

Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester

- avtaler gjeldende fra 2025

Bilag A - Generelle krav til kvalitet

Stjørdal, 20. mars 2024

Innhold

1	Innledning	4
2	Leveranser	5
2.1	Digitale konsultasjoner og polikliniske konsultasjoner	5
2.2	Poliklinisk rehabilitering.....	6
2.3	Dagrehabilitering.....	6
2.4	Dagrehabilitering med overnatting.....	6
2.5	Døgnrehabilitering	7
2.6	Sekvensielle opphold.....	7
3	Generelle krav til tjenestene	7
3.1	Tjenestenes karakter	7
3.2	Pasienter med hjelpebehov	8
3.3	Tilrettelegging	8
3.4	Smittebærende pasienter	9
3.5	Komorbiditet	9
3.6	Individuell tilpasning	9
3.7	Legemiddelhåndtering	9
4	Fagkompetanse på spesialisthelsetjenestenivå	10
4.1	Tverrfaglig sammensetning	10
4.2	Grunnbemannning	10
4.3	Medisinskfaglig kompetanse.....	11
4.4	Sykepleie-/helsefag	11
4.5	Døgnbemanning.....	11
4.6	Fagutvikling, kompetanseheving, forskning og utdanning	12
5	Sammenhengende og integrert tiltakskjede.....	12
5.1	Samhandling med helseforetak	13
5.2	Epikrise	13
6	Brukermedvirkning.....	13
7	Pasient- og informasjonssikkerhet	14
8	Effektmåling og forbedringsarbeid	14
9	Fysisk utforming/utstyr og tilgjengelighet	14
9.1	Medisinsk utstyr	14
10	Elektronisk kommunikasjon og samhandling.....	15
10.1	Behandlingsinformasjon	15
10.2	Rapportering til NPR.....	15





Innledning

I denne kravspesifikasjonen er krav som tjenestene skal dekke beskrevet, og gir uttrykk for hva Helse Midt-Norge RHF vektlegger ved valg av tilbud. Kravene er utarbeidet i henhold til lover, forskrifter, faglige veiledere, kunnskapsbasert praksis og styrende dokumenter.

Generelle krav gjelder uavhengig av hvilke pasientgrupper tilbudet gjelder. Pasientgruppene er nærmere beskrevet i Bilag B (Spesifikke krav til kvalitet) der leveransen er delt inn i 13 delytelser (A-R):

Delytelser	
A	Brudd og slitasjeskader i skjelett
B	Revmatiske og inflammatoriske sykd.
C	Amputasjoner
D	Kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) diagnostisert
E	Kreftsykdom
F	Hjerneslag og traumatiske hjerneskader
G	Nevrologiske og nevrologiske sykdommer
H	Hjertesykdommer
I	Lungesykdommer
J	Kronisk muskel og bløtdelssmerte
K	Sykkelig overvekt inkl. kartlegging
O	Komplekst sykd.bilde med behov for rehabilitering etter sykehusopphold
R	Rehabilitering med arbeid som mål

De generelle kravene til kvalitet gjelder alle delytelser. Tilbydere skal med utgangspunkt i kravspesifikasjonen beskrive tilbudet og redegjøre for hvordan tjenestene ytes i "Svarskjema -Besvarelse generell del".

Helse Midt-Norge RHF ønsker tilbud på spesialiserte rehabiliteringstjenester. Det legges til grunn at spesialiserte rehabiliteringstjenester skal ha en intensitet, kompleksitet og behov for spesialisert kompetanse av en slik grad at tilbud ikke kan gis i primærhelsetjenesten. Innholdet og kvaliteten i tjenestene skal være i samsvar med beskrivelsen i lover, forskrifter, veiledere og faglige retningslinjer som gjelder for spesialisthelsetjenesten.



Habilitering forstås på samme måte som rehabilitering, men rettet mot mennesker med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsetninger. I det følgende inkluderer begrepet spesialisert rehabilitering også habilitering.

