

A decorative graphic on the left side of the page consisting of a grid of light blue circles. The circles are arranged in a pattern that tapers to the right, with the top row having one circle, the second row two, the third row three, and so on, down to the bottom row which has four circles.

Rapport

Behovsvurdering innen fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst for perioden 2026 - 2030

Januar, 2024

Versjon: 1.07

1	Sammendrag.....	3
2	Bakgrunn og overordnet prosess.....	5
2.1	Prosess for behovsvurderingen.....	5
3	Befolkningen i Helse Sør-Øst.....	8
4	Nærmere om fysikalsk medisin og rehabilitering.....	11
4.1	Overordnet om rehabiliteringsforløpet.....	11
5	Status for fysikalsk medisin og rehabilitering.....	13
5.1	Innledning.....	13
5.1.1	Tilbud i helseforetakene.....	13
5.1.2	Tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner.....	14
5.1.3	Rettighetsvurderinger i Regional koordinerende enhet (RKE).....	16
6	Aktivitet.....	17
6.1	Utvikling i antall liggedøgn og fordeling mellom fase 3 og fase 5.....	18
6.2	Utvikling i oppholdstider i perioden.....	24
6.3	Bruk av regionale funksjoner:.....	25
7	Overordnet om behov og ønsket dreining av tjenestene.....	26
7.1	Innledning.....	26
7.2	Overordnet om behov og ønsket dreining generelt.....	26
7.3	Status og ønsket dreining for de ulike fagområdene innen rehabilitering.....	28
7.3.1	Delytelse A, Ortopedi.....	28
7.3.2	Delytelse B, Revmatologiske sykdommer (inflammatoriske).....	29
7.3.3	Delytelse C, Amputasjoner underekstremiteter.....	30
7.3.4	Delytelse D, CFS/ME (diagnostisert).....	31
7.3.5	Delytelse E Kreftsykdommer.....	32
7.3.6	Delytelse F Ervervet hjerneskade.....	33
7.3.7	Delytelse G Nevrologiske og nevrologiske sykdommer.....	34
7.3.8	Delytelse H Hjertesykdommer.....	36
7.3.9	Delytelse I Lungesykdommer.....	37
7.3.10	Delytelse J Kronisk muskel- og bløtdelssmerte.....	38
7.3.11	Delytelse K Sykelig overvekt.....	39
7.3.12	Delytelse L Diabetes type 1.....	40
7.3.13	Delytelse M Alvorlig grad av sanseforstyrrelser.....	41
7.3.14	Delytelse N Tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning.....	42
7.3.15	Delytelse O Pasienter med sammensatte og eller komplekse tilstander etter langvarig intensivbehandling.....	43
7.3.16	Delytelse R Rehabilitering med arbeid som mål.....	44
7.4	Oppsummering.....	45

1 Sammendrag

Rapporten er en behovsvurdering for fremtidens tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst primært for perioden 2026-2030. Behovsvurderingen beskriver behovet for tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering, hva som tilbys av helseforetakene/sykehusene, og hva som bør kjøpes av private leverandører. Det vektlegges arenafleksibilitet, LEON-/BEON-prinsipper, samhandling med kommune/primærhelsetjeneste, bruk av digitale verktøy og kunnskapsbaserte tilbud i tråd med prioriteringskriteriene som gjelder for spesialisthelsetjenesten (nytte, ressursbruk og alvorlighet).

Fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering, som ble vedtatt 26. oktober 2023, viser retning for fremtidige prioriteringer og anbefalinger innen fagområdet og er et faglig «kompass» i behovsvurderingen. Vedtatte fagplan gir et godt grunnlag for strategiske valg og diskusjon om prioriteringer framover.

Hovedtrekkene i fagplanen er:

- Tidlig rehabilitering i sykehus integrert med annen medisinsk behandling styrkes, og rehabilitering i senfase i regi av spesialisthelsetjenesten reduseres.
- Spesialisthelsetjenesten skal i større grad understøtte kommunene med poliklinisk utredning av rehabiliteringsbehov og kompetanseoverføring, samt bidra til å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse.

Planen vil på sikt føre til endringer innenfor det private rehabiliteringstilbudet i regionen.

Dagens avtaler innen spesialisert rehabilitering hadde oppstart 01.01.2015 og omfatter 29 institusjoner. De har en økonomisk ramme i 2023 på tilnærmet 1 500 millioner kroner og omfatter 16 fagområder/delytelser.

I behovsvurderingen er det tatt utgangspunkt i 15 fagområder som ligger under rehabilitering på [Velg behandlingssted - Helsenorge](#):

<ul style="list-style-type: none">• Amputasjoner• Brudd, ortopedi og slitasjeskader• CFS/ME• Hjerneslag og ervervet hjerneskade• Hjertesykdommer• Kreftsykdommer• Langvarig muskel og bløtdelssmerte	<ul style="list-style-type: none">• Lungesykdommer• Nevrologi og nevrologiske sykdommer• Rehabilitering med arbeid som mål• Revmatologiske sykdommer• S sammensatte og/eller komplekse lidelser• Sanseforstyrrelser• Sykelig overvekt• Tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning
--	--

Fagområdene er sammenfallende med de fagområdene som Helse Sør-Øst RHF i dag kjøper fra private leverandører, men betegnelsene kan avvike noe på enkelte ytelser. Avtalene omfatter i tillegg fagområdet Diabetes type 1.

Behovsvurderingen viser at rehabiliteringstilbud i senfase i stor grad er tilbudsstyrt.

Med bakgrunn i kunnskapsbasert praksis og som ledd i en prioritering er det et mål å ta ned et stort volum i senfase hos private leverandører ved å spisse innhold og redusere oppholdstid, uten å redusere antall pasienter. Dette gjelder innen de fleste fagområder som primært omfatter pasientgrupper som også er målgruppen for tilbud i Frisklivssentraler og andre lavterskeltilbud. Endringen vil derfor i liten grad belaste det tradisjonelle rehabiliteringstilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Behovsvurderingen anbefaler videre at *Rehabilitering med arbeid som mål* innlemmes naturlig i alle tilbud der det er relevant, og fjernes som egen delytelse hos private leverandører.

Behovsvurderingen peker på at en dreining av tjenesteinnretningen innen fysikalsk medisin og rehabilitering med oppbygging og utvikling av grunnleggende funksjoner i alle helseforetak vil kunne bidra til en mer forutsigbar og likeverdig tjeneste med bedre samhandling og høyere kvalitet.

Samtidig kan tilbud med annen innretning og kortere oppholdstid enn dagens avtaler åpne for at langt flere pasienter kan få et godt og tilpasset tilbud til en lavere totalkostnad.

Den dreiningen som behovsvurderingen peker på, innebærer en modernisering og en utvikling av tjenesteområdet på lik linje med andre deler av helsetjenesten og den generelle samfunnsutviklingen.

2 Bakgrunn og overordnet prosess

Kapittelet beskriver bakgrunn og føringer for arbeidet for arbeidet og om prosessen.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har gitt Medisin og helsefag ved enhet somatikk og rehabilitering i oppdrag å gjøre en behovsvurdering innen spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering (heretter benevnt fysikalsk medisin og rehabilitering) med frist 1. november 2023. Helse Sør-Øst RHF har vedtatt en fagplan for området som skal legges til grunn for arbeidet.

Fagplanen er utarbeidet med involvering av en rekke fagmiljøer og interessenter, herunder også private leverandører som har avtale med Helse Sør-Øst RHF innen rehabilitering. Denne prosessen har bidratt til at selve behovsvurderingen kunne gjennomføres på kortere tid enn normalt.

Tilbud innen spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering er spesialisthelsetjenestens ansvar, mens rehabilitering er et fagområde hvor både spesialist- og kommunehelsetjeneste har et «sørge for-ansvar». Dette følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 1 og § 3 som slår fast at kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning, oppfølging og medisinsk rehabilitering. Det regionale helseforetaket har ansvar for å sørge for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, nr 1. Ansvaret for begge nivåene utdypes i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator i § 10 og § 5.

Behovsvurderingen er et viktig arbeid for at Helse Sør-Øst RHF skal ivareta sitt «sørge for-ansvar» som ivaretas ved at Helse Sør-Øst RHF bestiller tjenester levert av egne helseforetak og sykehus med eget opptaksområde og ved kjøp fra private ideelle- og kommersielle leverandører.

Innen spesialisert rehabilitering ble det 01.01.2015 inngått løpende avtaler med 29 private ideelle og kommersielle leverandører med en gjensidig oppsigelsesfrist på 2 år. Avtalene omfatter i dag 16 fagområder/delytelser med en betegnelse fra A til R:

A – Brudd og slitasjeskader	K- Sykelig overvekt
B - Reumatologiske sykdommer (inflammatoriske)	L – Diabetes type 1
C – Amputasjoner underekstremiteter	M – Alvorlig grad av sanseforstyrrelser
D – CFS/ME (diagnostisert)	N- Tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning
E - Kreft	O-Pasienter med komplekst sykdomsbilde med behov for sømløs rehabilitering etter sykehusbehandling
F- Hjerneslag og traumatisk hjerneskader	R- Arbeidsrettet rehabilitering
G- Nevrologiske og nevrologiske sykdommer	
H – Hjertesykdommer	
I - Lungesykdommer	
J – Kronisk muskel og bløtdelssmerte	

2.1 Prosess for behovsvurderingen

Retningslinjen «Behovsvurdering ved anskaffelser» versjon 2.1 er lagt til grunn i arbeidet.

Det ble etablert en regional strategisk arbeidsgruppe med deltakere internt fra Helse Sør-Øst RHF v/enhet somatikk og rehabilitering, analyse, regnskap og rapportering samt innkjøp og logistikk. Videre har fagpersoner fra fire helseforetak, oppnevnt av fagdirektør i helseforetaket deltatt, samt en fastlege og to brukerrepresentanter.

Deltakere i strategisk arbeidsgruppe

Helseforetak/ Avdeling	Navn	Stilling/rolle/ansvar
Helse Sør-Øst RHF, Somatikk og rehabilitering	Tove H. Otterstad	Spesialrådgiver/leder
Helse Sør-Øst RHF, Somatikk og rehabilitering	Trude Hirgum Jahren	Spesialrådgiver/ prosessstøtte
Helse Sør-Øst RHF, Innkjøp og logistikk	Harald Odde	Rådgiver
Helse Sør-Øst RHF, Analyse	Anders Tømmerås	Spesialrådgiver
Helse Sør-Øst RHF, Regnskap og rapportering	Grethe Småland Hummelvoll	Spesialrådgiver
Helse Sør-Øst RHF/ PHV og rus	Bente Lunder Johannessen	Rådgiver/prosessstøtte
Sykehuset i Vestfold	Gro Aasland	Klinikkleder/fysioterapeut
Sykehuset Innlandet	Tonje Lyshaugen	Seksjonsleder rehabilitering Solås/ fysioterapeut
Vestre Viken	Siri G. Heggelund	Seksjonsleder/ fysioterapeut
Regional koordinerende enhet Sunnaas sykehus	Jon Ivar Sørland	Enhetsleder
Regional koordinerende enhet Sunnaas sykehus	Lars Nysether	Overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering
Regional kompetansetjeneste, Sunnaas sykehus	Stein Arne Rimehaug	Rådgiver
Primærhelsetjenesten	Inger Johansen	Pensjonert fastlege og forsker
Brukerrepresentant	Odvar Jacobsen	Regionalt brukerutvalg, HSØ
Brukerrepresentant	Liv Hopen	Brukerutvalg, Diakonhjemmet Sykehus

Det er avholdt to fysiske møter, to teammøter og en innspillskonferanse hvor alle helseforetak og sykehus med eget opptaksområde ble invitert med inntil to deltakere. I tillegg har det vært e-postutvekslinger mellom møtene.

Kapittel 7 (*Overordnet om behov for rehabilitering og ønsket dreining av tjenestene*) er utarbeidet i tett samarbeid med fagpersonene og brukerrepresentantene. Øvrige kapitler er utarbeidet av enhet for somatikk og rehabilitering og analyse med innspill fra enhet regnskap og rapportering og innkjøp og logistikk.

Underveis i arbeidet har det også vært tett dialog med de øvrige regionale helseforetakene, spesielt Helse Midt Norge, som er i en tilsvarende prosess. Således søkes det å dele erfaringer og at man kan tenke likeverdige tjenester i den grad det er mulig på tvers av helseregionene.

Tidsplan for behovsvurderingen		
Onsdag 28. juni	Ledergruppen i HSØ RHF	Vedtak om oppstart. Brev ut til foretakene 29.6.
Mandag 16. august	Oppstartsmøte med regional arbeidsgruppe	Orientering om oppdraget og prosess. Habilitets- og taushetsklæring gjennomgått og underskrevet.
Mandag 21. august	Møte i fagråd rehabilitering	Orientering om oppdraget og prosess
Mandag 4. september	Innspillsmøte med helseforetakene	Tilbakemelding fra fagmiljøet om behovet innen 15 fagområder.
Onsdag 13. september	Fagdirektørmøte	Orientering om 98p+å''' fra møte 4/9. Fagdirektører godkjenner innspill fra fagmiljøet i helseforetakene.
Onsdag 13. september	KTV	Orientering fra møte 4/9-overordnet om behov
Torsdag 14. september	Direktørmøtet	Orientering om prosess
Onsdag 27. september	Regionalt brukerutvalg	Orientering og foreløpig anbefaling
Fredag 29. september	Samhandlingsnettverket	Orientering og foreløpig anbefaling
Torsdag 21. september	PKO- nettverket	Orientering og foreløpig anbefaling
Onsdag 11. oktober	Regionalt fagdirektørmøte	Behovsvurdering med anbefaling
Mandag 6. november	Fagråd rehabilitering	Orientering
Onsdag 15. november	Regionalt fagdirektørmøte	Orientering
Tirsdag 16. november	Ledergruppen i HSØ RHF	Beslutning
Torsdag 7. desember	Direktørmøtet	Beslutning

3 Befolkningen i Helse Sør-Øst

Kapittelet beskriver befolknings sammensetningen i regionen, og hvordan den vil utvikle seg frem mot 2030.

Vi blir flere eldre og færre yngre. I Perspektivmeldingen 2021¹ drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse og omsorgstjenester. Meldingen legger til grunn at flere eldre også betyr flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder, men at medisinske fremskritt vil gjøre det lettere å leve med sykdom.²

Den seneste befolkningsframskrivingen (MMMM-alternativet) fra Statistisk sentralbyrå anslår en generell befolkningsvekst for landet som helhet frem mot 2040.³ Veksten *utenfor* de aller største byene er lavere enn gjennomsnitt, og folketallet vil synke i de fleste av landets 356 kommuner. Distriktskommuner har i dag en eldre befolkning enn resten av landet. Frem til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten doble seg. Distriktskommuner får dermed en eldrebølge på toppen av en allerede aldrende befolkning.⁴

Tabell 1 nedenfor viser endring i antall innbyggere i opptaksområdene i Helse Sør-Øst. Tabellen viser at veksten for alle aldre:

- økte med om lag 2% fra 2019 til 2022
- forventes å øke med 5% fra 2022 til 2030

Den gjennomsnittlige årlige veksten for alle aldersgrupper samlet har vært på 0,6%, som vil vedvare på samme nivå i årene fremover mot 2030 totalt sett for regionen.

Veksten i antallet innbyggere i aldergruppene 70 år og eldre er derimot betydelig høyere.

- I perioden 2019 til 2022 var veksten på 9%
- I perioden 2022-2030 forventes en vekst på 24%

Veksten varierer mellom sykehusområdene med lavest vekst i Innlandet (19%) og høyest i opptaksområdet til Lovisenberg Diakonale sykehus (39%).

Disse aldersgruppene har hatt en gjennomsnittlig årlig vekst på 3%, og frem mot 2030 vil den gjennomsnittlige årlige veksten være på samme nivå totalt sett for regionen.

Opptaksområde	Befolkningsutvikling						Endring i %			
	2019	Alle aldre 2022	2030	2019	70 år + 2022	2030	Alle aldre 19-22	22-30	70 år + 19-22	22-30
Akershus universitetssykehus OO	569 975	593 356	640 519	64 268	69 882	86 258	4 %	8 %	9 %	23 %
Diakonhjemmet Sykehus OO	141 810	144 706	153 991	17 029	18 602	22 853	2 %	6 %	9 %	23 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus OO	154 927	163 166	171 907	6 976	7 842	10 903	5 %	5 %	12 %	39 %
Oslo universitetssykehus OO	274 385	281 866	302 204	24 345	25 926	33 360	3 %	7 %	6 %	29 %
Sykehuset i Vestfold OO	244 393	250 862	263 707	33 109	36 658	46 001	3 %	5 %	11 %	25 %
Sykehuset Innlandet OO	338 619	338 874	344 807	51 693	55 781	66 401	0 %	2 %	8 %	19 %
Sykehuset Telemark OO	173 318	173 970	177 197	25 054	27 252	33 250	0 %	2 %	9 %	22 %
Sykehuset Østfold OO	314 671	323 453	342 685	42 326	46 482	57 287	3 %	6 %	10 %	23 %
Sørlandet Sykehus OO	305 244	311 134	324 256	36 919	40 567	50 791	2 %	4 %	10 %	25 %
Vestre Viken OO	485 043	494 889	520 556	60 878	66 148	81 618	2 %	5 %	9 %	23 %
Helse Sør-Øst	3 002 385	3 076 276	3 241 829	362 597	395 140	488 723	2 %	5 %	9 %	24 %

Tabell 1 Endring av antall innbyggere over opptaksområdene i Helse Sør-Øst fra 2019 til 2022 og forventet endring fra 2022 til 2030. Kilde SSB.

