

# Anbefaling om regionale og flerområdefunksjoner i rehabilitering i Helse Sør-Øst

Fagråd rehabilitering, juni 2018

## Innholdsfortegnelse

Innledning/bakgrunn.....	5
Oppdraget .....	5
Arbeidet med oppdraget.....	6
Aspekter ved arbeidet .....	6
Kriterier for og krav til regionale og flerområdefunksjoner i rehabilitering.....	9
Kriterier for regionale og flerområdefunksjoner .....	9
Modell for faser i rehabilitering .....	10
Krav til regionale og flerområdefunksjoner .....	10
Pasientgrupper der det (per nå) ikke anbefales regionale / flerområdefunksjoner .....	12
Fagrådets anbefalinger for regionale og flerområdefunksjoner i rehabilitering .....	15
Anbefaling om regionale funksjoner .....	15
Anbefaling om flerområdefunksjoner .....	17
Tjenester/diagnoser med dissens vedr. regional/ flerområdefunksjon .....	18
Implementering .....	20
Fritt behandlingsvalg og flerområdefunksjoner .....	20
Økonomi.....	21
Henvissingsrutiner .....	23
Oppfølging og evaluering .....	23
Vedlegg .....	24
Vedlegg 1: Oppdrag og mandat .....	25
Vedlegg 2: Prosess .....	29
Vedlegg 3: Utdrag fra relevante tidligere styringsdokumenter .....	34
Vedlegg 4: Nærmere om anbefalte regionale og flerområdefunksjoner og vurderte pasientgrupper .....	38
Ryggmargsskader .....	39
Alvorlig traumatisk hjerneskade og multitraume (fase 1/2) .....	40

Bendysmeli .....	42
Nevrogen blæredysfunksjon.....	44
Arvelige arteriesykdommer .....	46
Alvorlig tetraparese .....	47
Alvorlig brannskade .....	49
Ryggmargsskade, multitraume og nevrologi hos barn/ungdom .....	50
Alvorlig traumatisk hjerneskade (fase 3/4/5) .....	51
Multitraume med omfattende funksjonssvikt.....	53
Akutte ikke-progredierende nevrologiske tilstander .....	55
Ikke traumatisk ervervet hjerneskade med spesielle rehabiliteringsbehov .....	57
Armamputasjon og armdysmeli.....	59
Funksjonelle bevegelsesforstyrrelser .....	61
Revmatologisk rehabilitering.....	63
(Lang)varige svelgevansker .....	64
Lungerehabilitering .....	66
Bevissthetsforstyrrelser .....	70

## Sammendrag

Februar 2017 ga HSØ RHF Fagråd rehabilitering «i oppdrag å gi råd om hvilke rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst som bør formaliseres til en regional- eller flerområdefunksjon».

Fagrådet har arbeidet intensivt med saken og vurdert mange potensielle regionale og flerområde-tjenester (i dette dokumentet også omtalt med samlebegrepet «sentraliserte tjenester»). Det ble tatt hensyn til ulike diagnoser, og funksjonsnivåer og faser. Fagmiljøene har blitt involvert bl.a. gjennom diskusjonsmøter og direkte kontakt på ulike måter.

Arbeidet har tatt utgangspunkt i tidligere vedtak om funksjonsfordeling og saker om oppgavefordeling på rehabiliteringsfeltet. Gjeldende faglige anbefalinger, retningslinjer og vedtak har blitt tatt med i arbeidet, og man har sett på eksisterende formelle og uformelle regionale og flerområdefunksjoner.

Oppsummert anbefaler fagråd rehabilitering følgende vedr. regionale og flerområdefunksjoner i rehabilitering i HSØ:

- Det anbefales 8 regionale funksjoner innen rehabilitering i regionen:
  - Ryggmargsskader (SunHF)
  - Alvorlig traumatisk hjerneskade og multitraume (fase 1/2) (OUS)
  - Bendysmeli (OUS)
  - Nevrogen blæredysfunksjon (SunHF)
  - Arvelige arteriesykdommer (lokasjon ikke bestemt)
  - Alvorlig tetraparese (SunHF)
  - Alvorlig brannskade (SunHF)  
*(under forbehold at det ikke blir nasjonal behandlingstjeneste ved Haukeland universitetssykehus)*
  - Ryggmargsskade, multitraume og nevrologi hos barn/ungdom (SunHF)  
*(under forbehold at det ikke er innsigelser fra de pediatriske miljøene)*
- Det anbefales 6 flerområdefunksjoner innen rehabilitering i regionen:
  - Alvorlig traumatisk hjerneskade (fase 3/4/5) (SSHF, SunHF)
  - Multitraume med omfattende funksjonssvikt (SIHF, SiVHF, SSHF, SunHF)
  - Akutte ikke-progredierende nevrologiske tilstander (SIHF, SiVHF, SSHF, SunHF)
  - Ikke traumatisk ervervet hjerneskade med spesielle rehabiliteringsbehov (SIHF, SiVHF, SSHF, SunHF)
  - Armamputasjon og armdysmeli (SIHF, OUS)
  - Funksjonelle bevegelsesforstyrrelser (SiVHF, SIHF)
- Fagrådet har ikke kommet til enighet når det gjelder pasienter med bevissthetsforstyrrelse, det presenteres 2 alternativer: Flerområdefunksjon ved SSHF og SunHF, eller regional funksjon ved SunHF. Dette gjelder både tjenesten «bevissthetsforstyrrelser», og pasienter som er i målgruppen for «Alvorlig traumatisk hjerneskade (fase 3/4/5)» og samtidig har bevissthetsforstyrrelse.
- De nyopprettede regionale tjenestene er kun en del av pasientforløpene, som alltid også omfatter annen spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. Hver regional tjeneste må for fase 3 og 5 avklare detaljer om pasientflyt og ansvarsfordeling med aktuelle samarbeidspartnere, og utarbeide henvisningsrutiner.

- Områdesykehusene må sikre et likeverdig tilbud for pasientgruppene og tilbudene der det ikke foreslås regionale eller flerområdetjenester, enten ved å tilby disse rehabiliteringstjenestene selv, eller gjennom avtaler med andre.
- Etablering og drift av regionale og flerområdefunksjoner har økonomiske konsekvenser. Finansieringen av de sentraliserte funksjoner innen rehabilitering må vurderes nærmere.
- Etter vedtaket i HSØ RHF om regionale og flerområdefunksjoner innen rehabilitering må RHFet ta en aktiv rolle i opprettelsen og oppfølgingen av funksjonene. Etter en stund må det gjennomføres en evaluering.
- Det bør i en neste fase ses nærmere på eventuelle regionale og flerområdefunksjoner for pasientgruppene kronisk nevrologisk sykdom, sansetap, revmatologiske sykdommer og fysisk tilrettelagt aktivitet. Når det gjelder barn og ungdom med hjerneskader, er det etablert regional behandlingslinje, og et implementeringsprosjekt starter i august 2018.

## Innledning/bakgrunn

### Oppdraget

Fagråd rehabilitering fikk vinteren 2017 i oppdrag av Helse Sør-Øst RHF å gi råd om hvilke rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst som bør formaliseres til en regional- eller flerområdefunksjon. På avdelingsledermøte Medisin og helsefag HSØ RHF 27.2.2017 ble følgende bestemt:

- «Fagråd rehabilitering får i oppdrag å gi råd om hvilke rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst som bør formaliseres til en regional- eller flerområdefunksjon.»

I dokumentet heter det bl.a. (se *Vedlegg 1: Oppdrag og mandat* for detaljer):

Et viktig punkt i fagrådernes standardmandat er: *Råd om regional faglig koordinering -En sentral oppgave for fagrådene vil være å bidra til faglig utvikling og koordinering på tvers av sykehusområdene, slik at praksis i regionen som helhet blir mest mulig likeverdig.* Det er tidligere gjort flere utredninger på rehabiliteringsområdet uten at en oppgave- og funksjonsfordeling er formelt vedtatt.

Kartlegging av sykehusområdenes rehabiliteringstilbud viser store variasjoner mellom de ulike sykehusområdene med store robuste fagmiljøer ved Innlandet, Sørlandet og Vestfold til sykehusområder uten egne rehabiliteringssenger og et tverrfaglig miljø ledet av spesialist. I tillegg viser bruk av private tilbud store forskjeller i forbruksrate mellom sykehusområdene. Slik tilbudet er i dag, fremstår det derfor som ikke likeverdig og rettferdig fordelt.

Kommunene skal få et større ansvar på rehabiliteringsområdet, samtidig er det viktig å beholde og videreutvikle tilbud i helseforetakene til færre og mer komplekse pasientgrupper, som spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ha et hovedansvar for. Disse tilbudene kan vurderes videreutviklet ved Innlandet, Vestfold, Sørlandet, Sunnaas eller en privat rehabiliteringsinstitusjon som en flerområdefunksjon. Videre er det behov for en tydeliggjøring av hvilke regionale funksjoner som Sunnaas skal ha, og eventuelt formalisere regionale funksjoner i andre virksomheter (for eksempel armamputerte ved Sykehuset Innlandet).

Arbeidet tar utover dette utgangspunkt i tidligere saker og vedtak i HSØ vedr. regionale og områdefunksjoner, og vedr. rehabilitering:

- HSØ RHF Styresak 38/2008 der det bl.a. ble vedtatt:
  - *Tjenester skal kun være regionale der det er nødvendig, prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå skal ivaretas.*
- HSØ RHF Styresak 108/2008 der det bl.a. ble vedtatt:
  - *Regionfunksjoner skal kun være på ett sted i Helse Sør-Øst*
  - *Regionale rehabiliteringsfunksjoner samles for å styrke rehabilitering som fagfelt og sikre videre fagutvikling, forskning og utdanning.*
- HSØ RHF styresak 050/2009: «Definering og organisatorisk samling av regionale funksjoner innen rehabilitering og fysikalsk medisin»

- «Samlet organisering av spesialisert rehabilitering» (Rapport fra arbeidsgruppe, Helse Sør-Øst RHF, Hovedstadsprosessen, Juni 2008)

### Arbeidet med oppdraget

Fagråd rehabilitering etablerte i møte 27.3.2017 en arbeidsgruppe med følgende medlemmer: Kristin Østlie (avdelingsoverlege Sykehuset Innlandet), Reinhild Lange (overlege Sørlandet sykehus), Frank Becker (klinikkoverlege Sunnaas sykehus), Knut Magne Ellingsen (brukerutvalget HSØ) og Gro Aasland (avdelingsleder Sykehuset Telemark). Arbeidsgruppen fikk som oppdrag å utarbeide forslag til fagrådet, mens fagrådet styrer arbeidsgruppen og beslutter.

Som arbeidsoppgaver ble det bestemt å definere kriterier for regionale og for flerområdefunksjoner, å definere behovet for regionale og for flerområdefunksjoner og på bakgrunn av dette foreslå regionale og flerområdefunksjoner. I prosessen skulle man gå gjennom ytelsesområdene (jf. kjøp av spesialiserte rehabiliteringstjenester), se på tidligere utredninger, gå gjennom eksisterende regionale og flerområdefunksjoner (formelle og «i praksis») og se på eksisterende faglige anbefalinger, retningslinjer og vedtak (f.eks. Nasjonal traumeplan, Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag).

Arbeidsgruppen har jobbet kontinuerlig med saken som også har vært tema på hvert fagrådsmøte i perioden mars 2017 til juni 2018 (totalt 7 møter) for orienteringer, justeringer og vedtak.

Det ble innhentet informasjon og innspill gjennom et regionalt dialogmøte om rehabilitering og utviklingsplanene, diskusjonsmøter med fagmiljøer, e-post- og telefonkontakt med enkelte fagpersoner og fagmiljøer, studium av relevante dokumenter og diskusjoner i arbeidsgruppen og i fagrådet.

Drøfting av forslagene i ulike fora i HSØ RHF før vedtak av anbefalingene i fagrådet ble vurdert.

Rapporten er et svar på oppdraget fra fagdirektør i HSØ til fagråd rehabilitering. Det ble bestemt av RHFet at denne typen drøftinger vil skje i den videre prosessen etter fagrådets vedtak, fagdirektør vil ta stilling til videre prosess.

Nærmere informasjon om hvordan arbeidet med saken har blitt gjennomført, er beskrevet i *Vedlegg 2: Prosess*.

### Aspekter ved arbeidet

#### *Generelt om regionale og flerområdefunksjoner*

- Regionfunksjoner kjennetegnes ved stor grad av kompleksitet, avhengighet av avanserte funksjoner i flere medisinske spesialiteter og avansert/kostbart utstyr. Videre lite behandlingsvolum som krever avansert behandling.
- Flerområdefunksjoner er spesialiserte funksjoner som må samles få steder pga kompleksitet og for å ivareta kvalitet, ressursutnytting og kostnadseffektivitet.
- Regionale og flerområdefunksjoner har i utgangspunktet «behandlingsmonopol» for sitt ansvarsområde, det vil si sin del av det totale rehabiliteringstilbudet. Dette betyr at alle aktuelle pasienter skal henvises til de sentraliserte tjenestene, men også at tjenestene er pliktig til å gi pasientene et tilbud. De sentraliserte tjenester vil alltid kun omfatte deler av

forløpet, annen diagnostikk, behandling og oppfølging foregår i de øvrige delene av helsetjenesten.

- Tjenester skal kun være regionale der det er nødvendig, prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå skal ivaretas (Helse Sør-Øst styresak 38/2008). Regionfunksjoner skal kun være på ett sted i Helse Sør-Øst (styresak 108/2008).