Leveranser

Tilbud kan gis som poliklinisk rehabilitering, dagrehabilitering og/eller døgnrehabilitering. I tillegg skal digitale rehabiliteringstjenester inkluderes i de fleste delytelser (se bilag B Spesifikke krav til kvalitet). For pasientgrupper som ikke har behov for 24 timers medisinsk tilsyn skal det ikke gis døgnrehabilitering, men tilbudet kan organiseres som dagrehabilitering med overnatting.

Delytelsene kan kategoriseres i 3 hovedkategorier som vil ha ulikt behov for poliklinikk/dag/døgn. For mest mulig kostnadseffektive tjenester kan det være hensiktsmessig å samle ytelsene i egne institusjoner basert på disse kategoriene slik at noen institusjoner har åpent 24/7/365 og andre kan ha stengt i helger og høytider.

Kategori 1: Pasientene henvises i stor grad fra sykehus direkte etter akutt skade/sykdom. Innen kategorien er det fire aktuelle delytelser: Ortopedi (A), Amputasjoner underekstremitet (C), Ervervet hjerneskade (F) og Pasienter med komplekst sykdomsbilde med behov for sømløs rehabilitering etter sykehusbehandling (O). Innen denne kategorien vil det ofte være behov for døgnrehabilitering, eventuelt i kombinasjon med dag/poliklinikk.

Kategori 2: Pasienter henvises både fra sykehus og fra primærhelsetjenesten. Innen kategorien er det 5 aktuelle delytelser: Kreftsykdommer (E), Nevrologi og nevrologiske sykdommer (G), Hjertesykdommer (H), Lungesykdommer (I), Alvorlig grad av sanseforstyrrelser (M) og Tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning (N). Innenfor disse delytelsene kan det være behov for noe døgnbasert rehabilitering, men mye poliklinikk, dag/dag med overnatting i ukedagene og digitale tilbud.

Kategori 3: Pasienter henvises i stor grad fra primærhelsetjenesten. Innen kategorien er det 4 aktuelle delytelser: Revmatologi (B), CFS/ME diagnostisert (D), Kronisk muskel og bløtdelssmerte (J) og Sykelig overvekt (K). Innen disse ytelsene vil det i hovedsak være behov for polikliniske tilbud, dag/dag med overnatting i ukedagene og digitale tilbud.

Digitale konsultasjoner og polikliniske konsultasjoner

Digitale rehabiliteringstjenester skal inkluderes i de alle delytelser slik at ytelsen som leveres innebærer en kombinasjon av fysisk oppmøte og digitale løsninger, f.eks. fysiske oppmøter kombinert med digital støtte fra tverrfaglig team mens pasienten er hjemme eller kartleggingsamtale i forkant av opphold. Fysisk oppholdstid reduseres når ytelsen blir utført gjennom digitale løsninger. Det antas at ytelsen som leveres gjennom en kombinasjon av fysisk oppmøte og digitale løsninger, gir mulighet for mer individuelle løsninger og tilpasninger ut fra pasientens behov. Tilbydere må beskrive kombinasjon mellom fysiske opphold og digitale rehabiliteringstjenester for alle delytelsene som tilbys. Det er også mulig å benytte enkeltstående polikliniske konsultasjoner til samme formål. Slike konsultasjoner er enten monofaglige eller tverrfaglige og leveres på timebasis. Mer omfattende tverrfaglige polikliniske kontakter går innunder poliklinisk rehabilitering (se neste avsnitt).



Poliklinisk rehabilitering

Med poliklinisk rehabilitering menes rehabiliteringsprogram bestående av serier av polikliniske opphold. Poliklinisk rehabilitering karakteriseres av sammensatte tilbud som gis i løpet av samme dag, og følger de reglene som er satt i ISF ([ISF-regelverk 2023.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)):