¹ Perspektivmeldingen 2021

² Demens i Norge, Folkehelseinstituttet, 2021

³ SSB befolkningsframskriving

⁴ NOU 2020:15. Det handler om Norge

Andel yrkesaktive blir lavere, mens antallet og andel eldre vokser. Antall personer med hjerneslag, diabetes, demens, KOLS og kreft forventes å øke i årene som kommer, på grunn av den demografiske utviklingen med økningen i de eldste aldersgruppene. Helsetjenesten vil allerede nå, og i større grad fremover, ha knapphet på helsepersonell. Derfor er det sentralt hvordan kompetanse organiseres på de ulike nivåene og hvordan digitale hjelpemidler benyttes.⁵

Behovet kan påvirkes av ulike demografiske aspekter (kjønn, alder, økonomi, sosiale ulikheter, etnisitet og befolkningsendring). Behovet må sees i sammenheng med etterspørselen etter tjenester og vil ha elementer av prioritering: Hva er riktig og mulig å prioritere? Denne behovsvurderingen adresserer nevnte utviklingstrekk og også behovet for å prioritere på flere nivåer.

Andre faktorer som kan påvirke etterspørselen, er blant annet:

- Medisinsk utvikling, for eksempel bedre behandling av pasienter med hjerneslag, nevrologiske og revmatologiske sykdommer, ny medikamentell behandling ved sykkelig overvekt og en bedre og mer skånsom kreftbehandling.
- Oppslag i media og påvirkning gjennom sosiale medier.
- Internasjonale trender og aktiviteter foretatt av ulike aktører for å sikre egeninteresser. Kommersielle aktører kan bidra til tilbudsstyrt etterspørsel, overdiagnostikk og overbehandling.
- Retningslinjer som ikke finnes eller ikke er godt nok implementert.
- Manglende tilbud i kommunene eller tilbud som ikke er godt nok kjent for fastlege, pasient og pårørende.

Sykelighet og dermed behov for spesialisthelsetjenester øker hos eldre. Et sentralt spørsmål er om økt levealder er assosiert med flere friske leveår. Selv om litteraturen er sprikende, indikerer internasjonal og nasjonal forskning at økt levealder historisk er assosiert med flere friske leveår.^{6,7,8,9} Ulike offentlige instanser inkluderer effekter av friskere aldring. I Perspektivmeldingen 2021 legges det i basisalternativet til grunn, at gjennomsnittlig levealder øker med 7 år fram til 2060, hvorav 3 av årene er friske leveår uten behov for helse- og omsorgstjenester.¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Finansdepartementet har gitt SINTEF et forskningsoppdrag for å forsøke å kartlegge sammenhengen mellom utvikling i levealder, endringer i helsetilstand og behovet for helse- og omsorgstjenester. Arbeidet pågår og forventes ferdig i løpet av 2023.^{11,12}

Insidens av hjerte- og karsykdommer som hjerteinfarkt, hjertesvikt, atrieflimmer, hjerneslag og angina pectoris har blitt redusert i en årrekke. Førstegangstilfeller per 100 000 (aldersstandardiserte rater) med påvist hjerteinfarkt har i løpet av siste femårsperiode (2017-2021) gått ned med om lag

⁵ NOU 2023: 4. Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

⁶ Meinow, B. et al. (2022). Trends over two decades in life expectancy with complex health problems among older Swedes: implications for the provision of integrated health care and social care. *BMC public health*, 22:759.

⁷ Seaman, R. et al., (2020). Rethinking morbidity compression. *European journal of epidemiology*

⁸ Helse hos eldre - FHI

⁹ Storeng, S. H., Overland, S., Skirbekk, V., Hopstock, L. A., Sund, E. R., Krokstad, S., & Strand, B. H. (2021). Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. *Scand J Public Health*, 14034948211011796.

¹⁰ Perspektivmeldingen 2021

¹¹ Kalsset, j. og Anthun, KS. Demografikostnader og endringer i helsetilstand. SINTEF. Rapport nr. 00695, 2021.

¹² I tillegg har Det globale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD) framskrevet en reduksjon i sykdomsbyrde for alle aldersgrupper frem til 90 års alder.

5% per år. Tallene viser også en noe mindre, men stadig nedgang i antall nye pasienter registrert med diagnosene akutt hjerneslag, atrieflimmer og hjertesvikt de siste fem årene (om lag 2 % per år).¹³

Selv om historiske trender og forskning indikerer at økende levealder er assosiert med flere friske leveår, er det samtidig en usikkerhet på hvordan en slik effekt vil treffe rehabiliteringsfeltet. I arbeidet med behovsvurderingen er det derfor ikke lagt til grunn en effekt av friskere aldring.

¹³ Hjerte- og karregisteret – Rapport for 2012-2021, FHI 2022.

4 Nærmere om fysikalsk medisin og rehabilitering

Kapittelet beskriver den medisinske spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering.

Spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering omfatter diagnostikk, behandling og rehabilitering hos pasienter som har eller står i fare for å få langvarig funksjonshemming. Dette skyldes vanligvis tilstander i bevegelsesapparatet eller nervesystemet¹⁴. Mens fysikalsk medisin først og fremst handler om utredning/diagnostikk og behandling/funksjonsvurdering, handler rehabilitering primært om å bevare eller gjenvinne funksjons- og mestringsevne, samt likeverdighet og deltakelse. Det generelle området rehabilitering angår alle medisinske fagdisipliner, og det faglige ansvaret kan ivaretas av andre legespesialister med relevant kompetanse/tilleggsutdanning innen rehabilitering.

Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet, og hvor det er behov for «re-læring», mens medfødte og tidlig ervervede tilstander har behov for habilitering – «ny-læring». Habilitering og rehabilitering er omtalt i samme forskrift og har en felles definisjon:

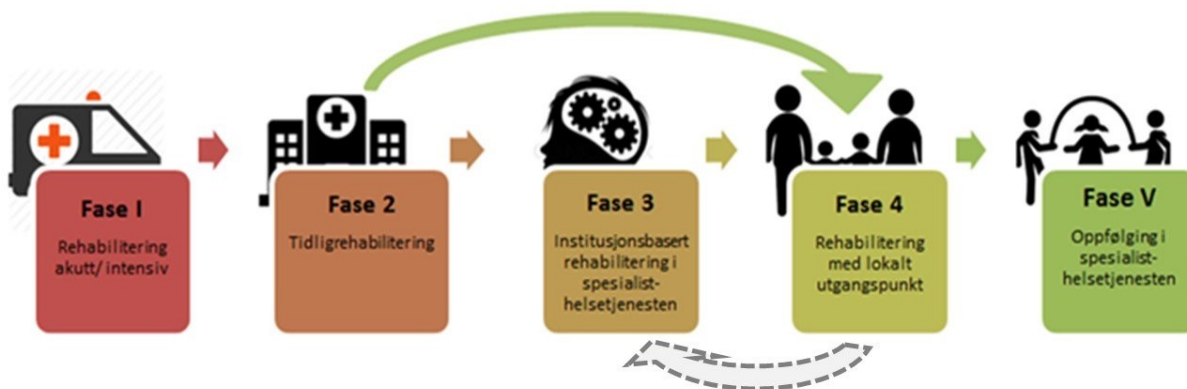
«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet».

De overordnede prinsippene er felles, men det vil være pasienter som befinner seg i et grenseområde mellom habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette er særlig aktuelt for barn og unge med ervervet somatisk skade/sykdom.

4.1 Overordnet om rehabiliteringsforløpet

Følgende modell legges til grunn for beskrivelse av et rehabiliteringsforløp fra et spesialisthelsetjenesteperspektiv og er utfyllende beskrevet i fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering. Her gjengis en kort beskrivelse av fasene:

Figur 1 Modell for faser i et rehabiliteringsforløp fra et spesialisthelsetjenesteperspektiv



Beskrivelse av modellen:

¹⁴ Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering, Helsedirektoratet

- Fase 1 og 2: Rehabilitering skjer på henholdsvis intensiv og sengepost.
- Fase 3: Primær døgnrehabilitering i subakutt fase i etterkant av behandling i akuttstusykehuset. Behovet avdekkes i avdelinger i akuttstusykehuset som henviser direkte til rehabilitering i et helseforetak eller privat rehabiliteringsinstitusjon.
- Fase 4: Kommune har hovedansvaret for rehabilitering med eventuelle tjenester fra spesialisthelsetjenesten i form av utredning av behov/kompetanseoverføring eller nødvendig utredning og behandling der det er behov for spesialistkompetanse.
- Fase 5: Rehabilitering i senfase (digitalt, ambulant, poliklinisk dag- eller døgntilbud.) Behovet avdekkes ved en poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten som så henviser til spesialisthelsetjenesten.

Det er to henvisningsforløp:

- Helseforetakene sender henvisningen direkte til et helseforetak eller en privat leverandør.
- Fastleger i kommunehelsetjenesten sender henvisning til Regional koordinerende enhet (RKE) for en rettighetsvurdering. (Egen henvisningsrutine for sykkelig overvekt).

Private leverandører har i oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF hevdet at henvisningspraksis kan synes å være tilfeldig med hensyn til hvilke pasienter som blir overført fra sykehusene til private leverandører. En enhet for å sikre god og enhetlig henvisningspraksis blir viktig å etablere i helseforetakene.

5 Status for fysikalsk medisin og rehabilitering

Kapittelet beskriver, på et overordnet nivå, tilbud i helseforetak og hos private leverandører, samt kort om rettighetsvurderingene ved RKE. En nærmere omtale av tilbudene er beskrevet under hvert fagområde i kapittels 7.3 – «Status og ønsket dreining for de ulike fagområdene»

5.1 Innledning

De fire regionale helseforetakene har i 2023 under ledelse av Helse Sør-Øst RHF svart ut et felles oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere metodebruk med formål om å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk.

Rapporten konkluderer med at *det er usikkert hva som er riktig aktivitetsnivå for ulike rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Dagens aktivitetstill fra Norske Pasientregister (NPR) skiller ikke i tilstrekkelig grad mellom aktivitet i tidlig fase i helseforetaket versus aktivitet i senere faser. Det kan også påpekes usikkerhet knyttet til kodekvaliteten. Aktivitetstill fra Samdatarapporten holdt opp mot nasjonale føringer kan imidlertid indikere uønsket variasjon, hvor årsaken kan være et overforbruk i senfase som omfatter tilbud kommunene bør ha et hovedansvar for.*

Helse Sør-Øst RHF har god oversikt over dag- og døgnplasser hos private leverandører. Tilsvarende oversikter hos helseforetakene er det utfordrende å innhente. Grunnen er at helseforetakene, i tillegg til egne rehabiliteringsavdelinger, har mye rehabilitering i andre enheter som for eksempel intensivavdelinger og slagenheter. Dag- og poliklinisk rehabilitering kan heller ikke vises i antall plasser.

Opplæring av pasienter og pårørende er en lovpålagt oppgave for helseforetakene.¹⁵ Et viktig mål i all rehabilitering er best mulig funksjons- og mestringsevne. Det betyr at Lærings- og mestringstilbud må inngå som en naturlig del i alle rehabiliteringsforløp. Dette er sterkt vektlagt i den vedtatte fagplanen.

5.1.1 Tilbud i helseforetakene

Tilbudet i helseforetak og sykehus med eget opptaksområde varierer fra de med store tverrfaglige miljøer som inkluderer døgntilbud og poliklinikk, til helseforetak uten egne rehabiliteringssenger og et varierende poliklinisk tilbud. Sunnaas sykehus er et eget foretak for spesialisert rehabilitering.

Spesialisthelsetjenesten har et tydelig ansvar for rehabilitering i tidlig fase tett integrert med annen medisinsk behandling¹⁶. To helseforetak, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark, har rehabiliteringssenger i fase 2 for alle pasientgrupper.

I helseforetakene har det de siste årene vært en gradvis reduksjon av døgnplasser i fase 3 og 5. En kartlegging i 2022¹⁷ viste en kapasitet på om lag 350 plasser, hvorav 159 ved Sunnaas sykehus. Flere helseforetak har imidlertid en utstrakt poliklinisk virksomhet i fase 4, som også inkluderer Helse og arbeid og overvektspoliklinikk.

Helse Sør-Øst RHF har tidligere besluttet regionale funksjoner innenfor rehabiliteringsområdet. Formålet er å sikre et mer likeverdig tilbud ved å beholde og videreutvikle tilbud til færre og mer

¹⁵ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8, pkt 4, og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 13, pkt c.

¹⁶ Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering, Helsedirektoratet

¹⁷ En forvaltningsrevisjon i regi av Riksrevisjonen om rehabiliteringstjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

komplekse pasientgrupper i helseforetak med store tverrfaglige miljøer. Med unntak av to funksjoner i fase 1 og 2 ved Oslo universitetssykehus omfatter de regionale funksjonene tilbud i fase 3 og er fordelt til Sunnaas sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus. De regionale funksjonene er konkretisert i kapittel 7.3- «*Status og ønsket dreining for de ulike fagområdene*».

5.1.2 Tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner

I 2002 vedtok Stortinget å overføre bestiller- og finansieringsansvaret for private rehabiliteringsinstitusjoner fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene. Endringen trådte i kraft fra 2006. Ved overføringen ble det en skjevfordeling, hvor den gang regionen Helse Øst hadde mange institusjoner i sitt område. Også innad i de to helseregionene var det ulikheter. Mange institusjoner lå i de nåværende sykehusområdene Innlandet og Vestre Viken. Siden da er det gjennomført anskaffelser i 2010 og 2014. Noen institusjoner har falt fra og nye kommet inn.

Dagens avtaler omfatter om lag 1300 dag- og døgnplasser, i hovedsak døgn i fase 3 og 5.

I tillegg er det avtaler om et lite volum kartlegging og vurdering i fase 4 innenfor fire delytelser; H, I, J og R. (kun 48 plasser).

I tabellen under beskrives antall dag- og døgnplasser fordelt på de ulike fagområdene/delytelsene pr januar 2023¹⁸:

Fagområde/delytelse	Dagplasser	Døgnplasser	Plasser totalt
A – Brudd og slitasjeskader i skjelett	21,9	113,2	135,1
B - Reumatologiske sykdommer (inflammatoriske)	4,8	30,6	35,4
C – Amputasjoner underekstremiteter	2,3	22,8	25,1
D – CFS/ME (diagnostisert)	8,7	39,6	48,4
E – Kreft	5	55,2	60,2
F - Hjerneslag og traumatisk hjerneskader	4,3	78,3	82,6
G - Nevrologiske og nevrologiske sykdommer	11,3	155	166,3
H – Hjertesykdommer	23,9	59,3	83,2
I – Lungesykdommer	5,3	84,2	89,5
J – Kronisk muskel og bløtdelssmerte	64,6	83,9	148,6
K - Sykelig overvekt	66,9	96	162,9
L – Diabetes type 1 ¹⁹	19,7	0	19,7
M – Alvorlig grad av sanseforstyrrelser	11,5	21,3	32,8
N - Tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning	11,5	38	49,5
O - Pasienter med komplekst sykdomsbilde med behov for sømløs rehabilitering etter sykehusbehandling	0	38,4	38,4
R- Arbeidsrettet rehabilitering ²⁰	8	91,8	99,8
Totalt antall plasser	250	1007,6	1337,7

Tabell 2 Antall dag- og døgnplasser pr delytelse pr januar 2023 i private rehabiliteringsinstitusjoner²¹

¹⁸ Kilde: Egen rapportering fra leverandørene

¹⁹ Her er det kun Norsk diabetessenter (eiet av Diabetikerforbundet) som har avtale. Tilbudet er egentlig en diabetespoliklinikk. Ventetider står derfor ikke under rehabilitering på Velg behandlingssted.

²⁰ I tillegg er det inngått korte avtaler med noen av de samme institusjonene innen Helse og arbeid (om lag 60 plasser)- Avtalene løper tom 31.12.2026 med mulighet for prolongering 1+ 1 år.

Som tabell 2 viser, er det flest plasser innen de fem delytelsene *Brudd og slitasjeskader i skjelett, Neurologi og nevro-muskulære sykdommer, Kronisk muskel- og bløtdelsmerte, Sykelig overvekt og Arbeidsrettet rehabilitering*. Disse utgjør til sammen 773 plasser og 58% av volumet. I tillegg er det inngått egne tidsavgrensede avtaler innen «Helse og arbeid», på om lag 60 plasser (fra 1.1.2023 – 31.12.2026 med mulighet for prolongering 1+ 1 år). Arbeidsrettet rehabilitering er totalt sett den største delytelsen med 220 plasser.