### *Om status for rehabiliteringstilbudet i HSØ og forholdet mellom sentraliserte og områdefunksjoner*

- Helse Sør-Øst har i sine føringer med utviklingsplanarbeid gitt alle foretakene i oppdrag å lage en utviklingsplan for rehabilitering. Helse Sør-Øst gir spesielt føringer om at alle foretakene skal ha:
  - Et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt
  - Tilbud om døgnrehabilitering i tidlig fase
  - Ambulant rehabiliteringsaktivitet
  - Formalisert samarbeid med kommunene

Det er ulikt fra foretak til foretak hva man har på plass av dette. Det er p.t. også svært ulikt utviklet rehabiliteringstilbud i regionen. Sykehuset i Vestfold (SiV), Sørlandet sykehus (SSHF) og Sykehuset Innlandet (SIHF) har godt etablerte døgnbaserte rehabiliteringstilbud med relativt god kapasitet, andre – som Sykehuset Telemark (STHF) – har godt etablert tilbud i tidlig fase, mens andre foretak er i oppbyggingsfase for å møte føringene fra HSØ. Alle foretak med oppdragsområde har i oppdrag å etablere et døgnbasert rehabiliteringstilbud i tidlig fase. Kommer dette på plass med nødvendig kompetanse vil det i noen grad kunne medføre at foretakene selv kan ivareta enkelte pasienter i tidlig fase. Sunnaas Sykehus (SunHF) tilhører sykehusområde Oslo, men har ingen definert områdefunksjon; det er avtaler med noen HF om rehabiliteringstilbud for nærmere bestemte pasientgrupper.

- Helse Sør-Øst RHF er den største helseregionen i Norge, og gir helsetjenester til 2,9 millioner innbyggere. SunHF som eget rehabiliteringsforetak er unik i Norge. Helse Sør-Øst har dermed et stort høyspesialisert rehabiliteringsmiljø på SunHF. Vekselvirkninger og synergier mellom SunHF og rehabiliteringsmiljø i de andre helseforetak fører til kontinuerlig kvalitetsforbedring på alle nivåer. Det er viktig å ikke svekke bærekraften av rehabiliteringstilbudene ved å bygge ned velfungerende rehabiliteringsmiljø, samtidig som pasientene må sikres et kvalitativt høyverdig tilbud på nivået de har behov for.

### *Om grunnlaget for anbefalinger*

- Rehabiliteringsfeltet har tilbud for mange ulike diagnoser og funksjonsnivå, og rehabilitering innebærer komplekse intervensjoner med mange ulike tiltak. Dette bør likevel ikke føre til et stort antall regionale og flerområdefunksjoner. Kommunene har fått et økt ansvar for rehabilitering, og alle foretakene i HSØ skal ha på plass grunnleggende tilbud som skal sikre flertallet av pasienter med behov for rehabilitering et tilbud på nærmeste foretak eller i kommune.
- Det er generelt manglende forskningsevidens på rehabiliteringsfeltet som medfører at det i mindre grad finnes en forskningslitteratur som indikerer på hvilke områder det bør være regionale eller flerområdetjenester. Samtidig er det et stort behov for en avklaring og

ansvarsfordeling for å redusere variasjonen i tilbudene, sikre likeverdige tjenester og gi klare styringssignaler.

### *Om detaljeringsgrad av beskrivelsen av funksjonene*

- Rehabilitering innebærer komplekse intervensjoner med mange enkelttiltak som inngår i en helhet og sammen bidrar til effekten. Tiltakene varierer bl.a. med utgangspunkt i pasientens diagnose og funksjonsnivå og i hvilken fase pasienten befinner seg. At ikke ett tiltak står tydelig frem som «hovedpoeng» med en regional eller flerområdefunksjon (sammenlignet f.eks. med regionale tilbud for spesiell kirurgi) gjør det noe utfordrende å beskrive sentraliserte tjenester i rehabilitering. I den aktuelle prosessen har det ikke vært mulig å komme med veldig detaljerte beskrivelser av tjenestene, samtidig anses resultatet som grundig og detaljert nok til at det tilstrekkelig beskriver den fremtidige funksjonsfordelingen.
- Det forannevnte sammen med at pasientene i løpet av sin rehabiliteringsprosess får rehabiliteringstilbud på ulike nivåer, av ulike aktører og med ulike tiltak, fører til at det potensielt kan være aktuelt med et stort antall regionale og flerområdetjenester for ulike diagnoser, funksjonsnivå og faser. For å få til gode pasientforløp med tydelig ansvarsplassering og godt samarbeid mellom aktørene, er det viktig at tjenestene er godt definert og avgrenset, ellers vil for mange eller for få pasienter kunne få et regionalt/ flerområdetilbud. Dette innebærer bl.a. tydelige beskrivelser av hvilke pasientgrupper som inngår i tjenesten og hva som er tjenestens oppgave versus hva som er andre aktørers ansvar. Det er i denne omgang laget «middels grove» beskrivelser av de regionale og flerområdefunksjonene; detaljene må avstemmes etter hvert i en prosess som den aktuelle tjenesten gjennomfører i samarbeid med relevante samarbeidspartnere, spesielt områdesykehusene.

### *Kompetansespredning*

- Oppdraget er oppfattet å gjelde behandlingsfunksjoner. Å bygge og spre kompetanse er også en oppgave for sentraliserte tjenester. I tillegg til regionale og flerområdefunksjoner har vi Regional Kompetansetjeneste Rehabilitering (RKR) og ulike nasjonale kompetansesentra lokalisert i og utenfor Helse Sør-Øst.



## Kriterier for og krav til regionale og flerområdefunksjoner i rehabilitering

### Kriterier for regionale og flerområdefunksjoner

Regionfunksjoner kjennetegnes ved stor grad av kompleksitet, avhengighet av avanserte funksjoner i mange andre fag og avansert/kostbart utstyr. Videre kan regionfunksjoner være definert med utgangspunkt i lavfrekvente sykdommer (lite behandlingsvolum) som krever avansert behandling. Flerområdefunksjoner er spesialiserte funksjoner som må samles få steder pga kompleksitet og for å ivareta kvaliteten, ressursutnyttning og kostnadseffektivitet.

Regionale og flerområdefunksjoner har i utgangspunkt «behandlingsmonopol» for sitt ansvarsområde, det vil si at alle aktuelle pasienter skal henvises til de sentraliserte tjenestene, men også at tjenestene er pliktig til å ta imot pasientene<sup>1</sup>. Dette skal skje uten unødig ventetid, og er spesielt viktig for rehabilitering etter nyoppstått skade/sykdom.

Tjenester skal kun være regionale der det er nødvendig, prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå skal ivaretas (Helse Sør-Øst styresak 38/2008). Regionfunksjoner skal kun være på ett sted i Helse Sør-Øst (styresak 108/2008).

Kriteriene ble definert i starten av arbeidet (behandlet av fagrådet i møte 25.9.2017) som grunnlag for å vurdere den enkelte rehabiliteringsfunksjonen/-tjenesten.

### *Kriterier for regionale funksjoner*

Det er to hovedkriterier:

- Utredning og/eller rehabilitering ved lavfrekvente tilstander definert ut fra
  - diagnose,
  - funksjon, og/eller
  - fase i forløpet.
- der det er komplekse problemstillinger som krever
  - bredt sammensatte team (mange faggrupper involvert),
  - høyspesialisert kompetanse (innenfor faggruppene og tverrfaglig), og/eller
  - kostbart/avansert utstyr og fasiliteter for diagnostikk og behandling.

Andre kriterier som spiller inn i vurderingen av behovet for regionale funksjoner er:

- faglig avhengighet til andre høyspesialiserte funksjoner, herunder regionale funksjoner innen egne eller andre fagområder
- ressursmessige betraktninger

### *Kriterier for flerområdefunksjoner*

I utgangspunkt gjelder de samme kriteriene som for regionale funksjoner, men med lavere grad av sjeldenhet og kompleksitet. Det vil også her være krav til et bredt sammensatt team, høy kompetanse og nødvendig utstyr og lokaliteter.

---

<sup>1</sup> Dette gjelder det store flertallet av pasientene, mens det vil kunne være unntak basert på individuelle faktorer. Pasienten selv vil også kunne avstå fra rehabilitering på sentralisert nivå.

Å oppnå et likeverdig tilbud i alle sykehusområder for den aktuelle pasientgruppen er et viktig kriterium for å definere flerområdefunksjoner. Kriterier for vurderingen av behovet for flerområdefunksjoner – utover sjeldenhet og kompleksitet – er

- Hvor vidt det per i dag eksisterer rehabiliteringstilbud på områdenivå,
- Eventuelle fordeler med å etablere tilbud i alle sykehusområder, og/eller
- Hvor vidt det er realistisk å etablere tilbud i alle sykehusområder.

### Modell for faser i rehabilitering

En parameter for å anbefale og beskrive regionale og flerområdefunksjoner, i tillegg til diagnose og funksjonsnivå, er fasene i rehabiliteringsforløpet. I arbeidet har det kommet frem at begreper brukes ulikt. For dette arbeidet er det derfor definert 5 faser i rehabiliteringen. Faseinndelingen tar utgangspunkt i aspekter ved rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten, og er basert på faseinndelingen som allerede brukes i HSØ sin behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade.

Som nevnt består rehabilitering av komplekse intervensjoner, og tilbudene er tradisjonelt utformet noe ulikt med lokale variasjoner. En nøyaktig avgrensning mellom de enkelte fasene vil kreve at man setter opp mange kriterier. Inndelingen i og beskrivelsen av fasene må derfor forstås veiledende. Ofte kan det være aktuelt å hoppe over en fase, og overgangene mellom fasene kan variere.

- **Fase 1 Rehabilitering av intensivpasienter**  
Mens pasienten har behov for intensivbehandling.
- **Fase 2 Tidligrehabilitering**  
Mens pasienten fortsatt har behov for akuttmedisinsk behandling. Foregår på intermediær avdeling eller sengepost.
- **Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten**  
Pasienten er innlagt for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fordi det ikke er mulig med utskrivelse hjem på grunn av fortsatt medisinske behov, nedsatt funksjonsnivå eller annen behov for spesialisert rehabilitering (utstyr, kompetanse, intensitet o.l.).
- **Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt**  
Rehabiliteringstilbudet gis først og fremst ved kommunale tjenester (innleggelse i kommunal institusjon, dagsenter eller hjemmebasert), ev. ledsaget av polikliniske/ambulante tilbud fra spesialisthelsetjenesten.
- **Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten**  
Rehabiliteringstilbud ved spesialisthelsetjenesten etter fase 4. Poliklinisk, ambulant eller ved innleggelse. F.eks. kontroll, vurdering, gruppetilbud, intensiv trening i kronisk fase mm.

### Krav til regionale og flerområdefunksjoner

For å sikre at pasientene får de sentraliserte tjenestenes de har behov for, styrke rehabilitering som fagfelt og sikre videre fagutvikling, forskning og utdanning har fagrådet funnet det hensiktsmessig å beskrive krav til regionale og flerområdefunksjoner på rehabiliteringsfeltet.

### *Krav til regionale funksjoner*

Hovedoppgaven for regionale funksjoner er høyspesialisert diagnostikk og behandling slik det fremgår i beskrivelsen av funksjonen. Det aktuelle fagmiljøet skal:

- være ledende i regionen i forskning og fagutvikling innen diagnostikk og behandling av den aktuelle pasientgruppen
- ha et helhetlig perspektiv som omfatter hele sykdomsforløpet, og i enkelte tilfeller et livsløpsperspektiv
- inngå i en sammenhengende behandlingsskjede med andre relevante regionale funksjoner, inkl. akutfunksjoner og områdesykehusene, og bidra til etablering og oppfølging av helhetlige pasientforløp i regionen i både spesialist- og kommunehelsetjenesten
- sikre en likeverdig bruk av funksjonen innenfor helseregionen
- sikre faglig koordinering og lede faglige forpliktende nettverk som utarbeider regionale rutiner
- drive veiledning og kompetansespredning spesielt til andre aktører i spesialisthelsetjenesten, både generelt og knyttet til individuelle pasienter
- sikre brukermedvirkning på system, tjeneste- og individnivå i tråd med Helse Sør-Øst RHF sine 13 prinsipper for brukermedvirkning
- dokumentere rehabiliteringsresultater
- være aktiv i oppstart og videreutvikling av kvalitetsregister for den aktuelle pasientgruppen
- ha en regional rådgivningsfunksjon for endringer i tjenestetilbudet, dvs. vurdere og anbefale bruk av nye metoder og sørge for implementering av nasjonale retningslinjer og prosedyrer

### *Krav til flerområdefunksjoner*

Hovedoppgaven for flerområdefunksjoner er å sikre rehabiliteringstilbudet i de respektive sykehusområdene gjennom spesialisert diagnostikk og behandling slik det fremgår i beskrivelsen av funksjonen (ev. annen diagnostikk, behandling og oppfølging foregår i de øvrige delene av helsetjenesten). Det aktuelle fagmiljøet skal:

- inngå i en sammenhengende behandlingsskjede med andre relevante aktører, spesielt de respektive sykehusområdene og tilhørende kommuner, og bidra til etablering og oppfølging av helhetlige pasientforløp
- sikre en likeverdig bruk av funksjonen innenfor de respektive sykehusområdene
- samarbeide og samordne med de andre foretakene med flerområdefunksjon for å oppnå et mest mulig likt tilbud
- drive veiledning og kompetansespredning, spesielt rettet mot de respektive sykehusene og tilhørende kommuner
- sikre brukermedvirkning på system, tjeneste- og individnivå i tråd med Helse Sør-Øst RHF sine 13 prinsipper for brukermedvirkning

## Pasientgrupper der det (per nå) ikke anbefales regionale / flerområdefunksjoner

Ifølge vedtak i styret til Helse Sør-Øst (38/2008) skal prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå ivaretas, og tjenester skal kun være regionale der det er nødvendig. Det samme gjelder for flerområdetjenester. Hyppigere og mer vanlige problemstillinger skal ivaretas på områdenivå.