- Rehabiliteringsprogrammet skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og en tilrettelagt plan skal være utarbeidet for den enkelte pasient før oppstart av rehabiliteringsprogrammet. Programmets lengde skal ha en rimelig lengde i forhold til aktuell tilstand som rehabiliteres og skal fremkomme i planen til den enkelte pasient
- Innholdet i programmet skal være individrettet, men inntil 80 prosent av tjenesteinnholdet kan gjennomføres som individrettet behandling i gruppe
- Det skal i plan beskrives hvordan primærhelsetjeneste/primærlege involveres i videre oppfølging av pasienten
- Programmet skal inneholde minst en individuell kontakt med lege for samtale og/eller behandling
- Lege skal være ansvarlig for innhold og gjennomføring. Det skal fremgå av journalen hvilken lege som er ansvarlig. Ansvarlig lege skal ha hatt personlig kontakt med pasienten. Dette kan skje i sammenheng med den individuelle legekontakt alle pasienter skal ha, jfr forrige punkt
- Minst tre ulike typer helsepersonellgrupper, relevant for aktuell tilstand, skal være involvert i programmet og det skal være et tverrfaglig samarbeid om rehabiliteringen
- Helsehjelpen skal i hovedsak bestå av tverrfaglige rehabiliteringstiltak som kan bidra til å bedre pasientens funksjonsevne. I tillegg kan programmet inneholde tiltak som innebærer lærings- og mestringsaktiviteter
- Hoveddelen av rehabilitering foregår ved fysisk kontakt mellom pasient og behandler, men deler av rehabilitering kan foregå digitalt, for eksempel på video.

Poliklinisk rehabilitering skal fortrinnsvis gis ved virksomheter med sentral plassering, nær befolkningskonsentrasjoner slik at tilbudet fremstår som hensiktsmessig med hensyn til avstand og reising.

Dagrehabilitering

For dagrehabilitering gjelder samme kriterier som for poliklinisk rehabilitering, men oppholdet skal være på mer enn 5 timer tverrfaglig tilbud, inkluderer lunsj og det bør være tilgang til rom/seng for hvile. Egentrening gjelder ikke som del av disse timene. Aktuelle deltagelser for dagrehabilitering er deltagelse A, B, C og F. Andre typer pasienter som rehabiliteres tverrfaglig uten overnatting hører som hovedregel hjemme under poliklinisk rehabilitering (j.fr. ISF regelverket).

Dagrehabilitering med overnatting

Dersom det er lang reisevei til tilbudet og det er hensiktsmessig å organisere rehabilitering som serier av sammenhengende dager kan dagrehabilitering med overnatting benyttes. Hovedforskjellen mellom døgnrehabilitering og dagrehabilitering med overnatting er at det ikke er behov for 24 timers medisinsk tilsyn. Overnatting kan skje hos virksomheten som gir rehabiliteringen eller utenfor. Dagrehabilitering med overnatting gis som hovedregel ikke i helg og helligdager. Dersom en virksomhet likevel



ønsker å gi rehabilitering i helg må det dokumenteres like stor grad av intensitet i rehabilitering, og like mange faggrupper involvert også på helgedager.

Døgnrehabilitering

Her menes tverrfaglig, individuell rehabilitering som er døgnbehandling, men som i avslutningsfasen også kan kombineres med dagrehabilitering. Dette gjelder rehabilitering etter akutttopphold i sykehus. Aktuelle pasientgrupper er slagpasienter, amputasjonspasienter, pasienter som har hatt kompliserte/komplekse operasjoner på større ledd (hofte, lår, bekken) og multitraumepasienter.

Krav til døgnrehabilitering (basert på ISF regelverket):

- Det inngår minimum 4 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team
- Det arbeides målrettet med bruk av individuell behandlingsplan
- Det samarbeides med relevante etater utenfor virksomheten
- Arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. I tillegg kan legespesialist på aktuelt sykdomsområde som rehabiliteres kan være ansvarlig for rehabiliteringen. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten under oppholdet.

Tverrfaglig team skal jobbe sammen om rehabiliteringen og skal bestå av helsefaggrupper som er relevante for den tilstanden som rehabiliteres. Hver helsefaggruppe skal ha bidratt i vesentlige deler av det aktuelle rehabiliteringsoppholdet. Arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Alternativt kan legespesialist på aktuelt sykdomsområde være ansvarlig for rehabiliteringen innenfor enkelte delytelser (se Bilag B) dersom det kan dokumenteres relevant rehabiliteringskompetanse. Spesialisten skal ha personlig kontakt med pasienten under oppholdet.

