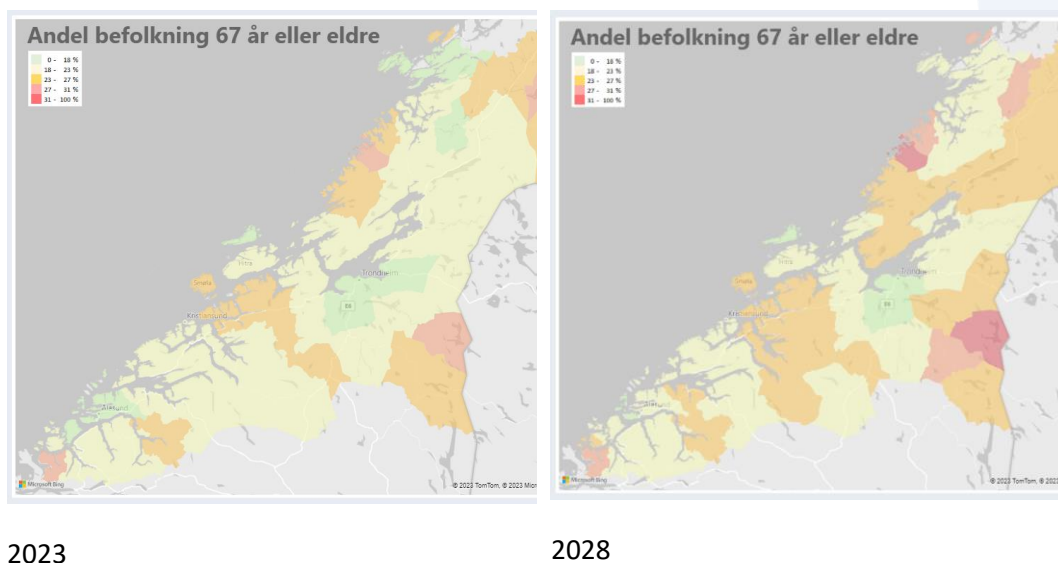
Befolkningen og sykdomspanorama i Midt-Norge

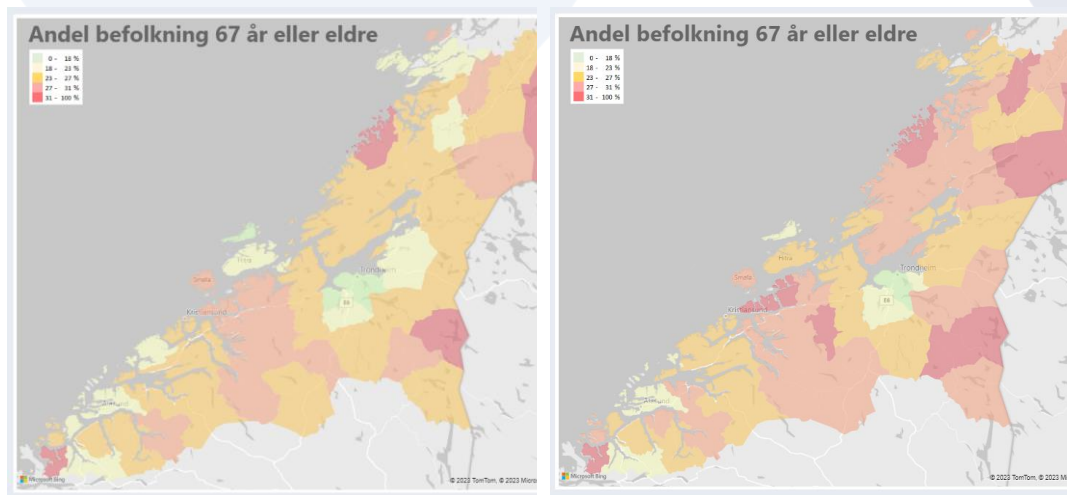
Befolkningen i Midt-Norge (samt Bindal i Nordland) var på 748 226 innbyggere i 2023 (SSB.no). Dette utgjør 13,6 % av Norges samlede befolkning.

Tabell 1 Befolkningen i Midt-Norge fordelt på helseforetak (SSB.no)

| Helseforetak | Befolkningsgrunnlag | Prosentandel |
|--------------------------|---------------------|--------------|
| St. Olavs hospital HF | 343365 | 46,0 % |
| Helse Møre og Romsdal HF | 268365 | 35,9 % |
| Helse Nord-Trøndelag HF | 135105 | 18,1 % |

Fram mot 2040 vil befolkningen øke med litt over 5 % i regionen og trenden med økende aldring som er sterkest i distriktskommunene fortsetter, med unntak av noen kystkommuner (figur 1).





2034

2040

Figur 1 Befolkningsframskriving fram til 204, andel som er 67 år og eldre

Siden andelen eldre øker mest i utkantkommunene vil det fremdeles være mange pasienter som har lang reisevei til sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon. Dette må en ta høyde for når en planlegger tjenestene siden ikke alle vil kunne bruke polikliniske tilbud eller dagtilbud dersom det ikke legges opp til overnattingsmuligheter.

Hvis en gjør framskrivinger av sykdom der en antar at sykkeligheten per aldersgruppe og bruken av rehabilitering ikke endrer seg, vil det dermed bli en markant økning i behovet for de fleste delytelser der en i dag tilbyr rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (Figur 2). Spesielt øker de sykdomsgruppene som er tett knyttet til alder slik som brudd og slitasjeskader, men det er ikke dermed sagt at behovet for spesialisert rehabilitering vil øke i samme grad siden andre faktorer også vil virke inn. For eksempel vil bedre operasjonsmetoder, friskere eldre og bedre perioperativ behandling kunne endre dette bildet.



| Fag/delytelse | Sum episoder | Sum pasienter | 2028 Vekstfaktor episoder | 2028 Vekstfaktor pasienter | 2028 Vekstfaktor liggetid | 2040 Vekstfaktor episoder | 2040 Vekstfaktor pasienter | 2040 Vekstfaktor liggetid |
|---|---------------|---------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Amputasjoner underekstremiteter | 201 | 51 | 27,5 % | 24,9 % | 34,6 % | 48,0 % | 46,9 % | 55,4 % |
| Hjerneslag og traumatisk hjerneskader | 562 | 214 | 24,2 % | 14,6 % | 16,5 % | 38,7 % | 25,2 % | 26,3 % |
| Pasienter med kompleks sykdomsbilde med behov for sømløs rehabilitering etter sykehusbehandling | 555 | 178 | 13,9 % | 2,7 % | 6,3 % | 20,4 % | 13,5 % | 17,4 % |
| Sykdommer i sirkulasjonssystemet | 713 | 45 | 12,5 % | 6,3 % | 19,1 % | 30,0 % | 25,3 % | 44,8 % |
| Lungesykdommer | 546 | 304 | 12,2 % | 10,7 % | 13,0 % | 16,0 % | 18,7 % | 21,4 % |
| Brudd og slitasjeskader i skjelett | 1 432 | 512 | 12,2 % | 13,4 % | 16,8 % | 34,2 % | 30,0 % | 34,0 % |
| Sykdommer i åndedrettssystemet | 464 | 27 | 10,0 % | 3,6 % | 3,6 % | 25,6 % | 15,9 % | 15,9 % |
| Hjertesykdommer | 450 | 309 | 8,8 % | 7,2 % | 8,2 % | 24,1 % | 18,3 % | 18,4 % |
| Kreft | 365 | 310 | 7,5 % | 6,2 % | 8,3 % | 13,1 % | 10,6 % | 12,7 % |
| Nevrologiske og nevrologiske sykdommer | 478 | 466 | 6,6 % | 6,2 % | 6,0 % | 10,9 % | 10,5 % | 10,3 % |
| Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev | 3 552 | 184 | 6,5 % | 1,2 % | 12,0 % | 12,3 % | 7,2 % | 17,9 % |
| Koder for spesielle formål (U00-U85) | 906 | 48 | 5,6 % | 0,4 % | -12,2 % | 16,2 % | 10,2 % | -11,8 % |
| Ukjent | 2 976 | 182 | 5,6 % | -4,7 % | | 7,3 % | | -3,1 % |
| CFS/ ME (diagnostisert) | 461 | 157 | 5,0 % | -13,2 % | 0,6 % | 5,7 % | -10,9 % | 0,7 % |
| Sykkelig overvekt | 6 595 | 931 | 4,4 % | 1,1 % | 1,0 % | 8,4 % | 2,9 % | -0,3 % |
| Arbeidsrettet rehabilitering | 25 722 | 1 307 | 3,8 % | 2,3 % | 2,5 % | 6,2 % | 4,8 % | 1,8 % |
| Reumatologiske sykdommer (inflammatoriske) | 379 | 183 | 3,8 % | 3,8 % | 5,8 % | 6,2 % | 4,7 % | 6,1 % |
| Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten | 144 | 57 | 3,7 % | -80,0 % | 6,7 % | 9,4 % | -77,8 % | 23,7 % |
| Kronisk muskel- og bløtdelsmerter | 3 824 | 800 | 3,4 % | -3,5 % | 2,0 % | 7,1 % | -3,2 % | 1,3 % |
| Sykdommer i nervesystemet | 427 | 28 | 3,0 % | -8,6 % | 4,7 % | -1,9 % | -10,0 % | 15,2 % |
| Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser | 2 167 | 197 | 1,7 % | -12,0 % | -9,1 % | 5,5 % | -10,1 % | -21,2 % |
| Sykdommer i hud og underhud | 345 | 22 | 1,7 % | 3,5 % | | 16,2 % | 16,2 % | |
| Alvorlig grad av sansforstyrrelser | 85 | 41 | -0,0 % | -0,4 % | 7,4 % | 8,9 % | 5,0 % | 10,9 % |
| Tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning | 336 | 194 | -0,4 % | -2,0 % | -1,7 % | -5,2 % | -6,9 % | -6,6 % |
| Totalt | 53 685 | 6 482 | 5,0 % | 6,3 % | 7,7 % | 9,3 % | 11,2 % | 13,1 % |

Figur 2 Framskriving av behov for rehabilitering basert kun på demografiske faktorer og forutsatt dagens forbruk av tjenester basert på SSBs framskriving (MMMM-alternativet og aktivitet og befolkning i 2022)

I perioden 2009-2019 har befolkningen jevnt over blitt friskere og dødeligheten har gått ned. Folkehelse rapporten 2022 har sett på framtidens utfordringer for folkehelsen og konkluderer med at denne trenden vil snu. Dødelighet og sykkelighet vil fortsette å gå noe ned hvis man korrigerer for alder, men en aldrende befolkning vil overskygge dette slik at dødelighet og sykkelighet totalt sett øker. Dette skyldes i hovedsak sykdommer som er sterkt knyttet til alder slik som kreft, demens, fallulykker, ernærings sykdommer og infeksjoner. Sykdommer i hjerte-kar systemet er forventet å gi noe lavere dødelighet og kreft er forventet å overta som ledende dødsårsak og også øke andel helsetapjusterte leveår. Betydningen av nevrologiske sykdommer, som inkluderer Parkinson og hjerneslag, er framskrevet å øke fra 8,6 prosent til 10,3 prosent.

Muskel- og skjelettlidelser ligger på tredjeplass når det gjelder helsetapjusterte leveår og er framskrevet å øke med 28,8% (Folkehelse rapporten 2022).

Når man skal forsøke å forutsi behov for rehabiliteringstjenester i årene framover må en ta hensyn til dette, men også ta høyde for at det er både kjente og ukjente faktorer som vil påvirke dette.

Eksempler på kjente faktorer er en aldrende befolkning, færre røykere og økt andel som overlever kreft. Andre faktorer vi kjenner delvis betydningen av er sosiodemografiske forskjeller, klimaendringer, utdanning, innvandring, urbanisering og økende krav fra pasienter og pårørende. De siste årene har vi også sett hvordan uforutsigbare hendelser som krig og pandemi kan påvirke både folkehelsen og behovet for helsetjenester. I tillegg må vi ta høyde for at det er mange faktorer vi ikke vet betydningen av og at mer effektive behandlingsmetoder kan endre behovet for rehabilitering innenfor sykdomsgrupper som i dag har et stort behov, men der mer effektiv medisin kan gi mindre behov. Dette kan også slå andre veien slik at flere overlever sykdom eller skade, men har funksjonsutfall og behov for rehabilitering. I tillegg må en ta høyde



for at rehabilitering kan bli en viktig del av pasientforløp der en i dag vanligvis ikke tilbyr dette, slik som f.eks demens, lipødem eller lymfødem.

Totalt sett vil trolig sykdommer som ofte krever spesialisert rehabilitering øke i omfang i årene som kommer. Vi kan anta at flere som overlever kreft vil ha behov for rehabilitering på grunn av funksjonsutfall etter kreftsykdommen og at flere vil slite med smerter og funksjonstap grunnet muskel-skjelettsykdommer og nevrologiske sykdommer. Det er også sannsynlig at det blir noe mindre behov for spesialisert rehabilitering grunnet hjerte-karsykdom og lungesykdommer siden andelen røykere har gått ned, men de sykdommene der behovet øker vil sannsynligvis overskygge dette.

Imidlertid kan en ikke forvente at de økonomiske rammene til spesialisert rehabilitering øker i samme omfang som behovet. Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4, 2023) har også gitt oss klare signaler på at helsepersonell kommer til å bli en knapp ressurs og at vi må tenke annerledes om tjenestene våre framover. Digitale muligheter og velferdsteknologi kan sannsynligvis utnyttes bedre enn vi gjør i dag og kanskje effektivisere måten vi yter tjenester på. Det er også behov for en bedre avklaring av hva som er spesialisthelsetjenesten ansvar innen rehabilitering og hva kommunene har hovedansvar for.

Spesialisthelsetjenesten har her et spesielt ansvar for kompetanseoverføring og veiledning og det bør jobbes med gode pasientforløp.



Lover, forskrifter, sentrale dokumenter og helsepolitiske føringer

Rehabilitering er et område som omfatter flere samfunnssektorer, men der helsetjenesten oftest har hovedansvaret. Ansvar er fordelt mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten hvor begge nivå har et «sørge for ansvar» i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven §1 og §3 (kommunene) og Spesialisthelsetjenesteloven §2-1, nr 1. Ansvar for begge nivå er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator i §10 og §5. Hvordan ansvaret skal fordeles mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan noen ganger være vanskelig å avklare og Helsedirektoratet har utarbeidet en egen rapport rundt dette (Helsedirektoratet, 2012) og denne er videre utdypet og konkretisert i nasjonal veileder for habilitering, rehabilitering og individuell plan. Verdens helseorganisasjon (WHO) har pekt på at rehabilitering ofte er for lite integrert i øvrige helsetjenester (World Health Organization, 2019).

Helse Midt-Norge RHF har en strategi der ambisjonen er fremragende helsetjenester. For å få til det også i framtiden må vi ta i bruk ny kunnskap og teknologi og vi må ha god samhandling med alle aktører.

Helsepersonellkommissjonen har gitt oss et klart signal om at ressursbruk og bemanning i helsetjenesten ikke kan fortsette å øke til tross for at andelen eldre i befolkningen øker (NOU 2023: 4, 2023). I en tid med aldrende befolkning, press på økonomisk bærekraft, stigende forventninger og kanskje også mangel på helsepersonell skal Helse Midt-Norge RHF sørge for spesialiserte rehabiliteringstjenester til befolkningen. Ett av målene i regional utviklingsplan 2023-2026 (Helse Midt-Norge RHF, 2022) er å forbedre koordineringen av tjenester for personer som har behov for langvarige, tverrfaglige og inngripende tjenester, samt bidra til at det skapes sammenhengende tjenester basert på den enkeltes kommunes kompetanse og forutsetninger. Der det er en nødvendig forutsetning for trygge og likeverdige tjenester vil Helse Midt-Norge RHF bidra til samarbeid mellom kommunene og det er målsetning om å videreutvikle interkommunale tilbud og samarbeid om desentraliserte spesialisthelsetjenester.