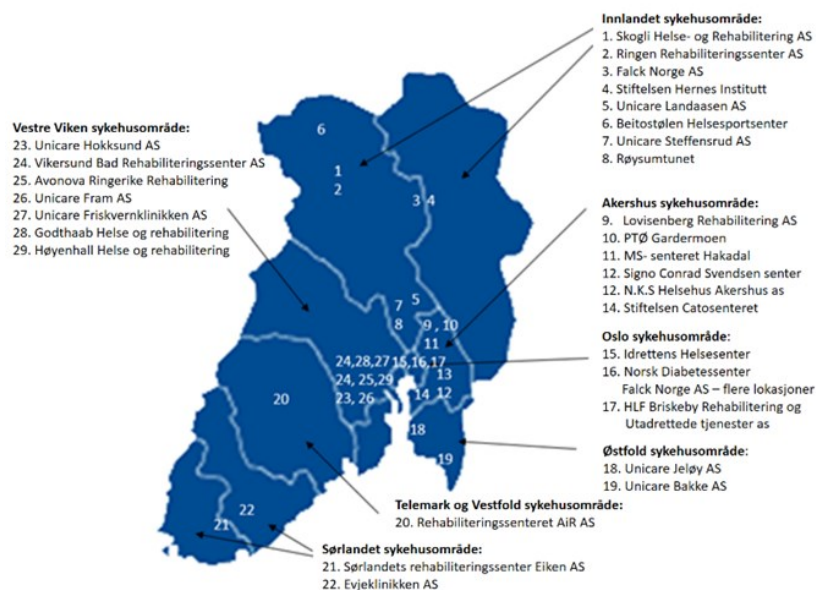
Innenfor enkelte delytelser er det fremforhandlet tilleggsavtaler med Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF

Private leverandører rapporterer til Helse Sør-Øst RHF på antall pasienter som går videre, etter kartlegging og vurdering i egen institusjon, til videre rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Rapportene viser at institusjonene ofte overfører pasientene til videre rehabilitering i egen institusjon.

Alle fagområdene/delytelsene har en bokstavkode fra A til R.²² Dette er felles for alle regioner og aktiviteten pr delytelse rapporteres til NPR i tillegg til ICD-10 diagnoser. Helseforetakene rapporterer kun ICD-10 diagnoser til NPR.

Som figuren under viser, er det fortsatt en ujevn fordeling med flest institusjoner i opptaksområdene til Sykehuset Innlandet og Vestre Viken. Fordelingen er hovedsakelig historisk betinget.

Figur 2 Geografisk fordeling av private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst



Institusjonene har ulike rehabiliteringstilbud, rettet mot ulike målgrupper og varierer i antall ytelser og økonomisk volum. Om lag halvparten av institusjonene er å anse som ideelle og resterende kommersielle.

Et kjennetegn ved god kvalitet er at ressursene utnyttes på en god måte og er rettferdig fordelt. Helse Sør-Øst RHF har siden overtagelsen av bestiller- og finansieringsansvaret vært åpne for at avtalepartene inngår avtale med flere, også privatpersoner. Det har ikke minst vært oppfordret til dialog med kommunene vedrørende avtale om kjøp av kommunale tjenester.

²² P og Q representerte tidligere to fagområder, men har bortfalt i den siste anskaffelsen

5.1.3 Rettighetsvurderinger i Regional koordinerende enhet (RKE)

I 2022 vurderte RKE i underkant av 14 000 nye henvisninger, hvorav 9300 fikk innvilget rett til nødvendig helsehjelp. Avslagsprosenten varierer mellom de ulike delytelsene fra 11 % innen delytelse *E- Kreft*, til om lag 50 % innen delytelse *J - Kroniske muskel- og bløtdelsmerter*.²³

Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering har lagt til grunn at *pasienter som henvises til fysikalsk medisin og rehabilitering, trenger spesialisthelsetjenester i form av utredning av behandlings- og rehabiliteringsbehov. Henvisningen fra fastlege vil som oftest ikke være tilstrekkelig til å avgjøre rehabiliterings- og behandlingsforløpet*. RKE gjør en rettighetsvurdering basert på opplysningene i henvisningene. Dette innebærer at pasientene får rett til rehabilitering uten en forutgående funksjonsvurdering i spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF vil arbeide for at alle pasienter skal ha vært utredet/kartlagt poliklinisk i spesialisthelsetjenesten før de mottar rehabilitering/behandling i spesialisthelsetjenesten²⁴.

Helse Sør-Øst RHF vil i 2024 gjennomføre piloter innen delytelsene *Kronisk muskel og bløtdelsmerte* (delytelse J) og *Helse og arbeid/ arbeidsrettet rehabilitering* (delytelse R). RKE gjør fortsatt rettighetsvurderingene, men når det er uklart om pasienten har behov for behandling i form av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, vil pasienten tildeles rett til nødvendig helsehjelp i form av utredning i pasientens lokale helseforetak. Poliklinikken i pasientens lokale helseforetak får ansvar for å etablere et videre forsvarlig pasientforløp for den enkelte pasient. Et mulig forløp videre er at pasienten tilbys rehabiliteringstjenester innenfor de eksisterende avtalene med private leverandører.

²³ Egen rapportering fra RKE til Helse Sør-Øst RHF

²⁴ Fagplan fysikalsk medisin og rehabilitering

6 Aktivitet

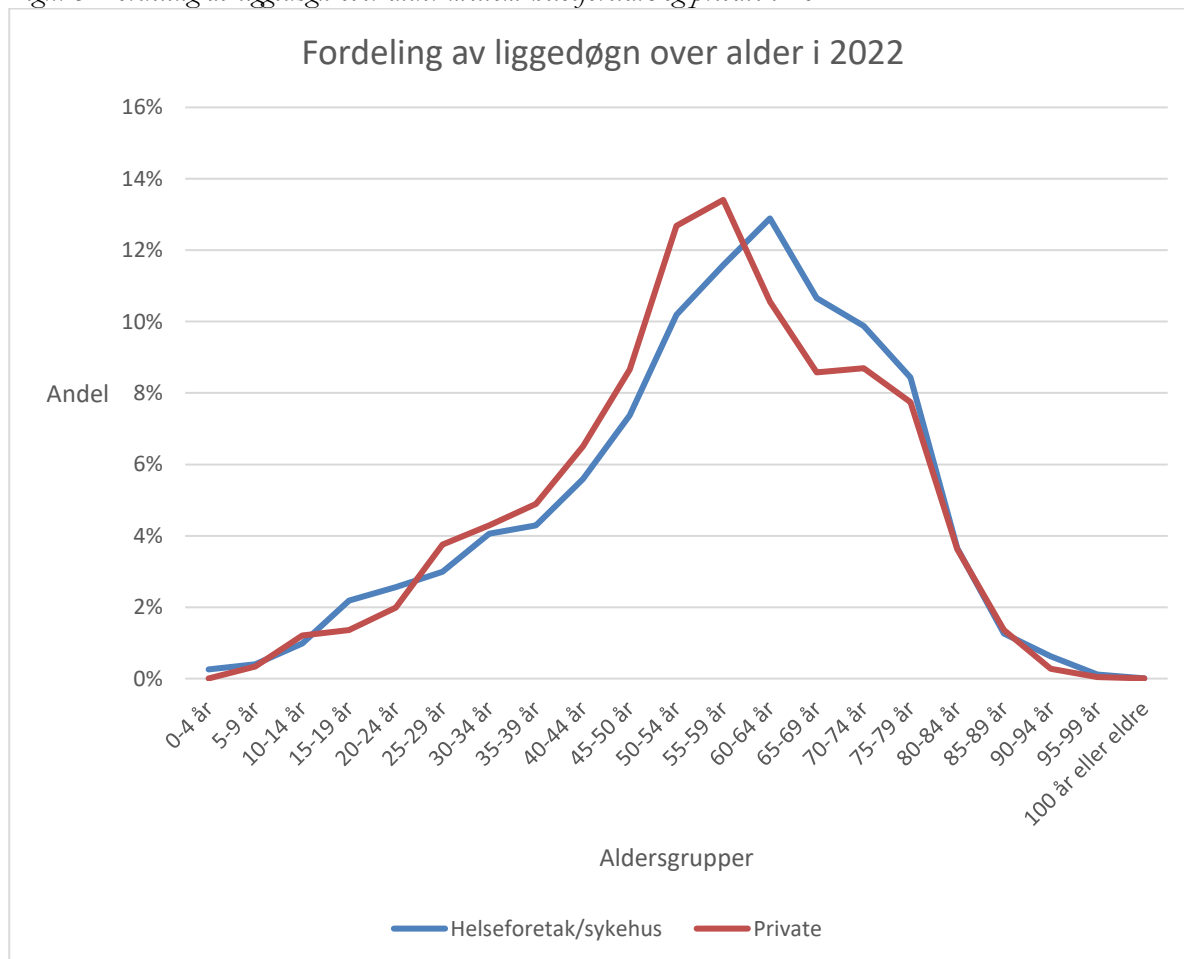
Kapitlet beskriver aktiviteten og noen utviklingstrekk innen fysikalsk medisin og rehabilitering hos de private avtalepartene og i helseforetakene.

Tall fra NPR viser at om lag 65 000 pasienter mottok utredning og/eller behandling ved en poliklinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering i 2022 i Helse Sør-Øst. Antall pasienter som mottok rehabilitering var i overkant av 29 000, hvorav om lag 18 000 hos private leverandører med avtale tilsvarende om lag 60% av pasientvolumet.

I ca. halvparten av tilfellene er pasientene henvist fra fastlege. De øvrige er henvist direkte fra helseforetak. Når henvisningene kommer fra fastlege, vil det i stor grad dreie seg om rehabilitering i fase 5.

Figur 3 nedenfor sammenstiller fordeling av liggedøgn over alder innen rehabilitering ved henholdsvis helseforetak og private for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst i 2022.

Figur 3 Fordeling av liggedøgn over alder mellom helseforetak og private i 2022



Figur 3 illustrerer sammenhengen mellom alder og forbruk av liggedøgn. Figuren viser noe ulik fordeling av liggedøgn over alder mellom helseforetak og private, hvor det ved private er en større andel av liggedøgnene som gis til noe yngre aldersgrupper, enn i helseforetak. Både i helseforetakene og hos de private leverandørene er det høyest andel forbruk i alderen 50-79 år. Dette medfører at en

vekst i antall eldre i årene fremover vil ha konsekvenser for behovet for liggedøgn, dersom tilbudet er innrettet på samme måte som i dag.

6.1 Utvikling i antall liggedøgn og fordeling mellom fase 3 og fase 5

For å nærmere analysere volum av rehabilitering er rehabiliteringen delt inn i fase 3 (tidlig fase) og fase 5 (senfase). Fase 3 inkluderer pasientopphold med nærhet til et akutt opphold (innen 180 dager), mens fase 5 vil være de øvrige rehabiliteringsoppholdene.

Samlet sett viser de tre påfølgende tabellene at:

- samlet antall liggedøgn for rehabilitering i fase 3 og fase 5 i tidsperioden 2016-2022 har økt med henholdsvis 13% og 7%
- en stor del av økningen i liggedøgn har skjedd hos de private leverandørene
- helseforetakene har i stor grad dreid innretningen over på fase 3-rehabilitering
- om lag 80 % av liggedøgnene ved de private er relatert til fase 5
- andelen liggedøgn i fase 5 hos private er større enn hos helseforetakene.

Tabell 3 nedenfor sammenstiller utviklingen i antall liggedøgn med rehabilitering i *helseforetak* og *private med avtale*, relatert til rehabilitering i fase 3 og fase 5 for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst.

Liggedøgn for rehabiliteringsopphold (avdelingsopphold) relatert til akuttinnleggelse og senfase for pasienter i Helse Sør-Øst hos helseforetak/sykehus, samt private				
År	Rehabilitering relatert til akuttforløp	Rehabilitering relatert til senfase	Liggedøgn totalt	Andel liggedøgn relatert til akuttforløp
2016	105 417	281 903	387 320	27,2 %
2017	122 311	282 205	404 516	30,2 %
2018	123 202	287 776	410 978	30,0 %
2019	130 028	282 207	412 235	31,5 %
2020	109 419	239 604	349 023	31,4 %
2021	118 800	299 736	418 536	28,4 %
2022	119 048	302 516	421 564	28,2 %
2023*	124 634	318 445	443 079	28,1 %
Endring 2016-2022	13 %	7 %	9 %	
Endring pr år	2 %	1 %	1 %	

*foreløpige tall for desember

Tabell 3 Utvikling av liggedøgn for pasienter i Helse Sør-Øst. Tabellen omfatter både helseforetak/sykehus med opptaksområder (inkl. Sunnaas) og private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale.

Tabell 3 over viser at det totale antall liggedøgn har økt med 9% i perioden. Tabellen viser samtidig at andelen relatert til fase 3 har samlet sett vært relativt stabilt i perioden.

Tabell 4 nedenfor sammenstiller utviklingen i antall liggedøgn med rehabilitering i *helseforetak* relatert til rehabilitering i fase 3 og fase 5 for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst.

Utvikling i liggedøgn for rehabiliteringsopphold (avdelingsopphold) relatert til akuttinnleggelse og senfase for pasienter i Helse Sør-Øst hos helseforetak/sykehus				
År	Rehabilitering relatert til akuttforløp	Rehabilitering relatert til senfase	Liggedøgn totalt	Andel liggedøgn relatert til akuttforløp
2016	49 242	50 361	99 603	49,4 %
2017	61 136	47 312	108 448	56,4 %
2018	51 494	26 410	77 904	66,1 %
2019	52 692	25 062	77 754	67,8 %
2020	47 649	19 245	66 894	71,2 %
2021	48 032	23 963	71 995	66,7 %
2022	53 032	25 791	78 823	67,3 %
2023*	53 179	25 284	78 463	67,8 %
Endring 2016-2022	8 %	-49 %	-21 %	
Endring pr år	1 %	-8 %	-3 %	

*foreløpige tall for desember

Tabell 4 Utvikling av liggedøgn for pasienter i Helse Sør-Øst kun ved helseforetak/ sykehus (inkl Sunnaas).

Tabell 4 over viser at det totale antall liggedøgn i helseforetakene er uendret etter 2018, men at det samlet for perioden har vært en betydelig dreining i retning av fase 3-rehabilitering.

Tabell 5 nedenfor sammenstiller utviklingen i antall liggedøgn med rehabilitering hos *private med avtale* relatert til rehabilitering i fase 3 og fase 5 for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst.

Utvikling i liggedøgn for rehabiliteringsopphold (avdelingsopphold) relatert til akuttinnleggelse og senfase for pasienter i Helse Sør-Øst hos private				
År	Rehabilitering relatert til akuttforløp	Rehabilitering relatert til senfase	Liggedøgn totalt	Andel liggedøgn relatert til akuttforløp
2016	56 175	231 542	287 717	19,5 %
2017	61 175	234 893	296 068	20,7 %
2018	71 708	261 366	333 074	21,5 %
2019	77 336	257 145	334 481	23,1 %
2020	61 770	220 359	282 129	21,9 %
2021	70 768	275 773	346 541	20,4 %
2022	66 016	276 725	342 741	19,3 %
2023*	71 455	293 161	364 616	19,6 %
Endring 2016-2022	18 %	20 %	19 %	
Endring pr år	3 %	3 %	3 %	

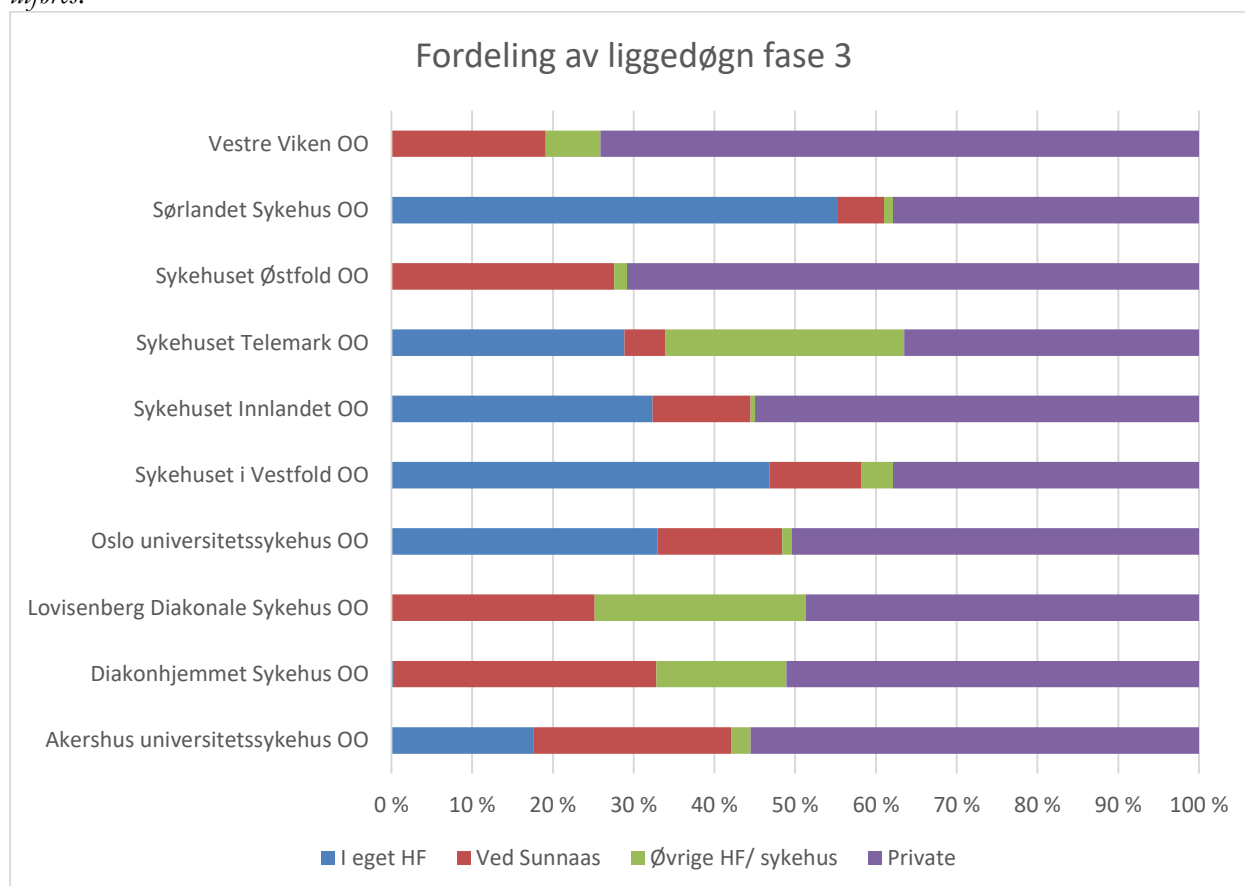
*foreløpige tall for desember

Tabell 5 Utvikling av liggedøgn for pasienter i Helse Sør-Øst ved private med avtale.