Sekvensielle opphold

Dersom sekvensielle forløp tilbys skal hensikt og gjennomføring beskrives. Re-opphold må ansees formålstjenlig for å hjelpe pasienten å nå sitt rehabiliteringsmål. Det må videre være mer sannsynlig at pasienten når målet gjennom videre oppfølging i rehabiliteringsvirksomheten framfor gjennom oppfølging i hjemkommunen. Begrunnelsen og målet for re-oppholdet må framgå av epikrisen.

Generelle krav til tjenestene

Tjenestenes karakter

Tjenestene skal være tverrfaglige og bygge på og anvende kunnskapsbaserte metoder der slike finnes. I valg av metode skal beste faglige praksis legges til grunn. Tjenestene skal holde tilfredsstillende kvalitet, tilbys i tilstrekkelig omfang og inkludere kompetanse til å formidle helserelatert kunnskap rettet mot individ og/eller gjennom gruppeprosesser, hvor pasienten lærer om og settes i stand til å reflektere over egen sykdom/tilstand med mål om endring og mestring av nye levevaner.



Virksomheten må ha utarbeidet dokumenterte behandlingsprogram/-opplegg for de pasientgruppene tilbudet gjelder. Metodene som benyttes i forhold til den enkelte pasient må være i samsvar med kunnskapsbasert god faglig praksis.

Pasienter i ytelse A, C, F og O vil ha behov for døgnbemannede tjenester og skal kunne overføres fra sykehus så snart de er medisinsk stabile og rehabilitering kan iverksettes, også i helg/høytider/sommer.

Alle pasienter skal være medisinsk utredet, motiverte, ha et mål for rehabiliteringen og ha et rehabiliteringspotensiale.

Virksomheten skal ivareta akutsituasjoner (dag/døgn/helg).

Pasienter med hjelpebehov

Generelt skal hjelp og assistanse kunne gis alle pasienter ved behov. Det skal også gis tilbud om dette til pasienter med hjelpebehov og/eller behov som følge av lettere kognitive vansker, i form av assistanse og tilrettelegging i forbindelse med f.eks. personlig stell, inkl. toalettbesøk, påkledning og måltider. Det skal gis forflytningshjelp til pasienter som ikke kan forflytte seg uten hjelp.

Innenfor noen av ytelsene skal enkelte pasienter med hjelpebehov ned til 6 på Barthel ADL-indeks¹, kunne tas imot, se kravspesifikasjon Del B.

For pasienter som har behov for særskilt hjelp eller oppfølging av foreldre eller andre pårørende, ansatte i kommunen eller personlig assistent, og hvor hjelpen ikke kan utføres av personalet ved virksomheten, kan det være aktuelt at pasienten har med ledsager under oppholdet. Virksomheten må dekke oppholdskostnaden for ledsager. Behovet for egen ledsager må opplyses og begrunnes i henvisningen.

Tilrettelegging

Tilbudet skal, i behandlingsøyemed, være livssynsnøytralt og likeverdig. Brukerne skal ikke påtvinges politiske meninger eller særskilte livssyn, og skal kunne ivareta sine eventuelle behov for religionsutøvelse. Den enkeltes rett til privatliv skal respekteres.

Virksomheten skal sørge for at den samiske befolkningen mottar likeverdige helsetjenester. Likeverdige spesialisthelsetjenester forutsetter at tjenestetilbudet er tilpasset pasientens språklige og kulturelle bakgrunn. Virksomheten skal også tilrettelegge tilbudet sitt til andre pasienter med minoritetsbakgrunn/fremmedkulturell bakgrunn. Eksempler på dette er individuell oppfølging ved gruppeøvelser, forhold knyttet til kost, samt hensyntagen til religiøse høytidsdager.

Virksomheten må skaffe tolketjeneste der det er nødvendig for å gjennomføre tjenestene. Oppdragsgiver krever bruk av profesjonell tolketjeneste (herunder også døvetolk), basert på gjeldende lovverk og felles overordnede retningslinjer for bruk av tolk i offentlig sektor. Rutiner for bruk av profesjonell tolketjeneste skal vedlegges.