I tillegg til Helse Midt-Norge RHF sin strategi og utviklingsplan har arbeidsgruppen tatt utgangspunkt i følgende dokumenter:

- NOU 2023:4 Tid for handling, Helsepersonellkommissjonen
- Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet ([Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#))
- Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, IS-1947, Helsedirektoratet (2012)
- White book of physical and rehabilitation medicine in Europe, European Board of Physical and Rehabilitation Medicine ("White Book on Physical and



Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology," 2018)

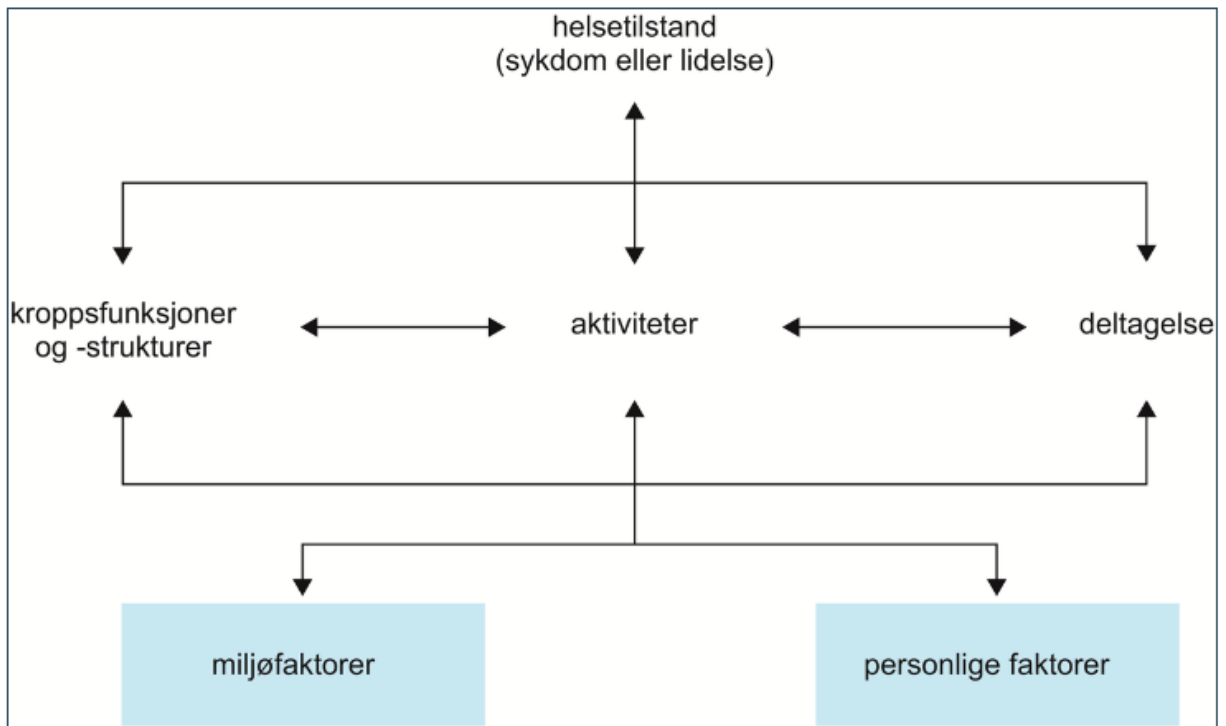
- Helsekompetanse- kunnskap og tiltak, 2021, Helsedirektoratet ([Helsekompetanse – kunnskap og tiltak - Helsedirektoratet](#))
- [Package of interventions for rehabilitation \(who.int\)](#), WHO
- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering HOD (2017-2019) og evaluering av denne
- Prosjektrapport – Rehabilitering i Midt-Norge (2014)
- Utvikling av rehabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal (2020)
- Regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst
- Nasjonale pasientforløp (hjerneslag, pakkeforløp hjem)
- Traumeplan NKT (<https://traumeplan.no>)
- Nasjonal kreftstrategi 2024-2028, høringsutkast
- Folkehelse rapporten, temautgave 2022
- Folkehelsemeldinga 2022-2023

Hva er spesialisert rehabilitering

Spesialisert rehabilitering er rehabilitering som ytes i spesialisthelsetjenesten enten i sykehus eller ved privat rehabiliteringsinstitusjon. Spesialisert rehabilitering kan være en del av et akuttforløp eller gis senere i forløpet hvor det er behov for kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. I de fleste tilfeller samarbeider flere faggrupper i et tverrfaglig team rundt pasienten.

Spesialisert rehabilitering har som hovedregel et biopsykososialt perspektiv i møte med pasienten. WHOs internasjonale klassifikasjonssystem av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) er i stor grad tatt i bruk som et rammeverk for tverrfaglig spesialisert rehabilitering på tvers av nivåer i helsetjenesten. WHO har en målsetting om at ICF skal være "et felles språk for beskrivelse av helse og helserelaterte forhold, for å bedre informasjonsutvekslingen mellom forskjellige aktører, som helsearbeidere, forskere, politikere og offentligheten, inklusive personer med funksjonshemming".





Figur 3 Diagrammet illustrerer begrepsmodellen i ICF, og viser helse og funksjonshemming som resultat av dynamiske relasjoner mellom individuelle forhold og faktorer i omgivelsene

Spesialisert rehabilitering består av både utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging. Behovet for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil variere ut fra pasientens kompleksitet. Kompleksiteten påvirkes av kombinasjoner av flere forhold:

- Helsetilstand, både forhold ved tilstanden og kombinasjon av tilstander (sykdom/skade)
- Endringer i kroppsfunksjoner (fysiologiske) og strukturer (anatomiske)
- Påvirkning av aktivitet og deltakelse (evne til å gjøre oppgaver)
- Miljøfaktorer (forhold i det fysiske og sosiale miljøet som har hemmende eller fremmende virkning på funksjon)
- Personlige faktorer (kjønn, alder, livserfaring etc.)

Behov for spesialisert rehabilitering er særlig aktuelt der det foreligger: høy kompleksitet og behov for tverrfaglighet, behov for spisskompetanse, eller behov for intensitet for å oppnå effekt.

- Høy kompleksitet jmf ICF modell
- Behov for spisskompetanse hos helsepersonell
- Behov for sammensetning av et bredt tverrfaglig team med spisskompetanse på ulike fagfelt
- Behov for intensitet for å oppnå effekt
- Medisinsk kompleksitet med behov for innleggelse i sykehus for nær tilgang til andre spesialiteter
- Utredning og diagnostisering



Pasienter med svært dårlig funksjonsnivå vil ofte ikke være i stand til å nyttiggjøre seg et rehabiliteringstilbud og trenger først og fremst omsorgstilbud i tidlig fase. Spesialisert rehabilitering kan være aktuelt i senere faser dersom funksjonsnivået bedrer seg.

Rehabilitering versus opptrening

Opptrening er tiltak for å normalisere, bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner og aktivitetsfunksjoner. Opptrening kan være vanskelig å skille fra de øvrige tiltakene og vil være en del av og inngå som ett av flere tiltak i en rehabiliteringsprosess (St.prp. nr 1 (2007 – 08). Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011. Kap 9, s. 307).

Poliklinikk, dagbehandling eller døgnrehabilitering

Liggetid i sykehus har sunket betraktelig de siste årene. I 1989 var gjennomsnittlig liggetid i sykehus 7,5 døgn og i 2016 var denne sunket til 4,2 (SSB¹). I tråd med prinsippet om beste effektive omsorgsnivå må også rehabilitering foregå poliklinisk eller som dagbehandling der dette er medisinsk forsvarlig og gir like godt utbytte. De siste årene har døgnbasert rehabilitering både i sykehus og privat institusjon vært relativt uendret (Helsedirektoratet, 2022), og i mange tilfeller har man ikke nok kunnskap til å si sikkert hvor langt et rehabiliteringsløp skal være for å ha god effekt. Det er også usikkert om det er forskjell i effekt av poliklinisk behandling, dagbehandling eller døgnbehandling. Noen studier viser lik effekt av både kortere forløp og mer bruk av digitale løsninger for enkelte diagnosegrupper (Zhang et al., 2022). Dermed er det et betydelig potensial for effektivisering av forløp og mer bruk av digitale løsninger som blant annet kan bidra til mer likeverdige tilbud til pasienter med lang reisevei.

Samdata rapporten viser at gjennomsnittlig oppholdstid for døgnrehabilitering var lenger hos private leverandører enn i helseforetak i perioden 2017-2021 for primær rehabilitering. For dag- og polikliniske kontakter var det et gjennomsnitt på 12,6 kontakter i private institusjoner og 7,7 i helseforetak (Helsedirektoratet, 2022).

Gjentatte opphold

Gjentatte rehabiliteringsopphold for samme tilstand, uten tilkommet vesentlig endring er sjelden indisert. Langtidsoppfølging skal ikke ivaretas innen spesialisert rehabilitering. Dette innebærer at rehabilitering hvor målet er å vedlikeholde funksjon er en kommunal oppgave. For noen tilstander er det på grunn av tilstandens kompleksitet nødvendighet med oppfølging over tid i spesialisthelsetjeneste. Dette gjelder for eksempel for pasienter med ryggmargsskade, der livslang oppfølging gir bedre prognose. Livslang oppfølging

¹ [Tabell - Døgnopphold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus, etter kjønn \(SÅ 134\) \(ssb.no\)](#)



innebærer blant annet utredning for mulige komplikasjoner og det er primært ikke gjentatte langvarige rehabiliteringsopphold.

Digitale tilbud

Både i Helseforetakene og hos de private institusjonene har det vært utvikling i bruk av digitale konsultasjoner, digital kartlegging og digitale supplementer til rehabiliteringa i løpet av perioden siden forrige anskaffelse. Regional utviklingsplan peker på at vi må satse på mulighetene innen digitalisering og HMN skal være offensive med å ta i bruk ny teknologi og digitalisere helsetjenesten. Det er ønskelig at man også videreutvikler rehabiliteringstjenester som kan ta i bruk digitale verktøy i større grad både i kartlegging før opphold, som støtte underveis i et forløp og oppfølging i etterkant. Digitaliseringen gir også nye muligheter for bedre samhandling, og det er et mål i regional utviklingsplan at vi videreutvikler både nye og eksisterende arenaer for digital samhandling hvor spesialister kan jobbe sammen med kommunenes helsepersonell.

Norge er et av de landene som ligger høyest på digital kompetanse i befolkningen. 90% av befolkningen hadde digital kontakt med offentlige myndigheter i 2020 og 96% av befolkningen hadde egen smarttelefon. Også andelen eldre som kommuniserer digitalt med offentlig myndighet er høy (88% i 2021)². Det er dermed god grunn til å anta at de aller fleste pasienter som mottar spesialisert rehabilitering er i god stand til å nyttiggjøre seg digitale tilbud.

Samfunnsøkonomi

Spesialisert rehabilitering har høye behandlingskostnader, men kan også gi store samfunnsgevinster. Det er vanskelig å tallfeste både kostnadene og verdien av rehabilitering. Målet med rehabilitering er å utløse ressursene i den enkelte og bidra til best mulig funksjon, mestring og livskvalitet. Økt eller gjenvunnet funksjonsnivå kan man i en viss grad måle, men økt mestring, sosial deltakelse, samt bedre livskvalitet er vanskelig å tallfeste i kroner og øre. Riktig rehabilitering kan utsette behovet for pleie- og omsorgstjenester, reduserer trykket på hjemmetjenester, sykehjem og heldøgns omsorgstjenester, og fører til færre konsultasjoner på legevakt og poliklinikker og færre innleggelser i sykehus. Rehabilitering kan også gi effekt som et forebyggende tiltak som utsetter funksjonstap. For pasienter i arbeidsfør alder kan rehabilitering være viktig for å holde seg i arbeid og dermed spare samfunnet for trygdeytelser fra NAV. En rapport fra Oslo Economics konkluderer med at samfunnsnyttien som følge av unngått behandling og arbeidsdeltakelse er stor og kan forsvare stor ressursbruk i spesialisert rehabilitering, men sier også at det er et problem av gevinstene for samfunnet i form av økt funksjon og yrkesdeltakelse kommer på et annet budsjett

² [Digital sårbarhet: Hvem har høy risiko for å falle utenfor? \(ssb.no\)](https://ssb.no)



enn helsetjenestene. De konkluderer også med at det er et behov for et bedre kunnskapsgrunnlag (Economics & Spekter, 2020).

Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet

Rehabilitering skjer både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og Samhandlingsreformen fra 2012 innebar at kommunene skulle få et større ansvar for rehabilitering. I Helsedirektoratets rapport om avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS-1947) (Helsedirektoratet, 2012) er det laget en modell for fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Denne modellen legger vekt på at rehabilitering først og fremst skal skje i kommunene der det er behov for langvarig og koordinert oppfølging og behov for tverrsektoriell samhandling, men at spesialisthelsetjenesten har et spesielt ansvar der det er behov for spesialisert kompetanse, der det er stor kompleksitet eller behov for høy intensitet.

Helsedirektoratets anbefaling ansvar og oppgaver mellom spesialisert rehabilitering versus kommunal rehabilitering :

På bakgrunn av politiske føringer og rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (Helsedirektoratet IS-1947, 2014) anbefaler Helsedirektoratet følgende på sine sider ([Avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innen habilitering og rehabilitering - Helsedirektoratet](#)):

- Pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene bør som hovedregel få tilbudet i kommunene.
 - Eksempler på områder er muskel- og skjelettsykdommer, livsstilssykdommer, lettere psykiske lidelser, diabetes, KOLS og lungesykdommer, kreft og rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. Tilbudet må inkludere læring og mestring.
 - Rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling.
- Kommunen bør styrke habiliterings- og rehabiliteringstilbudet til personer med sansetap, herunder logopedi og syns- og audiopedagogikk.
- Kommunen bør styrke sine tilbud innen læring og mestring og endring av levevaner.
- Kommunenes helhetlige koordineringsansvar for barn og unge med nedsatt funksjonsevne, herunder fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvar, bør tydeliggjøres i dialogen mellom nivåene
- Spesialisthelsetjenesten må sikre tidlig oppstart av rehabilitering tett integrert med medisinsk behandling i akutt fase for alle aktuelle pasientgrupper



- Spesialisthelsetjenesten bør styrke tilbud knyttet til å bistå kommunene med utredning av behov for behandling, habilitering og rehabilitering
- Spesialisthelsetjenesten bør videreutvikle og spisse sine tilbud til pasienter med behov for rehabilitering av særlig kompleks art for eksempel til pasienter med progredierende nevrologiske tilstander samt andre nevrologiske tilstander f.eks. CP, hjerneslag med komplekse utfall av f.eks. kognitiv art, spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjoner, multitraumer og sjeldne diagnoser og tilstander
- Spesialisthelsetjenesten bør tilby utredning og nødvendig oppfølging i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå til pasienter med kroniske sykdommer
- Spesialisthelsetjenesten bør styrke ambulant virksomhet, herunder tjenester til pasienter og veiledning til personell i kommunene både innen habilitering og rehabilitering

I Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) (Helse og omsorgsdepartementet, 2016) og evaluering av denne vektlegges god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og det er også en klar målsetning at kommunen skal øke sin andel rehabilitering.

Opptappingsplanen gjelder i stor grad kommunenes tilbud, men det ble også vektlagt at spesialisthelsetjenesten ikke skulle bygge ned tilbud før kommunene hadde bygget opp. I evalueringen av opptappingsplanen som ble gjort av KPMG på oppdrag av Helsedirektoratet (IS-2975) (Helsedirektoratet & KPMG, 2020) trekkes det fram at planen førte til økt oppmerksomhet på et nedprioritert område i kommunene, men at støtten ble sett på som kortvarig og sannsynlig ikke nok til å gi varige endringer. Det ble også trukket fram en del svakheter der manglende avklaring av ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og svikt i koordinering av tjenestene var 2 av disse. Det ble også påpekt manglende kunnskapsgrunnlag og behov for bedre kvalitetsindikatorer.

Det vil være behov for både spesialisert rehabilitering og kommunal rehabilitering også i kommende periode, men samhandlingen mellom nivåene kan bli bedre. Det er også flere tilbakemeldinger fra både HF og private leverandører på at kommunene har svært ulike tilbud slik at det er vanskelig å lage gode standardiserte pasientforløp som involverer fortsettelse av prosesser i kommunene. Både brukerinnspillene og innspill fra kommunerepresentanter i arbeidsgruppa viser at det er bekymring for at tilbudet til pasientene blir dårligere dersom kommunene ikke rekker å bygge opp nok kapasitet før man gjør justeringer av tilbudet om spesialisert rehabilitering. Dette vil kreve ekstra oppmerksomhet i perioden som kommer og bør være tema i Helsefelleskapene slik at man kan samarbeide om best mulig forløp mellom tjenestenivåene.

I forrige behovsvurderingen ble det trukket fram at kommunene har mulighet til å kjøpe plasser i de private rehabiliteringsinstitusjonene, men benytter dette i svært liten grad og at det var grunn til å tro at private rehabiliteringsinstitusjoner med døgnopphold for selvhjulpne pasienter i mange tilfelle tilbyr tjenester som i lys av ny og utvidet kommunerolle vil falle inn under kommunehelsetjenestens ansvar. Etter 6 år med nye avtaler kan vi ikke se at dette har endret seg mye. Sett i lys av helsepersonellkommisjonens rapport (NOU 2023: 4, 2023) og BEON (beste



effektive omsorgsnivå)-prinsippet bør vi legge til rette for bedre samhandling slik at spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanseoverføring og god informasjon når pasienter overføres fra utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og over, og kommunene følger opp rehabilitering av de pasientene som trenger langvarig oppfølging eller opptrening. Ofte vil pasientene kunne ha nytte av avklaring, trygging og planlegging i spesialisthelsetjenesten og tiltakene i rehabiliteringsplanen vil ofte fungere best hvis noen kan følge dem opp over tid og i kontakt med nærmiljøet. Spesialisthelsetjenesten har dermed et spesielt ansvar for å sikre gode overganger og kommunene har et ansvar for å følge opp enten tverrfaglig eller monofaglig avhengig av problemstillingene.

Private rehabiliteringsinstitusjoner

I perioden 2018-2024 har Helse Midt-Norge RHF avtale med 13 private rehabiliteringsinstitusjoner som er lokalisert i Midt-Norge. I tillegg kjøpes en del plasser fra institusjoner som har avtale med andre regionale helseforetak.

Institusjonene som har avtale med Helse Midt-Norge RHF tilbyr rehabilitering for en eller flere diagnosegrupper og er spredt rundt i hele regionen. I 2022 fikk over 6000 pasienter innvilget rehabiliteringsopphold ved private institusjoner. Tabell 2 viser oversikt over institusjonene i Midt-Norge som har avtale med HMN med fordeling av diagnosegrupper og antall plasser pr september 2023 og Tabell 3 viser plasser som HMN har kjøpt utenfor egen region.