Tabell 5 over viser at det totale antall liggedøgn hos private med avtale er økt med 19% i perioden²⁵. Tabellen viser videre at om lag 80 % av liggedøgnene ved de private er relatert til fase 5. Det har vært en økning i fase 3-rehabilitering også hos de private, men den er mindre enn økningen i innen fase 5. Volumet av liggedøgn i fase 5 hos private er betydelig større enn hos helseforetakene.

Som tidligere nevnt i kapittel 5 er tilbud (i helseforetak og private) ulikt fordelt i regionen. Figur 4 nedenfor viser liggedøgn i 2022 i fase 3 fordelt på hvor rehabiliteringen er utført: i eget foretak, Sunnaas sykehus, øvrige helseforetak/sykehus²⁶, private leverandører.

Figur 4 Fordeling av liggedøgn i 2022 i fase 3 pr pasientens opptaksområde og fordelt på hvor rehabiliteringen utføres.



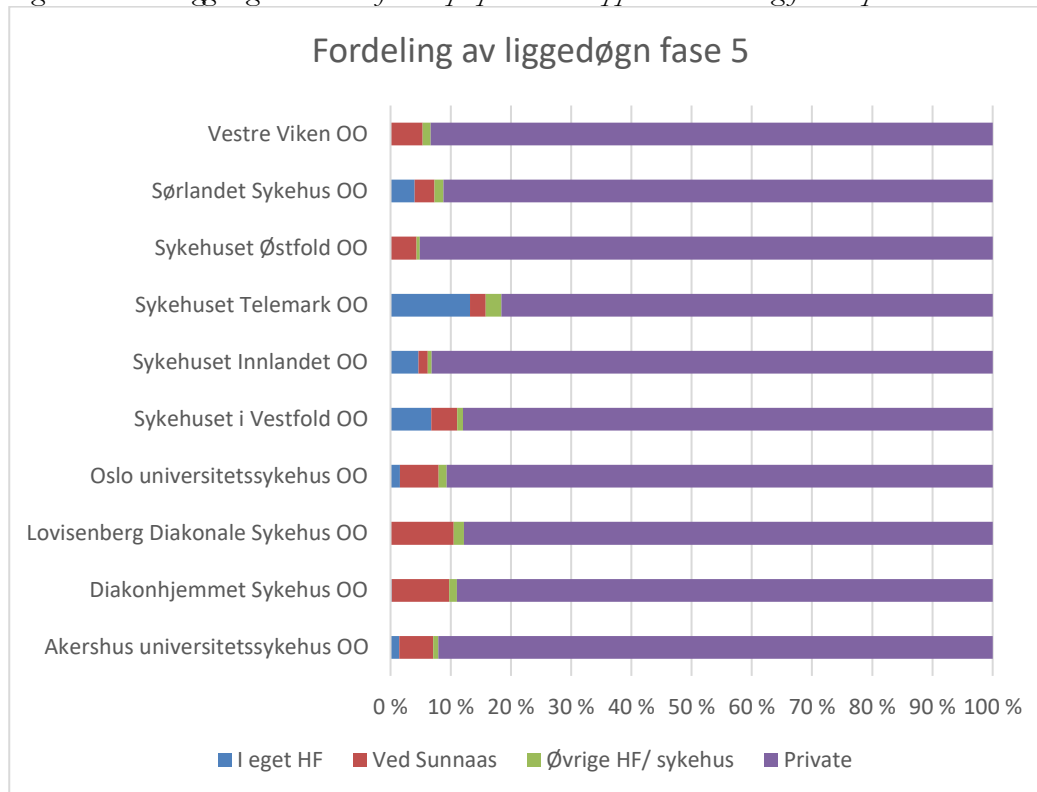
Figur 4 viser at andelen av liggedøgn i fase 3 i eget helseforetak varierer mellom opptaksområdene. Befolkningen i opptaksområdene til Sykehuset i Vestfold og Sørlandet sykehus får om lag halvparten av liggedøgnene i eget HF. Bruken av liggedøgn ved Sunnaas varierer mellom opptaksområdene. I alle opptaksområdene utgjør liggedøgn hos de private leverandørene et betydelig volum i fase 3.

Figur 5 på neste side viser fordeling av liggedøgn i 2022 i fase 5 fordelt på opptaksområdene og hvor rehabiliteringen er utført.

²⁵ Fra anskaffelsen i 2015 var det en liten økning med to plasser for pasienter med alvorlig ervervet hjerneskade

²⁶ Øvrige HF/sykehus omfatter rehabilitering i andre HF/sykehus i regionen, som for eksempel Sykehuset Telemark som i stor grad benytter Sykehuset i Vestfold

Figur 5 Antall liggedøgn i 2022 i fase 5 pr pasientens opptaksområde og fordelt på hvor rehabiliteringen utføres.



Figur 5 viser at det aller meste av liggedøgn i fase 5 skjer hos private leverandører, men noe er også i helseforetak/sykehus.

De private leverandørene rapporterer hvilken deytelse som rehabiliteringen er relatert til. Tabell 6 nedenfor viser fordeling av døgnaktiviteten ved de ulike deytelsene fordelt på fase 3 og fase 5.

Fordeling deytelser. HSØ-pasienter						
Deytelse	Relatert til akutfase			Relatert til senfase		
	Antall døgnoophold	Liggedøgn	Gjennomsnittlig oppholdstid	Antall døgnoophold	Liggedøgn	Gjennomsnittlig oppholdstid
Hjerneslag og traumatiske hjernesker	430	11 750	27	463	11 711	25
Nevrologiske og nevrologiske sykdommer	374	10 006	27	1 720	43 009	25
Brudd og slitasjeskader i skjelett	466	8 823	19	1 667	29 364	18
Lungesykdommer	302	6 802	23	861	18 385	21
Hjertesykdommer	332	6 533	20	339	6 790	20
Pasienter med komplekst sykdomsbilde med behov	230	5 558	24	312	7 324	23
Amputasjoner underekstremiteter	107	4 167	39	92	2 719	30
Kreft	184	3 654	20	678	14 188	21
Kronisk muskel- og bløtdelssmerter	149	2 055	14	2 188	29 310	13
Arbeidsrettet rehabilitering	87	1 975	23	1 884	48 079	26
Reumatologiske sykdommer (inflammatoriske)	49	941	19	452	9 081	20
Sykkelig overvekt	66	921	14	1 736	25 811	15
Tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt r	36	887	25	550	11 679	21
Alvorlig grad av sansforstyrrelser	13	191	15	297	4 066	14
CFS/ ME (diagnostisert)	8	187	23	572	11 325	20
Totalsum	2 833	64 450	23	13 811	272 841	20

Tabell 6 Antall døgnopphold, liggedøgn og gjennomsnittlig oppholdstid for hver delytelse hos private leverandører²⁷

Tabell 6 viser at antall døgnopphold i fase 3 utgjorde ca. 2800 hos private i 2022. Dette tilsvarer 17 % av alle døgnopphold hos de private. Som vist innledningsvis kommer om lag 50 % av henvisningene til private fra helseforetakene.²⁸ Det innebærer dermed at en stor andel av henvisningene fra helseforetak omfatter pasienter med antatt behov for rehabilitering i fase 5. Særlig innenfor *nevrologi* og *brudd og slitasjeskader i skjelett* er det mange henvisninger fra helseforetakene²⁹. Tabellen viser at gjennomsnittlig oppholdstid i fase 3 og fase 5 i stor grad er sammenfallende.

Tabell 7 under viser forbruket av liggedøgn i fase 5 hos private med avtale i standardisert rate³⁰ pr 100 000 for de lytelsene med størst volum i 2022.

Standardisert rate antall liggedøgn i senfase-rehabilitering i 2022 per opptaksområde fordelt delytelse utført hos private

Opptaksområde	Arbeidsrettet rehabilitering	Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer	Brudd og slitasjeskader i skjelett	Kronisk muskel- og bløtdelssmerter	Sykkelig overvekt	Lungesykdommer	Kreft	Tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning	CFS/ ME (diagnostisert)	Hjerneslag og traumatiske hjernesker
Akershus universitetssykehus OO	1 201	1 444	1 072	1 231	602	717	531	454	318	457
Diakonhjemmet Sykehus OO	309	1 499	1 602	268	160	297	343	252	140	525
Lovisenberg Diakonale Sykehus OO	609	1 524	1 362	484	509	1 176	420	334	148	452
Oslo universitetssykehus OO	425	1 734	1 151	451	508	652	405	376	158	343
Sykehuset i Vestfold OO	1 402	902	492	389	639	553	291	517	310	265
Sykehuset Innlandet OO	4 502	1 818	785	1 413	1 574	441	818	335	476	369
Sykehuset Telemark OO	4 230	952	391	549	157	515	220	385	579	204
Sykehuset Østfold OO	1 080	1 431	1 025	1 673	1 981	717	577	492	614	489
Sørlandet Sykehus OO	1 221	1 001	773	1 013	1 018	292	360	138	609	178
Vestre Viken OO	1 007	1 297	960	758	568	563	254	516	314	377
Gjennomsnittlig standardisert rate	1 599	1 360	961	823	772	592	422	380	367	366
cv	0,89	0,22	0,37	0,56	0,73	0,41	0,40	0,31	0,49	0,31

Tabell 7 Standardisert rate (alder og kjønn) for antall liggedøgn hos private i fase 5 pr opptaksområde for de de lytelsene med størst volum i 2022.

Tabell 7 viser at det er betydelig variasjon i forbruk av liggedøgn for de ulike de lytelsene mellom opptaksområdene. For de lytelsen *arbeidsrettet rehabilitering* er det stor variasjon (cv 0,89), hvor opptaksområdene til Sykehuset Innlandet og Sykehuset Telemark skiller seg betydelig ut i forhold til de andre opptaksområdene i regionen. Flere av de andre de lytelsene har også betydelig variasjon. For de lytelsen *nevrologiske og nevromuskulære sykdommer* er forbruket av liggedøgn mer jevnt fordelt mellom opptaksområdene, og variasjonen er betydelig mindre (cv 0,22).

Tabellen bekrefter konklusjonen i den interregionale rapporten om metodebruk innen rehabilitering fra 2023. Der konkluderes det med at det er indikasjon på uønsket variasjon, hvor årsaken kan være et overforbruk i senfase innenfor flere av fagområdene³¹

Årsaken til rehabiliteringsoppholdet for det som utføres i helseforetakene, er mer komplisert å analysere. Primær døgnrehabilitering i fase 3 og 5 kodes med en Z-diagnose som hoveddiagnose (Z5080 eller Z5089). Samdata definerer at det for primær døgnrehabilitering skal det være første bidiagnose (en ICD-10 diagnose) som sier noe om årsaken til rehabiliteringen³². Mange av disse pasientene har mange bidiagnoser. I våre data fra Norsk pasientregister (NPR), er det en del tilfeller hvor første bidiagnose kan fremstå som mindre relevant med tanke på at pasienten har et lengre

²⁷ Summen for liggedøgn i fase 3 og fase 5 i tabell 6 avviker noe med antall liggedøgn i fase 3 og fase 5 tabell 5. Årsaken er at tabell 5 inkluderer liggedøgn hvor det ikke er definert hvilken de lytelse de er relatert til.

²⁸ Egen rapportering fra private og RKE til HSØ.

²⁹ Egen rapportering fra private til Helse Sør-Øst RHF

³⁰ Standardiserte rater er beregnet gjennom alder (10-årige alderskutt) og kjønn pr opptaksområde, og multiplisert med den proporsjonale fordelingen av normalbefolkningen dvs. Norge 2018.

³¹ Oppfølging av Oppdragsdokument, 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, «Vurdering av metodebruk innen rehabiliteringsområdet for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk» Interregional rapport 14.mai, 2023

³² Samdata 2017-2021- rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

rehabiliteringsopphold.³³ Selv om hovedtrekkene nok vil være riktige, bør resultatene tolkes med forsiktighet.

Tabell 8 nedenfor viser hovedårsak for rehabiliteringen fordelt på fase 3 og fase 5 ved helseforetak for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst.

Diagnose ved døgnrehabilitering 2022 (første bidiagnose). I HF/sykehus med opptaksområde (inkl. Sunnaas HF)								
Delytelse	Individer	Relatert til akuttfase			Relatert til senfase			
		Antall døgnopphold	Andel av individer	Andel av døgnopphold	Individer	Antall døgnopphold	Andel av individer	Andel av døgnopphold
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	708	867	34 %	32 %	495	683	19 %	22 %
Annet	414	493	20 %	18 %	561	621	22 %	20 %
Naering_meta	272	293	13 %	11 %	128	149	5 %	5 %
Nevrologi	231	278	11 %	10 %	554	648	22 %	21 %
Hjerte	176	190	8 %	7 %	39	46	2 %	1 %
Hodeskade	142	187	7 %	7 %	52	60	2 %	2 %
Skader	159	187	8 %	7 %	409	477	16 %	15 %
Kreft	86	100	4 %	4 %	76	94	3 %	3 %
Luft	50	52	2 %	2 %	106	112	4 %	4 %
Rygg	31	35	1 %	1 %	76	86	3 %	3 %
Hofte	21	24	1 %	1 %	1	1	0 %	0 %
Ledd	13	14	1 %	1 %	74	82	3 %	3 %
Bindevev	2	2	0 %	0 %	48	53	2 %	2 %
Totalsum	2 113	2 722			2 552	3 112		

Tabell 8 Årsak til rehabiliteringen basert på første bidiagnose helseforetak/sykehus med opptaksområde.

Tabellen viser at i fase 3 så er *sykdommer i sirkulasjonssystemet* anvendt hos 34 % av individene, *naering og metabolske sykdommer* hos 13 % og *nevrologi* hos 11 %. Når det gjelder fase 5, viser tabellen at *nevrologi*, *sykdommer i sirkulasjonssystemet*, samt *skader* er de vanligste diagnosene. Samtidig ser vi at andre tilstander utgjør et betydelig volum i både fase 3 og fase 5.

Disse tallene er sammenfallende med Samdatarapporten 2017-2021, men her fordelt på fase 3 og 5. Samdatarapporten viste at den største diagnosegruppen i 2021 innen døgnrehabilitering i helseforetak, var «*sykdom i sirkulasjonssystemet*», etterfulgt av «*sykdom i nervesystemet*». Hos private leverandører viste rapporten at «*sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev*» var den vanligste diagnosen både ved døgnrehabilitering og dag/poliklinisk rehabilitering. I tillegg var det en stor andel endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser.

Medisinsk kodepraksis i helseforetakene har vært gjenstand for revisjon flere ganger og avdekket svak kvalitet på medisinsk koding. Det må derfor tas forbehold om usikkerhet knyttet til aktivitetstallene fra NPR³⁴.

³³ For eksempel kan det være pasienter hvor første bidiagnose er en urinveisinfeksjon, vitaminmangel eller lærevansker, mens det blant de øvrige bidiagnosene kan være nevrologiske sykdommer eller skader, som kan tenkes er mer «naturlig» årsak til et rehabiliteringsopphold.

³⁴ Undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, Riksrevisjonen, Dokument 3:5 (2016-2017)

6.2 Utvikling i oppholdstider i perioden

I perioden har det vært en utvikling i oppholdstidene. Tabell 9 nedenfor viser utviklingen pr fase.

År	Fase 3		Fase 5	
	Helseforetak/ sykehus	Private leverandører	Helseforetak/ sykehus	Private leverandører
2016	20,1	22,9	9,9	21,8
2017	20,6	22,6	10,0	20,9
2018	19,8	22,4	8,3	20,1
2019	19,7	22,5	8,3	20,4
2020	19,7	22,7	8,2	19,6
2021	18,5	23,4	8,5	20,6
2022	19,4	22,7	8,5	19,7
2023*	19,7	21,8	8,6	19,5
Endring i 2016-2022	-3 %	-1 %	-14 %	-10 %
*foreløpige tall for desember				

Tabell 9. Utvikling i gjennomsnitt antall dager oppholdstid fordelt på fase og hvor rehabiliteringen foregår for befolkningen bosatt i Helse Sør-Øst.

Tabellen viser at det i perioden har vært en viss reduksjon i oppholdstider, både i helseforetak og hos private leverandører. For fase 3-rehabilitering har det vært små endringer både i helseforetakene og hos de private. For fase 5-rehabilitering har oppholdstidene gått ned i perioden både i helseforetakene og hos de private leverandørene, men mindre hos de private. Mest slående er likevel den store forskjellen i liggetid i fase 5-rehabilitering mellom helseforetak og private leverandører. I hele perioden har liggetiden vær rundt dobbelt så lang i de private institusjonene.

Poliklinisk rehabilitering:

Det er definert en rekke formalkrav til hva som inngår i poliklinisk rehabilitering^{35,36}, som gjør at den skiller seg fra annen poliklinikk i somatikken. Tall fra NPR og Samdata viser at antall polikliniske kontakter har gått ned i helseforetakene. Mye av nedgangen skyldes de nevnte formalkravene som gjør at helseforetakene registrerer den polikliniske aktiviteten på andre måter enn tidligere.