I arbeidet har arbeidsgruppa gått gjennom ulike pasientgrupper slik de er definert i forbindelse med kjøp av spesialiserte rehabiliteringstjenester, og vurdert behovet for regionale eller flerområde-tjenester. Det er også sett på om relevante faglige retningslinjer o.l. anbefaler sentraliserte tjenester. Videre har det blitt tatt hensyn til prioriteringsveiledere og til andre styringsdokumenter som *Veileder om Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

Som nevnt har sjeldenhet og kompleksitet vært hovedkriteriene for anbefaling av sentraliserte tjenester. For pasientgrupper der diagnosen er relativt hyppig forekommende, har det blitt vurdert om det eksisterer undergrupper ut fra funksjonsnivå, eller om det finnes visse rehabiliteringstiltak som kun er aktuelle for en undergruppe. Der man vurderte at dette ikke er tilfelle og man ikke fant definerbare undergrupper med spesielle rehabiliteringsbehov, anbefales det at rehabiliteringen ivaretas på foretaksnivå.

Det er betydelig variasjon i rehabiliteringstilbudene i helseforetakene i HSØ og i bruk av rehabiliteringstjenester. For flere områder har det i prosessen blitt argumentert med at det bør opprettes en flerområdefunksjon med begrunnelse at eksisterende tilbud per i dag ikke er tilstrekkelig i alle sykehusområder. Fagrådet har ikke funnet det riktig å foreslå sentraliserte tjenester kun på bakgrunn av dette, og minner om helseforetakenes «sørge for»-ansvar.

På flere områder anbefales det regional eller flerområdefunksjon for et utvalg av en pasientgruppe, dette gjelder f.eks. hjerneslag, traumatisk hjerneskade eller nevrogen blæredysfunksjon. Pasientene som skal få et sentralisert tilbud er den undergruppen som har de mest komplekse tilstandene, mens de mer vanlige tilstandene skal håndteres i regi av områdesykehusene. Det er viktig at områdesykehusene oppfyller sitt «sørge for»-ansvar for disse pasientene, enten ved selv å gi et tilbud eller gjennom avtale med andre.

Følgende pasientgrupper har blitt drøftet, og anbefales ivaretatt på foretaksnivå:

- *Arbeidsevnevurdering/rehabilitering*  
Generell arbeidsrehabilitering, dvs. der det ikke er knyttet til spesifikke diagnoser hvor det anbefales sentralisert tjeneste. Alle foretakene har i Oppdragsdokumentet 2018 fått i oppdrag å ha etablert et poliklinisk arbeidsrettet rehabiliteringstilbud som en videreføring av «raskere tilbake».
- *Cerebral parese*  
Det er diskutert rehabiliteringstilbud utover spastisitetsbehandling for gruppen voksne med cerebral parese. Man har ikke kommet frem til noen definert undergruppe av denne pasientgruppen som bør få et regionalt eller flerområdetilbud.
- *Hjerterehabilitering*  
Dette er en stor pasientgruppe. Man har ikke kommet frem til noen undergruppe der det er behov for sentralisert tilbud.

- *Kreftrehabilitering*  
Generell kreftrehabilitering vurderes som et tilbud som bør ligge på foretaks- og kommunalt nivå. Pasienter med ryggmargssvulster og pasienter med hjernesvulst og komplekse problemstillinger vil falle under sentraliserte tjenester.
- *Lungerehabilitering*  
Lungesykdommer er vanlige, og alle helseforetak bør ha tilbud om lungerehabilitering. Man har i prosessen diskutert bl.a. med lungerehabiliteringsmiljøer om det finnes definerte undergrupper som bør få et regionalt eller flerområdetilbud uten å komme frem til dette, slik lungerehabilitering anbefales som områdetilbud. Se også egen omtale i vedlegg 4 (Vedlegg 4: Nærmere om anbefalte regionale og flerområdefunksjoner og vurderte pasientgrupper).
- *Poliomyelitt*  
Følgetilstander etter poliomyelitt forekommer sjeldnere av demografiske årsaker, selv om det er en viss økning i pasienter i denne gruppen med minoritetsbakgrunn. Forskning og kompetansespredning de siste tiårene har økt kunnskapen om tilstanden i rehabiliteringsmiljøene, og man finner ikke behov for sentralisert tjeneste.
- *Svelgevansker*  
Mer avansert kartlegging, vurdering og rådgiving av pasienter med svelgevansker finnes per i dag få steder i regionen, først og fremst i og rundt Oslo. Man har diskutert om en undergruppe av pasientene bør få sentralisert tilbud, eller om visse funksjonsundersøkelser (videofluoroskopi, fiberendoskopisk undersøkelse) bør utføres kun ett eller få steder i regionen. Pga hyppigheten av tilstanden anbefales det at slike tilbud bør opprettes i alle helseforetakene. Se også egen omtale i vedlegg 4 (Vedlegg 4: Nærmere om anbefalte regionale og flerområdefunksjoner og vurderte pasientgrupper).
- *Sykkelig overvekt*  
Alle foretak skal ha et tilbud om utredning av pasienter med sykkelig overvekt. Noen foretak og noen private rehabiliteringsinstitusjoner har rehabiliteringstilbud. Her har også kommunene en viktig rolle. Man fant ikke noen grunn til å foreslå noen sentralisering her.
- *Underekstremitetsamputasjoner*  
Underekstremitetsamputasjoner forekommer hyppig og utføres på alle helseforetak. Rehabiliteringen bør være organisert på foretaksnivå og foregå i tett samarbeid med relevant ortopedisk miljø. Unntaket er underekstremitetsamputasjoner som del av multitraume med omfattende funksjonssvikt, der det anbefales flerområdefunksjon.

For følgende pasientgrupper anbefales det et videre arbeid:

- *Barn/ungdom med ervervet hjerneskade*  
Regionale funksjoner vedr. barn/ungdom med ervervet hjerneskade ses på i forbindelse med et implementeringsprosjekt for tidligere vedtatte behandlingslinje barn med ervervet hjerneskade. Prosjektet er i oppstartsfasen.
- *Andre nevrologiske sykdommer*  
Det kan være aktuelt med regionale eller flerområdefunksjon for andre nevrologiske/nevromuskulære sykdommer enn der det nå anbefales en sentralisert funksjon. Dette gjelder ikke-akutte tilstander, og spesielt kroniske nevrologiske sykdommer som Parkinson, MS, ALS

m.fl. Dette bør diskuteres nærmere i et samarbeid med de nevrologiske fagmiljøene. Flere sykehus og private institusjoner har tilbud for disse pasientgruppene.

- *Sanseforstyrrelser*

Fagrådet har tidligere gitt en anbefaling som gjaldt synsvansker etter hjerneslag. Behovet for regionale/flerområdetjenester for pasienter med sanseforstyrrelser kan ses på nærmere ved en senere anledning. Uklare ansvarsforhold opp mot utdanningssektoren (Statped) er en utfordring.

- *Revmatologisk rehabilitering*

Området har gått gjennom en stor utvikling de siste 20 år pga. bedre medisinsk behandling. Svært få av pasientene som i dag får diagnostisert inflammatorisk revmatisk leddsykdom får stor funksjonssvikt. Imidlertid har noen pasienter behov for komplekse rehabiliteringstilbud. Revmatologisk rehabilitering tilbys per i dag ved noen sykehus og noen private institusjoner. Det bør ses nærmere på funksjonsfordelingen for revmatologisk rehabilitering i samarbeid med de revmatologiske miljøene.

## Fagrådets anbefalinger for regionale og flerområdefunksjoner i rehabilitering

Det anbefales 8 regionale og 6 flerområdefunksjoner i rehabilitering som her kort presenteres i en oversikt. For hver foreslått tjeneste er det her angitt navn, aktuelle diagnoser, fase (se *Modell for faser i rehabilitering*), foreslått lokalisasjon og ev. kommentar. Se *Vedlegg 4: Nærmere om anbefalte regionale og flerområdefunksjoner* og vurderte pasientgrupper for detaljer.

### Anbefaling om regionale funksjoner

Regionale funksjoner rehabilitering					
Navn	Diagnoser	Fase <sup>2</sup>	Funksjon	Lokalisasjon	Ev. kommentar
<u>Ryggmargsskader</u>	Nevrologiske utfall grunnet skade på ryggmarg eller cauda equina, av traumatisk eller ikke traumatisk årsak. Inkludert voksne med ryggmargsbrokk (MMC). Spinale svulster (ikke skjelettmetastaser) unntatt der det er forventet kort levetid.	3, 4 og 5	Der det foreligger minst en av følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• forstyrrelse av blære-, tarm- og/eller seksualfunksjon</li> <li>• ryggmargsskade AIS kategori A, B eller C</li> <li>• utfall fra flere spinale nivåer</li> </ul> Ved spinal stenose hvis det er minst en av følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• forstyrrelse av blære-, tarm- og/eller seksualfunksjon</li> <li>• betydelig påvirkning av lungefunksjon</li> </ul>	Sun	
<u>Alvorlig traumatisk hjerneskade og multitraume (fase 1/2)</u>	Traumatisk hjerneskade, multitraume	1 og 2	Akuttbehandlet på regionalt traumesenter og deretter fortsatt i behov av intensiv- eller intermedisinsk behandling før klar for fase 3	OUS	Flerområdefunksjon SS og OUS et mulig alternativ <sup>3</sup>
<u>Bendysmeli</u>	Bendysmeli (barn og voksne)	3 og 5	Behov for <ul style="list-style-type: none"> <li>• spesialisert, tverrfaglig rehabilitering ut over det områdesykehuset kan tilby og/eller</li> <li>• tilpasning av proteser og/eller</li> <li>• kirurgiske intervensjoner</li> </ul>	OUS	

<sup>2</sup> De sentrale tjenestene er alltid kun en del av pasientforløpene, som alltid også omfatter annen spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. Der det i kolonnene for faser er angitt fase 4 eller 5, betyr det at den regionale/ flerområdefunksjonen har en rolle i denne fasen. Dette vil ofte gjelde en undergruppe av pasientene, til dels er dette beskrevet nærmere i vedlegg 4. Det må være samordning med rehabiliteringsavdeling i pasientens områdesykehus.

<sup>3</sup> Utfordring per i dag er underkapasitet ved OUS. Vedtatte Nasjonal traumeplan anbefaler 11,9 senger for HSØ, dette er ikke implementert. Følgelig oppstår det en "flaskehals" som resulterer i brudd i anbefalt sømløst forløp. For å minimere antall brutte pasientforløp må fase 1/2-kapasiteten ved OUS økes. Alternativt må det opprettes fase 1/2-senger også ved annet HF, dvs. flerområdefunksjon. Pga. flerområdefunksjon for pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade på SunHF og SSHF i påfølgende fase, er SSHF nevnt som mulig lokalisasjon.