Tabell 2 Oversikt over private rehabiliteringsinstitusjoner

| Avtaler mellom private rehabiliteringsinstitusjoner i Midt-Norge og HMN RHF 2023 | | | | | |
|--|--------------------|-------------------|--------------------|--------|--|
| Rehabiliteringsinstitusjon | Antall døgnplasser | Antall dagplasser | Antall poliklinikk | Ytelse | Tilstand/diagnose |
| Namdal rehabilitering | 3 | | | A | Brudd og slitasjeskader i skjelettet |
| 14,5 døgnplasser | 3 | | | E | Kreftsykdom |
| | 2,5 | | | I | Lungesykdommer |
| | 2 | | | J | Kronisk muskel og bløtdelssmerte inkl. kartlegging |
| | 4 | | | K | Sykelig overvekt inkl. kartlegging |
| Kastvollen | 32 | 1 | | G | Nevrologiske og nevrologiske sykdommer |
| Meråker kurbad | 8 | 2 | | A | Brudd og slitasjeskader i skjelettet |
| 31 døgnplasser 7 dagplasser | 11 | 2 | | B | Revmatiske og inflammatoriske sykdommer |
| | 6 | 2 | | F | Hjerneslag og traumatisk hjerneskader, senfase |



| | | | | | |
|------------------------|------|-----|---|---|--|
| | 2,5 | | | N | Barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning |
| | 3,5 | 1 | | O | Komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusopphold |
| Treningsklinikken | | 8 | 6 | B | Revmatiske og inflammatoriske sykdommer |
| 19 dagplasser | | 5 | | H | Hjerte og karsykdommer |
| 6 poliklinikkplasser | | 6 | | I | Lungesykdommer |
| Falck Trondheim | | 6,5 | x | J | Kronisk muskel og bløtdelssmerte inkl. kartlegging |
| 20, 5 dagplasser | | 14 | | K | Sykkelig overvekt inkl. kartlegging |
| Selli | 8 | 4 | | A | Brudd og slitasjeskader i skjelettet |
| 28 døgnplasser | 4 | 0,5 | | C | Amputasjoner |
| 7 dagplasser | 3 | 0,5 | | E | Kreftsykdom |
| | 5 | 1 | | H | Hjertesykdommer og karsykdommer (etter større operasjoner) |
| | 4 | | | I | Lungesykdommer |
| | 4 | 1 | | O | Komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusopphold |
| Treningsklinikken Lade | | 2 | 2 | E | Kreftsykdom |
| 10 dagplasser | | 8 | | K | Sykkelig overvekt inkl. kartlegging |
| Unicare Coperio | | 15 | | D | Kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) diagnostisert |
| 25 dagplasser | | 10 | x | J | Kronisk muskel og bløtdelssmerte |
| Unicare Røros | 16 | | | E | Kreftsykdom inklusive kartlegging |
| 44 døgnplasser | 14 | | | H | Hjertesykdommer |
| | 14 | | | I | Lungesykdommer |
| Unicare Helsefort | 6 | | | D | Kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) diagnostisert inklusive kartlegging |
| 40 døgnplasser | 9,5 | | | F | Hjerneslag og traumatisk hjerneskader |
| | 13 | | | J | Kronisk muskel og bløtdelssmerte inklusive kartlegging |
| | 11,5 | | | K | Sykkelig overvekt inkl. kartlegging og barn |
| Muritunet | 9 | | | A | Brudd og slitasjeskader i skjelettet |
| 50 døgnplasser | 5 | | | E | Kreftsykdom |
| 14 dagplasser | 4 | | | H | Hjertesykdom |
| | 7 | 2 | | I | Lungesykdommer |
| | 7 | 6 | | J | Kronisk muskel og bløtdelssmerte inklusive kartlegging |



| | | | | | |
|----------------|----|---|---|---|--|
| | 14 | 6 | | K | Sykelig overvekt inkl. kartlegging |
| | 4 | | | O | Komplekst sykdomsbilde behov for rehabilitering etter sykehusopphold |
| | x | x | x | | Rehabilitering med arbeid som mål |
| Friskgården | | x | x | | Rehabilitering med arbeid som mål |
| Betania Malvik | x | x | x | | Rehabilitering med arbeid som mål |

Tabell 3 Kjøp av private rehabiliteringsplasser utenfor regionen

| Rehabiliteringsinstitusjon | Volum på avtale med HMN | Diagnose/funksjonsområder |
|--|-------------------------|--|
| Beitostølen Helseportssenter Beitostølen | 8,2 plasser | Diagnoseuavhengig tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning. Voksne med nevrologiske og nevrologiske og nevrologiske sykdommer. |
| Landaasen Rehabiliteringssenter Landåsbygda | 0,6 plasser | Alvorlig grad av sanseforstyrrelser Tinnitus og Mb Menière |
| LHL Gardermoen | 5,2 plasser | Lungesykdommer |
| LHL Gardermoen | 0,8 plasser | Hjertesykdommer |
| MS-Senteret Hakadal Hakadal | 0,4 plasser | MS |
| PTØ Norge Gardermoen | 1,3 plasser | Skader i sentralnervesystemet som påvirker bevegelse, CP og lignende, barn og yngre voksne |
| Røysumtunet Jaren | 2,3 plasser | Epilepsi |
| Signo Conrad Svendsen Senter Oslo | 0,1 plasser | Alvorlig grad av sanseforstyrrelser, døve og døvblinde |
| Skogli Helse- og rehabiliteringssenter Lillehammer | 2,3 plasser | CFS/ME (diagnostisert), smerter og revmatologi |
| Catosenteret Son | 2,1 plasser | Nevrologi, ervervet hjerneskade, ryggmargskader. Diagnoseuavhengig tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning. |

Regional vurderingsenhet i Midt-Norge (RVE)

I alle de fire regionale helseforetakene i Norge er det opprettet regionale vurderingsenheter (RVE) for henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner. I Midt-Norge er RVE lokalisert til Sykehuset Levanger. RVE behandler alle søknader



om spesialisert rehabilitering fra fastleger, privatpraktiserende spesialister og poliklinikker ved sykehusene i Midt-Norge. Unntak er sykkelig overvekt som vurderes ved overvektpoliklinikkene i HF og henvisninger til arbeidsrettet rehabilitering som, til og med 2023, vurderes av de tre leverandørene selv. Enkelte pasienter innen revmatologi og smertetilstander går også direkte til de private institusjonene gjennom egne avtaler. RVE vurderer også søknader til institusjoner utenfor regionen. Hovedoppgaven til de regionale vurderingsenhetene er å vurdere om pasienten oppfyller kriteriene for rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten gis rett settes en frist for når oppholdet skal starte og henvisningen videresendes til den respektive institusjon. I 2022 vurderte RVE 5177 henvisninger hvorav 61 % (3132) fikk innvilget rett til rehabilitering. Av disse fikk 9% (291) tilbudet i institusjoner utenfor helseregion Midt-Norge.

Henvisningsflyt og rettighetsvurdering

Hvis en pasient har behov for rehabilitering, må en fastlege enten henvise til et helseforetak eller til RVE. Det er hele tiden endringer i hvilke tilbud som finnes både i privat og offentlig regi, og dermed kan det være vanskelig å ha oversikt over alle tilbud for henviserene. HelseNorge har oversikt over tilbud i Helseforetak og tilbud ved private institusjoner som har avtale med RHFene, men sannsynligvis ville det vært enklere om det var «en vei inn» der henvisninger både til offentlig og privat rehabilitering blir rettighetsvurdert hos en felles vurderingsenhet. Dette kan også bidra til at rettighetsvurderingene blir mer like i regionene. I tillegg kan lokale tilbud enklere benyttes. Om dette bør organiseres slik at det er et henvisningsmottak per helseforetak eller om det skulle vært regionalt er usikkert og bør i så fall utredes. Fordelen med et felles henvisningsmottak ville være harmonisering av vurderinger innen regionen, mens en ulempe vil være mindre lokal kjennskap til tilbudene. RVE får fra 2024 mulighet til å rettighetsvurdere også til offentlige slik at de har mulighet til å videresende henvisninger også til tilbud i HF der det er aktuelt.

UTVALGT STATISTIKK

Endring i henvisningsmengde fra 2017- 2022

| Fastlege- og avtalespesialist-henvisninger | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Endring 2021-2022 | Endring % 2021-2022 | Endring % 2017-2022 |
|--|------|------|------|------|------|------|-------------------|---------------------|---------------------|
| Pr 3. tertial | 4723 | 4954 | 4868 | 4310 | 5377 | 5608 | 231 | 4,3 % | 18,7 % |

Kommentar: Denne oversikten viser den totale henvisningsmengde til RVE før rettighetsvurdering, inklusive henvisninger som blir avslått og feilsendte henvisninger.

Antall vurderte henvisninger og hvor mange som har fått innvilget og hvor mange som har fått avslag i tidsperioden 2020-2022



| Vedtaksstypen fastlege- og avtalespesialisthenvisninger | 2022 pr 3. tertial | | 2021 pr 3. tertial | | 2020 pr 3. tertial | |
|---|--------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|
| | Antall | Andel | Antall | Andel | Antall | Andel |
| Mottatte henvisninger | 5608 | | 5377 | | 4310 | |
| Feilsendt/ikke til behandling | 491 | | 446 | | 346 | |
| Behandlede henvisninger | 5117 | 100,0 % | 4931 | 100,0 % | 3964 | 100,0 % |
| - herav antall avslag | 1979 | 38,7 % | 1589 | 32,2 % | 1226 | 30,9 % |
| - herav antall innvilgede henvisninger | 3138 | 61,3 % | 3342 | 67,8 % | 2738 | 69,1 % |

Henvisninger vurdert og innvilget pr hoveddiagnosegruppe for 2022

| Antall behandlede henvisninger, avslag og innvilga henvisninger fordelt pr hoveddiagnose(gruppe) pr 3. tertial 2022. Sortert på innvilga henvisninger | | | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|---------------|---------------|------------------------------|-----------------------------|
| Diagnosegruppe | Antall behandlede henvisninger | Andel behandlede henvisninger | Antall avslag | Andel avslag | Antall innvilga henvisninger | Andel innvilga henvisninger |
| Smerter/muskel/bløtdel | 1242 | 24,3 % | 483 | 38,9 % | 759 | 61,1 % |
| Kreftrehab | 440 | 8,6 % | 108 | 24,5 % | 332 | 75,5 % |
| Revmatologi | 333 | 6,5 % | 128 | 38,4 % | 205 | 61,6 % |
| Lunge (KOLS) | 534 | 10,4 % | 184 | 34,5 % | 350 | 65,5 % |
| hjerter | 300 | 5,9 % | 108 | 36,0 % | 192 | 64,0 % |
| Annen ortopedi | 349 | 6,8 % | 159 | 45,6 % | 190 | 54,4 % |
| ms | 359 | 7,0 % | 127 | 35,4 % | 232 | 64,6 % |
| Parkinson | 248 | 4,8 % | 92 | 37,1 % | 156 | 62,9 % |
| Hjerneskode/slag | 250 | 4,9 % | 129 | 51,6 % | 121 | 48,4 % |
| CFS/ME | 243 | 4,7 % | 111 | 45,7 % | 132 | 54,3 % |
| Annen nevr sykdom | 212 | 4,1 % | 104 | 49,1 % | 108 | 50,9 % |
| Tilpasset fysisk aktivitet | 118 | 2,3 % | 31 | 26,3 % | 87 | 73,7 % |
| Covid-19 | 162 | 3,2 % | 41 | 25,3 % | 121 | 74,7 % |
| Andre sykdommer | 159 | 3,1 % | 88 | 55,3 % | 71 | 44,7 % |
| CP | 41 | 0,8 % | 19 | 46,3 % | 22 | 53,7 % |
| tinitus | 30 | 0,6 % | 4 | 13,3 % | 26 | 86,7 % |
| amputasjoner | 27 | 0,5 % | 10 | 37,0 % | 17 | 63,0 % |
| slitasje/artrose | 5 | 0,1 % | 3 | 60,0 % | 2 | 40,0 % |
| overvekt | 29 | 0,6 % | 25 | 86,2 % | 4 | 13,8 % |
| hofte opr | 12 | 0,2 % | 8 | 66,7 % | 4 | 33,3 % |
| Kne opr | 20 | 0,4 % | 13 | 65,0 % | 7 | 35,0 % |
| Post polio | 3 | 0,1 % | 3 | 100,0 % | 0 | 0,0 % |
| Totalt | 5 116 | 100,0 % | 1 978 | 38,7 % | 3 138 | 61,3 % |

Kommentar: Overvekt vurderes ikke ved RVE. Eksempel på hva som blir registrert som «Andre sykdommer»: psykiske lidelser, lymfeødem, sanseforstyrrelser, komplekst syndromsbilde.

Avslag og klager

Hvert år er det ca. 20 % av de som får avslag som klager på avslaget. Av de som klager er det ca. 60-70 % som får omgjort avslaget i ny vurdering ved RVE. Dette har vært uforandret i flere år. I 2022 var det 487 klager på avslag. Av disse fikk 326 (67 %) omgjort avslaget ved RVE.

Saker til Statsforvalteren:

2022: 48 saker til Statsforvalteren, pasienten fikk medhold i en sak.

2021: 39 saker til Statsforvalteren, pasienten fikk ikke medhold i noen av sakene.

2020: 38 saker til Statsforvalteren, pasient fikk medhold i 6 saker.



Fritt valg av behandlingssted:

Pasient som har fått rett til rehabilitering ved en privat rehabiliteringsinstitusjon, kan velge annet behandlingssted som tilbyr samme type rehabilitering. Jf. rutine fra [Velg behandlingssted: Fra henvisning til behandling - Helsenorge](#).

RVE har per 2023 ikke myndighet til å innvilge rehabilitering ved offentlige behandlingssteder (sykehus), men dette blir endret i 2024. Det diskuteres også om RVE skal definere hvilket nivå (døgn, dag, poliklinikk) rehabilitering skal foregå på slik det gjøres innen annen type behandling i spesialisthelsetjenesten.

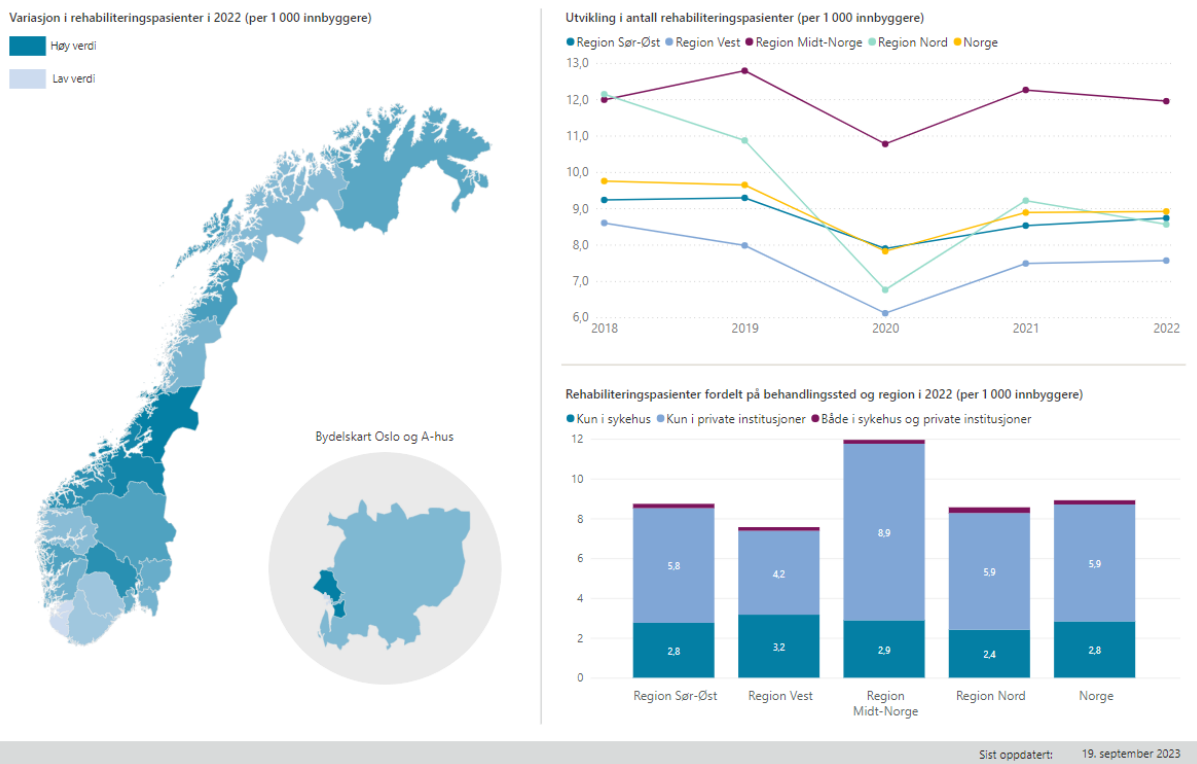
RVE overprøver ikke pasientens rettighet til å velge behandlingssted. I 2022 benyttet i underkant av 9% av pasientene seg av retten til fritt valg av behandlingssted utenfor regionen. De mest brukte institusjonene utenfor Midt-Norge er Beitostølen Helseportssenter, Lovisenberg (LHL Gardermoen), Skogli, Unicare Landaasen, PTØ Norge.

Statistikk

Norsk pasientregister (NPR) samler data om alle opphold i spesialisthelsetjenesten inkludert opphold hos private leverandører. Helsemyndighetene bearbeider disse dataene i SAMDATA spesialisthelsetjenesten (sammenlikningsdata for spesialisthelsetjenesten) slik at vi kan sammenlikne utvikling og variasjon i bruk av rehabilitering i forskjellige regioner. Tallene baseres på kodene i ICD-10 (International Classification of Diseases) systemet, der det er egne koder for rehabilitering. Vi skiller mellom primær rehabilitering, der rehabiliteringskoden er satt som hovedtilstand, og sekundær rehabilitering der rehabiliteringskoden er satt som bidiagnose.

ICD-10 kodene som benyttes for rehabilitering som innlagt er Z50.89 – vanlig rehabilitering, og Z50.80 – kompleks rehabilitering. Bruk av begge disse koden forutsetter at tverrfaglig team jobber sammen om rehabiliteringen og at teamet består av relevante helsefaggrupper for den tilstanden som rehabiliteres. Man skal ha målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan og samarbeide med relevante etater utenfor institusjonen. For koden Z50.89 kreves det at minst 4 spesialiserte helsefaggrupper deltar i det tverrfaglige teamet, mens for koden Z50.80 kreves 6 faggrupper. Begge kodene forutsettes at arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering (i noen fagområder godkjennes også andre spesialiteter). For poliklinisk rehabilitering benyttes koden Z50.9 – behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak. Denne typen rehabilitering skal og ledes av lege, være individuelt tilpasset og minst 3 helsepersonellgrupper som bidra i det tverrfaglige arbeidet (Helsemyndighetene, 2023).