Det kan for eksempel være at man benytter en annen hoveddiagnose.³⁷ Den polikliniske aktiviteten vil da inngå i helseforetakets øvrige polikliniske aktivitet, og ikke bli definert som rehabilitering. Som en indikasjon har vi valgt å se på utviklingen ved å inkludere all poliklinikk ved de avdelingene som også har mye poliklinisk rehabilitering i helseforetakene. Det er flere forbehold ved en slik tilnærming, men det beste vi har fått til.

³⁵ ISF-regelverk 2023

³⁶ Det er eksempelvis krav om at minst tre ulike typer helsepersonellgrupper, relevant for aktuell tilstand, skal være involvert i programmet og det skal være et tverrfaglig samarbeid om rehabiliteringen.

³⁷ Eksempelvis en lungediagnose fremfor Z509- Z diagnose for poliklinisk rehabilitering.

Tabell 10 nedenfor viser utvikling i poliklinikk i perioden 2018-2022 i helseforetakene og sykehus med eget opptaksområde.

Utvikling i poliklinikk totalt og innen rehabilitering for befolkningen i Helse Sør-Øst		
År	Antall poliklinikk totalt	Poliklinikk rehabilitering
2018	3 280 706	81 557
2019	3 378 832	100 964
2022	3 581 590	113 460
Endring i perioden	9 %	39 %
Snitt årlig endring	2 %	10 %

Tabell 10. Antall poliklinikk totalt og poliklinikk rehabilitering for befolkningen i Helse Sør-Øst, utført ved helseforetak/sykehus med opptaksområde (inkl. Sunnaas).

Ved å inkludere all poliklinikk ved de avdelingene som har stort volum av poliklinikk hvor hoveddiagnosen er Z509, så viser tabellen at det i perioden 2018-2022 har vært en gjennomsnittlig årlig vekst på 10% i antall polikliniske kontakter. Tabellen viser at poliklinisk aktivitet totalt sett har økt med 9% i perioden.³⁸ Ved å inkludere all poliklinikk på denne måten vil vi i mange tilfeller inkludere fysikalsk medisin. Selv om disse er nært tilknyttet hverandre og innenfor samme spesialitet, så må tallene tolkes med forsiktighet.

6.3 Bruk av regionale funksjoner:

Tabellen nedenfor viser antall liggedøgn i fase 3 fordelt på tre av helseforetakene med regionale funksjoner. Tabellen viser at rundt 95 % av liggedøgnene ved Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus er relatert til eget opptaksområde. Sykehuset i Vestfold har i tillegg til egen befolkning særlig pasienter fra opptaksområdene til Sykehuset Telemark (felles opptaksområde) og Vestre Viken. Det er grunn til å undersøke om de regionale funksjonene anvendes slik de er ment, og representerer et likeverdig tilbud for alle pasienter i helseregionen.

Antall liggedøgn i 2022 fordelt på helseforetak med regionale funksjoner (Eksl. Sunnaas sykehus HF). Antall liggedøgn fra eget opptaksområde vs andre opptaksområder i Helse Sør-Øst			
	Fra eget opptaksområde	Fra andre opptaksområder	Andel eget opptaksområde
Sykehuset i Vestfold HF	3 558	2 220	61,6 %
Sykehuset Innlandet HF	5 235	131	97,6 %
Sørlandet sykehus HF	4 852	348	93,3 %

Tabell 11. antall liggedøgn i 2022 fordelt på helseforetak med regionale funksjoner, ekskludert Sunnaas sykehus HF, som ikke har eget opptaksområde.

³⁸ Det ble også en endring i registreringspraksis (primært for telefon- og noe for videokonsultasjoner) i løpet av pandemien, ved at slike konsultasjoner ble likestilt med fysiske konsultasjoner i DRG-systemet. Det forklarer deler av veksten i perioden.

7 Overordnet om behov og ønsket dreining av tjenestene

Kapittelet beskriver behovet og ønsket dreining for tjenester generelt innen fysikalsk medisin og rehabilitering og innen hvert fagområde for rehabiliteringsområdet spesielt.

Behovet og ønsket dreining av tjenestene bygger på:

- Fagplanen for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Befolkningssammensetningen i regionen, og hvordan den vil utvikle seg frem mot 2030
- Innspill fra helseforetakene og private sykehus med eget opptaksområde, samt brukerrepresentantene i arbeidsgruppen
- Dagens kapasitet i helseforetak og hos private leverandører
- Aktivitetsdata fra NPR og egen rapportering fra private til Helse Sør-Øst RHF

7.1 Innledning

Fagplanen for fysikalsk medisin og rehabilitering er utarbeidet i samarbeid med en rekke fagmiljøer og fagpersoner innen feltet, brukerrepresentanter og tillitsvalgte, og baserer seg på kjente data og utviklingstrekk i regionen. Vedtatte fagplan gir et godt grunnlag for strategiske valg og diskusjon om prioriteringer fremover. Det er stor konsensus om behovet og muligheten for et paradigmeskifte innen fagfeltet.

Fagplanen viser til et fortsatt svakt kunnskapsgrunnlag om effekt av behandling/rehabilitering. Kunnskapsbaserte tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering vil framover være tilbud der rett behandling med god effekt blir gitt til rett tid på rett nivå.

Det er god dokumentasjon for viktigheten av tidlig start av spesialisert rehabilitering. Et sterkere og mer oppdatert kunnskapsgrunnlag blir viktig fremover for å legge til rette for et mer faglig begrunnet kjøp av tjenester i tråd med rammeverket for prioritering i spesialisthelsetjenesten (nytte, ressursbruk og alvorlighet).

Fagplanen vektlegger mestring og det «å lære å leve med sykdom og plager». Helsekompetanse hos pasienter og pårørende er en stor og viktig del i alle rehabiliteringsforløp. Fagplanen konkluderer også med at tjenestene bør dreie mer inn på kompetansedeling med pasienter, pårørende og primærhelsetjenesten. Korte kompetanseopphold med oppfølging digitalt kan være en kostnadseffektiv innretning, der man kan følge opp langt flere pasienter med lavere ressursbruk. Dette understøttes også av det som i fagplanen beskrives som «Arenafleksibilitet» (nye måter å jobbe på der arena tilpasses pasientens behov), og det harmonerer med anerkjente LEON-/BEON-prinsipper. Det bør være godt funderte vurderinger som ligger til grunn dersom man tar mennesker ut av hverdagen for et lengre opphold på døgninstitusjon.

Den demografiske utviklingen vil kreve mye av oss. Samtidig er det en økt spesialisering av tjenester og knapphet på helsepersonell. «*Tid for handling*» (NOU) tematiserer dette.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten kan fortsatt oppleves noe «tradisjonsbasert», med tanke på innretning, geografiske lokalisasjoner og helseforetakenes tilbud. Behovsvurderingen legger opp til å etablere større forutsigbarhet og likeverdighet for pasientene, samt bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi må også ta inn over oss den nye, digitale tidsalderen med de enorme mulighetene for innovasjon og effektivisering som ligger der.

7.2 Overordnet om behov og ønsket dreining generelt

Helseforetakene har selv pekt på behovet for et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt for å styrke inneliggende rehabilitering integrert med medisinsk behandling, tverrfaglige poliklinikker og

ambulant virksomhet. Dette er i tråd med anbefalingene i *Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering* og vil styrke kapasiteten i fase 1, 2 og 4 i helseforetakene.

Nasjonal veileder for Habilitering og rehabilitering anbefaler at pasienter med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene som hovedregel bør få tilbud i kommunene. Eksempler på områder er blant annet muskel- og skjelettsykdommer, livsstilssykdommer, KOLS og lungesykdommer, kreft og rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. Aktivitetsdata fra NPR viser et stort volum av liggedøgn i senfase (fase 5) hos private leverandører, hvor de vanligste diagnosene nettopp omfatter pasienter med tilstander innen de store pasientgruppene som veilederen anbefaler bør få tilbud i kommunene. Rehabilitering i senfase utgjør en betydelig mindre andel i helseforetakene, og aktivitetsdata fra NPR viser at volumet her viser det samme mønsteret i forhold til diagnosegruppene i fase 3. Dette er pasientgrupper som spesialisthelsetjenesten har et særlig ansvar for.

Helse Sør-Øst RHF har god oversikt over aktivitet og kapasitet hos private leverandører. Det er mer utfordrende å innhente tilsvarende oversikter fra helseforetakene grunnet forhold som er beskrevet tidligere. Kapasiteten i helseforetakene kan indirekte vurderes ved å se på aktivitetstall fra NPR. Samtidig vil historiske tall ikke være et godt nok grunnlag for å vurdere fremtidig behov. Grunnet en nasjonal føring om å ikke legge ned tilbud i spesialisthelsetjenesten før kommunene har bygget opp, har Helse Sør-Øst RHF kjøpt tilbud som kommunene skal ha et hovedansvar for. Det gjelder særlig i fase 5, men også enklere rehabilitering i fase 3.

Spesialisthelsetjenesten må samtidig videreutvikle og spisse tilbud til pasienter med behov for rehabilitering av særlig kompleks art. Med bakgrunn i «*Vektmodellen*» i *Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering*, vil det omfatte pasienter som har behov for intensiv oppfølging og spesialisert kompetanse fra et bredt sammensatt team med erfaring knyttet til smalere og spissede problemstillinger, samt nærhet til medisinsk kompetanse³⁹.

De faglige innspillene i behovsvurderingen går samlet i retning av å dreie tilbud i spesialisthelsetjenesten slik at innholdet i tilbudet for «primærdiagnosen»/delytelsen også kan ivareta forhold hos pasienten som eksempelvis:

- pasienter med stor kognitiv svikt
- pasienter med tolkebehov
- pasienter med tilleggsproblematikk innen rus- og psykiatri
- pasienter med stort pleiebehov
- pasienter med smitte
- pasienter med CP og andre kroniske tilstander. Disse pasientene kan ikke alltid reise hjem direkte etter enklere inngrep og kan derfor ha et spesialisert rehabiliteringsbehov.

Rehabilitering i senfase hos private leverandører bør derfor reduseres og tilbudet i fase 3 spisses for mer komplekse pasienter. Tilbudene hos private i senfase skal utvikles med en større grad av dagbaserte tilbud i kombinasjon med digital oppfølging og koordinert med tilbud i kommunehelsetjenesten. Behovsvurderingen synliggjør hvordan man kan bygge en «bro» mellom tilbud i spesialisthelsetjenesten og tilbudet i kommunehelsetjenesten.

³⁹ Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering

Det er definert regionale funksjoner innen rehabilitering i Helse Sør-Øst. I behovsvurderingen er det pekt på at disse tilbudene ikke utnyttes på en god nok måte, noe som bekreftes av aktivitetsdata fra NPR. Data viser at særlig Sørlandet sykehus og Sykehuset Innlandet, men også Sykehuset i Vestfold, i liten grad mottar pasienter fra øvrige sykehusområder. Det pågår et arbeid under fagråd rehabilitering hvor målet er å få til et bedre samarbeid mellom de som drifter de regionale funksjoner, og øvrige helseforetak for å utnytte kapasiteten på en bedre og mer likeverdig måte.

Det synes sentralt at Helse Sør-Øst RHF i større grad bør organisere tilbud og sørge for samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom egne helseforetak. Med grunnleggende funksjoner i alle helseforetak vil man i langt større grad enn i dag legge til rette for kompetanseoverføring og vurderinger i samarbeid med kommunehelsetjenesten, slik at pasientene får god behandling på rett nivå til rett tid.

Med den dreiningen som fagplanen og behovsvurderingen peker mot, kan det etableres en mer forutsigbar og likeverdig tjeneste med bedre samhandling og høyere kvalitet. Samtidig kan det legges til rette for at flere pasienter får et spesialisert, tilpasset rehabiliteringstilbud til en lavere total kostnad.

7.3 Status og ønsket dreining for de ulike fagområdene innen rehabilitering

Helse Sør-Øst RHF har i dag avtale med private leverandører innen 16 fagområder (delytelser). Helseforetakene har i varierende grad tilbud innen de samme ytelsene. Kapittelet beskriver de 16 fagområdene. For hvert fagområde beskrives diagnosegruppene/tilstandene, tilbudet i dag og ønsket dreining for primært for tilbud hos private leverandører. Dette er i henhold til føringer, aktivitetsdata og øvrige beskrivelser presentert tidligere i rapporten. Med bakgrunn i innspill fra fagmiljøer og brukerrepresentanter i arbeidsgruppen er det foreslått noen endringer i benevnningen av enkelte delytelser og diagnosegrupper (kursiv under overskrift og diagnosegrupper).

7.3.1 Delytelse A, Ortopedi

(Forslag endret overskrift fra: Brudd og slitasjesykdommer i skejelett)

Innledning

Den teknologiske og medisinske utviklingen i sykehusene har ført til mer skånsomme behandlingsmetoder innenfor fagområdet. Etter bruddbehandling og protesekirurgi kan mange pasienter ha behov for rehabilitering i form av veiledet fysioterapi, tilpasning av hjelpemidler og tilrettelegging i hjemmet. De fleste kan bo hjemme og få dekket sitt rehabiliteringsbehov i kommunen. En del kommuner har tilbud om hverdagsrehabilitering, frisklivsentral, LMS-tilbud (eksempelvis Aktiv A), fallforebyggende tilbud for eldre etc. Noen pasienter har så stort pleie-/bistandsbehov som tilsier rehabilitering i institusjon i kommunen.

Noen pasienter med komplekse funksjonsnedsettelse etter protesekirurgi og brudd kan ha behov for tverrfaglig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. For komplekse pasientene etter multitraume har Helse Sør-Øst RHF sentralisert tilbud til fire helseforetak.

Totalt 2133 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 1667 i senfase. Her er det et potensiale for en strengere vurdering av henvisninger til fase 5.

Diagnosegrupper/tilstander

Multitraume, postoperativ rehabilitering (revmakirurgi multimorbide, komplekse).

Tilbud i dag

Behovsvurdering innen fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst for perioden 2026 – 2030, 23.11.2023, Versjon 1.07 (Endret januar 2024)

Helseforetak/sykehus i fase 3: Sunnaas sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet, Sørlandet sykehus og Oslo universitetssykehus (fase 1 og 2),

Regionale funksjoner: Ja.

- Multitraume: Sunnaas sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus. Regionale tilbud i områdesykehusene brukes i liten grad av andre helseforetak, og bruk av Sunnaas sykehus varierer.

Privat: 135 plasser, 8 lokalisasjoner

Ønsket dreining

- Tilbud primært i fase 3
- Totalt sett en reduksjon av tilbud, hvor noen færre pasienter kan motta tilbud
- Rehabiliteringstilbudet innenfor ytelsen har vært bygget ned over tid, men kan reduseres ytterlig til fordel for andre grupper med mer komplekse, sammensatte tilstander (f.eks. komorbiditet, pleie- eller tolkebehov).
- De regionale funksjonene innenfor området bør utnyttes bedre. Helseforetak/sykehus bør se på egen henvisningspraksis. Innenfor ytelsen anbefales det primært tilbud i fase 3 etter sykehusbehandling.
- Vurdere noe tilbud i fase 5, men poliklinikk, dag/ dag med overnatting, kort oppholdstid.

7.3.2 Delytelse B, Revmatologiske sykdommer (inflammatoriske)

Innledning

Denne gruppen omfatter pasienter med artritt, spondyloartritt, bindevevssykdom og vaskulitter. For et par tiår siden var revmatisk inflammatorisk sykdom den hyppigste årsaken til funksjonsnedsettelse og rehabiliteringsbehov. Mange måtte igjennom omfattende leddoperasjoner (revmakirurgi). Moderne biologiske legemidler kan i dag bremse sykdomsutviklingen slik at skade og deformering av leddene i stor grad unngås. Revmatisk inflammatorisk sykdom rammer alle aldersgrupper, også barn, ungdommer og voksne i yrkesaktiv alder. Tilbakemelding fra Nasjonal behandlingstjeneste ved Diakonhjemmet sykehus er at behovet for spesialisert rehabilitering ikke nødvendigvis oppstår i den prioriterte satsingen på tidlig rehabilitering i sykehus, men med jevne mellomrom utover i sykdomsforløpet.

Behovet angår mestring av permanente eller midlertidige funksjonsnedsettelser som skyldes sykdomsoppblussing, progresjon av sykdommen, komorbiditet og/eller skifte av medikamentell behandling når effekten av førstevalgs-medisin ikke er optimal lenger. Dette krever spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team og målrettet arbeid som vektlegger kombinasjonen av sykdomsforståelse, medikamentell vurdering/revurdering fra spesialist, samarbeid med etater utenfor institusjonen og bistand til etablering av egenmestringsstrategier. Oppfølgingstiden kommunalt /i bydel må vare lenge nok til at pasienten får etablert nye hverdagsvaner og får etablert et riktig nivå av støtte fra andre.

Flere helseforetak presiserer nytten av gode LMS- tilbud til nydiagnostiserte der helseforetak har tilbud. Fortsatt er det en del pasienter med ledd-deformiteter som må behandles med kirurgi og leddproteser. Disse trenger oppfølging fra fysio- og ergoterapeut og tilpasning av hjelpemidler/bolig. En del revmatikere har nytte av veiledet trening i terapibasseng. Det er graden av kompleksitet som avgjør om pasienter i denne gruppen trenger spesialisert rehabilitering. Det er forventet at kommunene forsterker tilbudet til gruppen.

Totalt 501 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 452 i senfase. Kun tilbud i fase 5.