Regionale funksjoner rehabilitering					
Navn	Diagnoser	Fase <sup>2</sup>	Funksjon	Lokalisasjon	Ev. kommentar
<b><u>Nevrogen blæredysfunksjon</u></b>	Kjent neurologisk skade/sykdom (f.eks. MS, Parkinson, degenerative neurologiske sykdommer, hjerneslag)	3,4 og 5	Varige eller langvarige nevrogene blærefunksjonsforstyrrelser <ul style="list-style-type: none"> <li>• der det er påvist komplikasjon på øvre urinveier eller fare for påvirkning av nyrefunksjon</li> <li>• der blæretømmingsregime og urinavledning (kirurgi) skal utredes nærmere</li> <li>• etter maks tid med kateteravledning der alternative løsninger bør vurderes</li> <li>• etter en vurdering på område-sykehuset v/urolog eller annen kompetanse</li> </ul>	Sun	
<b><u>Arvelige arteriesykdommer</u></b>	Arvelige arteriesykdommer: Marfans syndrom, Loeys-Dietz' syndrom, Vaskulær Ehlers-Danlos syndrom, Familiære/hereditære thorakale aortaaneurismer og disseksjoner	3 og 5	Selvstendig i ADL, gangfunksjon	?	Sted må avklares nærmere
<b><u>Alvorlig tetraparese</u></b>	Hjerneslag, akutte ikke-progredierende neurologiske tilstander (Guillain-Barré syndrom, critical illness myopati/polyneuropati, pontin myelinolyse o.l.)	3, 4 og 5	Pasienter med locked-in lignende tilstand: Omfattende tetraparese. Behov for hjelp i kommunikasjon, forstyrrelser i blære-, tarm- og/eller seksualfunksjon, autonom dysfunksjon	Sun	
<b><u>Alvorlig brannskade</u></b>	Omfattende brannskader	3, 4 og 5	Ikke selvstendig i ADL, behov for institusjonsbasert rehabilitering, tilleggsskader	Sun	Om ikke det blir nasjonal tjeneste v/Haukeland sykehus
<b><u>Ryggmargsskade, multitraume og neurologi hos barn/ungdom</u></b>	Ryggmargsskade, alvorlig akutt neurologisk sykdom (f.eks. Guillain-Barré-syndrom), multitraume	3,4 og 5	Omfattende funksjonssvikt som medfører avhengighet i ADL og behov for institusjonsbasert rehabilitering	Sun	Med forbehold om at det ikke er innsigelser fra de pediatriske miljøene



## Anbefaling om flerområdefunksjoner

Flerområdefunksjoner rehabilitering					
Navn	Diagnoser	Fase	Funksjon	Lokalisasjon	Ev. kommentar
<b><u>Alvorlig traumatisk hjerneskade (fase 3/4/5)</u></b>	Traumatisk hjerneskade (TBI)	3, 4 og 5	Alvorlig TBI med følgetilstand. Moderat TBI med betydelig funksjonsnedsettelse som: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt bevissthetsforstyrrelse når medisinsk stabil for fase 3</li> <li>• Forløp med langsom progresjon fra et bevissthetsnivå til neste</li> <li>• Posttraumatisk forvirringstilstand når medisinsk stabil for fase 3</li> <li>• Langvarig respirasjonsproblematikk, f.eks. tracheostomi</li> <li>• Forstyrrelser av blære-, tarm- og seksualfunksjon</li> </ul>	SS Sun	Se også de to alternativene for pasienter med bevissthetsforstyrrelse
<b><u>Multitraume med omfattende funksjonssvikt</u></b>	Multitraume	3, 4 og 5	Ikke selvstendig i dagliglivets aktiviteter og omfattende skade, i tillegg til multiple bruddskader minst en av følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ustabil bekkenring, fikserte bekkenfrakturer</li> <li>• kompliserte brudd som vanskeliggjør mobilisering (f.eks. ex fix)</li> <li>• traumatisk amputasjon (ved uexamputasjon: over ankelnivå)</li> <li>• omfattende bløtdelsdefekt (degloving, brann)</li> <li>• perifere nerveskader</li> <li>• critical illness myopati/polyneuropati</li> <li>• forstyrrelser av blære-, tarm-, seksualfunksjon</li> <li>• ekstrem katabol tilstand</li> <li>• alvorlig komorbiditet (f.eks. neurologisk sykdom med funksjonssvikt fra tidligere, psykiatri/rus)</li> </ul>	SI SiV SS Sun	
<b><u>Akutte ikke-progredierende neurologiske tilstander</u></b>	Guillain-Barré syndrom, critical illness myopati/polyneuropati, pontin myelinolyse o.l.	3, 4 og 5	Ikke selvstendig i dagliglivets aktiviteter	SI SiV SS Sun	

Flerområdefunksjoner rehabilitering					
Navn	Diagnoser	Fase	Funksjon	Lokalisasjon	Ev. kommentar
<u>Ikke traumatisk ervervet hjerneskade med spesielle rehabiliteringsbehov</u>	Hjerneslag, subaraknoidalblødning, anoksisk/toksisk hjerneskade, encefalitt, hjerneabscess	3, 4 og 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alvorlig komorbiditet (f.eks. nevrologisk sykdom med funksjonssvikt fra tidligere, amputasjon, psykiatri/rus)</li> <li>Spesielle kognitive utfordringer, omfattende kognitiv svikt, atferdsforstyrrelser</li> <li>Yngre pasienter</li> </ul>	SI SiV SS Sun	
<u>Armamputasjon og armdysmeli</u>	Ervervet amputasjon av arm, hånd eller finger. Armdysmeli (reduksjonsdeformiteter («medfødte amputasjoner») og andre misdannelser som sammenvokste eller ekstra fingre. Barn og voksne	3 og 5	Behov for <ul style="list-style-type: none"> <li>spesialisert, tverrfaglig rehabilitering ut over det områdesykehuset kan tilby og/eller</li> <li>tilpasning av proteser og/eller grepsforbedringer</li> </ul>	SI OUS	
<u>Funksjonelle bevegelsesforstyrrelser</u>	Voksne pasienter med behov for spesialisert, tverrfaglig rehabilitering pga. funksjonelle bevegelsesforstyrrelser (lammelser, gangvansker, tremor, dystoni).	3 og 4	Funksjonstap over tid (minimum 1 mnd) og Betydelig påvirket aktivitet og deltakelse i ADL, familiesituasjon, jobb/skole eller fritid.	SiV SI	

### Tjenester/diagnoser med dissens vedr. regional/ flerområdefunksjon

Fagrådet foreslår 2 alternativer for denne pasientgruppen

Navn	Diagnoser	Fase	Funksjon	Lokalisasjon	Ev. kommentar
<u>Bevissthetsforstyrrelser</u>	Ervervet hjerneskade: anoksisk hjerneskade, traumatisk hjerneskade, andre ervervede hjerneskader (hjerneslag, infeksjoner mm.)	1, 2, 3, 4 og 5	Nedsatt bevissthet: vegetativ eller minimal bevisst tilstand	SS & Sun eller Sun	<i>Dissens, se alternativer og begrunnelser under</i>

For denne pasientgruppen er det enighet om at det bør være sentralisert tjeneste, men uenighet om det bør være regional eller flerområdefunksjon. Det anbefales ett av to alternativer: flerområde-tjeneste ved SSHF og SunHF, eller regional tjeneste ved SunHF. Dette gjelder både tjenesten «bevissthetsforstyrrelser», og pasienter som er i målgruppen for «Alvorlig traumatisk hjerneskade (fase 3/4/5)» og samtidig har bevissthetsforstyrrelse.

Nedsatt bevissthetsnivå er den mest dramatiske følgetilstanden etter overlevd hjerneskade. Tilstanden er lavfrekvent. Pasientene er svært sårbare, situasjonen er belastende for pårørende og ofte også helsepersonell. Ofte er det usikkerhet og uenighet om bevissthetsnivå, om prognosen og om hva som bør være videre behandling. Det er høyt konfliktpotensial og pasienttilfellene er regelmessig gjenstand for stor medieoppmerksomhet. Korrekt vurdering av bevissthetsnivå har store implikasjoner for pasientens videre behandlingstilbud og informasjon til pårørende.

Argumenter for regional tjeneste:

SunHF søkte om nasjonal tjeneste på dette området i 2012, men konklusjonen etter drøfting i Helsedirektoratet var at pasientgruppen bør ivaretas på regionsnivå. SunHF sendte da søknad til HSØ om regional tjeneste som ikke er formelt avgjort. Feildiagnostisering ved denne tilstanden er fremdeles hyppig (Schnakers et al., 2009; van Erp et al., 2015); resultater fra undersøkere med lang erfaring er mer reliable (Løvstad et al., 2010). SunHF har lang og omfattende erfaring på området både klinisk og forskningsmessig, og samarbeider med internasjonalt ledende miljøer på feltet. Følgelig tilsier kombinasjonen av sjeldenhet og vanskelighetsgrad av vurderingene at tjenesten bør være regional.

Argumenter for flerområdetjeneste:

Som nevnt ovenfor har Helsedirektoratet konkludert med at pasientgruppen skal ivaretas i regionen. HSØ er den største helseregionen med 2,9 mill innbyggere. Det vil av denne grunn være en fordel å dele funksjonen på flere lokalisasjoner. Vurdering av bevissthetsforstyrrelse – også vegetativ og minimal bevissthet – er en del av rehabiliteringstilbudet for alvorlig traumatiske hodeskader, som siden begynnelsen av 2000 har fungert som flerområdefunksjon (SunHF og SSHF).

Fram til nå har utrednings/behandlingstilbudet for nedsatt bevissthet over tid av andre årsaker enn traume ikke hatt definert lokalisasjon og tilbudet har vært mer «tilfeldig» og fragmentert. Det anses som viktig at dette etableres.

En regionalisering av tjenesten til SunHF vil føre til nedbygging av kompetansemiljø ved SSHF og i tillegg til en utvanning av flerområdefunksjonen for alvorlig traumatisk hjerneskade ved SSHF.

Følgelig anbefales flerområdefunksjon for pasienter med bevissthetsforstyrrelser ved SunHF og ved SSHF.

## Implementering

For å sikre at pasientene som har behov for mer avanserte rehabiliteringstjenester får et slikt tilbud, er det ikke tilstrekkelig kun å anbefale regionale og flerområdefunksjoner, men det må også sørges for at de blir implementert. Det er flere grunner til at dette krever en ekstra innsats, bl.a.:

- HSØ RHF har i forbindelse med utviklingsplanarbeidet og delprosjekt rehabilitering gitt HFene visse føringer. Det foreligger altså allerede et betydelig krav til HFene om videreutvikling av rehabiliteringstjenestene, og etablering av regionale/flerområdefunksjoner vil komme i tillegg til dette.
- Når det defineres sentraliserte funksjoner, kan man påregne at det vil bli en viss oppmerksomhet rundt disse tilbudene og at det i tråd med ønsket om likeverdig tilbud vil bli flere pasienter som blir henvist.
- Finansieringssystemet for rehabilitering godtgjør ikke i tilstrekkelig grad for mer avanserte, mer ressurskrevende tjenester.
- Rehabiliteringstilbudene er allerede ofte under betydelig økonomisk press.

Det er per i dag ulik status når det gjelder rehabiliteringstilbudene som nå anbefales som regionale eller flerområdefunksjoner. På noen områder eksisterer en slik funksjon i praksis mer eller mindre allerede (f.eks. Ryggmargsskader, Traumatiske hjerneskader fase 3/4/5, Armamputasjon /armdysmeli), mens andre tjenester trenger betydelig utvikling (f.eks. Traumatisk hjerneskade og multitraume fase 1/2, Funksjonelle bevegelsesforstyrrelser, Arvelige arteriesykdommer). Fagrådet rehabilitering anbefaler at HSØ RHF tar en aktiv rolle i implementeringen for å sikre velfungerende tjenester. Dette er nærmere redegjort for i de neste avsnittene.

## Fritt behandlingsvalg og flerområdefunksjoner

Fritt behandlingsvalg gir i utgangspunktet alle pasienter rett til å velge behandlingssted i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som har fått rett til utredning eller behandling kan velge mellom offentlige behandlingssteder, private med avtale og private som er godkjent av Helfo. Pasienter kan velge tilbud innenfor samme nivå, men ikke behandlingsnivå, dvs. at de ikke kan velge et regionalt eller flerområdetilbud dersom helsehjelpen kan gis forsvarlig på lokalsykehus. Fritt behandlingsvalg mellom flerområdefunksjoner er ikke praksis i dag når det gjelder rehabilitering ved alvorlig traumatisk hjerneskade, der SSHF betjener pasientene fra sykehusområdene Sørlandet og Telemark/Vestfold, mens SunHF betjener resten av regionen. Man kan se for seg at noen flerområdetilbud vil få mer pågang av pasienter enn andre. Det vil kunne få konsekvenser både for sykehuset som får stor pågang ved at ventelistene blir lange, og for sykehuset som ikke får så stor pågang ved at de har bygget opp tilbudet, men ikke får nok pasienter.

Generelt sett har fritt behandlingsvalg så langt ikke ført til større endringer av pasientstrømmer, heller ikke innen rehabilitering. Ved å etablere spesielt flerområdefunksjoner kan det oppstå en ny situasjon som må håndteres. Dette blir viktig å følge med på og ta med i evalueringen.

- For pasienter som er i et behandlingsforløp og skal motta rehabiliteringstilbud etter akutt skade/sykdom, gjøres det ikke rettighetsvurdering spesielt for rehabiliteringsdelen av forløpet. Ventetider for disse rehabiliteringstilbudene er dermed ikke del av den offisielle ventetidsstatistikken. For å kunne velge behandlingssted må pasientene få informasjon om

ventetider. Tilbudene må da også presenteres på nettsidene om fritt behandlingsvalg – per i dag presenteres kun de elektive rehabiliteringstilbudene (dvs. de tilbudene som rettighetsvurderes) der.

- Det kan bli skjevhet i hvem som velger seg hvor med tanke på pasientenes ressursbehov, som kan gi utfordringer hvis slike forskjeller ikke gjenspeiles i finansieringsordningen.
- Det er til dels en utfordring i dag at pasienter henvises til flere rehabiliteringstilbud samtidig. Muligheten å velge mellom flerområdetilbud bør ikke føre til en økning av dette.

Fritt behandlingsvalg står ikke i motsetning til at enkelte aktører har formalisert samarbeid med hverandre og at det utarbeides planlagte forløp fra en enhet til neste for «hovedstrømmen» av pasientene. Den enkelte pasient vil imidlertid kunne velge et alternativt forløp ved å velge et annet rehabiliteringssted med flerområdefunksjon.

### Økonomi

Faglige aspekter skal være utgangspunkt for anbefalinger om sentralisering, men disse punktene har også potensielle konsekvenser for økonomi og gjennomførbarhet. HSØ har en inntektsmodell som fordeler basisramme til helseforetak/sykehus med områdeansvar. SunHF har ikke et slikt områdeansvar og får i dag en basisramme som fastsettes i de årlige budsjettprosessene. Det har pågått et arbeid i HSØ for å se på hvordan denne basisrammen kan fastsettes. Anbefalingene om regionale og flerområdefunksjoner vil virke inn på dette arbeidet, ikke bare for SunHF, men også for områdesykehusene som får en formalisert regional eller flerområdefunksjon. Videre er pasienter som får tilbud i flerområde- eller regionale funksjoner, gjerne mer ressurskrevende. At finansieringssystemet for rehabilitering i praksis er innrettet slik at større ressursinnsats ikke utløser mer refusjon, kan være en utfordring når regionale og flerområdetjenester skal formaliseres. Av disse grunner har fagdirektør bedt om at RHFets økonomiavdeling involveres i det videre arbeidet.