¹ [ADL-skala \(legeforeningen.no\)](http://legeforeningen.no)



Dersom pasienten selv og pårørende ønsker å ha pårørende med under oppholdet, bør virksomheten legge til rette for dette. Virksomheten skal ha barneansvarlig, og dersom det er barn som pårørende må det tilrettelegges spesielt for dette. Virksomheten kan ta betalt for pårørendes opphold. Virksomhetens pris for slike opphold skal oppgis i tilbudet.

Smittebærende pasienter

Retten til nødvendig undersøkelse, behandling og rehabilitering gjelder også pasienter som er bærere av antibiotikaresistente bakterier (MRSA, ESBL, VRE, mfl.) som krever smitteverntiltak under oppholdet. Virksomheten har plikt til å ha og følge oppdaterte smittevernrutiner for å forebygge og håndtere smitte.

Komorbiditet

Pasientene kan ha flere diagnoser samtidig (komorbiditet), eksempelvis somatiske tilstander (f.eks. diabetes), psykiske lidelser (f.eks. angst) og ruslidelser (f.eks. avhengighet av beroligende medikamenter). Pasienter med komorbide tilstander skal ivaretas innenfor alle delytelser, og det kreves en helhetlig tilnærming til pasientens rehabiliteringsprosess.

Individuell tilpasning

Alle pasienter skal ha en individuell vurdering og tilpasset rehabilitering i forhold til individuelle mål. Tjenestene kan ytes individuelt og/eller i grupper. Tilbud i gruppe kan inngå som del av det individuelle tilbudet.

Oppholdstiden skal kunne tilpasses individuelt, men ikke overstige maksimal oppholdstid (beskrevet i Bilag B, Spesifikke krav til kvalitet) med mindre dette er begrunnet i spesielle forhold. Disse forholdene må beskrives i journal. Dersom gjennomsnittlig oppholdstid for en pasientgruppe overskrider maksimal oppholdstid beskrevet i bilag B over flere måneder må dette drøftes med oppdragsgiver.

Legemiddelhåndtering

Legemidler skal håndteres forsvarlig og for øvrig i samsvar med anbefalte rutiner for sikker legemiddelhåndtering (Forskrift om legemiddelhåndtering²).

² [Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp - Lovdata](#)



Fagkompetanse på spesialisthelsetjenestenivå

Tverrfaglig sammensetning

Fagkompetansen skal være bredt tverrfaglig sammensatt for å gjennomføre og lede relevante funksjonsundersøkelser, funksjonstrening og andre rehabiliteringstiltak, undervisning, opplæring og assistanse. Sammensetningen av fagkompetansen skal være tilpasset sammensetningen av pasientgrupper og tilbudet som gis.

Alt helsepersonell som er tilknyttet virksomheten må ha grunnleggende kunnskap om rehabilitering som fagområde, samt kjennskap til lover, forskrifter og nasjonale normerende dokumenter på området. Virksomhetens ansatte må ha særskilt kunnskap og erfaring innen de ytelsene som virksomheten tilbyr. Personalet må kjenne til og anvende anerkjent kunnskap og god praksis innen rehabilitering. Dette innbefatter også kompetanse på formidling av helserelatert kunnskap til enkeltpasienter og pårørende, eller gjennom gruppeprosesser, hvor pasienten lærer om og reflekterer over egen sykdom/tilstand med mål om endring og mestring av nye levevaner.

Virksomheten skal samlet sett råde over tverrfaglig kompetanse innen rehabilitering, herunder ha kunnskap om og erfaring med samarbeid på tvers av fag, nivå og sektor.

Grunnbemanning

Grunnbemanning skal være tverrfaglig og bestå av leger med spesialisering samt minst 3 andre helsefaglige yrkesgrupper (sosionom kan regnes som en av disse yrkesgruppene). Virksomheten må ha spesifikk kompetanse i samsvar med de spesifikke ytelsene som tilbys, jfr. kravspesifikasjonens Del B. Bemanningen må være tilstrekkelig dimensjonert for å ivareta tverrfaglighet i alle tilbudte ytelsene. Tjenesten skal tilbys av personell med relevant kompetanse, og gjennom ivaretagelse av pasientens sitt mål for rehabiliteringen.