Figur 3 Helse Midt-Norge RHF - rehabilitering etter bosted pr 1000 innbygger 2022

SAMDATA tallene i Figur 3 viser at befolkningen i Helse Midt-Norge RHF sitt område mottar mer rehabilitering enn de andre regionene. Rehabilitering gitt i sykehus er ganske likt fordelt mellom regionene, mens rehabilitering i private institusjoner varierer og i Midt-Norge mottar ca. 9 pasienter pr 1000 innbyggere rehabilitering i privat institusjon mot ca. 6 i landsgjennomsnitt. Midt-Norge ligger spesielt høyt når det gjelder bruk av poliklinisk rehabilitering hos private institusjoner der 3,9 pasienter mottok poliklinisk rehabilitering pr 1000 innbyggere i 2022 mot et landsgjennomsnitt på 1,7 ([Rehabilitering poliklinikk - Helsedirektoratet](#)). Det er også variasjon innad i Helse Midt-Norge RHF der befolkningen i Helse Møre og Romsdal HF sitt opptaksområde har 6,5 rehabiliteringspasienter pr 1000 innbyggere i private institusjoner mot 10,1 i St. Olavs hospital HF sitt område og 10,4 i Helse Nord-Trøndelag HF sitt område. Samtidig ligger Helse Møre og Romsdal HF over landsgjennomsnittet på rehabiliteringspasienter i sykehus og både St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF (Figur 4).





Figur 4 Rehabilitering i HF i Midt-Norge 2022, figur fra Helsedirektoratet SAMDATA

Aktuelle pasientgrupper med behov for rehabilitering

Det er ikke diagnosen i seg selv som avgjør behovet for spesialisert rehabilitering, men grad av funksjonsnedsettelse, grad av kompleksitet, behov for intensitet og behov for spesialisert kompetanse. Likevel er det hensiktsmessig å dele vurdering av hvilke tiltak som er aktuelle inn etter diagnosegrupper siden kunnskap om effekt og innretning av aktuelle tiltak ofte er knyttet til diagnoser. I denne rapporten brukes samme inndeling og rekkefølge som er brukt på «Velg behandlingssted - Helsenorge» ([Velg behandlingssted - Helsenorge](#)).

Amputasjoner (Delytelse C)

Pasienter med amputasjon av underekstremitet som skal inn i proteseforløp, altså pasienter som forventes å bli aktive protesebrukere, skal ha et spesialisert rehabiliteringstilbud. Det er behov for bred medisinsk og helsefaglig kompetanse hos personellet. Det vil som oftest være behov for døgnopphold for denne pasientgruppen, varighet 3-6 uker avhengig av amputasjonsnivå og kompleksitet for øvrig (Helsebiblioteket). Det er ikke laget nasjonale retningslinjer for benamputerte, men det er et nasjonalt nettverk som har konstituert seg selv og



der både representanter fra helseforetakene og de private leverandørene deltar. Nettverket ledes av Sørlandet sykehus som har laget et eget forløp for benamputerte. Dette forløpet er inndelt i 5 faser der fase 3 og 4 foregår i rehabiliteringsavdeling og fase 5 innebærer tverrfaglige kontroller der rehabiliteringsavdelingen er involvert. Fase 4 i dette forløpet innebærer som oftest innleggelse i rehabiliteringsavdeling i 3-6 uker. Noen pasienter kan også ha behov for noe lengre opphold. Det er behov for å utarbeide egne regionale eventuelt nasjonale forløp, og interregionalt fagdirektørmøte har vedtatt å rette en henstilling til helsedirektoratet om dette.

Det er grunn til å anta at behovet for plasser vil være ganske uendret i de neste 5 årene. Amputasjoner skjer hovedsakelig hos eldre pasienter. I en studie ved Sørlandet sykehus var gjennomsnittsalderen 66 år. Amputasjonen var oftest resultat av karsykdom (76 %). 44 % av pasientene hadde diabetes (Lange & Ljøstad, 2017). Aldrende befolkning vil kunne gi et økt behov framover og vi må også være forberedt på mottak av krigsskadede fra andre land med behov for amputasjonsrehabilitering. Imidlertid er nedgangen i livsstilssykdommer er forventet å fortsette, og bedre diabetesbehandling og ekstremitetsbevarende kirurgi vil kunne gi mindre behov. Samlet sett kan vi dermed anta relativt uendret behov, men siden noen av disse faktorene er uforutsigbare bør det være muligheter for å justere behovet raskt.

Noen pasienter har såpass lavt funksjonsnivå at de ikke er aktuelle for protese-forløp. Disse vil som regel ikke ha nytte av spesialisert rehabilitering og trenger oppfølging i kommunen. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten er nøye med å kommunisere funksjonsmål når man overflytter slike pasienter.

Amputasjoner av overekstremiteter er sjeldnere og det er ikke eget tilbud til disse pasientene i regionen. De fleste får tilbud om rehabilitering ved sykehuset Innlandet sin avdeling i Ottestad.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|--------------|----------------|----------------|----------------------|---|
| Selli | 4 døgn | 41 | 9 | 27 |
| | 0,5 dag | 12 | | 13 |
| Annen region | 0 | 5 | 2 | - |

Rehabilitering i Helseforetak: HMR og HNT har rehabiliteringsforløp til disse pasientene i sine rehabiliteringsavdelinger og har ikke behov for kjøp av ekstra



plasser hos private leverandører. St. Olavs hospital har ikke døgntilbud til denne gruppen og har meldt behov om å bygge opp dette internt i eget HF da de anser at pasientgruppen ikke har tilstrekkelig tilbud i dag.

Vurdering og ønsket dreining

Behovet for rehabilitering for denne gruppen antas å være omtrent uendret i kommende periode, men det bør være mulig å oppskalere tilbudet ved behov i løpet av perioden dersom det skulle komme nye runder med krigsskadde pasienter fra andre land. HNT og HMR har tilstrekkelig kapasitet i HF, men det er ikke døgntilbud ved St. Olavs hospital. Det vil være behov for fortsatt kjøp av private plasser til pasienter i St. Olavs hospital sitt område av samme omfang som i dag, eventuelt oppbygging av eget tilbud i sykehuset. Det bør utarbeides nasjonale/regionale forløp for denne gruppa for å unngå unødig variasjon i tilbud.

Brudd, ortopedi og slitasjeskader i skjelett (Delytelse A)

Dette er en stor pasientgruppe som i hovedsak skal ha sitt tilbud i kommunehelsetjenesten, og ofte vil rene opptreningstiltak/fysioterapi være tilstrekkelig slik at det ikke er behov for et tverrfaglig team. Hoftebrudd og proteseoperasjoner utgjør en stor andel av denne pasientgruppen, og det er utarbeidet gode pasientforløp for disse diagnosegruppene som innebærer at pasientene i hovedsak følges opp med kommunal rehabilitering etter kortvarig oppfølging av tverrfaglig team på sykehuset. Enkelte får også et «kom i gang» gruppetilbud på sykehus i etterkant av utskrivelsen.

De pasientene som har behov for spesialisert rehabilitering etter oppholdet på akuttavdeling er hovedsakelig alvorlig skadde pasienter med multitraumer, pasienter med kompliserte bruddskader og revisjonsoperasjoner etter proteser hvor kommunale tiltak ikke er tilstrekkelig. Noen pasienter med uttalt komorbiditet f.eks etter tidligere hjerneslag, MS pasienter og liknende kan også ha behov for spesialisert rehabilitering på grunn av kompleksiteten.

Med aldrende befolkning kan man anta økt forekomst av brudd, ortopedi og slitasjeskade i skjelett i Midt-Norge i årene framover. De siste årene har det vært likevel vært en liten nedgang i antall akuttinnleggelser med hoftebrudd på 3,8% fra 2018 til 2022, noe som tyder på at friske aldring også gjør seg gjeldende innenfor denne diagnosegruppen og vi ikke kan se kun på alder som kriterium for å anslå behovet framover.

Multitraumepasienter er definert som pasienter med skader på mer enn ett organsystem, og er nevnt som en gruppe som spesielt har behov for spesialisert rehabilitering. Her har kapasiteten vært for dårlig i regionen, og det er behov for å styrke tilbudet til denne gruppa. De som allerede har tilgang til spesialenheter i regionen er pasienter med hodeskader og/eller ryggmargskader, men pasienter som har store skader uten affeksjon av sentralnervesystemet har altså for dårlig tilbud. Rehabilitering av slike pasienter bør sentraliseres på få større enheter for å



sikre kompetanse samt nærhet til akuttavdeling. Rehabilitering bør starte i akuttfasen, allerede på intensivenhet, med direkte overføring til spesialisert rehabiliteringsavdeling uten opphold på annen enhet imellom. Dette kommer tydelig fram i Nasjonal traumeplan (Traumeplan NKT) der det pekes på at god rehabilitering fra et tidlig tidspunkt gir gevinst for pasienters livskvalitet, aktivitet og deltakelse i samfunn og arbeidsliv. Slik rehabilitering er samfunnsøkonomisk lønnsomt og er for dårlig utbygd i Helse Midt-Norge i dag. I tillegg til døgnopphold i spesialisthelsetjenesten har denne gruppen pasienter også behov for senfasetilbud, poliklinisk oppfølging, ambulant oppfølging og lærings- og mestringstilbud både for de skadde og deres familier. Det er også behov for bedre samarbeid med kommunene.

Fagmiljøene ved HF melder om redusert behov for kjøp av privat rehabilitering innenfor denne kategorien, med unntak av multitraumepasienter, men det er bekymring for økt liggetid i HF dersom det ikke er tilstrekkelig tilbud til pasientene. Et tettere samarbeid med kommunale tjenester i forkant av elektiv ortopedi kan avhjelpe dette. Mange kommuner har relevante tilbud både for døgnbasert rehabilitering og opptrening, og en eventuell økning av kapasitet i rehabilitering til pasienter med proteseoperasjoner og vanlige bruddskader bør komme i kommunene.

En relativt stor andel pasienter henvises direkte fra HF til private leverandører for rehabilitering. Disse blir da ikke rettighetsvurdert av RVE og det er indikasjoner på at en del av disse pasientene kunne vært henvist til kommunal rehabilitering i stedet.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|---------------|----------------------|----------------|----------------------|---|
| Muritunet | 9 døgn | 168 | 63 | 18 |
| Meråker | 8 døgn 2 dag | 114 | 58 | 21 |
| Selli | 8 døgn 4 dag | 144 | 27 | 21 |
| Namdal | 3 døgn | 52 | 25 | 14 |
| Annen region | 0 | 8 | | |
| Totalt | 28 døgn/6 dag | 485 | 173 | 19 |



Rehabilitering i Helseforetak: Både HNT og HMR har tilbud om spesialisert rehabilitering til denne gruppa i egne rehabiliteringsavdelinger, men det er ikke tilsvarende tilbud ved St. Olavs hospital.

Vurdering og ønsket dreining

Pasientgruppen vil fremdeles utgjøre en stor gruppe med behov for rehabilitering, men økning i kapasitet bør komme i primærhelsetjenesten. Døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten bør forbeholdes pasienter med multitraumer, komplekse bruddskader eller stort funksjonstap på grunn av langvarig forløp eller kompleksitet. Lengden på opphold i spesialisert rehabilitering bør sjelden være lengre enn 2-3 uker, med unntak av multitraumepasienter og spesielt komplekse tilfeller, som ofte har behov for mer langvarige opphold. I tillegg er det behov begrenset tilbud i senere fase, men dette kan være hovedsakelig poliklinisk tilbud. Kommunene har hovedansvar for rehabilitering av enkle brudd og slitasjeskader og kan sannsynligvis ta imot en større andel av disse pasientene enn de får i dag.

Det har vært pekt på manglende rehabiliteringstilbud til pasienter med multitraumer i en årrekke. I 2014 anslo en arbeidsgruppe i regionen et behov for 8 døgnplasser ved St.Olavs hospital til denne gruppen og dette har ikke blitt realisert. Det er dermed fremdeles et behov for å øke kapasiteten for spesialisert rehabilitering for multitraumepasienter.

CFS/ME (Chronic fatigue syndrom/Myalgisk encefalomyelitt) (Delytelse D)

Begrepene ME og CFS brukes vanligvis synonymt eller i kombinasjon som CFS/ME i litteraturen. Forløpet av CFS/ME kan arte seg svært forskjellig og gir ulik grad av funksjonssvikt. For at pasienter skal få rett til rehabilitering under denne delytelsen har det vært stilt krav til at de har hatt en diagnose på CFS/ME. Det betyr at pasienter med store funksjonsfall på grunn av langvarig utmattelse av andre årsaker ikke har fått tilbud innen delytelsen. Det er nå utarbeidet et nasjonalt pasientforløp som skal være felles for pasienter både med og uten diagnosen CFS/ME, og det vil derfor være naturlig å ta inn alle med langvarig utmattelse under denne kategorien. Forløpet har vært på høring og er foreløpig ikke implementert, men vil være førende når dette kommer. Rehabilitering er lite omtalt i høringsutkastet, men det er nevnt at pasienter som har rett til rehabilitering skal gis tilbud innen 6 måneder.

Nasjonal veileder for pasienter med CFS/ME anbefaler rehabilitering, men peker på at både tiltak i spesialisthelsetjeneste og kommunale tiltak kan være aktuelle (Helsedirektoratet, 2014).

Det bør legges til rette for delvis digital oppfølging der det er hensiktsmessig.



De aller sykeste CFS/ME pasienter blir sengeliggende og pleietrengende i lengre perioder. Disse pasientene er som regel for dårlige til å kunne dra nytte av spesialisert rehabilitering og trenger først og fremst et omsorgstilbud i kommunen. Mange vil også ha nytte av råd og tilrettelegging av et ambulerende teams fra spesialisthelsetjenesten. Slike team bør fortrinnsvis være lokalisert i Helseforetakene som har ansvar for utredningen.

Pasienter med lettere og moderate funksjonstap kan imidlertid ha nytte av spesialisert rehabilitering. Rehabilitering i institusjon har imidlertid ikke vist å gi betydelig bedring i symptomer, men kan være viktig for å starte en prosess for mestring og bedring på sikt. Det vil være sentralt å få videreført forløp i primærhelsetjenesten dersom man skal kunne få langvarig nytte av rehabiliteringen. Samhandling med kommunene er derfor svært viktig, og oppholdet i rehabiliteringsinstitusjoner bør være begrenset i lengde siden det kun er starten på et lengre forløp.

Denne gruppen har som regel ikke behov for døgnkontinuerlig omsorg, men siden reise til tilbud ofte vil ta mye av pasientens energi kan det være nyttig å organisere rehabilitering i intensive opphold over flere dager med mulighet for overnatting, spesielt for dem med lang reisevei. Det vil derfor hovedsakelig være behov for dagtilbud med overnatting til denne gruppen. For pasienter som har mulighet til å reise til polikliniske tilbud kan dette være et alternativ. Det ligger godt til rette for å supplere med digitale tilbud slik at en kan redusere reise.

I 2023 har det vært lange ventetider til døgnbaserte tilbud, noe som kan tyde på at kapasiteten er for lav dersom tilbudet skal gis på samme måte i årene framover.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|-------------------|----------------|-----------------------|----------------------|---|
| Unicare Helsefort | 6 døgn | 82 | 68 | 16,9 |
| Unicare Coperio | 15 dag | 57 | 41 | 5,2* |
| Annen region | 2,5 døgn | 17 | - | - |
| | 0 dag | 1 | - | - |
| Totalt | | 99 døgn/58 dag | | |

* 16,2 i 2023



Rehabilitering i Helseforetak: Ingen HF har registrerte behandlingstilbud på «Velg behandlingssted» i Midt-Norge, men avdeling for smerte og sammensatte lidelser ved St. Olavs hospital har utrednings- og oppfølgingstilbud.

Vurdering og ønsket dreining

Pasienter med lette/moderate funksjonstap bør ha et tilbud om spesialisert avklaring og rehabilitering, men hovedansvaret for oppfølging ligger til kommunene. Tilbudet om spesialisert rehabilitering bør fortrinnsvis være organisert som intensive opphold med mulighet for overnatting siden reising til/fra tilbud kan være utfordrende for gruppa. De aller dårligste pasientene kan ikke nyttiggjøre seg rehabilitering, men noen vil ha behov for rådgiving fra et ambulant team. Et slikt team bør fortrinnsvis organiseres i tilknytning til fagmiljøene som utreder pasienter i HF.

Det kommer et nasjonalt pasientforløp og oppdatert veileder for gruppen, og det bør tas høyde for at man må gjøre endringer i rehabiliteringstilbudet som følge av dette.

Tilbud til pasienter som har uttalt fatigue uten CFS/ME diagnose bør gå inn under samme delytelse. Disse har spesielt stort behov for avklaring, kartlegging, trygging og mestring siden de ikke en gang har en diagnose å henge plagene på. Dette krever imidlertid en interregional harmonisering av henvisningsvurderingene.

Hjerneslag og ervervet hjerneskade (Delytelse F)

Pasienter med ervervet hjerneskade er en svært heterogen gruppe med et bredt spekter av ulike motoriske, sensoriske og kognitive vansker. Det kan være ulike årsaker til ervervet hjerneskade, hvor hjerneslag og traumatisk hjerneskade er de største gruppene.

Hjerneslag rammer ca. 14 000 mennesker i Norge hvert år, og det er en nedadgående trend med en nedgang i aldersjusterte rater på ca. 2 % pr år (Folkehelseinstituttet, 2022b). Ut ifra disse tallene må vi forvente rundt 1600 slagtilfeller i Midt-Norge. Den aldersjusterte trenden kan vi forvente at faller videre framover, men siden vi har en aldrende befolkning kan vi forvente relativt uendrede totaltall i årene framover. Utfall etter hjerneslag varierer mye, og vi vet at tidlig og intensiv slagrehabilitering øker sjansene for å gjenvinne tapt funksjon. Rehabilitering kan skje i hjemmet med ambulant rehabiliteringsteam som støtte, i kommunale rehabiliteringsinstitusjoner eller i spesialisthelsetjenesten (sykehus eller private institusjoner), og hva som er optimal organisering er ikke avklart. I Helsedirektoratets retningslinje (Helsedirektoratet, 2017a) anbefales det at pasienter med mild til moderat funksjonssvikt utskrives direkte til hjemmet under forutsetning av tett tverrfaglig oppfølging, eventuelt kombinert med dagbasert rehabilitering. Pasienter med større funksjonssvikt anbefales døgnbasert rehabilitering i forlengelsen av akutt oppholdet og bør innlegges i rehabiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten.