Diagnosegrupper/tilstander

Ledd- og bløtdelsaffeksjon som følge av reumatologisk lidelse.

Tilbud

Helseforetak: Revmatismesykehuset Lillehammer, LMS-tilbud: Vestre Viken og Diakonhjemmet

Regional funksjon: Ja, Nasjonal behandlingstjeneste ved Diakonhjemmet Sykehus

Privat: 35 plasser: 4 lokalisasjoner

Ønsket dreining

- En reduksjon av tilbudet totalt sett, hvor noen færre pasienter kan motta tilbud
- Viktig med økt fokus på arbeid og utdanning som mål.
- Tilbud justeres til spesialisert tverrfaglig kartlegging/vurdering
- Kun poliklinikk, dag/dag med overnatting. Pasienter med behov for rehabilitering i fase 3 omfattes av delytelse A.
- Det anbefales tilbud på færre lokalisasjoner, og kortere oppholdstid med mer dag/dag med overnatting.

7.3.3 Delytelse C, Amputasjoner underekstremiteter

Innledning

Årsaken til amputasjoner er hos omkring 85 % karsykdom med eller uten diabetes, 10 % traume og 5 % infeksjoner, kreftsykdom og annet (inkl. dysmeli). 80 % av benamputerte er over 60 år på amputasjonstidspunktet. Disse pasientene har høy grad av komorbiditet.

Mange av pasientene er eldre og kan ha redusert allmenntilstand, noe som resulterer i høyt hjelpebehov med sårstell og praktiske gjøremål. Enkelte pasienter kan videre ha et komplekst sammensatt sykdomsbilde med komorbiditet knyttet til psykisk helse og rus. For ytelsen er det derfor viktig med bred medisinsk og helsefaglig kompetanse.

I tidlig fase vil mange pasienter bli innlagt i rehabiliteringsavdeling i helseforetak som har et slikt tilbud (Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus). Helseforetak uten egne senger benytter tilbud hos private leverandører. Det er fortsatt behov for spesialiserte døgnplasser for pasientgruppen, men ikke nødvendigvis en økning av antall plasser. For denne pasientgruppen er det viktig at det blir gjort individuelle og helhetlige tverrfaglige vurderinger om forventet nytte av rehabilitering, herunder om det beste vil være et helhetlig omsorgstilbud.

Bedre diabetesomsorg, karkirurgi og ekstremitetsbevarende kirurgi kan peke mot færre fremtidige amputasjoner i Norge. Flere helseforetak gir innspill på uendret eller redusert kapasitet totalt sett⁴⁰. Imidlertid kan den demografiske utviklingen oppveie dette, samt behov for mottak av krigsskadede fra andre land.

Totalt 194 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 92 i senfase.

Diagnosegrupper/tilstander

Nye amputasjoner. Re-opphold for tilpasning/trening i bruk av protese. Senfølger/komplikasjoner

⁴⁰ Akershus universitetssykehus: Ortopedisk klinikk mener at forutsetningen om færre amputasjoner med proteseptensiale er feil. Det er riktig at andelen av pasienter som blir amputert, blir lavere, men pasienter med livsstilssykdommer med sekundær alvorlig sårproblematikk er økende.

Tilbud i dag

Helseforetak: Sunnaas sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus

Regionale funksjoner: Nei, ikke i dag.

Privat: 25 plasser, 3 lokalisasjoner. Fra 2024 er antall plasser redusert til om lag 19 plasser lokalisert til to institusjoner grunnet manglende innsøking av pasienter over tid.

Ønsket dreining

- Det kan vurderes en regional funksjon ved Sørlandet sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sunnaas sykehus. Sykehuset i Vestfold har gitt tilbakemelding om at de kan ta inn flere pasienter ved å redusere enklere rehabilitering for andre pasientgrupper.
- Fortsatt døgnbasert rehabiliteringstilbud i fase 3, men en liten reduksjon av antall plasser og antall pasienter som får tilbud hos private
- Eget lærings- og mestringsopphold (LMS-tilbud) i fase 5 kan vurderes. Et slikt tilbud kan for eksempel være rettet mot tap av aktuell ekstremitet. Viktig med god kompetanseoverføring til kommunene.

7.3.4 Delytelse D, CFS/ME (diagnostisert)

Innledning

Forløpet av CSF/ME kan arte seg forskjellig og innebære ulik grad av funksjonssvikt. De aller sykeste blir sengeliggende og pleietrengende i lengre perioder. Andel og antallet av de aller sykeste er ikke kjent, men utgjør en mindre andel av total forekomst. Hos enkelte pasienter varer sykdommen under to år, mens for andre er dette en langvarig tilstand. Prognosen er bedre for barn og unge enn for voksne uansett alvorlighetsgrad. I en rapport fra ME-foreningen oppga ca. 80 % av pasientene at de ikke ble friskere av rehabiliteringsopphold.

Det finnes pr. i dag ingen generelt dokumenterte behandlingsformer/rehabiliteringstilbud for denne pasientgruppen, og det er derfor sentralt at tilbud tar utgangspunkt i den enkeltes funksjon som kan variere svært mye.

Sykehusinnleggelse vil kunne befeste sykerollen. Det å bli møtt med forståelse og respekt, og bygge et tilbud som tar utgangspunkt i den enkeltes hverdag, er viktig. En slik tilnærming er i tråd med nasjonal veileder, hvor det er forventet at kommunene kan styrke tilbudet til pasientgruppen. Her vil blant annet ergoterapi- og fysioterapijenesten kunne bistå den enkelte med å tilrettelegge for å fungere i ADL-funksjoner. Helsedirektoratet gjennomfører en revisjon av nasjonal veileder fra 2014. Pasienter med mer komplekse symptomer og alvorlig funksjonsnedsettelse vurderes å ikke kunne nyttiggjøre seg av tilbud i spesialisthelsetjenesten slik innretningen er i dag. Framover vil forskning kunne si oss mer om årsaker til tilstanden og evidens ved ulike behandlingsformer. Det er viktig at regional kompetansetjeneste formidler entydig info.

Totalt 600 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 8 i senfase. Pasientene er i hovedsak henvist fra fastleger, dvs. fase 5 rehabilitering.

Diagnosegrupper/tilstander

Pasienter som har gjennomgått bred diagnostisk vurdering i primær og/eller spesialisthelsetjenesten.

Tilbudet i dag

Helseforetak: Sykehuset i Vestfold (poliklinisk), Sykehuset Innlandet (poliklinisk), Sørlandet sykehus, (pasientene utredes ved med. avd.)

Regional funksjon: Nei

Privat: 48 plasser, 6 lokalisasjoner, omfatter også tilbud til barn < 18 år

Ønsket dreining

- Reduksjon av antall plasser og oppholdstid. Noen færre pasienter kan motta tilbud.
- Ingen døgntilbud. Tilbudet konverteres til kortvarige pasient- og pårørendeopplæringstilbud og poliklinikk, dag/dag med overnatting, digitale tilbud.
- Pasientgruppen bør primært håndteres i kommunen. Tilbud til barn bør i størst mulig grad håndteres lokalt.

7.3.5 Delytelse E Kreftsykdommer

(Forslag ny overskrift fra Kreft - Kreftsykdommer)

Innledning:

Kreft rammer ca. 30 000 personer hvert år. Det er anslått at det finnes ca. 200 forskjellige kreftdiagnoser. 200 000 som har hatt kreft lever med sin kreftsykdom, og mange pasienter opplever seneffekter av kreftbehandlingen. Disse gir symptomer som ofte er felles for de ulike kreftdiagnosene. En undersøkelse som baserer seg på svar fra 2 971 krefttrammede knyttet til 10 pasientorganisasjoner, viser at 80 % rapporterer om økt tretthet/fatigue. Flere får også ernæringsproblemer og rapporterer om plager med angst og depresjon.

Kreftforeningens rehabiliteringsrapport «*Rehabilitering og mestring blant krefttrammede*» viser at det er forholdsvis omfattende behov for ulike typer oppfølging og veiledning etter kreftsykdom. De mest rapporterte behovene er å få snakke med en likeperson (61 %), samtale og veiledning med en fagperson (57 %), kurs om hvordan en bedre kan mestre sin nye livssituasjon (51 %), opptrening og eller behandling hos fysioterapeut (47 %) og hjelp til å sette seg inn i hvilke rettigheter en har med hensyn til økonomiske ytelser o.l. (45 %). Disse behovene trenger ikke nødvendigvis å dekkes av spesialisthelsetjenesten. Lymfødembehandling bør i størst mulig grad foregå hos lokal fysioterapeut med kompetanse i kommunen. Rehabilitering bør i størst mulig grad gis som dag- og polikliniske tilbud i nærhet til hjem og familie. Mange kommuner har etablert gode kommunale tilbud som mestringstilbud, men også tilbud til barn via kreftkoordinatorer. Det anses viktig med mestringskurs og tilbud for pårørende til barn. Oslo universitetssykehus bør ha et særskilt ansvar for barn. Digitale konsultasjoner er også aktuelt..

Totalt 862 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 678 i senfase. Tallene støtter dreiningen mot mer fase 5 rehabilitering, men fortsatt noe fase 3 rehabilitering

Diagnosegrupper/tilstander

Redusert funksjonsnivå/allmenntilstand for eksempel etter kirurgi/ strålebehandling/cytostatika før under og etter behandling. Omfatter også tilbud til barn < 18 år

Tilbud i dag

Helseforetak: Alle helseforetak har pusterom som er et poliklinisk treningstilbud for kreftpasienter. Det er i ulik grad tverrfaglig kompetanse knyttet til dette tilbudet. Sykehuset i Vestfold har i tillegg til Pusterom, tilbud om døgnrehabilitering for de mest komplekse pasientene.

Regional funksjon: Nei,

Privat: 60 plasser, 6 lokalisasjoner

Ønsket dreining:

- Tilbud bør i størst mulig grad gis lokalt i kommuner og via lokale tilbud i helseforetakene.
- Tilbud i fase 3 spisses til de mest komplekse
- Tilbud i spesialisthelsetjenesten i fase 5 gis med kortere oppholdstid som: poliklinikk, dag/dag med overnatting, LMS, digitalt.
- Redusert kapasitet totalt sett, men flere pasienter mottar tilbud grunnet kortere oppholdstider i fase 5
- Pasienter som har behov for postoperativ rehabilitering i fase 3 omfattes av delytelse 0.

7.3.6 Delytelse F Ervervet hjerneskade

(Forslag endret overskrift fra hjerneslag og traumatisk hjerneskade)

Innledning

Årlig forekomst av hjerneslag i Norge er ca. 12 000 hvorav om lag 6 700 i Helse Sør-Øst. Ifølge Norsk hjerneslagregister 2022 var 86 % hjerneinfarkt og 14 % hjerneblødning - en fordeling som har vært uforandret i mange år. Bedre akuttbehandling i slagenhet har ført til lavere dødelighet de siste tiår. Raskt innsettende behandling med blodproppløsende behandling kan forhindre og redusere hyppighet og omfang av varige hjerneskader med funksjonsnedsettelse i form av lammelser, kognitive vansker, talevansker, sanseforstyrrelser og flere andre plager.

Pasienten overføres fra slagenhet til videre rehabilitering i helseforetak, privat rehabiliteringsinstitusjon, institusjon i kommune eller til tidlig støttet utskrivelse til hjemmet.

I Nasjonalt pasientforløp for hjerneslag er det to nivåer for døgnbasert subakutt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Målgruppene for nivå 1 og nivå 2 i spesialisert rehabilitering gjelder for pasienter med moderate til alvorlige fysiske funksjonsnedsettelse.

- Målgruppen for nivå 1 er pasienter med lette til moderate kognitive vansker og/eller kommunikasjonsvansker.
- Målgruppen for nivå 2 er pasienter med moderate til alvorlige vansker som krever spesiell kompetanse på kartlegging og tiltak.

Videre er en forskjell mellom nivåene at pasienter i målgruppen for nivå 1 har lite til moderat behov for oppfølging av sykepleier og lege, mens dette behovet ofte vil være moderat til betydelig hos pasienter i målgruppen for nivå 2. 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 Helse Sør-Øst er nivå 2 funksjonsfordelt til fire helseforetak. Nivå 1 omfatter private tilbud.

Om lag 20 % er yrkesaktive før innleggelsen. Av disse er 71 % av pasientene fortsatt yrkesaktiv 3 måneder etter hjerneslaget. Pasienter i arbeidsfør alder prioriteres til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. For mange er fatigue en utfordring.

Hjerneslagrammede er en stor gruppe pasienter, og mange kommuner har etter hvert opparbeidet seg god kompetanse. Rehabilitering i senere faser bør i hovedsak skje i kommune. Det blir viktig å bistå kommunene gjennom samarbeid og med kompetanseoverføring, spesielt innenfor de områdene der kommunene mangler kompetanse (f.eks. synsrehabilitering, logopedi, kognitiv svikt). Eget lærings- og mestringsopphold (LMS-tilbud) i fase 5 som dag/ dag med overnatting kan vurderes. Sykehus uten egne rehabiliteringssenger vektlegger at kapasitet bør opprettholdes.

Rehabilitering etter annen type hjerneskade har stort sett foregått i sykehus. Helse Sør-Øst RHF har i dag avtale med én privat leverandør om et «stepdown»-tilbud etter fase 3 rehabilitering ved Sunnaas sykehus for pasienter > 18 år. Sunnaas sykehus anbefaler å øke antall plasser fra 6 til 8. Her er det spesielt viktig med gode overføringsprosedyrer til hjemkommune i form av kompetanseoverføring/veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommune.

Totalt 893 pasienter med hjerneslag mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 463 i senfase. Tilbud primært i fase 3 og noe fortsatt i fase 5.

Diagnosegrupper/tilstander

Hjerneslag etter behandling i slagenhet, traumatisk hjerneskade og ikke-traumatisk hjerneskade: anoksisk hjerneskade, encefalitter, hjernesvulst mm (*Nytt inn under tilstander/ diagnosegrupper: Ikke-traumatisk hjerneskade: anoksisk hjerneskade*)

Tilbud i dag

Helseforetak: Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har slagenhet (fase 2 rehabilitering). Sunnaas sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus har fase 3 og 5 rehabilitering.

Regionale funksjoner:

- Alvorlig traumatisk hjerneskade, voksne- Fase 3: Sunnaas sykehus og Sørlandet sykehus
- Alvorlig og moderat ervervet hjerneskade for barn og unge < 18 år- Fase 3: Sunnaas sykehus
- Hjerneslag med komplekse utfall – Fase 3: Sykehuset i Vestfold, Sørlandet sykehus, Sykehuset Innlandet og Sunnaas sykehus

Privat: 60 plasser, 6 lokalisasjoner, hvorav 6 plasser for hjerneskade - «stepdown» etter primærrehabilitering ved Sunnaas sykehus. Sørlandet sykehus benytter ikke tilbudet

Ønsket dreining

- Reduksjon av kapasitet hos private leverandører med bedre utnyttelse av regionale funksjoner (Nivå 2 rehabilitering) -
- Tilbud i fase 3 med noe økt pleiefaktor
- Tilbud i fase 5 for vurdering av funksjonsnivå, revurdering av målsettinger og veiledning
- Eget lærings- og mestringsopphold (LMS-tilbud) i fase 5 som dag med overnatting bør vurderes. En redusert kapasitet vil opprettholde tilbud til like mange pasienter grunnet kortere oppholdstid i fase 5.
- Økt kapasitet på tidlig rehabilitering i sykehus (fase 1 og 2).
- Økt kapasitet på traumatisk hjerneskade.

7.3.7 Delytelse G Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer

Innledning

Fagområdet/delytelsen omfatter pasienter med kroniske og progredierende nevrologiske sykdommer og er i dag den største ytelsen med 166 plasser hos de private. Den største andelen henvises fra helseforetak.⁴¹ I tillegg har helseforetakene tilbud på områdenivå, og det er definert flere regionale funksjoner. Noen av gruppene har også nasjonale tilbud.

ALS, Guillan Barre, muskeldystrofier og epilepsi er i hovedsak knyttet til sykehusbehandling på grunn av sjelden forekomst, kompleksitet og behov for spisset medisinsk kompetanse.

⁴¹ Egen rapportering fra private leverandører til Helse Sør-Øst RHF

Sykehuset Innlandet og Sykehuset i Vestfold har regional funksjon for Guillan Barre. Det finnes LMS-tilbud i helseforetak for flere av pasientgruppene. Spesialisthelsetjenesten tilbyr utredning og nødvendig oppfølging i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå. Ved langtkommen sykdom kan rehabilitering ha begrenset effekt.

Det å komme tidlig inn i startfasen med kompetansedeling i form av LMS-tilbud og et tilpasset treningsopplegg kan bidra til å forsinke sykdomsforløpet for flere av pasientgruppene. Det er stor variasjon i behandling avhengig av diagnose. Mange nydiagnostiserte pasienter henvises til private leverandører⁴². Det er forventet at kommunene forsterker tilbudet til flere av pasientgruppene. Et eksempel er Morbus Parkinson, hvor ParkinsonNet nå implementeres i kommunchelsetjenesten i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Sunnaas sykehus har regional funksjon for pasienter med Ryggmargsskade (RMS). Basert på tilgjengelig reell kompetanse i kommunene og utviklingstrendene i pasientpopulasjonene har Sunnaas sykehus, påpekt behov for et «stepdown»-tilbud før pasienten overføres til kommunen. Sunnaas har videre påpekt behov for å etablere tilbud til RMS-pasienter med sår etter lappeplastikk «avlastningsopphold», samt tilbud for eldre pasienter med stor somatisk komorbiditet. Sunnaas anslår behov for 8-10 senger. Det er viktig med ambulante tilbud for kompetanseoverføring til kommune.