Alt personell ved virksomheten må ta del i regelmessige øvelser innen hjerte- og lungeredning (HLR) og bruk av hjertestarter.

De medisinske og helsefaglige tjenester som tilbys skal være forsvarlige. Tjenestene skal tilrettelegges slik at personell som utfører dem er i stand til å overholde lovpålagte plikter, og slik at tjenestene bidrar til å gi den enkelte pasient et helhetlig og koordinert tjenestetilbud..

Personellgrupper som er påkrevd innen den enkelte delytelse går frem av kravspesifikasjonens bilag B.

Det vektlegges positivt dersom tilbyder har:

- Klinisk ernæringsfysiolog tilgjengelig
- Kompetanse på mestring av fysiske, kognitive og emosjonelle/psykiske følger/virkninger av tilstanden som nødvendiggjør rehabilitering



- Helsepedagogisk kompetanse
- Kompetanse på arbeidsrettet rehabilitering og utdanning som mål

Hoveddelen av den faglige virksomheten skal utføres av virksomhetens egne ansatte.

Medisinskfaglig kompetanse

Virksomheten skal ha tilsatt tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse:

- Lege med spesialistkompetanse, fortrinnsvis innen fysikalsk medisin og rehabilitering, skal være faglig ansvarlig for tilbudet. Annen spesialistkompetanse kan være ansvarlig for tilbudet i enkelte ytelser, der kravspesifikasjonen åpner for dette, se kravspesifikasjonen Del B.
- Legespesialistdekningen skal stå i forhold til antall pasienter, innhold og kompleksitet i rehabiliteringen. Det forutsettes at en fast legespesialist med kompetanse relevant for tilbudet er ansvarlig for tjenestene til pasientene, og er fysisk til stede i minst 20 % av en full stilling (samlet minst en arbeidsdag per uke). For virksomheter som tilbyr døgnrehabilitering kreves det lege tilstede alle virkedager (100% stilling).
- Alle pasienter skal vurderes av legespesialist ved innkomst og utreise samt underveis i oppholdet ved behov. Legespesialisten skal delta i tverrfaglige vurderingsmøter.
- Virksomheten må ha daglig tilgang på legetjeneste, som er i stand til å følge opp pasientens behandling for grunnsykdommen og gi nødvendig legehjelp ved andre tilstander (komorbiditet). Virksomheten må ha avtale med legevakt eller egen lege for legehjelp i øyeblikkelig hjelp situasjoner som oppstår kveld, natt eller helgedager.

Sykepleie-/helsefag

Virksomhetens personell med sykepleie-/helsefaglig grunnutdanning må samlet sett kunne tilby og ivareta de medisinske- og sykepleiefaglige behandlingsprosedyrer som er relevante for pasienter under rehabilitering. Dette inkluderer komorbide tilstander og komplikasjoner under oppholdet, slik som infeksjoner.

Døgnbemanning

Virksomheter som har døgnrehabilitering må være bemannet av virksomhetens egne ansatte døgnet rundt og med minst to på natt hvorav en sykepleier. Ytelse A, C, F og O krever 24/7 bemanning, også høytider og sommer dersom ikke annet er avtalt.

Krav om døgnbemanning gjelder ikke tilbud som kun gis på dagtid eller for dagrehabilitering med overnatting.



Fagutvikling, kompetanseheving, forskning og utdanning

Virksomheten skal ha en plan for fagutvikling, kompetansevedlikehold og kompetanseheving. Fagpersonellet skal være oppdatert på ny forskning, kunnskap og praksis relevant for den enkeltes profesjon og pasienttilbudene ved virksomheten.

Virksomheten skal bidra til etter- og videreutdanning av helsepersonell, og delta i forskning, evaluering og erfaringsutveksling i samarbeid med andre aktører. Dette inkluderer utdanning av legespesialister i fysisk medisin og rehabilitering. Det gjøres egne avtaler med Helseforetakene om leger i spesialisering.