En vellykket etablering og videreutvikling av regionale og flerområdefunksjoner vil kreve ressursinnsats. Med utgangspunkt i eksisterende finansieringsordning for rehabilitering og utviklingen av økonomien til rehabiliteringsavdelingene i regionen, er det naturlig å stille spørsmålstegn hvorvidt de respektive HFene vil ha mulighet til å gjøre nødvendige prioriteringer. Spesielt kan det forventes etableringskostnader. Regionale og flerområdefunksjoner er tjenester der det kreves større ressursinnsats, mens gjeldende finansieringsordning for rehabilitering ikke differensierer utover de to kategoriene enkel og kompleks rehabilitering. En etablering av regionale og/eller flerområdefunksjoner må heller ikke gå ut over foretak som ikke får en slik funksjon, og deres forpliktelser om å tilby spesialisert rehabilitering i sitt nedslagsområde.

For øvrig viser fagrådet til anmodningene til Helse Sør-Øst fra utviklingsplanens delprosjekt rehabilitering om å arbeide videre med følgende områder:

- Avtalene med private aktører skal forbeholdes tilbud til pasientgrupper som er spesialisthelsetjenestens ansvar
- Bedre finansieringen av rehabilitering, spesielt for ambulant tjeneste

### *Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst*

Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst fordeler basisramme mellom sykehusområdene. Det vil si at det er helseforetak og sykehus med definerte opptaksområder som får sine inntekter gjennom inntektsmodellen. Modellen skal sette helseforetakene og sykehusene i stand til å yte gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen.

Inntektsmodellen fordeler inntekter etter objektive kriterier som skal reflektere det relative ressursbehovet mellom sykehusområdene i regionen. Kriteriene er basert på alderssammensetning og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen. I tillegg til å reflektere det relative behovet har inntektsmodellen en komponent der helseforetakene kompenseres for kostnader de selv ikke rår over eller særegne kostnader ved enkelte foretak.

Pasientmobilitet håndteres gjennom et løpende fakturerbart gjestepasientoppgjør. I somatikken er dette basert på ISF-systemet og prisen er satt til 30 % av ISF. Det vil si at utførende helseforetak eller sykehus får finansiering tilsvarende 80 % av ISF for gjestepasienter (50 % ISF-inntekt, 30 % ISF gjestepasientoppgjør). Prisen er satt ut fra en marginalbetraktning.

Det er i inntektsmodellen i dag definert enkelte flerområdefunksjoner. Disse er definert gjennom DRG-systemet og det omfordeles inntekt basert på 20 % av ISF av den historiske aktiviteten i modellen. Det vil si at flerområdefunksjonen er finansiert 100 av ISF (50 % ISF-inntekt, 30 % ISF gjestepasientoppgjør, 20 % ISF flerområdefunksjon). Et eksempel på en slik flerområdefunksjon er hjertebehandling ved SSHF, der disse er definert gjennom DRG 112C-F, DRG 124 og DRG 125.

Denne ordningen gjelder funksjoner som ligger utenfor Oslo universitetssykehus. Flerområdefunksjoner som ligger ved Oslo universitetssykehus er forutsatt håndtert gjennom abonnementet i inntektsmodellen. Abonnementsordningen skal finansiere Oslo universitetssykehus for andre sykehusområders bruk av høyspesialiserte tjenester der. Abonnementet er beregnet gjennom et normtall for bruk og en pris per ISF-poeng. Prisen for dette normforbruket er satt til 123 % av ISF-pris (50 % ISF-inntekt, 30 % gjestepasientoppgjør og 43 % omfordeling i inntektsmodellen). Denne ordningen gjelder både regionale og flerområdefunksjoner ved Oslo universitetssykehus.

Hvis flerområdefunksjoner innen rehabilitering skal håndteres på samme måte som det gjøres for flerområdefunksjoner per i dag, vil det i modellen måtte omfordeles inntekt basert på historisk aktivitet innen en eller begge av de to DRG'ene for rehabilitering. De foreslåtte flereområdefunksjonene er mer spesifikt definert enn den grove differensieringen av rehabilitering i DRG-systemet. Det kan derfor stilles spørsmål ved om DRG-systemet fanger opp kostnadene og er egnet til å håndtere finansieringen av flerområdefunksjoner innen rehabilitering. Dette bør vurderes nærmere og det bør kartlegges hva de foreslåtte flerområdefunksjonene vil ha av kostnader og aktivitetsnivå der disse foreslås etablert.

SunHF har ikke et definert opptaksområde og får sin basisramme fastsatt i de årlige budsjettprosessene og den er i stor grad basert på historikk. Det har i 2017 og 2018 pågått et arbeid for å finne en metode for å beregne «riktig» finansieringsnivå for SunHF. Dette har p.t. ikke ført fram og man avventer nå nærmere resultatet av utviklingsplanarbeidet før finansieringsnivået til SunHF vurderes igjen. Dersom oppgaver og aktivitet flyttes mellom SunHF og sykehusområdene, enten som

områdefunksjoner eller flereområdefunksjoner, vil det være naturlig å se på hvordan dette skal påvirke finansieringen av SunHF.

### Henvisningsrutiner

I avdelingsledermøtet Medisin og helsefag i RHFet 12.3.2018 ble det gitt følgende tilleggsoppdrag: «Det utarbeides en henvisningsrutine for regionale rehabiliteringstilbud». Det nevnes i saken:

Det er viktig å sikre at regionale tilbud, de mest komplekse og høyspesialiserte tjenestene, blir forbeholdt pasienter med størst behov. For nasjonale tjenester er det utarbeidet retningslinjer for hvem som kan henvise. Det er ikke utarbeidet tilsvarende retningslinje for regionale behandlingstilbud i Helse Sør-Øst, med ett unntak: Henvisningsrutine for regionale rehabiliteringstilbud innenfor sykelig overvekt. Det bør derfor som en del av oppfølgingen, utarbeides en tilsvarende henvisningsrutine for regionale tilbud innenfor rehabiliteringsfeltet.

Hovedformålet med slike henvisningsrutiner vil være å sikre tilgangen til de sentraliserte tjenestene for de pasientene som er i målgruppen, samt å unngå at områdesykehusene ikke blir involvert og det derfor mangler en forankring av det spesialiserte rehabiliteringstilbudet i pasientens områdesykehus. Fagrådet foreslår at det utarbeides slike henvisningsrutiner i en neste fase sammen med etablering og en nærmere detaljering av funksjonene (se også *Om detaljeringsgrad av beskrivelsen av funksjonene*). Slike rutiner bør utarbeides for regionale (ikke flerområde) funksjoner, og kun for fase 3 og 5. De må være differensierte, dvs. utarbeides separat for hver regional tjeneste.

### Oppfølging og evaluering

Det vil som nevnt være spesielt viktig med en aktiv tilnærming fra RHFet i etableringsfasen. Videre bør tjenestene følges opp med tanke på kravene til dem (jf. *Krav til regionale og flerområdefunksjoner*). I etableringsfasen gjelder dette spesielt også at tjenestene skal nærmere detaljere sine inntakskriterier og ansvarsfordelingen i samarbeid med relevante aktører (jf. *Om detaljeringsgrad av beskrivelsen av funksjonene*). Det bør utarbeides et system for løpende oppfølging i regi av RHFet som sikrer kontroll med at oppgavene gjennomføres som ønsket uten å legge unødig rapporteringsbelastning på tjenestene.

Etter at de regionale og flerområdefunksjonene er etablerte, bør det gjennomføres en evaluering av hvordan anbefalingene virker i praksis. Alle sykehusområder og regionale/flerområdefunksjoner må være del av denne evalueringen. Likeverdig tilgang til tjenestene vil være sentralt å evaluere. Videre bør det også være fokus på økonomiske forhold samt eventuelle konsekvenser av fritt behandlingsvalg mellom flerområdetjenester. Fagutvikling og forskning kan endre bildet. Det kan også tilkomme nye behov for regionale eller flerområdetjenester.

## Vedlegg

Liste over vedlegg:

- Vedlegg 1: Oppdrag og mandat
- Vedlegg 2: Prosess
- Vedlegg 3: Utdrag fra relevante tidligere styringsdokumenter
- Vedlegg 4: Nærmere om anbefalte regionale og flerområdefunksjoner og vurderte pasientgrupper



### Vedlegg 1: Oppdrag og mandat

Fagråd rehabilitering fikk i oppdrag av HSØ RHF å jobbe med denne saken. Fagrådet vedtok først å opprette en arbeidsgruppe og noen overordnede føringer, før et mer detaljert forslag for arbeidet ble vedtatt i påfølgende møtet. Dette vedlegget inneholder:

- Sak i avdelingsledermøte Medisin og helsefag HSØ 27.2.2017
- Vedtak Fagråd rehabilitering 27.3.2017
- Videre forslag fra arbeidsgruppen for organisering av arbeidet, godkjent av Fagråd rehabilitering 22.5.17

### Sak i avdelingsledermøte Medisin og helsefag HSØ 27.2.2017

<b>Til:</b>	Avdelingsledermøtet
<b>Fra:</b>	Kvalitet, fag og pasientsikkerhet
<b>Dato:</b>	27.2.2017
<b>Saksbehandler:</b>	Tove H. Otterstad

\*

Type sak (sett kryss)			
Utkvittering/avklaringssak:	<input checked="" type="checkbox"/>	Styreforberedende sak:	<input type="checkbox"/>
Eier- og styringsaktiviteter:	<input type="checkbox"/>	Utsendt til informasjon:	<input type="checkbox"/>
		Temasak:	<input type="checkbox"/>
		Behandles av adm. dir. mellom møtene:	<input type="checkbox"/>

### Konklusjon:

059-2017	<p><b>Oppfølging av styresak 008-2017 - Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner innenfor rehabiliteringsområdet</b></p> <p>Saksnotat fra Tove H. var sendt ut ved innkallingen.</p> <p>Geir Bøhler orienterte om saken.</p> <p>Det vises til styresak 008-2017 Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner 2. februar 2017.</p> <p>«Delprosjekt rehabilitering» innhentet høsten 2016 innspill til regionale føringer for arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner. Det ble i tillegg utarbeidet føringer som Helse Sør-Øst RHF ble anmodet om å arbeide videre med. Ett av disse punktene er <i>avklaring og formalisering av funksjoner på region- og flerområdenivå.</i></p> <p><b>Konklusjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagråd rehabilitering får i oppdrag å gi råd om hvilke rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst som bør formaliseres til en regional- eller flerområdefunksjon.</li> <li>• Informasjon om fagrådets oppfølging av</li> </ul>	GB	
			GB

	<p>helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner innenfor rehabiliteringsområdet tas til orientering.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bygge på IS1947 og veilederen fra Helsedirektoratet og opptrappingsplanen for rehab som kom i høst.</li></ul>		
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

### **Oppfølging av styresak 008-2017 - Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner.**

«Delprosjekt rehabilitering» innhentet høsten 2016 innspill til regionale føringer for arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner. Det ble i tillegg utarbeidet føringer som Helse Sør-Øst RHF ble anmodet om å arbeide videre med. Ett av disse punktene er: *avklaring og formalisering av funksjoner på region- og flerområdenivå.*

Hensikten med saken er at fagdirektør gir sin tilslutning til at:

- fagråd rehabilitering får i oppdrag å gi råd om hvilke rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst som bør formaliseres til en regional- eller flerområdefunksjon.
- fagråd rehabilitering følger opp helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner innenfor rehabiliteringsområdet.

#### **Konklusjon:**

- **Fagråd rehabilitering får i oppdrag å gi råd om hvilke rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst som bør formaliseres til en regional- eller flerområdefunksjon.**
- **Informasjon om fagrådets oppfølging av helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner innenfor rehabiliteringsområdet taes til orientering**

#### **Bakgrunn for saken**

Delprosjekt rehabilitering formulert følgende prioriterte gjennomføringspunkter for videre arbeid med utviklingsplanene i helseforetakene:

1. Tilbud for døgnbasert rehabilitering og ambulant virksomhet - organisering og prioritering
2. Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt - synlig og tydelig som 'En dør inn' til tjenesten
3. System for samarbeid innen rehabilitering - formalisering i samarbeidsavtalene

Andre tema som kom opp i dialogmøtene, var rettet mot regionalt eller nasjonalt nivå. Ett av disse punktene som Helse Sør-Øst RHF ble anmodet om å arbeide videre med, omhandler en *avklaring og formalisering av funksjoner på region- og flerområdenivå.* Det vises til sak 008-2017 Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF i møte 2. februar 2017.

#### **Spesielle forhold**

De private rehabiliteringsinstitusjonene innlemmes i fritt rehabiliteringsvalg fra 1.6.2017.

Fritt rehabiliteringsvalg innebærer at pasientene kan velge fritt mellom offentlig og private tilbud innenfor samme nivå. Endringen innebærer også at rehabilitering senere kan fases inn i den nye godkjeningsordningen, som er en del av fritt behandlingsvalg. Et pågående arbeid i Helsedirektoratet skal bidra til at private og offentlige rehabiliteringstilbud blir synlige på valg behandlingssted, [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no).