Den største funksjonsforbedringen etter hjerneslag oppnås i løpet av de første 3-6 måneder etter hjerneslaget, og det er i denne første fasen at pasientene bør få sin primærrehabilitering. I det nasjonale pasientforløpet som er utarbeidet for hjerneslag deles rehabilitering i spesialisthelsetjeneste inn i 2 nivå der begge nivå er institusjoner med lege, sykepleier, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Nivå 2 inkluderer i tillegg tilgang til logoped, sosionom og nevropsykolog. Det er relativt godt definert hvilke kriterier det er for indikasjon for rehabilitering ved de forskjellige nivåene. I tillegg anbefales det at spesialisthelsetjenesten har tilbud i senfase for vurdering av funksjonsnivå, revurdering av målsettinger og rådgiving. Flere komplekse problemstillinger er ofte ikke synlig under første rehabiliteringsperiode og blir oppdaget når pasienten kommer hjem og skal etablere en ny hverdag. Det bør da finnes et tilbud i spesialisthelsetjenesten som kan tilby tverrfaglig funksjonsvurdering og dokumentert spesifikk rehabilitering i senfase slik som kognitiv rehabilitering, CIMT (Constraint induced movement therapy) og CIST (Constraint induced speech therapy). I tillegg bør spesialisthelsetjenesten kunne tilby ambulante tjenester f.eks våkenhetsvurderinger.

Det har vært en tendens til at stadig dårligere pasienter søkes til sengepostene i HFene og man ser et behov for avklaring mot kommunene rundt noen av de dårligste pasientene som først og fremst trenger et omsorgstilbud i tidlig fase. Det er mulig å tenke seg at slike pasienter får tilbud i kommunene med ambulant oppfølging og vurdering av overflytting til nivå 1 eller 2 dersom man ser at rehabiliteringspotensialet øker. I slike tilfeller vil det være behov for god informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, både for at kommunen skal få tid til å planlegge omsorgsnivå og for å følge opp de endringene som kan føre til behov for spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter med traumatiske hjerneskader er omtalt i nasjonal traumeplan og det legges vekt på tidlig start av rehabilitering og overflytting til rehabiliteringsavdeling direkte fra akuttavdeling. Det er estimert et behov for 1 rehabiliteringsseng pr 100 000 innbygger for traumatiske hjerneskader. Disse sengene bør sentraliseres på regionale senter for å sikre kompetanse samt nærhet til akuttavdelinger med ortoped og nevrokirurg. Det er behov for tilbud i senfase til pasienter med traumatiske skader på linje med slagrehabilitering. Pasienter med milde hodeskader har også behov for systematisk oppfølging selv om de oftest ikke har behov for døgnrehabilitering (Helsedirektoratet, 2017b).

Rehabilitering i Helseforetak:

I Helse Møre og Romsdal HF foregår all spesialisert rehabilitering av hjerneslag og annen ervervet hjerneskade ved sykehusets rehabiliteringsavdeling og det er ikke behov for kjøp av privat rehabilitering til denne gruppen i HMR sitt område. Det har nylig vært en omorganisering av tilbudet slik at senger som tidligere var plassert ved Mork rehabiliteringssenter nå har blitt samlokalisert i sykehuset. Oppholdslengden varierer fra ca. 2-12 uker, og det gis tilbud i senfase ved spesifikke problemstillinger (organisert som døgntilbud, poliklinisk eller ambulant tilbud).



St. Olavs hospital HF melder om for få senger i regionen samt behov for å øke antall dagplasser.

Helse Nord-Trøndelag HF har også tilbud i sykehus til denne pasientgruppen, og har kapasitet til å ta flere, både i primær og sekundærfase. Samtidig blir noen pasienter i nedslagsfeltet også henvist til private tilbud. Det er ønske om bedre internt tilbud til traumatiske hodeskader.

Liggetid i private institusjoner er noe høyere enn i helseforetak. På landsbasis er liggetid i helseforetak gjennomsnittlig 16,9 dager pr opphold og 22,3 dager pr pasient (inkluderer reopphold). Gjennomsnittet for døgnopphold hos private institusjoner i Midt-Norge er på 19,8 dager pr opphold og 28,5 dager pr pasient.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|-------------------|----------------|----------------|----------------------|---|
| Unicare Helsefort | 9,5 døgn | 117 | 38 | 19 |
| Meråker kurbad | 6 døgn | 85 | 66 | 20 |
| | 2 dag | 15 | 12 | 17 |
| Annen region | 0 | 8 | - | - |

Vurdering og ønsket dreining

Pakkeforløp for hjerneslag og nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag definerer hvordan man bør organisere tilbudet til pasientgruppen, men det varierer i praksis hvordan dette blir gjennomført. Typisk vil det være behov for opphold av 2-4 ukers varighet for pasienter med behov for spesialisert rehabilitering etter de faglige retningslinjene. Det er behov for å øke kapasiteten noe, spesielt i Trøndelag. Det er spesielt behov for økt kapasitet til pasienter med dårlig funksjon og stort pleiebehov og til pasienter med alvorlige traumatiske skader der nasjonal traumeplan sine anbefalinger bør følges. Det er indikasjoner på at reopphold brukes i for stor utstrekning og at man bør få til bedre samhandling med kommunene. Det bør vurderes om ambulant virksomhet bør økes, spesielt i Trøndelag, eller om noe mer oppfølging i senfase kan gjøres digitalt.

Hjertesykdommer (delytelse H)

Ifølge folkehelse rapportens temautgave 2022 forventes hjerte- og karsykdom å forårsake færre helsetapjusterte leveår enn tidligere år, men fremdeles ligge på andreplass på lista over sykdommer som gir funksjonstap (Folkehelseinstituttet,



2022a). Insidensen har av hjerte- og karsykdommer har vist reduksjon over tid med synkende insidens på ca. 2% pr år (Folkehelseinstituttet, 2022b). Behovet for rehabilitering for denne gruppa kan en dermed antas at vil gå noe ned til tross for at befolkningen blir eldre.

I Midt-Norge foregår rehabilitering etter hjertesykdom både i sykehus og hos private leverandører. Det kjøpes 23 døgnplasser og 6 dagplasser i private institusjoner. I sykehus er tilbudet ofte organisert under hjerteavdelingene i samarbeid med Læring- og Mestrings senter. Flere kommuner har også frisklivstilbud som er aktuelle for gruppen.

Det er godt dokumentert at hjerterehabilitering bør gis til pasienter etter akutt hjerteinfarkt, etter revaskularisering, for pasienter med hjertesvikt eller svært høy risiko for hjertesykdom (Dibben et al., 2021). Tverrfaglige rehabiliteringsopplegg inkluderer hjelp til livsstilsendring (ernæring, fysisk aktivitet, røykeslutt, vektreduksjon) og kartlegging av psykososiale risikofaktorer for å skreddersy rehabiliteringsopplegget. Treningsopplæring og –oppfølging er en viktig del av tverrfaglig hjerterehabilitering (Ambrosetti et al., 2021) og bør ha et omfang på opptil 36 økter over 12 uker (Chaves et al., 2020).

Hjerterehabilitering bør gis av et tverrfaglig team som er ledet av kardiolog, og er ofte organisert i tilknytning til sykehus eller rehabiliteringsinstitusjoner, men hjemmebaserte opplegg med eller uten video/telefonoppfølging har også vist lovende resultater (Guidelines 2016). På grunn av behovet for spesialistkompetanse bør hjerterehabilitering foregå i spesialisthelsetjenesten og inneholde momenter som opplæring og trening. Mange pasienter vil ha behov for lengre oppfølging av trening og livsstilsendringer og et godt samarbeid med kommunene for oppfølging etter oppstart av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil være sentralt.

Fagmiljøene ved helseforetakene i Midt-Norge mener for mange hjerteopererte pasienter henvises til døgnrehabilitering i dag og det er svært få som har behov for dette. Døgntilbud er mest aktuelt for pasienter som har vært gjennom åpen hjertekirurgi, men mange pasienter har ikke nytte av rehabilitering rett etter større hjertekirurgiske inngrep på grunn av restriksjoner knyttet til trening/aktivitet postoperativt, og bør heller reise hjem en periode først og få tilbud etter ca. 6 uker. Ut fra retningslinjer, kunnskap og tilbakemeldinger fra HF vil det altså være lite behov for døgnbasert rehabilitering til denne gruppen, men økt behov for polikliniske tilbud der det angis at det er for få pasienter som får tilbud i dag. HFene ønsker å styrke egne tilbud til denne gruppen pasienter. Det er dermed ønskelig at man heller styrker rehabilitering knyttet til sykehusets kliniske avdelinger og lærings og mestringsstilbud samtidig som man styrker samhandling med kommunenes Frisklivstilbud og liknende slik at man sikrer lang nok oppfølging av igangsatte tiltak.

Det er svært sjelden indisert med gjentatte opphold innen spesialisert hjerterehabilitering såfremt det ikke tilkommer nye hjertehendelser. Dette bør i så fall begrenses til en oppfriskningssamtale og eventuelt digitale ressurser.



Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|-------------------|----------------|----------------|----------------------|---|
| Treningsklinikken | 5 dag | x | x | 18 |
| Selli | 5 døgn | 91 | 10 | 19 |
| | 1 dag | 7 | 1 | 12 |
| Unicare Røros | 14 døgn | 161 | 66 | 24 |
| Muritunet | 4 døgn* | 59 | 24 | 20 |
| Annen region | 0,8 døgn | 3 | 1 | - |

* Avsluttes 01.01.2024, x mangler data

Rehabilitering i Helseforetak: Det finnes polikliniske tilbud ved alle Helseforetak, men de er litt ulikt organisert. Dette kan være «hjertesko», Læring og mestrings kurs og treningsgrupper. HMR og HNT har kan ta imot pasienter til døgnrehabilitering i spesielle tilfeller.

Oppholdslengden varierer betydelig mellom HF og private. I HF er gjennomsnittlig oppholdslengde per pasient 7,1 døgn/kontakter mens den ligger mellom 12 og 24 døgn/kontakter hos de private (se tabellen over). Dette kan skyldes forskjeller i pasientgrunnlag siden HFene i liten grad tar imot pasienter som har behov for døgnrehabilitering.

Vurdering og ønsket dreining

Det vil behov for betydelig færre døgnplasser for hjerterehabilitering, men økt innsats på poliklinisk rehabilitering og samhandling med kommunene. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten bør foregå i samarbeid med hjertemedisinske avdelinger og være et poliklinisk tilbud av omfang på inntil 12 uker med 2 oppmøter pr uke. For pasienter med lang reisevei kan det være behov for tilbud som inkluderer overnatting. Døgnplasser kan reduseres betydelig selv om det fremdeles er noe behov. Oppfølging kan også løses i samarbeid med kommunale tilbud eller digital oppfølging.

Kreftsykdommer (Delytelse E)

Helsetapjusterte leveår knyttet til kreftsykdom er forventet å øke i årene som kommer og være den ledende årsaken til helsetap siden en større andel også overlever kreftsykdom, men har sen-effekter av behandlingen (Folkehelseinstituttet, 2022a). Typiske problemstillinger er fatigue, tap av



muskelstyrke og kondisjon, søvnproblemer, ernæringsproblemer, kognitiv svikt og stress ([Rehabilitering etter kreft - Helsenorge](#)). Mange klarer å håndtere dette selv eller i samarbeid med behandlere i primærhelsetjenesten, men noen vil ha behov for tverrfaglige tilbud for å mestre dette. Det er grad av kompleksitet og funksjonstap som vil være avgjørende for hvilket nivå tilbudet skal gis på. De som trenger rehabilitering i spesialisthelsetjenesten kan skisseres til to undergrupper: de som er kurert for sin kreft og skal tilbake til hverdagslivet, og de som er kronikere og kan ha utbytte av rehabilitering for å øke funksjon og være i stand til å gjennomføre neste behandling.

I dag finnes det tilbud ved Vardesentrene, Pusterommet og Lærings og mestringskurs i enkelte HF som dagtilbud samt digital oppfølging. I tillegg er det rehabiliteringstilbud hos private leverandører med totalt 27 døgnplasser og 2,5 dagplasser i regionen. Ny nasjonal kreftstrategi 2024-2028 er ute på høring og der legges det vekt på at rehabilitering og behandling av seneffekter må være en integrert del av pasientforløpet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det foreslås også å etablere Comprehensive Cancer Center (CCC) i alle helseregioner, og spesialisert rehabilitering bør være en del av dette.

Kommunene har ikke diagnosespesifikke tilbud, men de fleste har kreftkoordinator som følger opp og mange har gruppetreningstilbud. Noen kommuner har Frisklivstilbud og Lærings og mestringsstilbud som denne gruppa kan dra nytte av, og mange av senfølgerne overlapper også med symptomer som f.eks smertepasienter, long-COVID pasienter og post commotio pasienter sliter med slik at det kan være mulig å lage tilbud som treffer en bredere gruppe.

Mange pasienter med senfølger vil ha behov for tverrfaglig avklaring og mestringsfokuseret tilnærming i større grad enn kommunen vil kunne gi, men siden pasientgruppen er stor bør man tilstrebe å finne bedre kartleggingsverktøy for å treffe den gruppen pasienter som har størst behov. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for diagnosespesifikk avklaring og trygging av pasientene, men ofte vil det være behov for oppfølging i kommunen i etterkant. Fagmiljøene peker på at mange pasienter innen denne delytelsen har for dårlig tilbud i dag. Det er også et klart potensiale for bedre samhandling mellom nivåene for denne gruppa. Spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for behovskartlegging i tidlig fase etter en kreftdiagnose (Helsedirektoratet, 2021a), og må også i større grad sikre overgangene.

De fleste pasientene som har behov for spesialisert rehabilitering har ikke behov for døgnkontinuerlig omsorg slik at døgnopphold sjelden er indisert. Imidlertid kan det være effektivt å gi intensive rehabiliteringsopphold slik at en kan tenke seg muligheten for poliklinisk rehabilitering eller dagopphold med mulighet for overnatting for å sikre lik tilgang til tilbud uavhengig av bosted, men også fordi pasienter med fatigue ofte vil ha lite utbytte av poliklinikk/dag rehabilitering hvis de må bruke mye energi på å reise til og fra tilbudet. Det er også et potensiale for bedre bruk av digital oppfølging og digital kartlegging i forkant av opphold.



Prehabilitering nevnes av flere fagmiljø som noe som bør bygges opp. Dette kan gi bedre resultater av kirurgi og gjøre pasienter bedre i stand til å gjennomgå annen kreftbehandling. Dette er spesielt godt dokumentert for colon/rectum cancer, men nevnes også for lungekreft.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|---|------------------------|----------------|----------------------|---|
| Namdal | 3 døgn | 26 | 10 | 18 |
| Selli | 3 døgn | 22 | 7 | 26 |
| | 0,5 dag | 2 | | 14 |
| Unicare Røros | 16 døgn | 205 | 108 | 18 |
| Muritunet | 5 døgn | 50 | 37 | 22 |
| Treningsklinikken (Trondheim rehabilitering) | 2 dag 2 poliklinikk | x | x | x |
| Annen region | 0 | 6 | | |

x – Mangler data

Rehabilitering i Helseforetak: Noen pasienter kan få rehabilitering ved sengepostene ved Ålesund- og Levanger sykehus, men det er ingen HF som har egne senger for kreftrehabilitering. I tillegg har kreftforening samarbeid om Vardesenter ved St. Olavs hospital og Ålesund sykehus der kreftpasienter kan få faglig råd og delta i kurs.

Vurdering og ønsket dreining

Det vil være et økende behov for rehabilitering etter kreftsykdom. Får å håndtere denne økningen må kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeide om gode tilbud. Det bør også legges til rette for digitale tilbud enten som del av et rehabiliteringsopplegg i spesialisthelsetjenesten.

Det er lite dokumentasjon for at lange døgnbaserte opphold er mer nyttig enn intensive dag- eller polikliniske opphold. Det bør derfor tilstrebes å effektivisere oppholdslengde f.eks ved å ta i bruk digital oppfølging som del av forløpet. Økningen i behov bør håndteres gjennom bedre samhandling og effektivisering av oppholdslengde. Det er også behov for flere lærings- og mestringstilbud knyttet til fagmiljøene i HF, og mulighetene som ligger i «Pusterom» og «Vardesenter» kan



bygges ut. Dette inkluderer tilbud til pårørende. Prehabilitering er nevnt som et område der det kan være et økende behov, men det er usikkert hvordan dette bør organiseres.

Langvarig muskel- og bløtdelssmerte (Delytelse J)

Dette er en stor pasientgruppe der det er tydelig i nasjonale føringer at de i utgangspunktet skal utredes og ha sin oppfølging i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har likevel en rolle med tanke på utredning/diagnostikk der hvor fastlege ikke kommer i mål, men behandlingstiltak er kun unntaksvis spesialisthelsetjenestens oppgave. I rapporten om avklaring av ansvars- og oppgavedeling (Helsedirektoratet, 2012) er muskelskjelettsmerter brukt som et eksempel og det trekkes fram at spesialisthelsetjenesten har et ansvar for langvarige tilstander der mye er prøvd ut i primærhelsetjenesten og der det er et behov for miljøskifte, gruppeeffekt og jobbing med kognitive prosesser. Dette kan være pasienter med kompliserende tilstander som psykiske problemer og der det er behov for utredning av komplekse årsaksforhold. I komplekse tilfeller kan spesialisthelsetjenesten bistå med utredning, tverrfaglig kartlegging, råd og mestringstilbud.

Det er ikke kjent hvor intensivt et behandlings-/rehabiliteringsopplegg skal være for denne gruppa, og systematiske oversikter tyder på at det er liten forskjell mellom lange og korte intervensjoner (Kamper et al., 2015). Det er dermed potensiale for kortere og mer effektive rehabiliteringsopplegg for denne gruppe og det er også mulig å supplere med digitale løsninger. Rehabilitering kan foregå gjennom poliklinisk/dagtilbud og læring og mestringkurs. Det er ikke behov for døgntilbud til denne gruppa, men for å sikre lik tilgang uavhengig av reisevei vil det kunne være behov for tilbud med mulighet for overnatting. Mange pasienter i denne gruppa sliter også med fatigue og det vil være u hensiktsmessig å bruke mange timer hver dag på reise for å komme til et rehabiliteringstilbud, og det kan dermed være hensiktsmessig å ha noen tilbud som foregår komprimert med overnatting.