Sammenhengende og integrert tiltakskjede

Tjenestene i rehabiliteringsvirksomhetene skal inngå i en helhetlig og koordinert tjeneste for pasienten- som del av et helhetlig pasientforløp, jf. lov og forskriftskrav og nasjonal veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. For pasienter med langvarige sykdommer bør det være utarbeidet en individuell plan, hvor oppholdet inngår som et element i planen. Dersom pasienten har behov for samtidig bistand fra andre instanser, f.eks. sykehus, Nav, hjelpemiddelsentral, må virksomheten ha rutiner for samarbeid med disse. Forut for oppholdet må virksomheten ha skaffet seg relevant informasjon om pasientens helse og funksjon, tidligere behandling og rehabiliteringstiltak, og forventet nytte av og mål for oppholdet. Dersom dette ikke fullt ut går frem av henvisningen må slik informasjon innhentes.

Under oppholdet i virksomheten skal hver pasient ha en av fagpersonale som koordinator. Koordinator skal samordne tiltakene under oppholdet og samarbeide med respektive koordinatorene i hjemkommune og sykehus. Ved behov skal det utpekes kontaktleger. Virksomheten skal i samråd med pasienten, før inntak eller umiddelbart etter, undersøke om pasienten har koordinator i hjemkommunen eller sykehuset og/eller har fått utarbeidet en individuell plan. For pasienter som ønsker det, må virksomheten bidra til at pasienten får oppnevnt koordinator, og informeres om retten til og eventuelt får bistand til utarbeidelse av individuell plan.

Virksomheten må gjøre seg kjent med det aktuelle rehabiliteringstilbudet i de kommuner som pasientene kommer fra. Virksomheten skal sørge for at fagpersonalet kjenner til lov- og forskriftskrav knyttet til koordinerende enheter (KE) i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, individuell plan og koordinator. Virksomheten skal systematisk bidra til veiledning av personell i kommunene som ledd i kompetanseoverføring knyttet til oppfølging av enkeltpasienter, jf. veiledningsplikten som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

For pasienter i aktuell alder skal det fokuseres på pasientens muligheter og ressurser med hensyn til å komme tilbake i arbeid eller utdanning. Det skal ved behov og etter avtale med pasienten opprettes kontakt med NAV/arbeidsgiver for å avtale lokal oppfølging.



Samhandling med helseforetak

Virksomheten skal følge opp samhandlingsrutiner, rapportering av ventetider mm.

Tjenestene ved rehabiliteringsvirksomhetene skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten.

Samarbeid med helseforetak inkluderer fag- og tjenesteutvikling, herunder sammen med lærings- og mestringssentrene, og å innrette tjenestene i samsvar med innholdet i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

Epikrise

Med mindre pasienten motsetter seg det skal virksomheten skal sende epikrise til henvisende instans, fastlege og andre relevante samarbeidsparter etter avtale med pasienten. Som hovedregel skal epikrisen sendes når pasienter blir utskrevet fra virksomheten. Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Brukermedvirkning

Pasienten har rett og plikt til full medvirkning i egen rehabiliteringsprosess. Virksomheten skal samarbeide aktivt med pasienten for å avklare pasientens mål for oppholdet, planlegge og gjennomføre tiltak under oppholdet og evaluere effekten av disse. Dersom pasienten er ute av stand til slik medvirkning, skal nærmeste pårørende eller hjelpeverge informeres og rådspørres.

Virksomheten skal medvirke til at pasienten får kunnskap om, og forstår forholdene rundt egen sykdom og helse, behandling og effekt av rehabilitering, slik at pasienten oppnår best mulig mestringsevne.

For pasienter som ønsker det, skal virksomheten medvirke til at pårørende trekkes inn i pasientens rehabiliteringsprosess og får nødvendig informasjon om innholdet i helsehjelpen.