I den forbindelse blir det viktig å synliggjøre hva som er en flerregional- eller regional funksjon versus en områdefunksjon, slik at pasientene får rett tilbud på rett nivå.

## Prosess

Helseforetakene skal med bakgrunn i de regionale føringene utarbeide/ revidere sin utviklingsplan innenfor rehabiliteringsområdet 2017. I løpet av 2018 vil Helse Sør-Øst RHF sammenfatte helseforetakenes utviklingsplaner til en regional utviklingsplan innenfor rehabilitering.

## Vurdering

Et viktig punkt i fagrådenes standardmandat er: *Råd om regional faglig koordinering -En sentral oppgave for fagrådene vil være å bidra til faglig utvikling og koordinering på tvers av sykehusområdene, slik at praksis i regionen som helhet blir mest mulig likeverdig.* Det er tidligere gjort flere utredninger på rehabiliteringsområdet uten at en oppgave- og funksjonsfordeling er formelt vedtatt.

Kartlegging av sykehusområdenes rehabiliteringstilbud viser store variasjoner mellom de ulike sykehusområdene med store robuste fagmiljøer ved Innlandet, Sørlandet og Vestfold til sykehusområder uten egne rehabiliteringssenger og et tverrfaglig miljø ledet av spesialist. I tillegg viser bruk av private tilbud store forskjeller i forbruksrate mellom sykehusområdene. Slik tilbudet er i dag, fremstår det derfor som ikke likeverdig og rettferdig fordelt.

Kommunene skal få et større ansvar på rehabiliteringsområdet, samtidig er det viktig å beholde og videreutvikle tilbud i helseforetakene til færre og mer komplekse pasientgrupper, som spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ha et hovedansvar for. Disse tilbudene kan vurderes videreutviklet ved Innlandet, Vestfold, Sørlandet, Sunnaas eller en privat rehabiliteringsinstitusjon som en flerområdefunksjon. Videre er det behov for en tydeliggjøring av hvilke regionale funksjoner som Sunnaas skal ha, og eventuelt formalisere regionale funksjoner i andre virksomheter. (For eksempel armamputerte ved Sykehuset Innlandet).

Fagråd rehabilitering vil samtidig gjennom 2017 prioritere helseforetakenes arbeid med utviklingsplanene. Det kan blant annet innebære en drøfting av konkrete problemstillinger knyttet til måloppnåelse for de tre kulepunktene for regionale føringer. For føringene knyttet til *ambulant virksomhet* og *System for samarbeid* vil samarbeidsavtalene være et viktig verktøy. Det kan derfor være aktuelt at fagråd rehabilitering også ønsker å etablere et samarbeid med Samhandlingsnettverket i Helse Sør-Øst.

## Vedtak Fagråd rehabilitering 27.3.2017

11/2017	<b>Regional utviklingsplan, rehabilitering – Oppgave og funksjonsfordeling</b> <i>(Se utsendt saksvedlegg)</i> Fagråd rehabilitering har fått i oppdrag av fagdirektør i HSØ «å gi råd om hvilke rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst som bør formaliseres til en regional- eller flerområdefunksjon». Det vises til saksfremlegget. Fagrådet diskuterte hva som blir viktig i arbeidet og det kom diverse innspill. <b>Konklusjon:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Det etableres en arbeidsgruppe: Kristin Østlie, Reinhild Lange, Frank Becker, Knut Magne Ellingsen, Gro Aasland.</li><li>- I arbeidet tas det utgangspunkt i eksisterende dokumenter (se saksfremlegg og tidligere utredninger i hhv. Helse Sør og Helse Øst) og hva som faktisk skjer i praksis i dag</li><li>- Arbeidsgruppen skal til neste fagrådsmøte har sett nærmere på saken og komme med forslag til videre fremdrift for arbeidet.</li><li>- Saken presenteres for brukerutvalget i RHF i prosessen.</li></ul>	Frank, Tove
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

*Forslag fra arbeidsgruppen for organisering av arbeidet,  
godkjent av Fagråd rehabilitering 22.5.17*

Arbeidsoppgavene:

- Definere kriterier for regionale og for flerområdefunksjoner
  - basert på tidligere utredninger
  - beskrive hva de enkelte regionale og flerområde funksjonene må omfatte/innebære, avgrense mot andre tjenester, definere krav til tilbudene
- Definere behovet for regionale og for flerområdefunksjoner
  - gå gjennom ytelsesområdene
  - se på tidligere utredninger
  - gå gjennom eksisterende regionale og flerområdefunksjoner (formelle og «i praksis»)
  - se på eksisterende faglige anbefalinger, retningslinjer og vedtak
- Foreslå regionale og flerområdefunksjoner inkl. en summarisk konsekvensbeskrivelse

Proessen

- Det tas utgangspunkt i eksisterende dokumenter og dagens praksis
- Saken tas opp i flere runder i fagrådet
- Saken presenteres for brukerutvalget i RHF i prosessen
- Gi mulighet til høringsinnspill: brukerorganisasjoner, HFene/fagmiljøene

Organisering

- Arbeidsgruppe utarbeider forslag, suppleres ev. med flere ved behov
- Fagrådet styrer arbeidsgruppen og beslutter

Tidsplan:

- definere kriterier før sommeren
- utkast til forslag ferdig i september, sendes til høring og presenteres på seminar om regional utviklingsplan i september 2017
- ferdigstille saken etter tilbakemeldinger, høringsinnspill, brukerutvalget HSØ
- saken behandles endelig på fagrådsmøte med foreslått dato 13.11. *[frist utsatt til 1. halvår 2018 på fagrådets møte 25.9.2017]*

## Vedlegg 2: Prosess

Oppdraget om arbeidet ble vedtatt i møte i RHFet 27.2.2017, og på sitt neste møte 27.3.2017 etablerte Fagråd rehabilitering en arbeidsgruppe med disse medlemmene:

- Kristin Østlie (avdelingsoverlege Sykehuset Innlandet)
- Reinhild Lange (overlege Sørlandet sykehus)
- Frank Becker (klinikkoverlege Sunnaas sykehus)
- Knut Magne Ellingsen (brukerutvalget HSØ)
- Gro Aasland (avdelingsleder Sykehuset Telemark).

I møte 22.5.2017 vedtok fagrådet, på forslag fra arbeidsgruppa, følgende arbeidsoppgaver:

- å definere kriterier for regionale og for flerområdefunksjoner
- å definere behovet for regionale og for flerområdefunksjoner
- på bakgrunn av dette foreslå regionale og flerområdefunksjoner.

I prosessen skulle man gå gjennom ytelsesområdene (jf. kjøp av spesialiserte rehabiliteringstjenester), se på tidligere utredninger, gå gjennom eksisterende regionale og flerområdefunksjoner (formelle og «i praksis») og se på eksisterende faglige anbefalinger, retningslinjer og vedtak (f.eks. Nasjonal traumeplan).

Kriterier for og krav til regionale og flerområdefunksjoner ble vedtatt i fagrådsmøte 25.9.2017.

Arbeidsgruppen har jobbet kontinuerlig med saken. Den har vært tema på hvert fagrådsmøte i perioden mars 2017 til juni 2018 (totalt 7 møter) for orienteringer, justeringer og vedtak.

Informasjon og innspill ble innhentet gjennom

- et regionalt dialogmøte om rehabilitering og utviklingsplanene
- diskusjonsmøter med fagmiljøer
- e-post- og telefonkontakt med enkelte fagpersoner og fagmiljøer
- studium av relevante dokumenter
- diskusjoner i arbeidsgruppen og i fagrådet

Det ble vurdert å drøfte forslagene i ulike fora i HSØ RHF før vedtaket av anbefalingene i fagrådet, men det ble til slutt bestemt av RHFet at denne typen drøftinger ev. vil skje i den videre prosessen etter fagrådets vedtak.

Dette vedlegg 2 inneholder videre:

- tidslinje
- Invitasjon, program, og deltakerliste for «Diskusjonsmøter om regionale/flerområdefunksjoner»
- Konklusjon fra avdelingsledermøte Medisin og Helsefag 12.3.2018

### Tidslinje

<b>2017</b>	
27. februar	Oppdraget besluttet i Avdelingsledermøte Medisin og Helsefag, HSØ RHF
27. mars	Møte i fagrådet – arbeidsgruppe etableres
22. mai	Møte i fagrådet – Forslag fra arbeidsgruppen for organisering av arbeidet godkjent
30. juni	Arbeidsgruppemøte
25. september	Møte i fagrådet – kriterier for og krav til regionale/flerområdetjenester godkjent
11. oktober	Dialogseminar om rehabilitering
26. oktober	Arbeidsgruppemøte
13. november	Møte i fagrådet
11. desember	Arbeidsgruppemøte
<b>2018</b>	
15. januar	Arbeidsgruppemøte
5. februar	Møte i fagrådet
12. februar	Arbeidsgruppemøte
5. mars	Diskusjonsmøte med fagmiljøer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dysfagi</li> <li>▪ voksne med CP</li> <li>▪ alvorlige akutte nevrologiske sykdommer nevrourologi</li> <li>▪ alvorlig multitraume – etter intensiv/ intermedier-fase</li> <li>▪ alvorlig (TBI og) multitraume – intensiv/intermedier-fase</li> </ul>
12. mars	Møte i fagrådet
13. mars	Diskusjonsmøte med fagmiljøer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ andre alvorlige hjerneskader</li> <li>▪ hjerneslag med sjeldne/ kompliserte utfall</li> <li>▪ bevissthetsforstyrrelse</li> <li>▪ alvorlig TBI – etter intensiv/intermedier-fase</li> <li>▪ alvorlig TBI og multitraume – intensiv/intermedier-fase</li> </ul>
9. april	Møte i fagrådet
17. april	Møte med fagmiljøer Funksjonelle bevegelsesforstyrrelser
17. april	Arbeidsgruppemøte
7. mai	Arbeidsgruppemøte
11. mai	Førsteutkast til sluttdokument sendes fagråd rehabilitering til høring
22. mai	Frist for å sende innspill
24. mai	Arbeidsgruppemøte
4. juni	Møte fagråd rehabilitering – vedtak

### *Diskusjonsmøte om regionale/flerområdefunksjoner (invitasjon, program, og deltakerliste)*

Fagråd rehabilitering har fått i oppdrag av Helse Sør-Øst å komme med en anbefaling om hvilke regionale og flerområdefunksjoner det bør være på rehabiliteringsområde. En arbeidsgruppe jobber med saken og har bl.a. utarbeidet kriterier for, og krav til, regionale og flerområdetjenester. Det arbeides nå med en konkret vurdering av mulige regionale og flerområdetjenester. På visse områder ser vi behov for å diskutere nærmere med fagmiljøene i HFene i HSØ. Hovedformålet er å avklare om

fagmiljøene ser faglige grunner for at noen rehabiliteringstilbud bør sentraliseres ett sted (regional funksjon) eller få steder i regionen (flerområdefunksjon). Spørsmålene blir dermed:

- Er det faglige grunner for å ha tilbudet kun ett eller få steder i regionen?
- Hvis dette er tilfelle:
  - Hva er begrunnelsen?
  - Hvilke pasienter bør inngå i tjenesten?  
Beskrive målgruppen ut fra diagnose, funksjon og/eller fase.
  - Hvilke tiltak / deler av forløpet bør inngå i tjenesten?  
Beskrive hva tjenesten bør inneholde.

Det vises til vedlagte presentasjon for mer informasjon om saken. Arbeidsgruppen lager nå kortfattede beskrivelser av mulige tjenester som vil være utgangspunkt for diskusjonen. Disse oversendes senest 22. februar.

For å sikre gode konkrete diskusjoner, har vi begrenset deltakelse til 1 person per HF, i tillegg til arbeidsgruppen. Representanten for HFet bør ha god kjennskap til den aktuelle pasientgruppen og rehabiliteringstilbudet. Det står hvert HF fritt å bli representert med ulike deltakere for de enkelte pasientgruppene.

De respektive fagrådsrepresentantene fra hvert HF koordinerer deltakelse fra sitt HF, og sender beskjed om hvem som deltar til [frank.becker@sunnaas.no](mailto:frank.becker@sunnaas.no)

Møtene vil foregå i Helse Sør-Øst sitt møtesenter i Oslo (Grev Wedels plass, <https://www.helse-sorost.no/steder/oslo>). Tidspunktene for de enkelte pasientgruppene kan forskyve seg noe ut fra hvordan diskusjonene går.

Ved spørsmål, ta kontakt med Frank Becker ([frank.becker@sunnaas.no](mailto:frank.becker@sunnaas.no), 95 14 46 38).