Totalt 2094 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 1720 i senfase. Tallene understøtter at behovet er størst for tilbud i fase 5 og noe mindre i fase 3. Hovedtyngden av pasientene henvises fra helseforetakene, sannsynligvis fra poliklinikkene.

Diagnosegrupper/tilstander

Multippel Sklerose, Parkinsons sykdom, epilepsi, følgetilstander etter Poliomyelitt, Huntingtons sykdom (tidlig fase), nevromuskulære tilstander, Ryggmargsskade, andre neurologiske tilstander som for eksempel Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) (LMS tilbud i tidlig fase).

Tilbud i dag

Helseforetak: Akershus universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Sykehuset Innlandet

Regionale funksjoner: Ja,

- Ryggmargsskader hos voksne (Sunnaas sykehus)
- Ryggmargsskade, multitraume og nevrologi hos barn/ungdom (Sunnaas sykehus)
- Funksjonelle bevegelsesforstyrrelser (Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF)
- Akutte ikke-progredierende neurologiske tilstander (Sunnaas sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF)

Private: 166 plasser, 11 lokalisasjoner, i hovedsak 4 ukers gruppeopphold. Omfatter også barn og unge < 18 år

Ønsket dreining

- Bedre utnyttelse av regionale funksjoner.
- Det anbefales å redusere kapasiteten totalt sett med kortere oppholdstider i fase 5 med mer poliklinikk, dag/ dag med overnatting, LMS tilbud for nydiagnostiserte.
- ALS inkluderes under diagnosegruppene/tilstandene, men kun for nydiagnostiserte

⁴² Tilbakemelding fra private leverandører i høstens oppfølgingsmøter

- Opphold i spesialisthelsetjenesten koordineres i større grad med trening lokalt i regi av for eksempel frisklivssentraler.
- Sunnaas sykehus beskriver behov for å øke antall senger til pasienter med ryggmargsskade hos private leverandører med anslagvis 8-10 senger.
- En reduksjon av kapasiteten totalt sett, men flere pasienter får tilbud grunnet kortere oppholdstid i fase 5.
- Ambulante tilbud med kompetanseoverføring til kommunene blir viktig.

7.3.8 Delytelse H Hjertesykdommer

Innledning

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.⁴³ Behovet for rehabilitering for denne gruppa kan en dermed antas at vil gå noe ned til tross for at befolkningen blir eldre.

Ved enklere tilstander uten tilleggsproblematikk vil mange hjertepasienter klare seg med enkelttiltak som veiledet fysisk trening eller oppfølging av ernæring og røykeslutt. Hjerteskoole med LMS- tilbud kan være tilstrekkelig for mange. Mange pasienter med hjertesvikt er eldre enn 65 år og kan ha et sammensatt sykdomsbilde. Pasienter med medfødt hjertefeil som har stor funksjonssvikt og hjertetransplanterte kan trenge høyspesialisert rehabilitering som sentraliseres.

Det er behov for rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten for denne gruppen, selv om de fleste kan nyttiggjøre seg lavterskeltilbud med vekt på fysisk trening i kommunal regi.

Pasientene henvises i hovedsak fra hjerteavdelinger/hjertepoliklinikk.

Helse Sør-Øst RHF har i dag avtale om kartlegging og vurdering innen delytelsen. En modell med både utredning og behandling hos private leverandører innenfor samme sted kan imidlertid tenkes å gi insentiv for overbehandling.

Totalt 416 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 163 i senfase. Tilbud i fase 3 og 5 opprettholdes.

Diagnosegrupper/tilstander

Rehabilitering etter åpen hjertekirurgi og alvorlig hjertesykdom (*Erstatter: Følgetilstander ved alvorlig hjertesykdom og etter hjerteoperasjoner.*)

Tilbud i dag

Helseforetak: Poliklinisk tilbud i alle helseforetak, LMS-tilbud: Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold, Diakonhjemmet Sykehus,

Regional behandlingstjeneste: Nei

Private: 83 plasser, 7 lokalisasjoner

Ønsket dreining

- Det bør vurderes sentraliserte fase 3 tilbud til pasienter med alvorlig hjertesykdom og etter åpen hjertekirurgi.

⁴³ [Folkehelse rapporten---temautgave-2022.pdf](#)

- I tillegg etableres kortvarige kartleggings- og vurderingsopphold som dag/ dag med overnatting koordinert med trening lokalt i regi av for eksempel frisklivssentraler. Ellers bør fase 3 primært være poliklinisk i foretak/ LMS.
- En reduksjon av kapasitetene totalt sett, men kortere oppholdstid i fase 5 gir tilbud til flere pasienter.

7.3.9 Delytelse / Lungesykdommer

Innledning

KOLS forekommer hos 7 % av den voksne befolkningen og sykdommen har en årlig insidens på 1 %. Det innebærer at rundt 170 000 personer har KOLS - dvs. ca. 100 000 i Helse Sør-Øst. Lungerehabilitering er vist å redusere tungpust (dyspné), utmattelse (fatigue), angst og depresjon, øke fysisk utholdenhet og muskelstyrke og bedre helse relatert livskvalitet.⁴⁴

Fra Nasjonal retningslinje for KOLS er det beskrevet at pasienter som er symptombegrenset av KOLS, bør henvises til tverrfaglig lungerehabilitering som dagtilbud i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Ifølge retningslinjen kan primærhelsetjenesten ivareta de fleste personer med KOLS. Pasienter med uttalt komorbiditet og sammensatt sykdomsbilde som gjør at de ikke kan delta i poliklinisk lungerehabilitering, henvises til døgnbasert rehabilitering ved spesialsykehus/ institusjoner. Spesialisthelsetjenesten bør ivareta pasienter som ikke kan håndteres i primærhelsetjenesten, eller når det ikke er tilgjengelige tilbud lokalt.

Helse Sør-Øst RHF har i dag avtale om kartleggings- og vurderingsopphold innen delytelsen. En modell med både utredning og behandling hos private leverandører innenfor samme sted kan imidlertid gi insentiv til overbehandling.

Lungerehabilitering er mangelfullt utbygd i norske kommuner selv om de fleste pasienter med KOLS bør kunne ivaretas der. Gruppetilbud på dagtid med en strukturert treningstilnærming som forbedrer utholdenhet og styrke, bør tilbys pasienter med lettere grad av tungpust, men som likevel føler seg hemmet i dagliglivet. Generell kommunal rehabilitering eller hverdagsrehabilitering vil ikke dekke behovet til disse pasientene. Det tverrfaglige teamet bør minimum bestå av lege, sykepleier og fysioterapeut⁴⁵.

Flere sykehus har i dag egne opplegg med hjemmeoppfølging av KOLS-pasienter. Det bør differensieres mellom KOLS grad 1 og 2 versus grad 3 og 4. Det er viktig å etablere system for oppfølging i primærhelsetjenesten, men dette krever kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten. Pasientene henvises i hovedsak fra lungeavdelinger/ lungepoliklinikker.

Totalt 588 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 447 i senfase. Tilbud i fase 3 og 5 opprettholdes.

Diagnosegrupper/ tilstander

Følgetilstander ved alvorlig lungesykdom og etter operasjoner

Tilbud i dag

Helseforetak/ sykehus: Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold,

⁴⁴ McCarthy et al., 2015; Spruit et al., 2013), og er rangert som en av de mest kostnadseffektive behandlingene ved kols (GOLD, 2021

⁴⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/lungerehabilitering>

Sykehuset Innlandet, ambulansetilbud etablert ved Sykehuset Østfold for å hindre reinnleggelser.

LMS- tilbud: Diakonhjemmet Sykehus

Regional funksjon, Nei, men i arbeidet er det foreslått å vurdere Granheim som regional funksjon

Privat: 90 plasser, 3 steder- hovedsak gruppeopphold 4 uker

Ønsket dreining:

- Kartleggingsopphold vektlegges for nydiagnostiserte på poliklinikk/dag med overnatting, inkludert LMS- tilbud.
- Det anbefales å redusere døgnbasert rehabilitering og etablere mer kortvarige kartleggings- og vurderingsopphold koordinert med trening lokalt i regi av for eksempel frisklivssentral.
- Det kan vurderes å sentralisere døgntilbud for pasienter med uttalt komorbiditet og sammensatt sykdomsbilde som gjør at de ikke kan delta i dag/poliklinisk lungerehabilitering, samt rehabilitering etter lungetransplantasjoner.
- Reduksjon av total kapasitet, men kortere oppholdstid i fase 5 gir tilbud til flere pasienter.

7.3.10 Delytelse J Kronisk muskel- og bløtdelssmerte

Innledning

Rundt 30 prosent av befolkningen oppgir at de har langvarig smerte.⁴⁶ Menon Economics har beregnet samfunnskostnadene grunnet muskel- og skjelettplager til 255 mrd. kroner⁴⁷. Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering anbefaler at pasientgruppen som hovedregel bør få tilbud i kommunene. NPR viser at «sykdom i muskel-skjelett system og bindevev» er den vanligste diagnosen i private rehabiliteringsinstitusjoner (Tabell xx).

Det er viktig å ha kunnskap om hvilke pasienter som trenger helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men tiltak skal først være prøvd ut i kommunen. Det er utviklet gode evalueringsskjema som rasjonelt klassifiserer behovet for rehabilitering ved ryggplager. (Nakke og ryggregisteret).

Helse Sør-Øst RHF har i dag avtale om kartlegging og vurdering innen delytelsen. En modell med både utredning og behandling hos private leverandører innenfor samme sted, kan imidlertid gi insentiv for overbehandling.

Pasientene er ofte i arbeidsfør alder. Den tverrfaglige utredningen foregår i spesialisthelsetjenesten, og sees i sammenheng med Helse og arbeidspoliklinikkene. Det er viktig med gode samarbeidsarenaer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for kompetanseoverføring og tilbud innen blant annet pasient- og pårørendeopplæring.

Det er store variasjoner innen funksjonsnivå, og vi ser overlapping med andre diagnoser. Mange pasienter har en sammensatt problematikk som handler om flere forhold som ofte bør følges opp der de lever livene sine. Frisklivssentralene i kommunen har tilbud til denne gruppen. I Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler står det at «*Frisklivssentralens brukere får strukturert og tilpasset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning, informasjon og aktiviteter. Tilbudet tilrettelegges med hensyn til den enkeltes diagnoser og helseutfordringer.*» Opphold i spesialisthelsetjenesten bør være korte og følges opp med videre tiltak i kommunehelsetjenesten. Det er graden av kompleksitet som avgjør om pasienter i denne gruppen trenger tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er forventet at

⁴⁶ Folkehelseinstituttet, «fhi.no» 2018. [Internett]. Available: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/%20?term=langvarig%20smerte%20&h=1>. [Funnet 07 03 2023].

⁴⁷ Menon Economics, «Muskel- og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest-koster mest vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnadene,» Menon Economics, Oslo, 2019.

kommunene forsterker tilbudet hvor spesialisthelsetjenesten bistår med kompetanseoverføring. Det bør ikke gis tilbud om re-opphold i spesialisthelsetjenesten.

Innspill fra en fastlege i PKO-nettverket gjenspeiler en rekke innspill/tilbakemeldinger som har kommet i prosessen vedrørende denne pasientkategorien: *Denne pasientgruppen deler mange likhetstrekk med CFS/ME. For denne gruppen er pasientopplæring spesielt viktig. For meg er det viktig med hjelp og støtte til de utfordrende pasienter med kroniske smertetilstander og utmattelsestilstander. Det er mange av dem, de trenger tverrfaglig utredning og de koster mye for samfunnet (særlig i tapt arbeid) De trenger å føle seg tatt på alvor. Dessverre opplever jeg at det er vanskelig i en travel fastlegehverdag å få de til å forstå sammenhenger og mekanismer.*

Totalt 2337 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 2188 i senfase. Tallene understøtter at tilbud kun gis i fase 5.

Diagnosegrupper/tilstander

Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige rygg smerter, andre smertetilstander med utgangspunkt i bevegelsesapparatet. (Erstatter denne: *Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakkesmerter, langvarige rygg smerter*)

Tilbud

Helseforetak/ sykehus: Med unntak av AHUS og private med eget opptaksområde har alle helseforetak tverrfaglig poliklinikk innen fysikalsk medisin og rehabilitering

Regional funksjon: Nei

Privat: 149 plasser, 11 lokalisasjoner, i hovedsak gruppeopphold 4 uker og døgn

Ønsket dreining

- Kun polikliniske tilbud/ dag/ dag med overnatting/digital oppfølging i spesialisthelsetjenesten med god kapasitet på tidlig tverrfaglig poliklinisk utredning.
- Døgnbasert rehabilitering fjernes hos private.
- Tilbudet sees i sammenheng med Helse og arbeidspoliklinikkene og NAV sine individrettede tiltak
- Viktig med LMS og kompetanseoverføring til og i samarbeid med kommunen.
- Digital oppfølging bør være aktuelt for målgruppen. I utgangspunktet bør standardiserte tilbud tilbys basert på beste kunnskap som for eksempel Brief intervention.
- Vesentlig økning i pasientvolum som gjenspeiler bortfall av R-ytelsen (arbeidsrettet rehabilitering)

7.3.11 Delytelse K Sykelig overvekt

Innledning

Sykelig overvekt defineres som KMI over 40, eller over 35 med følgesykdom. Tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at forekomsten av fedme er økende i alle aldersgrupper, mest hos unge voksne og betydelig mer hos menn enn hos kvinner. Også andelen av personer med sykelig overvekt (KMI \geq 40) er økende. Det er om lag 140 000 personer med sykelig overvekt i Norge. De mest komplekse tilfellene trenger tilbud i spesialisthelsetjenesten..

Tilbudene hos private leverandører er i dag omfattende med lang oppfølging (Hele forløpet totalt 5 år). Tilbakemeldinger er at mange pasienter avslutter behandlingen før behandlingsforløpet er ferdig.

Ny kunnskap kan tilsi kortere oppfølgingstid i en eventuell ny avtale⁴⁸.

Hovedansvaret for oppfølging på sikt bør ligge i kommunene. I Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler beskrives hvilken rolle frisklivssentraler har i det kommunale tjenestetilbudet, og hvordan det samarbeides med ulike instanser. Oppfølging og veiledning individuelt og i gruppe for mennesker med livsstils-/overvektsproblematikk er en sentral del av tilbudet i frisklivssentralene. Pasienter som får tilbud om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, skal være utredet i overvektspoliklinikk i helseforetaket. Barn i denne gruppen kan ha behov for gruppe-/familieopphold.

Totalt 1802 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022.

Diagnosegrupper/tilstander

Voksne pasienter med KMI 40 eller høyere, eller KMI 35 eller høyere i kombinasjon med vektrelaterte sykdommer. Barn og ungdom under 18 år med fedme iso KMI 35 eller høyere.

Tilbud i dag

Helseforetak: Alle helseforetak har overvektspoliklinikk. Sykehuset Telemark har i 2022 og 2023 i tillegg hatt døgntilbud ved Nordagutu rehabilitering.

Regionale funksjoner: Ja, Senter for sykkelig overvekt, Sykehuset i Vestfold og Oslo universitetssykehus

Privat: 163 plasser, 5 lokalisasjoner, hvorav 2 døgninstitusjoner

Ønsket dreining

- Tilbudet skal være poliklinisk, dag/ dag med overnatting/LMS/digitalt-
- Noe døgnopphold forbeholdes familietilbud med kortere oppholdstid enn dagens avtale.
- Kortere sekvensielle opphold, med tilbud tilgjengelig for flere der aktivitet/trening kan skje lokalt
- Hovedansvaret ligger i kommunene i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Reduksjon av kapasiteten totalt sett, men flere pasienter mottar tilbud grunnet kortere oppholdstid.

7.3.12 Delytelse L Diabetes type 1

Delytelse L Diabetes type 1

Innledning

Delytelsen omfatter voksne pasienter med insulinkrevende diabetes type 1.

Pasienter med diabetes type 1 følges opp i helseforetakene med minst en årlig kontroll. Pasientene er ofte i arbeidsfør alder. Den tverrfaglige oppfølgingen bør derfor primært skje lokalt i helseforetakene i samarbeid med fastlegene. Enkelte pasienter kan ha behov for en mer intensiv tverrfaglig oppfølging i kortere perioder. Ved lange ventetider i lokalt helseforetak, kan et slikt tilbud ivaretas av en privat aktør. De fleste endokrinologiske poliklinikker i Helse Sør-Øst, har i dag en ventetid på over 20 uker.

Diagnosegrupper/tilstander

Diabetes type 1 – Pasienter over 18 år med særlig krevende tilstander/ livsfaser.

⁴⁸ -Resultatene fra Gjevestad (The effectiveness of secondary and tertiary care lifestyle intervention in morbidly obese patients: a 1-year non-randomized controlled pragmatic clinical trial - Gjevestad - 2013 - Clinical Obesity - Wiley Online Library) ble publisert på 1 års data, fordi frafall av pasienter var for høyt etter 4 års behandling.

Tilbud i dag

Helseforetak: Alle helseforetak har diabetespoliklinikk

Regionale funksjoner: Nei

Private: Ett behandlingssted, ca 5000 konsultasjoner pr år

Ønsket dreining

- Gi tilbud til pasienter med særlig krevende tilstander/livsfaser knyttet til behandling og det å leve med diabetes type 1
- God dialog med henvisende helseforetak
- Økt gjennomstrømning, kortere oppfølgingstid pr pasient
- Tilbud om digitale konsultasjoner

7.3.13 Delytelse M Alvorlig grad av sanseforstyrrelser

Innledning.