En del pasienter i denne gruppen vil være aktuelle for arbeidsrettede rehabiliteringstilbud. Det bør tilstrebes å unngå gjentatte utredninger og rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, og ha et sterkt fokus på kartleggings- og utredningskonsultasjoner (med fokus på avklaring med tanke på behov for utredning, behandling og/eller rehabilitering). Det bør tydeligere defineres tilbudenes innhold og lengde.

Det har vært økende avslagsprosent ved RVE som har gitt færre pasienter i rehabiliteringsløp hos private det siste året. Bakgrunnen for økt avslag er hovedsakelig at dette er pasienter som skal ha sin behandling i primærhelsetjenesten.



Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|-------------------|--------------------------|----------------|----------------------|---|
| Namdal | 2 døgn | 53 | 38 | 13 |
| Falck | 6,5 dag x poliklinikk | 95 | 84 | 15 |
| Unicare Coperio | 10 dag x poliklinikk | 48 | 34 | 7 |
| Muritunet | 7 døgn 6 dag | 197 89 | 191 | 18 15 |
| Unicare Helsefort | 13 døgn | 288 | 246 | 14 |
| Annen region | 0 | 31 | | |

x – poliklinikk er registrert på annen måte og vanskelig å oppgi sammenliknbart med dag og døgn

Rehabilitering i Helseforetak: Alle helseforetak har tilbud om utredning (monofaglig eller tverrfaglig) og kortvarig oppfølging ved sine fysikalsk medisinske poliklinikker/nakke-rygg poliklinikk. Noen har gruppetilbud med fokus på aktivitet og mestring. I tillegg har smerteklinikkene utrednings- og oppfølgingstilbud til pasienter med sammensatte lidelser eller smertetilstander som ikke går inn under de fysikalskmedisinske poliklinikkens ansvar. Ved St. Olavs hospital HF har tverrfaglig poliklinikk rygg-nakke-skulder hatt ansvar for utredning og kartlegging av pasienter før noen av pasientene de henvises videre til korte polikliniske tilbud enten internt eller hos Unicare Coperio eller Falck.

Vurdering og ønsket dreining

Hovedfokus i spesialisthelsetjenesten bør være korte kartleggings- og avklaringsopphold med mulighet for oppfølging i kommunene siden dette hovedsakelig dreier seg om langvarige tilstander. Det er ikke aktuelt med døgnopphold for denne gruppa, men kan være behov for dag/poliklinikk tilbud med overnattingsmuligheter. Det er sjelden indisert med reopphold i spesialisthelsetjenesten. Det er potensiale for mer bruk av digital oppfølging.



Pasientgruppa deler mange likhetstrekk med pasientgruppa som sliter med utmattelse og det kan være hensiktsmessig og samordne kompetanse på disse gruppene på samme sted. Mange vil også være i målgruppa for rehabilitering med arbeid som mål og det kan dermed være aktuelt å samordne disse tilbudene, slik det er gjort i HF.

Flere Frisklivssentralene har gode tilbud til denne gruppa, men er ikke godt utbygd i alle kommuner i regionen. Spesialisthelsetjenesten bør bidra med kompetanseoverføring til kommuner som ønsker dette.

Antall pasienter som har behov for rehabilitering vil være ganske stabilt i årene framover, men dersom oppholdslengden begrenses noe kan flere få rehabilitering med omtrent samme ressursbruk.

Lungesykdommer (Delytelse I)

Kroniske luftveissykdommer er antatt å minke noe i omfang i tiden framover til tross for aldrende befolkning, først og fremst siden andelen røykere går ned. I 2022 hadde 6-7 % av den voksne befolkning KOLS, noe som tilsvarer i underkant av 50 000 personer i Midt-Norge. Rehabilitering er godt dokumentert som en av de mest kostnadseffektive behandlingene ved KOLS og gir bedring av tungpust, utmattelse, angst og depresjon ([Lungerehabilitering - Helsedirektoratet](#)). Rehabilitering har som mål å øke eller vedlikeholde muskelstyrke, utholdenhet, funksjonsevne og aktivitetsnivå. Det er derfor viktig at treningen har en intensitet som påvirker disse faktorene. Rehabilitering inneholder både pasientopplæring og veiledet trening og kan være aktuelt i alle stadier av sykdommen. Flere studier har vist at lungerehabiliterings som kommer i gang innen 4 uker etter en KOLS-forverring bedrer livskvalitet og reduserer reinnleggelser (Ryrsø et al., 2018). Det er derfor viktig at tilbudet har kapasitet til å ta imot pasienter innen 4 uker. Det må også være tilstrekkelig intensitet i treningen og studier har vist at 8 treningsøkter reduserer symptomer, men 16-24 økter ga enda bedre resultat (Lan et al., 2018).

Etter retningslinjene kan primærhelsetjenesten ivareta de fleste pasienter med KOLS, men de med uttalt komorbiditet og sammensatte problemstillinger som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg dagtilbud i primærhelsetjenesten, bør ha et tilbud om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til KOLS er det noen andre grupper som kan ha behov for rehabilitering. Det forventes noe økning i behov for interstitielle lungesykdommer (lungefibrose) på grunn av økt diagnostisering og medikamentelt behandlingstilbud, men ingen endringer i behovet for transplanterte og pasienter med cystisk fibrose. I tillegg nevnes prehabilitering før lungekreftkirurgi som et behov der det i dag ikke er organiserte tilbud, men som kan være nyttig for pasientene.



Nydiagnostiserte lungesykdommer av en viss alvorlighetsgrad bør få tilbud om læring om mestringskurs i Helseforetakene samt individuell veiledning. Det er for lite kapasitet i HFene i dag til dette. Oppfølging etter slike kurs bør helst skje i kommunen i form av treningsgrupper (kan være diagnoseuavhengig), hverdagsrehabilitering, mestringskurs, bassengtrening mm.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|-------------------|----------------|----------------|----------------------|---|
| Namdal | 2,5 døgn | 42 | 18 | 15 |
| Selli | 4 døgn | 40 | 24 | 24 |
| Unicare Røros | 14 døgn | 142 | 71 | 23 |
| Muritunet | 7 døgn | 67 | 45 | 27 |
| | 2 dag | 11 | 7 | 20 |
| Treningsklinikken | 6 dag | x | x | 17 |
| Annen region | 5,2 døgn | 2 | | |

x – mangler tall

Rehabilitering i Helseforetak: HNT har tilbud på døgnopphold til pasienter med lungesykdom som kan nyttiggjøre seg spesialisert rehabilitering. HMR og St. Olavs hospital har ikke egne døgntilbud til gruppen, men lungerehabilitering kan være en del av rehabiliteringsforløpet til pasienter med rehabilitering etter alvorlig sykdom f.eks etter intensivopphold ved HMR. Lungeavdelingene følger opp poliklinisk i alle HF.

Vurdering og ønsket dreining

Totalt sett er det behov for at flere pasienter får tilgang til lungerehabilitering, men mye av dette bør skje i kommunene med støtte av poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med lungesykdom har behov for spesialisert rehabilitering i forskjellige stadier av sykdommen og det vil derfor være behov for både døgnbaserte tilbud og dag/polikliniske tilbud siden pasientene har varierende grad av pleiebehov. Noen ganger vil kartlegging i løpet av natten være indisert, noe som også krever døgnrehabilitering. Behovet for døgnbasert rehabilitering antas å være lavere enn tidligere og mange vil kunne ha godt utbytte av polikliniske tilbud knyttet til lungeavdelingene med godt samarbeid med kommunene om videre oppfølging når en har satt i gang et opplegg. Det er ønskelig med dreining mot kortere døgnopphold og mot dag/poliklinikk, digital oppfølging og bedre samhandling med kommunene slik at en får gitt tilbud til flere pasienter. Det bør også være tilstrekkelig kapasitet på LMS tilbud til



nydiagnostiserte. Det bør være økt fokus på forebygging, noe som hovedsakelig er primærhelsetjenestens ansvar, men der spesialisthelsetjenesten må bidra med kompetanse.

Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer (Delytelse G)

Det er økende forekomst av en del neurodegenerative sykdommer (Dorsey et al., 2018) og dette er en gruppe pasienter som ofte har progredierende sykdommer som kan ha behov for spesialisert rehabilitering i flere faser av forløpet. Gjentatte opphold i spesialisert rehabilitering kan derfor være nødvendig. Siden en del diagnoser innen denne kategorien er sjeldne vil det være vanskelig for kommunene å bygge opp spesifikk kompetanse på rehabilitering innen dette feltet, og ifølge Helsedirektoratets rapport fra 2012 «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» vil dette være en pasientgruppe som spesialisthelsetjenesten må ta hovedansvaret for.

Mange pasienter er selvhjulpne og har ikke behov for bemanning på natt, mens andre har større hjelpebehov. Siden dette er spesialiserte tilbud med få lokasjoner i regionen er det fornuftig å organisere tilbudet med mulighet for overnatting slik at det enten gis som døgnbehandling eller dagtilbud med mulighet for overnatting for å sikre lik tilgang til tilbudet for alle i regionen. Det er også pekt på et spesielt behov for opplæring i tidlig fase av sykdommen.

Delytelsen omfatter hovedsakelig pasienter med langvarige, progredierende sykdommer og derfor vil hovedvekten av oppfølging ligge til kommunene. Likevel vil spesialisert rehabilitering kunne være indisert i flere faser av sykdommen. De siste årene har det vært jobbet aktivt med implementering av ParkinsonNet i regionen og 261 fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og sykepleiere er registrert i fagpersonregisteret i Midt-Norge. Dette er fagpersoner som har fått spesiell opplæring i Parkinson sykdom og kan være ressurspersoner i kommunene og sørge for gode overganger mellom spesialisert rehabilitering og kommunal oppfølging. Dette kan være en god modell for å bygge kompetanse også innen andre sykdommer.

Det er ganske store variasjoner i hvordan rehabiliteringen er organisert ved ulike institusjoner som tilbyr rehabilitering til sammenliknbare grupper. Selv om det finnes evidens for nytte av rehabilitering for gruppen er det ikke opplagt hvilke fordeler som oppnås ved ulike former og organisering av rehabilitering. En systematisk oversikt over treningsintervensjoner ved Parkinson sykdom konkluderer med at det er nytte, men at det er liten forskjell mellom forskjellige typer intervensjoner (Ernst et al., 2023). En systematisk oversikt over rehabilitering for MS konkluderer også med sannsynlig nytte av rehabilitering, men etterlyser flere studier med robust design (Amatya, Khan, & Galea, 2019).



Oppholdslengden hos private leverandører ligger høyere enn rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I de private institusjonene er gjennomsnittlig liggetid over 26 døgn, mens den ligger under 9 døgn i gjennomsnitt ved Helseforetak nasjonalt.

Pasientgruppa innenfor delytelse G omfatter også pasienter med mer sjeldne diagnoser som ryggmargskader, Cerebral Parese og nevromuskulære sykdommer. Ryggmargskadeomsorgen er godt organisert og ivaretas innenfor Helseforetak. Denne rehabiliteringen omtales ikke ytterligere i rapporten, men en del pasienter får i tillegg tilbud ved helsesportsenter for tilpasset fysisk aktivitet.

Nevromuskulære sykdommer og andre sjeldne tilstander har dels tilbud ved Kastvollen rehabilitering og i helseforetak og dels ved tilleggsavtaler utenfor regionen.

Rehabilitering i Helseforetak:

Aure rehabilitering tilbyr opphold til pasienter med MS og Parkinsons sykdom. Disse oppholdene er på 5 + 5 dager med noe digital oppfølging i forkant og etterkant. I tillegg gir sengepostene i Ålesund og Levanger tilbud til pasienter med behov for døgnbehandling. Tilbudene i Helse Møre og Romsdal har hatt ledig kapasitet og kan ta imot flere pasienter.

Ryggmargskader: Ved St. Olavs hospital er det en avdeling for ryggmargskader som tilbyr høyspesialisert rehabilitering til denne gruppa. Disse pasientene har behov for både døgnbasert rehabilitering i akuttfasen og livslang oppfølging som må ivaretas av høyspesialiserte enhetene. Dette tilbudet ved St. Olavs hospital, som en av tre enheter i Norge og har ansvaret for både pasienter fra Midt-Norge og Nord-Norge. Sykehuset Levanger og Ålesund sykehus fungerer som avlastningsenhet på denne gruppen.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|---------------------|------------------|----------------|----------------------|---|
| Kastvollen | 32 døgn 1 dag | 396 | 187 | 26,6 |
| Annen region | | 70 | 20 | 28,4 |
| MS senteret | 0,4 døgn | | | |
| CatoSenteret | 0,5 døgn | | | |
| Beitostølen | * | | | |

* Helse Midt-Norge RHF kjøper 8,2 plasser ved Beitostølen helsesportsenter, men dette inkluderer både delytelse G og N



Vurdering og ønsket dreining

Pasientgruppa som har behov for spesialisert rehabilitering vil sannsynligvis øke noe i årene som kommer. Bedre medisinsk behandling vil kunne dempe behovet noe. Det vil være behov for spesialisert rehabilitering i forskjellige faser av forløpet, med hovedvekt på læring og mestringstilbud i tidlig fase og døgnopphold i senere fase. Det bemerkes at det også i tidlig fase er mange pasienter som sliter med fatigue, hodepine og andre uspesifikke symptom som tilser at oppholdene kan bli mest effektive dersom man har intensive opphold med mulighet for overnatting framfor å bruke mye energi på reise til og fra rehabiliteringen.

Oppholdslengden varierer betydelig mellom de forskjellige institusjonene som tilbyr rehabilitering og det er potensiale for å effektivisere oppholdene og korte ned oppholdstiden blant annet ved å ha bedre kompetanseoverføring og samhandling med kommunene og bedre utnyttelse av digitale verktøy. Hvis man reduserer gjennomsnittlig oppholdslengde fra gjennomsnittlig 26 dager til 15 dager vil man ha mulighet til å ta 70% flere pasienter enn i dag uten å kjøpe flere plasser.

Det er også ønsket en dreining mot kortere opphold samt mer dagopphold og poliklinisk rehabilitering. I regionen er det kapasitet til å ta noen flere pasienter i helseforetakene.

For pasienter med ryggmargskader må tilbud i helseforetak opprettholdes og det er også viktig å opprettholde kompetanse på rehabilitering av nevromuskulære tilstander og andre sjeldne nevrologiske lidelser.

Rehabilitering med arbeid som mål (Delytelse R)

Å delta i arbeidslivet er viktig ikke bare for økonomi, men også for mening, mestring og deltakelse i samfunnet. For samfunnet er det svært kostbart hvis pasienter som har full eller delvis arbeidsevne ikke deltar i arbeidslivet. Å delta i arbeidslivet bør derfor være en målsetning i de fleste rehabiliteringsløp som omhandler pasienter i arbeidsfør alder. Rehabilitering med arbeid som mål har stort sett hatt hovedfokus på to hovedgrupper pasienter; de som sliter med smertetilstander i muskelskjelettsystemet og de som sliter med vanlig psykiske lidelser. Det er stor overlapp mellom disse gruppene. Fra nasjonal og internasjonal litteratur er det kjent at tverrfaglig samhandling som inkluderer arbeidsplassintervensjon og god koordinering mellom alle involverte aktører er suksessfaktorer for å få sykmeldte tilbake i arbeid (Cullen et al., 2018; van Vilsteren et al., 2015). Hvordan man skal organisere denne typen intervensjoner er ikke klart (Tingulstad et al., 2021). Helsedirektoratet og NAV har i samarbeid laget en strategi for fagfeltet Arbeid og Helse (Helsedirektoratet, 2021b). Her problematiseres det at de fleste tjenestetilbud innen arbeid og helse ligger i spesialisthelsetjenesten og krever henvisning slik at mange må vente på slike tilbud. Det er altså et potensiale for bedre samhandling både mellom sektorer og mellom nivå i helsetjenesten innenfor dette området.



Det har vært stort fokus på området helt siden «raskere tilbake» ordningen kom i 2007 og Helse Midt-Norge har i flere omganger fått i oppdrag å bidra til at pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbyr samtidige helse- og arbeidsrettede tilbud i samarbeid med NAV for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole. Helse Midt-Norge RHF har avtale med 3 private leverandører om tjenester innen rehabilitering med arbeid som mål. Alle disse tar imot pasienter både med muskelskjelettplager og vanlig psykiske lidelser og 1295 pasienter fikk tilbud hos disse leverandørene i 2022. De fleste fikk poliklinisk oppfølging eller dagbehandling og 165 pasienter hadde døgnbaserte tilbud. Alle tilbudene strekker seg over forholdsvis lange oppfølgingsperioder, men leverandørene kan også vise til gode tall for retur til arbeid etter endt rehabilitering der opptil 76% er i lønnet arbeid ved avsluttet behandling og 74% fremdeles er i arbeid 12 mnd etter.

I helseforetakene har det også blitt bygd opp Helse og Arbeid tilbud i løpet av de siste årene og disse tilbudene har kortere oppfølgingstid og fokuserer på avklaring, planlegging og samhandling med NAV og fastlege.

Et område som er pekt på som spesielt viktig innenfor rehabilitering med arbeid som mål er unge som er i ferd med å falle ut av jobb og utdanning. Det har store individuelle og samfunnsmessige konsekvenser dersom vi ikke lykkes med å hjelpe denne gruppen inn i arbeid eller utdanning. HFene har ikke spesifikke tilbud til denne gruppa i dag.