### **mandag 5. mars 2018: multitraume, nevrologi mm. (kl 10 til 15)**

møterom «Henrik», 6. etasje

Tid (tentativ)	Pasientgruppe
1000	Alvorlig traumatisk hjerneskade og multitraume – intensiv/intermediær-fase
1030	Alvorlig multitraume – etter intensiv/ intermediær-fase
1130	Alvorlige akutte nevrologiske sykdommer (f.eks. Guillain-Barré, critical illness polyneuropati, pontin myelinolyse ...)
1230	Lunsj
1315	Urodynamikk v/nevrologiske sykdommer
1415	Funksjonelle bevegelsesforstyrrelser

**Deltakere (I tillegg til arbeidsgruppa):**

SSHF	overlege Arild Kjetså
STHF	overlege Ottar Berg
SIVHF	konstituert overlege Tom Farmen Nerli
SIHF	seksjonsleder bevegelse Nina Sveen unntatt kl. 13.15-14.15: urolog Jørgen Fleischer Eng
AHUS	NN
OUS	Til 11.30: Helene Lundgaard Sjøberg
SØHF	rehabiliteringskoordinator Beate Bertheau Johannessen
VVHF	NN
SUNHF	overlege Mona Strøm
Nasjonalt traumeregister	Ansvarlig medisinsk leder Olav Røise (til 1130)

**tirsdag 13. mars 2018: hjerneskadene (kl 10 til 16)**

møterom «Rosmersholm», 6. etasje

Tid (tentativ)	Pasientgruppe
<b>1000</b>	Alvorlig traumatisk hjerneskade og multitraume – intensiv/intermediær-fase
<b>1100</b>	Alvorlig traumatisk hjerneskade – etter intensiv/intermediær-fase
<b>1200</b>	Lunsj
<b>1245</b>	Diagnostikk (og behandling?) ved bevissthetsforstyrrelse
<b>1345</b>	Hjerneslag med sjeldne/ spesielt kompliserte utfall
<b>1430</b>	Andre alvorlige hjerneskadene enn hjerneslag og traumatisk hjerneskade (subaraknoidalblødning, anoksisk, encefalitt ...)
<b>1530</b>	Dysfagi

<b>Deltakere (I tillegg til arbeidsgruppa):</b>	
SSHF	overlege Gunn Siren Rike
STHF	overlege Ottar Berg
SIVHF	konstituert overlege Tom Farmen Nerli (alt. overlege Rita Tiskeviciene)
SIHF	seksjonsleder Eija Sareneva unntatt kl. 15.30-16.00. avdelingsoverlege Geir Sæthermoen
AHUS	NN
OUS	før lunsj: avdelingsleder Cecilie Røe etter lunsj: overlege Thea Jerpseth



SØHF	rehabiliteringskoordinator Beate Bertheau Johannessen
VVHF	NN
SUNHF	avdelingsoverlege Angelina Sergeeva

*Konklusjon fra avdelingsledermøte Medisin og Helsefag 12.3.2018*

036-2018	<p><b>Orientering om arbeidet med utredning av fremtidig oppgave – og funksjonsfordeling innenfor rehabiliterings-området i Helse Sør-Øst</b></p> <p>Saksframlegg var sendt ut ved innkallingen.</p> <p>Fagråd rehabilitering er i gang med en utredning av fremtidig oppgave –og funksjonsfordeling innenfor rehabiliterings-området.</p> <p>Saken ble lagt fram for å gi en statusrapport for arbeidet og en vurdering knyttet til henvisningsrutine og økonomi.</p> <p>Geir Bøhler orientere kort om saken og det ble gitt noen innspill.</p> <p>Det ble presisert at arbeidsgruppens mandat er å gi RHFet råd.</p> <p><b>Konklusjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avdelingsledermøtet tar notatet til orientering med de innspill som fremkom i møtet</li> <li>• Det utarbeides en henvisningsrutine for regionale rehabiliteringstilbud</li> <li>• Økonomi blir påkoblet arbeidet videre</li> </ul>	<p><b>GB</b></p>	
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	--

### Vedlegg 3: Utdrag fra relevante tidligere styringsdokumenter

Her gjengis utdrag av noen tidligere dokumenter som arbeidsgruppen har sett på som relevant for oppdraget.

Dette vedlegg 3 inneholder:

- Utviklingsplaner for helseforetakene, Prosjektrapport – Delprosjekt Rehabilitering 12.1.17
- Saksfremlegg til ledergruppen HSØ 30.8.2016: regionale funksjoner
- Vedlegg 3 til HSØ RHF styresak 050/2009: Definerings og organisatorisk samling av regionale funksjoner innen rehabilitering og fysikalsk medisin
- Helse Sør-Øst RHF Styresak 038/2008: omstillingsprogrammet – innsatsområde 1. hovedstadsprosessen
- Samlet organisering av spesialisert rehabilitering, Rapport fra arbeidsgruppe, Helse Sør-Øst RHF, Hovedstadsprosessen, juni 2008
- Helse Sør-Øst RHF styresak 108/2008: omstillingsprogrammet. innsatsområde 1 hovedstadsprosessen
- Veileder til Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

#### *Utviklingsplaner for helseforetakene, Prosjektrapport – Delprosjekt Rehabilitering 12.1.17*

##### Avklaring og formalisering av funksjoner på regionnivå og fler-områdenivå:

Helse Sør-Øst RHF bør avklare tydelige kriterier for rehabilitering på regionnivå, fler-områdenivå og formalisere ordninger på området. Et eksempel kan være Sørlandet sykehus som i praksis har fler-områdefunksjon for hjerneskade for Telemark og Vestfold. Sykehuset Innlandet har i praksis fler-områdefunksjon for armamputerte og dysmeli. Helse Sør-Øst RHF bør gjøre en avklaring av rollefordelingen i dette grensesnittet etter at helseforetakene har beskrevet i utviklingsplanen hvordan de håndterer sitt eget områdeansvar. Noen av helseforetakene har store og robuste rehabiliteringsmiljø som kan ivareta enkelte områdefunksjoner på vegne av helseforetak som ikke har tilsvarende tilbud. Det er også uklare om hvilke pasienter som skal ivaretas på regionnivå. Formalisering av dette vil bidra til å sikre pasientene tilbud på riktig nivå med effektiv ressursbruk, gi tydelig ansvarsfordeling og forutsigbarhet for aktørene og sikre eksisterende fagmiljøer.

#### *Saksfremlegg til ledergruppen HSØ 30.8.2016 – regionale funksjoner*

Helse Sør-Øst har i sak 108/2008 besluttet at regionfunksjoner kun skal være på ett sted i Helse Sør-Øst. Regionfunksjoner kjennetegnes ved stor grad av kompleksitet, avhengighet av avanserte funksjoner i mange andre fag og avansert/kostbart utstyr. Videre kan regionfunksjoner være definert med utgangspunkt i sjelden forekommende sykdommer (lite behandlingsvolum) som krever avansert behandling. Det ble videre sagt at *regionsavdelingene bør ha et hovedansvar for å utarbeide regionale rutiner, sikre faglig koordinering og yte "second opinion"*.

Fremtidig regional funksjonsdeling, herunder desentralisering ved en oppbygging av nye spesialiserte funksjoner i sykehusområdene utenfor Oslo, må derfor vurderes samlet ut fra faglige kriterier

(herunder alternative tilnærminger for å sikre kvalitet), ressursmessige betraktninger, samt målet om å desentralisere det som kan desentraliseres.

Flerområdefunksjoner er spesialiserte funksjoner hvor det er behov for et opptaksområde større enn ett sykehusområde i forhold til kvalitet, ressursutnytting og kostnadseffektivitet.

### *Vedlegg 3 til HSØ RHF styresak 050/2009*

#### *Definering og organisatorisk samling av regionale funksjoner innen rehabilitering og fysikalsk medisin*

Med disse ovennevnte forutsetningene, samlet arbeidsgruppa seg om følgende kriterier for regionale funksjoner, som hver for seg kan være tilstrekkelige:

- Avhengighet til andre regionale funksjoner, herunder regionale funksjoner innen andre fagområder
- Sjeldent/særegent funksjonstap med komplekst rehabiliteringsbehov
- Avansert eller kostbart utstyr eller spesiell fysisk tilrettelegging nødvendig

### *Helse Sør-Øst RHF Styresak 038/2008: omstillingsprogrammet – innsatsområde 1 hovedstadsprosessen*

- Spesialiserte funksjoner skal ha et opptaksområde tilsvarende ett eller, dersom kvalitetsmessige eller kompetansemessige forhold tilsier det, flere sykehusområder, basert på optimalt pasientvolum og effektiv utnyttelse av kompetanse og teknologi. Det må ved plassering av spesialiserte funksjoner innenfor sykehusområdet tas hensyn til faglige avhengigheter.
- Regionale funksjoner skal ikke dubleres og bare foregå ett sted i regionen. De faglige avhengigheter innen høyspesialisert medisin må ivaretas ved en slik samling. Regionavdelingen gis en regional rådgivningsfunksjon for endringer i tjenestetilbudet. Avdelingen har ansvar for å vurdere og anbefale bruk av nye metoder og for å implementere nasjonale retningslinjer og prosedyrer. Avdelingen skal ha et ansvar for å utarbeide regionale rutiner, sikre faglig koordinering og gi "second opinion". Avdelingen skal sikre en likeverdig bruk av funksjonen innenfor helseregionen.

Vedtaket innebærer at det bare er regionale funksjoner (funksjoner som skal finnes ett sted i regionen) og eventuelle spesialiserte funksjoner som av kvalitetsmessige eller kompetansemessige grunner må ha et større opptaksområde enn ett sykehusområde (flerområdefunksjoner), som ikke skal være en del av tjenestetilbudet innenfor alle sykehusområder.

### *Samlet organisering av spesialisert rehabilitering, Rapport fra arbeidsgruppe, Helse Sør-Øst RHF, Hovedstadsprosessen, juni 2008*

#### **3.1. Kjennetegn ved regionale funksjoner**

Arbeidsgruppa er enig om at følgende forhold kjennetegner en regional funksjon:

- Lavfrekvente (få pasienter)
- Komplekse problemstillinger, krav til bredt sammensatte team
- Faglig avhengighet til andre høyt spesialiserte funksjoner
- Investeringer i kostbart/avansert utstyr

I vurderingen av hvilket nivå en pasient/pasientgruppe og type tjeneste (funksjon) skal plasseres på innenfor rehabiliteringsfeltet, står flere komponenter sentralt:

- Diagnose
- Funksjon
- Fase i forløpet
- Ulike behov i forskjellige livsfaser

Å vurdere tjenestebehovet kan være vanskelig og krever faglig skjønn. Det er ikke alltid slik at alvorlig skade betyr at funksjonstapet er stort. Samtidig kan det være slik at en mindre alvorlig skade kan gi uventet stort funksjonstap. Arbeidsgruppa mener følgende forhold bør kjennetegne en enhet som har en eller flere regionale funksjoner:

- Enheten må være ledende i fagutvikling innen pasientbehandlingen i regionen.
- Enheten må kunne utføre alle fire funksjonene i helselovene
- Kontakt med brukerorganisasjoner for de pasientgrupper de behandler
- Sammenhengende behandlingsskjede med regionalt akutt-/tidligrehabiliteringsfunksjon

En regional funksjon må, i tillegg til døgn- og dagbehandling, kunne gjøre polikliniske vurderinger, ha tett samarbeid med et lærings- og mestringssenter og tilby ambulante tjenester.

Arbeidsgruppa vil påpeke at for flere av de nevnte pasientgruppene, krever regionsfunksjonen at det er samstemmighet mellom akuttpsykehuset og rehabiliteringsavdelingen om hvordan behandlingsskjeden skal se ut.

### ***Helse Sør-Øst RHF styresak 108/2008: omstillingsprogrammet. innsatsområde 1 hovedstadsprosessen***

#### ***Regionalt tilbud rehabilitering (vedtakspunkt 5b)***

- *Regionale rehabiliteringsfunksjoner samles for å styrke rehabilitering som fagfelt og sikre videre fagutvikling, forskning og utdanning.*
- *Forskning, utdanning og gode tverrfaglige behandlingstilbud sikres ved at de regionale funksjonene organiseres i tett samarbeid med øvrige regionspsykehusfunksjoner*

Dette skal bidra til:

i) helsemessige tilleggsgevinster i form av bedre prognose eller livskvalitet for pasienten

ii) bedre kvalitet på pasienttilbudet og pasientbehandlingen gjennom samling og nasjonal oppbygging av faglig spisskompetanse og kompetanse

iii) mer likeverdig tilgang til et spesialisert tjenestetilbud av høy kvalitet

iv) bedre kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng

***Veileder til Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten***

Felles for alle flerregionale og nasjonale behandlingstjenester er at det dreier seg om tilbud om utredning og behandling av en liten gruppe pasienter som har behov for høyspesialisert kompetanse eller bruk av spesialisert medisinsk utstyr. Nasjonale/ flerregionale behandlingstjenester sentraliserer behandlingen til ett eller to steder i landet.

Høyspesialisert diagnostikk og behandling er hovedoppgaven for nasjonale- og flerregionale behandlingstjenester. En nasjonal/ flerregional behandlingstjeneste skal bare dekke den delen av diagnostikk og/eller behandling som fremgår i beskrivelsen av tjenesten. Annen oppfølging av pasienten skal foregå i de øvrige delene av helsetjenesten.

Det forutsettes at nasjonale og flerregionale behandlingstjenester har et helhetlig perspektiv som omfatter hele sykdomsforløpet og ofte i et livsløpsperspektiv (for eksempel forankret gjennom nasjonale retningslinjer / behandlinglinjer).

Behandlingstjenester skal bidra til etablering og oppfølging av helhetlige pasientforløp både i egen og i andre helseregioner. Tjenesten skal drive veiledning og kompetansespredning når det gjelder oppfølging av pasienter innenfor tjenestens ansvarsområde. Det er særskilt viktig å sørge for kontinuitet i behandlingstilbud som omfatter overgang mellom barn og voksne.

Helhetlige pasientforløp kan eksempelvis ivaretas gjennom oppbygging av landsomfattende faglige forpliktende nettverk som samlet tar hånd om hele forløpet for de aktuelle pasientgrupper. Bruk av dokumentasjonssystemer, eksempelvis gjennom bruk av medisinske kvalitetsregistre som fanger opp hele pasientforløpet, vil også være hensiktsmessig når slike er etablert.