Denne ytelsen omfatter pasientgrupper med svært ulike funksjonsnedsettelse og behov.

Det er to hovedgrupper:

- Voksne døve og døvblinde med behov for somatisk rehabilitering primært i fase 3 og noe i fase 5.
- Pasienter med tinnitus, vestibulære- og Menière sanseforstyrrelser. I tillegg: Mestringskurs for Cochleaimplantat-brukere og Cochleaimplantat-opererte i fase 5

Døvblindhet er en sjelden funksjonshemming. I Norge har færre enn 2670 personer diagnosen dövblindhet (beregnet av folketallet i 2019 ⁴⁹).

Helse Sør-Øst RHF har i dag avtale om rehabilitering av pasienter som er døve/døvblinde og, som har behov for somatisk rehabilitering etter sykdom/skade. I tillegg er det avtaler om rehabilitering ved tinnitus, Menière og vestibulære lidelser.

Det er en årlig forekomst av 30 nye brukere av Cochlearimplantat og ca. 120 "vanlige" tunghørte barn. Disse har lovfestede rettigheter til enten tegnspråklig eller talespråklig habilitering. Det er Statped som har ansvar for dette tilbudet. Yrkesaktive er også en stor gruppe.

Totalt 310 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 297 i senfase og 13 pasienter i fase 3.

Diagnosegrupper/tilstander

- Voksne døve og døvblinde med behov for somatisk rehabilitering
- Pasienter med tinnitus, vestibulære- og Menière- sanseforstyrrelse. I tillegg: Mestringskurs for Cochleaimplantat-brukere

Tilbud

Helseforetak: Ingen tilbud er registrert på *Velg behandlingssted*

Regional funksjon: Nei

Privat: Totalt 33 plasser:

- 5,7 plasser til døve, blinde og døvblinde ved en lokalisasjon- døgntilbud.
- 27,3 til: Tinnitus og Meniere, Vestibulære lidelser ved to lokalisasjoner- dogn- og dagtilbud

⁴⁹ <https://www.dovblindhet.no/om-doevblindhet.4610488-124832.html>

Ønsket dreining

- Ytelsen omfatter tilbud til døve, blinde eller døvblinde som har behov for somatisk rehabilitering etter akutt sykdom/skade. Antall rehabiliteringsplasser opprettholdes.
- Tinnitus og vestibulære lidelser; Poliklinisk eller dag/dag med overnatting, kortere oppholdstid enn dagens avtaler og mer fokus på mestring. Kan også eventuelt ivaretas poliklinisk i eget helseforetak eller kommune. En reduksjon av antall plasser
- En reduksjon av kapasiteten totalt sett, men flere pasienter mottar tilbud grunnet kortere oppholdstid i fase 5.

7.3.14 Delytelse N Tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning

Innledning

Det har pågått et nasjonalt arbeid for å vurdere behov for utvidede (intensive) habiliteringstilbud til barn og unge (0 - 17 år) i spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet har anbefalt at det etableres regionale tilbud for denne pasientgruppen. Det er utarbeidet en fagplan habilitering i Helse Sør-Øst RHF hvor intensiv habilitering av barn og unge er et satsingsområde.

I denne gruppen kan det også vurderes at mange innen kategorien «ungt utenforskap» kan passe inn når vi ser innretningen på tilbud og ønsket dreining.

Det er i prosessen poengtert at ulike momenter kan forsterke kvaliteten på tjenestene. Det synes sentralt at oppholdene er individuelt tilpasset, selv om pasienten følger en gruppe. Tilbudet må ses i sammenheng med tjenester i helseforetak og kommuner, herunder er det viktig med forløpstenkning og for- og etterarbeid. Samarbeid med familier og oppmerksomhet på livsløpsoverganger er av stor betydning. I denne delytelsen ser vi at tilbudet til en viss grad er diagnoseuavhengig, der funksjonsnivå er gjeldende. Tilbudet er gjerne en del av en utredning eller som følge av utredning. Spesialisthelsetjenesten bør derfor oftere være henviser. Tilbudet vil kunne utfylle de tilbud som ikke er i foretakene.

Totalt 586 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 550 i senfase. Tallene understøtter et tilbud primært i fase 5.

Diagnosegrupper/tilstander

Diagnoseuavhengig, men vesentlig etter store traumer, og ved nevrologiske tilstander, medfødt og ervervede. Barn og unge under 18 år, 18-30 år.

Tilbud i dag

Helseforetak: Nei, ikke med tilsvarende innretning som hos de private med stort fokus på tilpassning/opplæring i bruk av hjelpemidler

Privat: 50 plasser, 3 lokalisasjoner (Beitostølen, PTØ, Catosenteret)

Ønsket endring

- Det anbefales en økning av volum på både primær poliklinikk, dag med overnatting, med kortere, og til dels sekvensielle opphold med digital oppfølging, men også behov for noen døgnplasser.
- Mange opphold handler om tilrettelegging/ trening i bruk av hjelpemidler. Således anbefales kortere oppholdstid totalt med tilbud tilgjengelig for flere hvor aktivitet/trening kan skje lokalt.

- Vesentlig økning i pasientvolum som gjenspeiler bortfall av R- ytelsen (arbeidsrettet rehabilitering) Kategorien «ungt utenforskap» kan inngå i ytelsen, der funksjonsnivå avgjør om tilbud i spesialisthelsetjenesten er relevant.
- Kapasitet opprettholdes, men mange flere pasienter får tilbud grunnet kortere oppholdstider.

7.3.15 Delytelse O Pasienter med sammensatte og eller komplekse tilstander etter langvarig intensivbehandling

(Forslag endret overskrift fra: *Pasienter med komplekst sykdomsbilde med behov for sømløs rehabilitering etter sykehusbehandling*)

Innledning

Traumepasientene er på grunn av kompleksitet ofte ikke aktuelle for overføring til private rehabiliteringssentre i tidlig fase. For multitraume er det regional funksjon ved Sunnaas sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus. Også pasienter med multiorgansvikt har behov for høy rehabiliteringskompetanse som muligens best håndteres i helseforetakene. Det er 15 % av pasientene i intensivavdeling som kommer inn under denne kategorien. Det er et stort behov for å opprette rehabiliteringsplasser for alvorlig multitraumatiserte pasienter. Det kan være problematikk som underernæring, dekondisjonering og redusert allmenntilstand. Tilbudet bør ikke være fordelt på for mange institusjoner og de må ha mulighet for å ta imot pasienter med Barthel score ⁵⁰ ned til 30. Ytelsen er i stor grad en diagnoseuavhengig ytelse og skal være forbeholdt henvisninger fra helseforetakene. Ytelsen er imidlertid også benyttet til pasienter med postcovid, hvor også fastleger kunne henwise. Tall fra NPR viser derfor at det i 2022 var om lag like mange pasienter i fase 3 og fase 5. Private leverandører har i oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF hevdet at henvisningspraksis synes å være tilfeldig med hensyn til hvilke pasienter som blir overført fra sykehusene til private

Totalt 542 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 312 i senfase. Det høye antallet i senfase kan skyldes opphold grunnet sencovid. Det har vært åpnet for at fastleger kunne henwise disse pasientene med til denne delytelsen.

Diagnosegrupper/tilstander

Følgetilstander etter operasjoner og tilstander i indre organer, unntatt hjerte- og lungesykdommer, brannskader og transplantasjoner.

Tilbud i dag

Helseforetak: Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet, Sørlandet sykehus

Regional funksjon: Nei, men kan en tenke regionale tilbud knyttet til Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet, Sørlandet sykehus og Sunnaas sykehus?

Privat: 38 plasser, 5 lokalisasjoner

Ønsket dreining

- Henvisningsrutine opprettholdes dersom ytelsen videreføres- Kun henvisninger fra helseforetak til fase 3 rehabilitering
- God og enhetlig henvisningspraksis blir viktig å etablere i helseforetakene
- Det bør vurderes regionale funksjon(er). Dette gjelder særlig pasienter etter langvarig intensivbehandling som har behov for tverrfaglig spesialisert rehabilitering grunnet i et

⁵⁰ Barthel score er et måleverktøy for å angi graden av selvhjelpenhet i dagliglivets gjøremål. Skalaen går fra 0-100, og en score på 30 angir et høyt behov for hjelp.

komplekst sykdomsbilde. Her kan det være behov for en tverrfaglig medisinsk og helsefaglig kompetanse, samt tilgang på avansert utstyr som private leverandører ikke har.

7.3.16 Delytelse R Rehabilitering med arbeid som mål

Innledning

Pasienten i denne kategorien må være medisinsk utredet, i arbeidsdyktig alder og ha nedsatt arbeidsevne. Det skal være en klar målsetting om tilbakeføring til arbeidslivet/deltakelse i arbeidslivet (helt eller delvis). Tjenesten skal også omfatte pasienter hvor økt funksjon i en student/skolehverdag er målet. Lokale tiltak skal være prøvd uten ønsket resultat. Pasientene må kunne delta i tilrettelagte fysiske aktiviteter. Pasientene har ofte tilleggsproblematikk som sammensatte helseplager, samt økonomiske og sosiale forhold som må ivaretas.

Innenfor Helse og arbeid er det inngått kortsiktige avtaler som løper ut 2026. Denne ikke-diagnosespesifikke delytelsen ble etablert før kompetanse innen feltet og fokus var inkludert i alle rehabiliteringsforløp der arbeid og utdanning er relevant for pasienten. «Arbeid som mål» er i dag et naturlig integrert fokus i svært mange behandlings- og oppfølgingstilbud og spesielt innen rehabilitering jfr. formålet med rehabilitering⁵¹.

Kompetanse finnes både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og NAV har en rekke tiltak som retter seg mot målgruppen. På landsbasis kjøper NAV arbeidstiltak for 10 milliarder kroner, hvorav 7 milliarder brukes på ordinære arbeidstiltak. De store individrettede tiltakene avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering utgjør en betydelig andel av tiltaksbudsjettet. Her finnes det mange tjenestemottakere som har nedsatt funksjon og helsemessige utfordringer. Eksempelvis har NAV i 2023 til enhver tid ca. 500 personer inne på arbeidsrettet rehabilitering i Helse Sør-Øst⁵² (nav.no «Tiltaksdeltakere- statistikk pr. september 2023»). NAV har utviklet tiltak i nært samarbeid med arbeidsmarkedet, og tjenester leveres primært der den enkelte lever livet sitt. Det er vist god effekt av denne type tiltak. Samhandling med primærhelsetjenesten, arbeidsmarkedet og NAV synes sentralt i mange av rehabiliteringsforløpene i spesialisthelsetjenesten

Totalt 1964 pasienter mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2022, hvorav 1879 i senfase.

Diagnosegrupper/tilstander

Personer der arbeidsdimensjonen er en svært viktig del av helsebildet.

(Forslag om å fjerne fagområdet som egen ytelse- inngår i alle aktuelle ytelser)

Tilbud i dag

Helseforetak: Alle helseforetak har Helse og arbeid-poliklinikker innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Regional funksjon: Nei

Private: 160 plasser, 15 lokalisasjoner

Ønsket dreining

⁵¹ «Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet»- Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering, Helsedirektoratet.

⁵² nav.no «Tiltaksdeltakere- statistikk pr. september 2023»).

- Det anbefales å fjerne delytelsen. Arbeid og utdanning som mål integreres naturlig inn i alle delytelser der det er relevant. Mange av pasientene i denne kategorien har muskel- og bløtdelssmerter, og sammensatt problematikk- Det er derfor anbefalt en økning under delytelse J (*Kronisk muskel og bløtdelssmerte*).
- «Ungt utenforskap» er en gruppe som også til en viss grad omfattes av ytelsen hos eksisterende institusjoner som har avtale på R. Delytelse - N (*Tilbud til barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning*) kan ta høyde for pasienter innen denne kategorien. Dreiningen understreker viktigheten av at spesialisert rehabilitering er rettet mot pasientens diagnose, behov og hverdag i samarbeid med andre instanser, der arbeid og utdanning er sentralt for mange.

7.4 Oppsummering

Fagområdene/delytelsene kan kategoriseres i tre hovedgrupper med bakgrunn i i hvilken grad behovet avdekkes i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten:

Kategori I: Behovet avdekkes primært i spesialisthelsetjenesten etter akutt sykdom/skade

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 disse ytelsene vil det i hovedsak være behov for døgnbaserte rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten i fase 1, 2 og 3. Tilbud i fase 1 og 2 skjer i helseforetakene. Tilbud i fase 3 kan gis i helseforetak eller hos en privat leverandør.

For mest mulig kostnadseffektive tjenester kan det være hensiktsmessig å samle disse ytelsene i egne institusjoner som skal ha åpent 24/7/365 og en god bemanning på kveld, natt og helger/høytid. Dette vil også omfatte enkelte delytelser fra kategori III.

Kategori II: Behovet avdekkes primært i kommunehelsetjenesten

Innen kategorien er det 4 aktuelle delytelser: B, D, J, og K, *Revmatologi (B)*, *CFS/ME diagnostisert (D)*, *Kronisk muskel og bløtdelssmerte (J)* og *Sykkelig overvekt (K)*, Innen disse ytelsene vil det i hovedsak være behov for polikliniske tilbud, dag/dag med overnatting i ukedagene og digitale tilbud.

For mest mulig kostnadseffektive tjenester kan det være hensiktsmessig å samle disse ytelsene i egne institusjoner som har stengt helg og høytider med kun minimal bemanning på kveld og natt. Dette vil også omfatte enkelte delytelser fra kategori III.

Kategori III: Behovet kan avdekkes både i spesialist- og kommunehelsetjenesten:

Innen kategorien er det 5 aktuelle delytelser: E, G, H, I og M *Kreftsykdommer (E)* *Nevrologi og nevrologiske sykdommer (G)*, *Hjertesykdommer (H)*, *Lungesykdommer (I)*, *Alvorlig grad av sansforstyrrelser (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.

Tabellen på neste side viser antall pasienter behandlet under de ulike delytelsene i 2022 og estimert behandlet i 2026 (nye avtaler) hos private leverandører. Dreiningen viser en beregnet kapasitetsøkning av pasientvolum på 4,7%.

Oppholdstid som er lagt til grunn i framtidige tilbud:

Med bakgrunn i føringene i vedtatte fagplan, tall fra NPR, innspill fra arbeidsgruppen og aktuelle oppholdstider innhentet fra Sykehuset i Vestfold er følgende oppholdstider lagt til grunn for døgn-, dag-, og poliklinisk behandling i den perioden behovsvurderingen gjelder for (2026-2030):

Omsorgsnivå	Oppholdstid
Døgn	21 dager (28 for amputasjoner)
Dag	4 dager eller 8 dager
Dag med overnatting på virkedager	4 dager eller 8 dager (sekvensielt- 4+4)
Poliklinisk konsultasjon (1 dag) med digital oppfølging	Timer

Tabellen på neste side viser antall pasienter behandlet under de ulike delytelsene i 2022⁵³ og beregnet i 2026 (nye avtaler) hos private leverandører.

Endringen i 2026: Rødt =Fjernes, Rosa =Noe reduksjon, Grønt= Noe økning, Orange = samme nivå			
	Antall pasienter i 2022	Antall pasienter i 2026	Endring
Fagområde/delytelse	Totalt	Totalt	2026
A – Ortopedi	2186	2000	
B – Revmatologi	558	400	
C – Amputasjoner	233	200	
D – CFS/ME	689	600	
E – Kreftsykdommer	834	850	
F- Ervervet hjerneskade	1005	1000	
G- Nevrologi	2389	2500	
H – Hjertesykdommer	1398	1700	
I – Lungesykdommer	1665	1700	
J – Muskel og bløtdelssmerte	3143	4600	
K- Sykelig overvekt	2274	2300	
L – Diabetes type 1	1417	1200	
M – Sansetap	849	1050	

⁵³ Rapportert til Helse Sør-Øst RHF fra private avtaleparter

Behovsvurdering innen fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst for perioden 2026 – 2030, 23.11.2023, Versjon 1.07 (Endret januar 2024)

N- Tilbud til barn og unge voksne med vekt på fysisk aktivitet	734	1300	
O- Komplekst og sammensatt	559	600	
R- Arbeidsrettet	1280	0	Inngår i alle ytelser
Totalt antall	21213	22000	

Tabell: Antall pasienter behandlet hos private i 2022 og antatt behandlet i 2026

Behovsvurderingen viser en dreining fra 3-4 ukers døgnopphold i senfase, til en vesentlig økning av poliklinikk, dag/dag med overnatting i ukedagene med kortere oppholdstid og digital oppfølging. Denne dreiningen vil legge til rette for en økning i antall pasienter som får rehabilitering fra 21 213 i 2022 til 22 000 pasienter i 2026 - det vil si en økning på om lag 3,7%.

Den forventede årlig befolkningsvekst for alle aldre er 0,6% jf kap 3.

For den aktuelle pasientpopulasjonen, med sin aldersfordeling, forventes det en høyere årlig vekst på 1,6% pr år. Denne veksten tilsvarer en økning på 4,7% i perioden 2022 til 2026.

Således økes pasientvolumet i 2026, mens den relative andelen blir noe lavere grunnet økning i befolkningspopulasjon. I tillegg kommer effekten av å utvikle rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i helseforetakene, som igjen vil gi ytterligere økning i antall pasienter som får tilgang til spesialiserte tjenester innen området.