Det er utarbeidet en egen interregional rapport om prioritering av arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ([Rapport-prioritering-helse-og-arbeid-
endelig.pdf-endelig.pdf.pdf \(stolav.no\)](#)). Her legges det vekt på at tilbudet som gis må komme i gang tidlig i sykdomsforløpet, være tverrfaglig i tett samarbeid med hjelpetiltak fra NAV og ha et tydelig arbeidsfokus.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|-------------|----------------|----------------|----------------------|---|
| Muritnet | Døgn | 147 | x | 22,1 |
| | Dag | 82 | | 17,6 |
| | Poliklinikk | 76 | | 1,6 |
| Betania | Døgn | 9 | x | 61,6 |
| | Dag | 281 | | 22,1 |
| | Poliklinikk | 556 | | 4,9 |
| Friskgården | Dag | 306 | x | 23,2 |



| | | | | |
|--------------|-------------|-----|--|------|
| | Poliklinikk | 235 | | 33,6 |
| Annen region | | 12 | | 15,4 |

Rehabilitering i Helseforetak:

I helseforetakene har det blitt bygd opp tilbud om helse og arbeid/HelseArbeid ved HMR og HNT og et tilbud er under oppbygging ved St. Olavs hospital. Episoder per pasient er betydelig lavere ved HF og ligger på 9,2 ved Ålesund sykehus og 6,1 ved Aure rehabilitering.

Vurdering og ønsket dreining

Rehabilitering med arbeid som mål er viktig både for den enkelte og for samfunnet, spesielt i en situasjon der vi kommer til å få mangel på arbeidskraft framover. Denne formen for rehabilitering bør inngå i alle andre tilbud der man har pasienter i arbeidsfør alder. Det er et stort potensial for bedre samhandling med primærhelsetjenesten og NAV rundt denne gruppen og det er behov for avklaring av ansvarsdelingen. Spesialisthelsetjenesten har en viktig rolle i avklaring, mestringsarbeid og planlegging for denne gruppen. Innenfor smertetilstander i muskelskjelettsystemet kan det være hensiktsmessig å slå sammen delytelsene. De pasientene som sliter med fatigue og vanlig psykiske lidelser har ikke egne rehabiliteringstilbud og bør fremdeles ha egne tilbud innenfor rehabilitering med arbeid som mål. I tillegg bør det satses spesielt på tilbud til unge som er i ferd med å falle ut av arbeid og utdanning. Det er behov for å opprettholde tilbud innenfor denne delytelsen til disse gruppene, men at tilbudene dreies mot kortere forløp, men digitalisering og bedre samhandling med andre tjenester.

Revmatologiske sykdommer (Delytelse B)

Endring i medisinsk behandling av revmatologiske sykdommer har heldigvis ført til at færre pasienter lever med stor funksjonssvikt på grunn av sykdom, men det er fremdeles et stort behov for fysioterapi og treningsintervensjoner. Noen pasienter sliter også med fatigue og trenger hjelp til å mestre dette.

Det er evidens for effekt av livsmestring og veiledet trening for denne pasientgruppen, men det er ikke avklart på hvilket nivå i helsetjenesten dette må foregå. Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) gir anbefalinger for rehabilitering og fysioterapi, men det finnes ingen nasjonale retningslinjer for rehabilitering av revmatologiske sykdommer. Ofte oppstår behovet for rehabilitering med jevne mellomrom utover i et sykdomsforløp der det er behov for spesialisert kompetanse som overgår det en kan forvente kommunene kan stille med. I tidlig fase av sykdommen kan mange pasienter ha nytte av læring og mestringskurs, men pasienter med sammensatte og komplekse



behov der mye av effekten av rehabilitering er avhengig av livsstilsendringer kan ha behov for tettere oppfølging i en periode. For å ha varig effekt av slike endringer krever stor egeninnsats og det er ofte nødvendig med oppfølging over en periode. Det bør derfor tilstrebes digitale tilbud og bedre samhandling med kommunene som alltid vil ha ansvaret for den langvarige oppfølginga.

Pasienter med revmatisk sykdom har stort utbytte av høyintensitet trening, men mange trenger trygging for å komme i gang med- og mestre dette. Denne formen for trening bør hovedsakelig foregå i primærhelsetjenesten. En mulig dreining kan være mot kortere polikliniske intervensjoner for veiledning og oppstart med trening i spesialisthelsetjenesten, og fortsettelse av veiledet trening i hjemkommunen.

Noen pasienter med høy grad av kompleksitet vil imidlertid sannsynligvis ha behov for spesialisert rehabilitering, f.eks. de som sliter med systemisk sykdom, smerter og nedsatt funksjon. Dette er også problemer som kan komme etter hvert i et sykdomsforløp slik at det kan være indisert med rehabilitering også i sen fase av sykdommen.

Det er kun Meråker kurbad og Treningsklinikken som har tilbud til denne pasientgruppen i Midt-Norge og dermed er det dårligere tilgjengelighet for pasienter fra Møre og Romsdal. Både fagmiljø og pasientorganisasjoner er kritisk til at RVE avslår henvisninger på bakgrunn av at det ikke vurderes å være behov for spesialisert rehabilitering, men opptrening. RVE har imidlertid hatt noe synkende henvisningsmengde for denne gruppen.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|-------------------|----------------|----------------|----------------------|---|
| Meråker | 11 døgn | 156 | 77 | 19 |
| | 2 dag | 8 | | 20 |
| Treningsklinikken | 8 dag | x | x | 19 |
| | 6 poliklinikk | | | |
| Annen region | 0,6 døgn | 21 | | |

x – mangler data

Rehabilitering i Helseforetak: Ingen HF har egne tilbud til denne pasientgruppen, men pasienter med behov for spesialisert døgnrehabilitering kan i enkelte tilfeller få tilbud ved rehabiliteringsavdelingene ved Levanger sykehus og Ålesund sykehus.



Vurdering og ønsket dreining

Det er fortsatt behov for spesialisert rehabilitering til pasienter med revmatologiske sykdommer. Bedring i medisinsk behandling gjør at behovet er synkende. Det er god evidens for at høyintensitet trening er nyttig for gruppa, men dette bør i stor grad være kommunenes ansvar å følge opp.

Spesialisthelsetjenesten bør imidlertid ha et tilbud for trygging og mestring for å komme i gang med slik trening, mens oppfølginga bør skje i kommunene. Dermed er det potensiale for kortere oppfølging i spesialisthelsetjenesten og bedre samhandling med kommunene for oppfølging. De fleste tilbud kan sannsynligvis begrenses til 1-2 uker. For pasienter med mer komplekse problemstillinger som for eksempel inkluderer fatigue og senskader kan det være nyttig med døgnbaserte tilbud eller intensive dagtilbud med mulighet for overnatting med oppholdslengde inntil 2-4 uker.

Sammensatte og/eller komplekse lidelser (Delytelse O - Komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusopphold)

Delytelsen omfatter flere kategorier pasienter, men hovedtyngden er tenkt å ligge på pasienter som har hatt alvorlig sykdom eller traume og trenger spesialisert rehabilitering direkte i etterkant av sykehus/intensivopphold. Eksempler kan være pasienter som har overlevd langvarige intensivforløp og som kan ha utviklet langtidsfølger i form av post-intensive care syndrome (PICS), som innebærer nedsatt funksjon fysisk/kognitivt/psykisk. Traumepasienter er også omtalt under delytelse A, men vil være en tilsvarende gruppe.

Disse vil kunne ha behov for døgnbasert spesialisert rehabilitering for å gjenvinne funksjon og fremme deltakelse, og er ofte pasienter med stor pleietyngde initialt i rehabiliteringsforløpet og de har ofte behov for lange opphold. Oftest vil det være stort behov for samhandling med andre spesialiteter på sykehus og nærhet til lab og bildediagnostikk.

Det er få pasienter per år innen denne kategorien, men pasientene har i dag et ulikt tilbud innad i helseregionen der det spesielt mangler tilbud ved St. Olavs hospital.

Delytelsen skal i utgangspunktet være forbeholdt henvisninger fra helseforetakene, men den har også vært benyttet til henvisninger fra fastleger (via RVE) til pasienter med long-COVID, lymfødem og lipødem. Siden disse gruppene pasienter vil ha en helt annen pleietyngde og behov for annen form for rehabilitering anses det som uheldig at disse inngår i samme delytelse.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid |
|-------------|----------------|----------------|----------------------|--------------------------|
| | | | | |



| | | | | (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|---------------------|-------------------|----|----|-------------------------------------|
| Selli | 4 døgn 1 dag | 34 | 13 | 23 |
| Meråker | 3,5 døgn 1 dag | 54 | 25 | 26 |
| Muritunet | 4 døgn | 69 | 47 | 20 |
| Annen region | 0 | 9 | 7 | |

Rehabilitering i Helseforetak: HNT og HMR gir døgn tilbud til noen pasienter i denne gruppen.

Vurdering og ønsket dreining

Delytelsen bør forbeholdes henvisninger fra Helseforetak til rehabilitering i direkte tilknytning til sykehusopphold. Det er behov for å styrke tverrfaglig spesialisert rehabilitering til denne gruppen i HFene, spesielt ved St. Olavs hospital. Denne styrkingen må ses i sammenheng med mulittraumepasienter, nevnt under delytelse A. Det er viktig å etablere god henvisningspraksis i helseforetakene. Pasienter som har fått rehabilitering innen delytelsen, men som ikke kommer direkte fra sykehusopphold (f.eks lymfødem og lipødem) må ivaretas under andre delytelser eller få avklaring hos relevant spesialitet i HF. Siden delytelsen i stor grad har blitt benyttet til pasienter henvist via fastlege (55%) vil det være behov for færre plasser privat og økning i kapasitet bør helst skje i HF.

Sanseforstyrrelser (delytelse M)

Pasienter som mottar rehabilitering innenfor denne delytelsen omfatter to hovedgrupper:

- Døve, blinde og døvblinde med behov for somatisk rehabilitering
- Pasienter med tinnitus, vestibulære sanseforstyrrelser og Ménière sykdom.

Den første kategorien utgjør svært få pasienter med behov for spesiell kompetanse og Helse Midt-Norge RHF har tilleggsavtale med leverandører som Helse Sør-Øst har avtale med på Østlandet for rehabilitering av disse pasientene. Den andre pasientgruppen er større og HMN har tilleggsavtaler utenfor egen



region for denne gruppen også. I 2023 (pr 16.11.23) er 1 pasient henvist for rehabilitering innen den første kategorien og 14 henvist i den andre.

Det er god evidens for effekt av adferdsterapi ved kronisk tinnitus, men studiene tyder også på omtrent samme effekt ved digitale konsultasjoner eller internettbaserte intervensjoner uten direkte kontakt med terapeut (Mazurek et al., 2022). Fagmiljøene ved HF peker også på at det er utviklet digitale løsninger og nasjonale kurs som kan være til nytte for pasienter med vestibulære sykdommer. Det kan være aktuelt med gruppebaserte tilbud i spesialisthelsetjenesten, men det mangler nasjonale føringer for organisering eller innhold av slike tilbud. En Sintef rapport fra 2022 undersøkte tilbudet til personer med tinnitus og konkluderte at det er behov for å styrke kompetansen blant fastlegene, at spesialisthelsetjenesten må ivareta sitt ansvar for utredning og behandling og at e-læringstilbudet må videreutvikles (Lippestad, Øderud, & Trondstad, 2022).

Rehabilitering for personer med synstap inngår i denne delytelsen. De fleste pasienter med behov for oppfølging innen denne kategorien får kontakt med PPT-tjeneste og Statped som følger opp med dag/polikliniske tilbud. I følge en rapport fra Oslo Economics framstår aktørbildet og tjenestetilbudet til personer med synsnedsettelse som uoversiktlig og fragmentert (Economics & Helsedirektoratet, 2021). Blindeforbundet driver kurs som delfinansieres av NAV og er gratis for deltaker. Brukerorganisasjonen melder behov for ambulerende team som kan kartlegge rehabiliteringsbehov og legge en plan for videre forløp.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Liggetid |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------------|----------|
| Signo Conrad Svendsen senter | 0,1 døgn | 1 | 1 | - |
| Unicare Landaasen | 0,6 døgn | 12 | - | - |

HF: Molde sykehus har tilbud om vestibulær rehabilitering. Dette er et kurs over 6 uker der

hoveddelen er digital.

Vurdering og ønsket dreining

Det er fremdeles behov for rehabiliteringstilbud til disse gruppene pasienter, men det er et potensiale for bedre utnyttelse av digitale tilbud og kortere opphold. Det



anbefales å flytte mer av rehabiliteringen for tinnitus og vestibulære sanseforstyrrelser tilbake til egen region og dreie over mot polikliniske tilbud samt digitale tilbud. Eventuelle dagopphold med overnatting bør være kortvarige. Døve og døvblinde utgjør en liten pasientgruppe der det er lite hensiktsmessig å bygge tilbud i alle helseregioner og dette tilbudet foreslås videreført som tilleggsavtale/egen avtale i Helse Sør-Øst. Personer med alvorlig synsnedsettelse bør få bedre koordinerte tjenester og det er behov for bedre samhandling med kommuner og eksisterende tilbud. Ambulerende team bør vurderes.

Sykelig overvekt (Delytelse K)

Fedme øker i forekomst og 23% av voksne nordmenn har fedme. Det er høy risiko for alvorlige følgetilstander som kreft, diabetes, hjerte-karsykdom og psykisk sykdom, og disse følgene har betydelig konsekvens for den enkelte, for helsetjenesten og samfunnet. Ifølge nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010) ligger hovedansvaret for forebygging, utredning og behandling til primærhelsetjenesten, men pasienter med alvorlig fedme kan henvises spesialisthelsetjenesten dersom de ikke innen rimelig tid har oppnådd behandlingsmål i primærhelsetjenesten.

Det har kommet nye effektive behandlingsmodaliteter siste årene som inkluderer medikamenter, spesifikke dietter, e-helseverktøy og kombinasjoner av dette. Rehabilitering bygger på tre hovedsøyler: fysisk aktivitet, ernæring og mestringspsykologi, og lengden på institusjonsbehandling varierer fra få uker til flere måneder. Det foreligger ingen evidens for at behandling i institusjon er mer effektivt enn polikliniske tiltak, og siden sykdommen er kronisk vil det alltid være behov for oppfølging i primærhelsetjenesten. Det er imidlertid sterke holdepunkter for at tidlig behandling gir større effekt og mindre komorbiditet.

Det er betydelig variasjon i fedmetilbudet til pasientene i vår region. I enkelte deler av regionen er andel fedmeopererte svært høyt, mens andre deler ligger svært høyt i andel som mottar rehabilitering hos private leverandører.

For mange pasienter må fedmebehandling ta hensyn til traumer, kroppsbilde og vektstigma og behandlingen må inkludere spiseforstyrrelsesintervensjoner. Det er bygd opp et tilbud ved Stjørdal DPS for disse pasientene.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid |
|-------------|----------------|----------------|----------------------|--------------------------|
| | | | | |



| | | | | (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|---------------------|-----------|-----|---|-------------------------------------|
| Muritunet | 14 døgn | 225 | x | 13 |
| | 6 dag | 156 | | 8 |
| Namdal | 4 døgn | 49 | x | 14 |
| Unicare Helsefort | 11,5 døgn | 194 | x | 10 |
| Falck | 14 dag | 301 | | 15 |
| | | 8 | | 13 |
| Treningsklinikken | 8 dag | * | * | * |
| Annen region | | 5 | | |
| Totalt/ | Døgn 29,5 | 472 | | 12 |
| Gjennomsnitt | Dag 28 | 457 | | 13 |

x Alle henvisninger går via HF

* mangler data

Rehabilitering i Helseforetak: Alle HF har overvekts/fedme poliklinikk, men tilbud om oppfølging varierer.

Vurdering og ønsket dreining

Dette er den delytelsen det kjøpes mest av innen privat rehabilitering. Det er blandede tilbakemeldinger fra HFene rundt behovet for denne gruppa og flere melder om fortsatt behov for intensiv spesialisert rehabilitering organisert i opphold med mulighet for overnatting, mens andre mener kjøp av private plasser bør opphøre. Det er også relativt stor variasjon innen området og hva pasienter får tilbud om innenfor HF i forskjellige deler av regionen.

Det er potensiale for å vri oppfølgingen av flere av disse pasientene til polikliniske tiltak, lærings- og mestringstilbud og korte opphold med mulighet for overnatting. Det er også behov for sterkere samhandling med primærhelsetjenesten og digital oppfølging.



Tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning (Delytelse N - Barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning)

Habilitering er en kompleks prosess som skal bidra til å skape en felles forståelse for pasientens behov og muligheter, økt livsmestring og livskvalitet. Det er vanskelig å måle suksess av tiltak og forskning på tiltakene er begrenset. Habiliteringspasienter består av små diagnosegrupper som gjør det utfordrende for kommunene å bygge opp kompetanse og målrettede habiliteringsopphold vil dermed oftest ligge under spesialisthelsetjenestens ansvar ifølge modellen for ansvars- og oppgavedeling (Helsedirektoratet, 2012). Det er behov for døgntilbud i perioder der det er nødvendig med intensitet i behandlingen for å oppnå en funksjon eller et mål, f.eks selvstendighetstrening, utprøving av tiltak eller å lære en spesifikk aktivitet. Dette er ikke mulig å få til verken i kommunene eller i HF og derfor har dette vært anskaffet gjennom private leverandører. Siden pasientgruppen er svært heterogen, er det vanskelig å gi noen estimater på hvor lange opphold bør være. Reopphold kan være indisert avhengig av spesifikke problemstillinger. Siden et av kjernesymptomene til gruppen er kognitive vansker kan det være utfordrende å få til gode digitale tilbud til gruppa.

Tilbud per 2023:

| Institusjon | Antall plasser | Pasienter 2022 | Henvist fra fastlege | Gjennomsnittlig liggetid (døgn)/episoder pr pasient (dag) |
|---------------------|----------------|----------------|----------------------|---|
| Meråker | 2,5 døgn | 51 | 46 | 9 |
| Annen region | | 135 (døgn) | 50 | |
| Beitostølen | 8,2* døgn | 10 (dag) | | |
| PTØ | 1,3 døgn | | | |
| CatoSenteret | 1,6 døgn | | | |

* Inkluderer delytelse G

Rehabilitering i Helseforetak: Ingen HF har døgntilbud innen habilitering, men jobber ambulant, poliklinisk og digitalt.