Virksomheten skal også praktisere brukermedvirkning på systemnivå, herunder bl.a. ha brukerutvalg for medvirkning på systemnivå. Virksomheten bør også ha kontakt med relevante pasientorganisasjoner og aktivt bruke likemannsarbeid i rehabiliteringsprosessen.

Virksomheten skal gjennomføre jevnlig standardiserte brukererfaringsundersøkelser ved bruk av kvalitetssikret spørreskjema, f.eks. det som er utviklet ved Folkehelseinstituttet. Undersøkelsene bør om mulig også omfatte pasienter som avbryter oppholdet. Resultater skal brukes i eget forbedringsarbeid og rapporteres til Helse Midt-Norge RHF.



Pasient- og informasjonssikkerhet

Pasient- og informasjonssikkerhet er viktig for oppdragsgiver. Rutiner for å rapportere avvik, pasientskader, håndtere legemidler, rusmiddelbruk, systemer for pasientdokumentasjon, pasientjournal etc. kreves. Likeså styringssystem for informasjonssikkerhet tilpasset virksomhetens størrelse og omfanget av helse- og personopplysninger som behandles.

Effektmåling og forbedringsarbeid

Så langt det er mulig skal standardiserte og anbefalte måleverktøy benyttes for å evaluere behandlingen og dokumentere resultater av rehabiliteringen. Der det foreligger nasjonale veiledere, retningslinjer eller pakkeforløp skal anbefalt evalueringsverktøy brukes. Oppdragsgiver vektlegger hvordan resultater av brukererfaringsundersøkelser og andre målinger aktivt i eget forbedringsarbeid og formidles.

Fysisk utforming/utstyr og tilgjengelighet

Virksomheten skal være tilrettelagt for funksjonsnivået til pasientgruppen det gis tilbud på og være tilgjengelig for syns-, hørsels- og bevegelseshemmede, samt for personer med kognitive vansker og behov for skjerming fra sanseintrykk. Institusjonen skal oppfylle kravene til universell utforming.

Det skal være mulig med transport/kjøring helt frem til inngangsdør.

Åpningstider og ferieavvikling må være tilpasset behovet til pasientgruppen det gis tilbud til.

Medisinsk utstyr

Virksomheten må ha tilstrekkelig utstyr for å kunne ivareta nødvendig medisinsk oppfølging av pasienter, samt kunne gi rask og nødvendig medisinsk hjelp i akutsituasjoner. Eksempler på dette er EKG, surstoffapparat, forstøver, hjertestarter, utstyr til blodprøvetaking inkl. blodkulturer og utstyr til intravenøs væske- og antibiotikabehandling. Virksomheten må kunne gjøre vanlige og enkle målinger som vekt, blodtrykk, temperatur, puls, oksygenmetning og blodsukker, samt kunne utføre vanlige urin- og blodprøver som Hb, CRP og INR.



Elektronisk kommunikasjon og samhandling

Virksomheten skal samhandle elektronisk med øvrige aktører i helsetjenesten, i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur [Direktoratet for e-helse \(ehelse.no\)](https://www.direktoratet.no/om-direktoratet/om-direktoratet-for-e-helse) og forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten [Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger - Lovdata](https://www.forskrift.no/forskrift/2017/01/11/fo-2017-0111-0001).

Virksomheten skal være koblet til Norsk Helsenett SF og bruke de til enhver tid siste versjoner av gjeldende standarder for elektroniske meldinger.

Behandlingsinformasjon

Virksomheten skal aktivt og på eget initiativ legge til rette for å gjøre behandlingsinformasjon (inkl. behandlingstimer og journalnotater) tilgjengelig for pasienter på helsenorge.no og via kjernejournal for behandlere i tråd med den nasjonale eHelse strategien.

Rapportering til NPR

Virksomheten skal påse og kvalitetssikre at vilkårene for bruk av den enkelte prosedyrekode er tilstede (ISF-regelverket, www.helsedirektoratet.no) og kode i samsvar med den enhver tid gjeldende kodeveilederen (www.ehelse.no). Rapportering til NPR og månedlig rapportering til Helse Midt-Norge RHF må kontrolleres slik at dette er samstemt.