Vurdering og ønsket vridning

Fagmiljøet er samstemte i at tilbudene som er godt etablert bør videreføres. Det er lite aktuelt å bygge opp tilsvarende tilbud i HF og siden pasientgruppen er heterogen med mange og sammensatte behov er det lite aktuelt å bygge opp denne typen tilbud i kommunene. Samhandling med kommunene rundt tilbudene virker allerede gode.



Tilbud bør opprettholdes på omtrent samme nivå som i dag.

Andre grupper der spesialisert rehabilitering kan være aktuelt

En del pasienter med uspesifikke problemstillinger eller diagnoser som ikke kommer inn under delytelsene over kan også ha behov for spesialisert rehabilitering. En del pasienter med Long-Covid, lymfødem og lipødem har fått rehabilitering under delytelse O (komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusopphold). Siden denne delytelsen i første omgang er tiltenkt pasienter med alvorlige problemstillinger og behov etter f.eks intensivopphold, kan det være uheldig å ta inn svært forskjellige pasientkategorier under denne delytelsen og dette bør løses på andre måter framover. Det krever imidlertid interregional harmonisering av vurderingene.

Behovet for rehabilitering til pasienter med demens har også vært diskutert i arbeidsgruppa og nevnt i møter med kommunene. Demens er forventet å øke på grunn av demografiske endringer og vil utgjøre en økende gruppe med behov for helsetjenester. Det er imidlertid ikke tilbud om spesialisert rehabilitering til denne gruppen i dag og siden dette både er vanlige tilstander og langvarige tilstander tilsier dette at hovedvekten av behandlingstilbud og rehabilitering bør ligge i kommunene. I den grad det skal bygges ut et spesialisert tilbud til denne pasientgruppen bør det altså skje i dialog med- og i tilknytning til primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har også her et ansvar for kompetanseoverføring der det er nødvendig.

Når det gjelder Long-Covid kan det være forskjellige utfordringer som tilsier behov for rehabilitering. Noen pasienter som har hatt intensivbehandling vil falle under delytelse O, mens andre kan ha fatigue som hovedutfordring og ha behov for tilbud som likner mer på tilbudene i delytelse D og J. Det samme kan gjelde pasienter med langvarig fatigue uten diagnose på CFS/ME. Noen av disse pasientene kan i dag få tilbud innenfor rehabilitering med arbeid som mål, men det bør også være tilbud til pasienter som ikke skal tilbake i arbeid for å sikre lik tilgang til helsetjenester. Dersom fatigue er hovedutfordringen bør disse pasientene tilbys rehabilitering innenfor delytelse D (CFS/ME).

Noen pasienter med lymfødem har fått rehabilitering ved Muritunet eller utenfor regionen under delytelse O. Ofte vil lymfødem være et problem i etterkant av kreftbehandling og behandlingen bør først og fremst foregå hos fysioterapeut med spesialkompetanse i kommunene samt være en del av et kreftrehabiliteringopphold. Dersom det er andre årsaker til lymfødemet må det gjøres en totalvurdering av rehabiliteringsbehovet og hvilken delytelse dette kan inngå i.

Lipødem er fremdeles en sykdom der mye er ukjent og det trengs mer forskning på behandling. Det foregår for tiden en klinisk studie på kirurgisk behandling av



lipødem der St. Olavs hospital er samarbeidspartner. Konservativ behandling av lipødem innebærer vektkontroll, trening, kompresjon og livsmestring. Det er ingen retningslinjer for hvordan behandlingen skal organiseres. Det finnes et Lærings og Mestringstilbud ved St. Olavs hospital som det kan henvises til, og Helseforetakene bør ha hovedansvar for utredning og behandling av denne gruppa der det er aktuelt med utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Vurdering og ønsket dreining

RVE bør ha mulighet til å henvise pasienter med rett til rehabilitering ut fra en totalvurdering til de tilbudene som er mest relevante innenfor de andre delytelsene. Det anbefales at delytelse O forbeholdes alvorlig syke pasienter som kommer direkte fra sykehus for å unngå for stor spredning i kategorien. Noen plasser innenfor delytelse J og D bør kunne brukes diagnoseuavhengig.

Det anbefales ikke å anskaffe spesifikke rehabiliteringsopphold til pasienter med lymfødem eller lipødem. Disse problemstillingene bør inngå i annen rehabilitering der det er relevant (f.eks kreftrehabilitering), og HFene har et særskilt ansvar for å følge opp spesialisthelsetjenesten ansvar for utredning, avklaring og rådgiving innenfor disse sykdomsgruppene hvis tiltak i primærhelsetjenesten ikke er tilstrekkelig. Kunnskapsgrunnlaget for effekt av spesialisert rehabilitering må bli bedre før spesifikke rehabiliteringsopplegg i spesialisthelsetjenesten kan anbefales.



Referanser

- Amatya, B., Khan, F., & Galea, M. (2019). Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), Cd012732. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012732.pub2>
- Ambrosetti, M., Abreu, A., Corrà, U., Davos, C. H., Hansen, D., Frederix, I., Iliou, M. C., Pedretti, R. F. E., Schmid, J. P., Vigorito, C., Voller, H., Wilhelm, M., Piepoli, M. F., Bjarnason-Wehrens, B., Berger, T., Cohen-Solal, A., Cornelissen, V., Dendale, P., Doehner, W., . . . Zwisler, A. O. (2021). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*, 28(5), 460-495. <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>
- Chaves, G., Turk-Adawi, K., Supervia, M., Santiago de Araújo Pio, C., Abu-Jeish, A. H., Mamataz, T., Tarima, S., Lopez Jimenez, F., & Grace, S. L. (2020). Cardiac Rehabilitation Dose Around the World: Variation and Correlates. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 13(1), e005453. <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.119.005453>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D., & Amick Iii, B. C. (2018). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: An update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- Dibben, G., Faulkner, J., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D. R., Zwisler, A. D., & Taylor, R. S. (2021). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), Cd001800. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub4>
- Dorsey, E. R., Elbaz, A., Nichols, E., Abbasi, N., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Adsuar, J. C., Ansha, M. G., Brayne, C., Choi, J.-Y. J., Collado-Mateo, D., Dahodwala, N., Do, H. P., Edessa, D., Endres, M., Fereshtehnejad, S.-M., Foreman, K. J., Gankpe, F. G., Gupta, R., . . . Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 17(11), 939-953. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30295-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30295-3)
- Economics, O., & Helsedirektoratet. (2021). *Kunnskapsgrunnlag om synshemmede i Norge: Pasientgrupper, aktører og muligheter for å styrke tjenestetilbudet*. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2021/09/Kunnskapsgrunnlag-om-synshemmede-i-Norge-1.pdf>
- Economics, O., & Spekter. (2020). *Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering - utredning for Spekter*. <https://www.spekter.no/getfile.php/133232-1643960650/Dokumenter/Rapporter%20og%20analyser/Rapporter/Oslo%20Economics%3A%20Samfunns%3B%20økonomisk%20verdi%20av%20rehabilitering%20%282020%29.pdf>
- Ernst, M., Folkerts, A. K., Gollan, R., Lieker, E., Caro-Valenzuela, J., Adams, A., Cryns, N., Monsef, I., Dresen, A., Roheger, M., Eggers, C., Skoetz, N., & Kalbe, E. (2023). Physical exercise for people with Parkinson's disease: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), Cd013856. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013856.pub2>



- Folkehelseinstituttet. (2022a). *Folkeleherapportens temautgave 2002. Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer*.
<https://www.fhi.no/contentassets/1da364574c4d46649008cd300acb4602/folkeleherapporten--temautgave-2022.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2022b). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2021*.
<https://www.fhi.no/is/hjertekar2/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2021/>
- Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Regional utviklingsplan 2023-2026*. <https://www.helse-midt.no/49d50f/siteassets/documents/2023/regional-utviklingsplan--2023-2026.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>
- Helsebiblioteket. *Fysikalsk medisin og rehabilitering - veileder. Amputasjoner*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/veileder-i-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/tekniske-og-ortopediske-hjelpemidler/amputasjoner/benamputasjon-rehabilitering>
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*.
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/_/attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951f-d6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2495595/IS-1947.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal veileder. Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg*.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/pasienter-med-cfsme-utredning-diagnostikk-behandling-rehabilitering-pleie-og-omsorg/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonal%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf/_/attachment/inline/63b695db-59b0-48e9-9da5-f49a4de282ba:35fd11d1509dd099b5bf142021e5813d10070553/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonal%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf
- Helsedirektoratet. (2017a, 12/2017). *Rehabilitering etter hjerneslag*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Statusrapport hjerneehelse*.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/statusrapport-hjerneehelse/Statusrapport%20hjerneehelse.pdf/_/attachment/inline/7d59bc61-6239-4d06-9aa6-987ee4454850:288b5a0f60e635edcfc3a872158af2cbd37eb6dc/Statusrapport%20hjerneehelse.pdf



- Helsedirektoratet. (2021a, 12/2021). *Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjem-for-pasienter-med-kreft>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse*. https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/Strategi%202021%20%E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf/_/attachment/inline/5a1a73df-bed0-4d3c-890f-ff15839ed62a:534106be0bae56cd647d35845769395968a9ed59/Strategi%202021%20%E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf
- Helsedirektoratet. (2022). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017-2021*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-2017-2021/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202017-2021.pdf/_/attachment/inline/f3f973f2-7a33-45c7-899b-3e17a9c7ea76:6542355b7785b60778f26b9a98b26d7221ee6f06/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202017-2021.pdf
- Helsedirektoratet. (2023). *Innsatsstyrt finansiering 2023. ISF-regelverk*. https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverk%202023.pdf/_/attachment/inline/6b6f53c4-485b-47e7-b997-a97192a2acfd:6eba608af7d0b159f579e0e6560d7c43f5737d5e/ISF-regelverk%202023.pdf
- Helsedirektoratet, & KPMG. (2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20\(2017-2019\).pdf/_/attachment/inline/90996333-c371-4e28-89ed-c437533928b1:f98a8d402e8b092e593ac3e4a391556d60d8cce1/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20\(2017-2019\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf/_/attachment/inline/90996333-c371-4e28-89ed-c437533928b1:f98a8d402e8b092e593ac3e4a391556d60d8cce1/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf)
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, *350*, h444. <https://doi.org/10.1136/bmj.h444>
- Lan, C.-C., Yang, M.-C., Huang, H.-C., Wu, C.-W., Su, W.-L., Tzeng, I. S., & Wu, Y.-K. (2018). Serial changes in exercise capacity, quality of life and cardiopulmonary responses after pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, *47*(5), 477-484. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.06.006>
- Lange, R., & Ljøstad, U. (2017). Benamputasjon og rehabilitering. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *137*(9), 624-628. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0390> (Benamputasjon og rehabilitering.)
- Lippestad, J.-W., Øderud, T., & Trondstad, T. V. (2022). "Riktig ut fra start..." *En kartlegging av behandlingstilbudet for personer med tinnitus*. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/3072691/Sluttrapport.Tinnitus%2b-%2bsigned.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mazurek, B., Hesse, G., Dobel, C., Kratzsch, V., Lahmann, C., & Sattel, H. (2022). Chronic Tinnitus. *Dtsch Arztebl Int*, *119*(13), 219-225. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0135>



- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Ryrsø, C. K., Godtfredsen, N. S., Kofod, L. M., Lavesen, M., Mogensen, L., Tobberup, R., Farver-Vestergaard, I., Callesen, H. E., Tendal, B., Lange, P., & Iepsen, U. W. (2018). Lower mortality after early supervised pulmonary rehabilitation following COPD-exacerbations: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, 18(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12890-018-0718-1>
- Tingulstad, A., Meneses-Echavez, J., Evensen, L., Bjerk, M., & Holthe, H. (2021). *Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding*. <https://www.fhi.no/publ/2021/arbeidsrettede-rehabiliteringstiltak-ved-langtidssykmelding/>
- Traumeplan NKT. *Traumeplan* Traumeplan NKT. <https://traumeplan.no/index.php>
- van Vilsteren, M., van Oostrom, S. H., de Vet, H. C., Franche, R. L., Boot, C. R., & Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(10), Cd006955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub3>
- White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology. (2018). *Eur J Phys Rehabil Med*, 54(2), 125-155. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.18.05143-2>
- World Health Organization. (2019). *Rehabilitation in health systems: guide for action*.
- Zhang, Z. Y., Tian, L., He, K., Xu, L., Wang, X. Q., Huang, L., Yi, J., & Liu, Z. L. (2022). Digital Rehabilitation Programs Improve Therapeutic Exercise Adherence for Patients With Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review With Meta-Analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*, 52(11), 726-739. <https://doi.org/10.2519/jospt.2022.11384>



Vedlegg 1: Rehabilitering – utvalgte pasientgrupper – sykehus

Datagrunnlag – sykehusepisoder med hovedtilstandskode Z5089, Z5080 eller Z509.

Pasientgruppe defineres av annen tilstand nr1 (bidiagnosekode1).

1 Døgnopphold

G20-G26 Ekstrapyramidale tilstander og bevegelsesforstyrrelser
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet:

| InstitusjonsID | Opphold | Pasienter | Snitt liggetid | Liggedøgn per pas |
|-------------------------------------|------------|------------|----------------|-------------------|
| ☐ Ålesund sjukehus | 17 | 17 | 17,35 | 17,35 |
| ☐ Finnmarksykehuset HF | 6 | 6 | 14,67 | 14,67 |
| ☐ Helse Bergen HF Haukeland | 15 | 8 | 9,13 | 17,13 |
| ☐ Klinikk for Rehabilitering (Mork) | 8 | 7 | 21,88 | 25,00 |
| ☐ Kristiansund sjukehus | 86 | 47 | 3,98 | 7,28 |
| ☐ Stavanger Universitetssjukehus | 9 | 9 | 22,44 | 22,44 |
| ☐ Sunnaas sykehus Nesodden | 26 | 22 | 17,81 | 21,05 |
| ☐ Sykehuset i Vestfold | 93 | 63 | 4,83 | 7,13 |
| ☐ Sykehuset Innlandet | 10 | 9 | 11,20 | 12,44 |
| ☐ Sykehuset Telemark | 80 | 78 | 8,10 | 8,31 |
| Total | 350 | 265 | 8,32 | 10,98 |

I60-I69 Hjernekar sykdommer:



| InstitusjonsID | Opphold | Pasienter | Snitt liggetid | Liggedøgn per pas |
|-------------------------------------|-------------|-------------|----------------|-------------------|
| ⊕ Akershus universitetssykehus | 142 | 136 | 17,59 | 18,37 |
| ⊕ Ålesund sjukehus | 71 | 65 | 21,11 | 23,06 |
| ⊕ Finnmarksykehuset HF | 42 | 38 | 19,43 | 21,47 |
| ⊕ Helgelandsykehuset HF | 25 | 23 | 22,68 | 24,65 |
| ⊕ Helse Bergen HF Haukeland | 84 | 76 | 26,07 | 28,82 |
| ⊕ Helse Fonna | 29 | 27 | 18,93 | 20,33 |
| ⊕ Helse Førde | 14 | 9 | 23,00 | 35,78 |
| ⊕ Klinikk for Rehabilitering (Mork) | 161 | 124 | 21,06 | 27,34 |
| ⊕ Kristiansund sjukehus | 20 | 10 | 3,60 | 7,20 |
| ⊕ Nordlandssykehuset | 31 | 31 | 25,52 | 25,52 |
| ⊕ OUS HF Ullevål | 99 | 89 | 14,25 | 15,85 |
| ⊕ Sørlandet sykehus | 86 | 79 | 19,14 | 20,84 |
| ⊕ St. Olavs Hospital | 65 | 47 | 39,88 | 55,15 |
| ⊕ Stavanger Universitetssjukehus | 43 | 38 | 23,30 | 26,37 |
| ⊕ Sunnaas sykehus Nesodden | 783 | 522 | 13,59 | 20,38 |
| ⊕ Sykehuset i Vestfold | 234 | 179 | 11,06 | 14,45 |
| ⊕ Sykehuset Innlandet | 290 | 211 | 12,18 | 16,74 |
| ⊕ Sykehuset Levanger | 97 | 86 | 16,26 | 18,34 |
| ⊕ Sykehuset Telemark | 7 | 7 | 15,86 | 15,86 |
| ⊕ UNN Tromsø | 166 | 145 | 25,48 | 29,17 |
| Total | 2489 | 1888 | 16,88 | 22,26 |

2 Dag/poliklinikk

**G20-G26 Ekstrapyramidale tilstander og bevegelsesforstyrrelser
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet:**

| InstitusjonsID | Pasienter | opphold per pas |
|--------------------------|-----------|-----------------|
| Ålesund sjukehus | 65 | 9,22 |
| Sunnaas sykehus Nesodden | 7 | 13,43 |
| UNN Tromsø | 5 | 2,80 |
| Total | 77 | 9,18 |

I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer



| InstitusjonsID | Pasienter | opphold per pas |
|------------------------------|-------------|-----------------|
| Akershus universitetssykehus | 345 | 3,02 |
| Ålesund sjukehus | 106 | 10,55 |
| Helse Bergen HF Haukeland | 342 | 11,59 |
| Helse Førde | 71 | 11,82 |
| St. Olavs Hospital | 33 | 12,06 |
| Sykehuset i Vestfold | 360 | 4,99 |
| Sykehuset Innlandet | 39 | 1,21 |
| Vestre Viken | 108 | 6,84 |
| Volda sjukehus | 8 | 9,75 |
| Total | 1412 | 7,10 |

Arbeidsrettet rehabilitering – debitorcode 20:

| InstitusjonsID | Pasienter | opphold per pas |
|--------------------------------|------------|-----------------|
| Ålesund sjukehus | 32 | 9,19 |
| Helse Bergen HF Haukeland | 39 | 2,85 |
| Kristiansund sjukehus | 85 | 6,08 |
| OUS HF Ullevål | 550 | 6,13 |
| Sørlandet sykehus | 33 | 6,79 |
| Stavanger Universitetssjukehus | 94 | 5,56 |
| Sykehuset Telemark | 46 | 3,80 |
| Total | 879 | 5,93 |