## Vedlegg 4: Nærmere om anbefalte regionale og flerområdefunksjoner og vurderte pasientgrupper

### Innhold

Ryggmargsskader .....	39
Alvorlig traumatisk hjerneskade og multitraume (fase 1/2) .....	40
Bendysmeli .....	42
Nevrogen blæredysfunksjon .....	44
Arvelige arteriesykdommer .....	46
Alvorlig tetraparese .....	47
Alvorlig brannskade .....	49
Ryggmargsskade, multitraume og nevrologi hos barn/ungdom .....	50
Alvorlig traumatisk hjerneskade (fase 3/4/5) .....	51
Multitraume med omfattende funksjonssvikt .....	53
Akutte ikke-progredierende nevrologiske tilstander .....	55
Ikke traumatisk ervervet hjerneskade med spesielle rehabiliteringsbehov .....	57
Armamputasjon og armdysmeli .....	59
Funksjonelle bevegelsesforstyrrelser .....	61
Revmatologisk rehabilitering .....	63
(Lang)varige svelgevansker .....	64
Lungerehabilitering .....	66
Bevissthetsforstyrrelser .....	70

## Ryggmargsskader

<b>Diagnosegruppe:</b>	Pasienter med nevrologiske utfall grunnet skade på ryggmarg eller cauda equina, av traumatisk eller ikke traumatisk årsak. Dette inkluderer voksne med ryggmargsbrokk (MMC).
<b>Funksjonsnivå:</b>	<p>Alle pasienter med ryggmargsskade der det foreligger minst en av følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• forstyrrelse av blære-, tarm- og/eller seksualfunksjon</li> <li>• ryggmargsskade AIS kategori A, B eller C (American Spinal Injury Association impairment scale)</li> <li>• utfall fra flere spinale nivåer</li> </ul> <p>Pasienter med ryggmargsskade grunnet spinal stenose hvis det er omfattende utfall, dvs. minst en av følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• forstyrrelse av blære-, tarm- og/eller seksualfunksjon</li> <li>• betydelig påvirkning av lungefunksjon</li> </ul> <p>Pasienter med ryggmargsskade grunnet spinale svulster (ikke skjelettmetastaser) unntatt der det er forventet kort levetid</p>
<b>Fase:</b>	<p>Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten</p> <p>Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt</p> <p>Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten</p> <p>Treningsopphold etter fase 3 med avgrenset fokus på motorikk og/eller ADL-funksjon tilbys også tilbys ved andre lokalisasjoner.</p>
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<p>Ca. 80 til 100 nye pasienter per år.</p> <p>I Norsk ryggmargsregister ble det de siste 4 år registrert mellom 60 og 69 pasienter per år på SunHF (dekningsgrad ca 90 %).</p> <p>Ved SunHF var det i 2017 innlagt 85 pasienter til primærrehabilitering (aldersgjennomsnitt 47,6 år, gjennomsnittlig liggetid 72,2 dager).</p> <p>Antakelig noe underdekning.</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase 3 rehabilitering</li> <li>• Kontroll/oppfølging</li> <li>• Mestrings-/aktivitetstilbud spesifikk for målgruppen</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	<p>Det finnes et nasjonalt register for pasientgruppen (<a href="https://www.kvalitetsregistre.no/registers/561">https://www.kvalitetsregistre.no/registers/561</a>).</p>
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonal traumeplan anbefaler «videreføring av dagens spinalenheter».</li> <li>• Lavfrekvent tilstand som krever spesialisert kompetanse</li> <li>• Behov for spesialkompetanse og utstyr relatert til blæreforstyrrelser</li> <li>• Tett samarbeid med traumeenhet på OUS om oppfølging og kontroll</li> </ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	Sunnaas sykehus HF

### Alvorlig traumatisk hjerneskade og multitraume (fase 1/2)

<b>Diagnosegruppe:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatisk hjerneskade (TBI)</li> <li>• Alvorlig traumatisk skade med følgetilstand i / utfall av to eller flere organsystemer</li> </ul>
<b>Funksjonsnivå:</b>	<p>Pasienter som akuttbehandles på regionalt traumesenter og der minst ett av følgende foreligger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I behov av nevrokirurgisk behandling</li> <li>• I behov av intensivbehandling</li> <li>• Ikke medisinsk stabil for overflytting til rehabiliteringsavdeling/sykehus (f.eks. pga. respirasjonsproblematikk eller infeksjon)</li> </ul>
<b>Fase:</b>	<p>Fase 1 Rehabilitering av intensivpasienter Fase 2 Tidligrehabilitering</p>
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<p>Ut fra kapasitetsberegning i Nasjonal traumeplan er det anbefalt 12 senger totalt for intensiv og intermedieær</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medisinsk akuttbehandling</li> <li>• Tverrfaglig tidlig rehabilitering</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	<p>Relevante anbefalinger fra Nasjonal traumeplan 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter på intensivsenhet i traumesenter skal vurderes innen 3 dager fra skade/innleggelse av spesialist fra rehabiliteringsenhet. Dette kan løses ved interne ambulante tjenester eller ved at rehabiliterings-lege tilknyttes traumesenter.</li> <li>• Rehabilitering skal starte i intensivfasen på traumesenteret</li> <li>• Opprette intermedieærenheter for tidlig og intensiv rehabilitering: kapasitet 2 senger pr. 500 000 innbyggere ved alle traumesentre (<i>for HSØ: 11,6 senger</i>)</li> <li>• Der progresjon i rehabiliteringen hindres på grunn av komplikasjoner skal pasientene prioriteres når det er nødvendig med kirurgiske tiltak. Det skal defineres enheter ved traumesenteret (traumepost) som tar imot pasienter som trenger kirurgi i forløpet. Disse kan kombineres med enheter for tidlig-rehabilitering</li> <li>• Det skal etableres prosesser for rehabiliteringsforløp for brannskadde og sjeldne skader</li> </ul> <p>For lite kapasitet i denne fasen anses som en vesentlig årsak til at mange pasienter p.t. ikke får et sømløst tilbud.</p>
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientene får akuttbehandlingen sin sentralisert ved OUS, og det er naturlig at behandlingen fortsetter der til pasienten er medisinsk stabil for videre rehabilitering.</li> <li>• Behov for utstyr og kompetanse relatert til den akutte fasen</li> <li>• Behov for tverrfaglig spesialkompetanse på tidlig rehabilitering</li> <li>• God dokumentasjon for effekt av tidlig rehabilitering på traumesenteret med sømløs overføring til fase 3 rehabilitering (Andelic et al 2012) og av kost-nytte av denne modellen (Andelic et al 2014)</li> </ul>



<b>Foreslått lokalisering:</b>	Regionalt traumesenter OUS Ullevål (Flerområdefunksjon SS og OUS er et mulig alternativ: Utfordring per i dag er underkapasitet ved OUS. Vedtatte Nasjonal traumeplan anbefaler 11,9 senger for HSØ, dette er ikke implementert. Følgelig oppstår det en "flaskehals", som resulterer i brudd i anbefalt sømløst forløp. For å minimere antall brutte pasientforløp må fase 1/2-kapasiteten ved OUS økes. Alternativt må det opprettes fase 1/2-senger også ved annet HF, dvs. flerområdefunksjon. Pga. flerområdefunksjon for pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade på SunHF og SSHF i påfølgende fase, er SSHF nevnt som mulig lokalisasjon.)
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Bendysmeli

<b>Diagnosegruppe:</b>	Pasienter med bendysmeli
<b>Funksjonsnivå:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for spesialisert, tverrfaglig rehabilitering ut over det områdesykehuset kan tilby <i>og/eller</i></li> <li>• Behov for tilpasning av proteser <i>og/eller</i></li> <li>• Behov for kirurgiske intervensjoner</li> <li>• Både barn og voksne</li> </ul>
<b>Fase:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalens: Antatt 2-3000 personer med dysmeli (reduksjonsdefekt) i Norge. Ca. 1/3 til 1/4 antas å være bendysmeli.</li> <li>• Insidens: Det fødes iflg Medisinsk fødselsregister 30-40 barn med dysmeli (reduksjonsdefekter) i Norge per år. Ca. 1/3 til 1/4 av disse er bendysmeli.</li> </ul> <p>Per i dag ca. seks tverrfaglige klinikker i året, polikliniske konsultasjoner hos barneortoped knyttet til teamet ved behov, rehabilitering etter kirurgiske inngrep organiseres individuelt i samarbeid med fagfolk i pasientenes nærmiljø.</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedisk avdeling Rikshospitalet (ORH) i Ortopedisk klinikk ved Oslo universitetssykehus (OUS) har Nasjonal behandlingstjeneste for medfødte deformiteter i underekstremitet hos barn. Behandlingen inkluderer alle kirurgiske teknikker for deformitetskorreksjon, som for eksempel beinforlengelse og aksekorreksjoner. Behandlingstjenesten inkluderer også bendysmeliteamet ved OUS.</li> <li>• Ortopedisk avdeling Rikshospitalet har et tverrfaglig team som har spesialkompetanse på bendysmeli, i dette inkludert barn med ervervede amputasjoner i ben de første leveår. Teamet samarbeider nært med miljøet innen rekonstruktiv kirurgi som en del av den Nasjonale behandlingstjenesten for medfødte deformiteter i underekstremitet hos barn. Pasientene kommer fra hele landet. Tilbudet omfatter tverrfaglige klinikkdager (3-7 pasienter samtidig), individuelle polikliniske konsultasjoner hos barneortoped og innleggelse i forbindelse med ulike kirurgiske inngrep, postoperativ rehabilitering og oppstart av protesetilpasning.</li> </ul>
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavfrekvent tilstand</li> <li>• Krav til spisset, høyspesialisert kompetanse</li> <li>• Behov for samarbeid med den rekonstruktive delen av den Nasjonale behandlingstjenesten for medfødte deformiteter</li> </ul>

	<p>i underekstremitet hos barn</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bendysmeliteamet ved OUS Rikshospitalet har per i dag i praksis landsfunksjon for alle nye pasienter</li></ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	Regionfunksjon ved bendysmeliteamet ved Ortopedisk avdeling Rikshospitalet

### Nevrogen blæredysfunksjon

<b>Diagnosegruppe:</b>	Blærefunksjonsforstyrrelse som antas å være forårsaket av kjent nevrologisk skade/sykdom (f.eks. MS, Parkinson, degenerative nevrologiske sykdommer, hjerneslag)
<b>Funksjonsnivå:</b>	<p>Nevrogene blærefunksjonsforstyrrelser der</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• det er påvist komplikasjon på øvre urinveier eller fare for påvirkning av nyrefunksjon</li> <li>• der blæretømmingsregime og urinavledning (kirurgi) skal utredes nærmere</li> <li>• maks tid med kateteravledning der alternative løsninger bør vurderes</li> </ul> <p>Minst ett av kriteriene skal foreligge, og blæreforstyrrelsen må ha klar innvirkning på funksjon i hverdagen: lekkasje- eller betydelig urgeproblematikk som hindrer aktivitet og deltakelse.</p>
<b>Fase:</b>	<p>Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten</p> <p>Der det er eller forventes varige eller langvarige blærefunksjonsforstyrrelser som ikke kan håndteres av fastlege og etter en vurdering på områdesykehuset v/urolog eller annen kompetanse (f.eks. spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller i nevrologi).</p>
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<p>Det kan anslås en total forekomst i HSØ av blærefunksjonsforstyrrelser hos pasienter med multipel sklerose, slag og Parkinsons sykdom mellom 7.672 og 20.400 (beregnet med utgangspunkt i Thomas TM et al. <i>Br Med J.</i> 1980, Linsenmeyer et al. <i>J Spinal Cord Med.</i> 1999, Frimodt-Møller C. <i>Ann. Intern. Med.</i> 1980).</p> <p>Det store flertallet vil kunne få tilfredsstillende diagnostikk og behandling/rehabilitering ved fastlege eller på områdenivå. Tjenesten vil kun gjelde en mindre undergruppe av disse. Ut fra klinisk erfaring kan det grovt anslås et omfang på ca 100 til 200 pasienter i året.</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostikk av blærefunksjonsforstyrrelser: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ klinisk undersøkelse</li> <li>○ urodynamiske undersøkelser</li> <li>○ ultralyd av urinveier</li> <li>○ cystoskopi</li> <li>○ CT</li> </ul> </li> <li>• Pasientopplæring, rådgiving og veiledning</li> <li>• Oppfølging/kontroll av utvalgte pasienter</li> <li>• Generell rådgivingsfunksjon</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	NICE guideline «Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management»
<b>Begrunnelse for at tilbudet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for spesialkompetanse (lege med spesialkompetanse, uroterapeut)</li> </ul>

<b>bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behov for bred rehabiliteringskompetanse</li><li>• Behov for spesialutstyr</li><li>• Per i dag ivaretatt for pasienter med ryggmargsskader, men i liten grad for andre pasientgrupper</li></ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	Sunnaas sykehus

### Arvelige arteriesykdommer

<b>Diagnosegruppe:</b>	<p>Arvelige arteriesykdommer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marfans syndrom</li> <li>• Loeys-Dietz' syndrom</li> <li>• Vaskulær Ehlers-Danlos syndrom (EDS)</li> <li>• Familiære/hereditære thorakale aortaaneurismer og disseksjoner (FTAAD/ HTAAD)</li> </ul>
<b>Funksjonsnivå:</b>	Selvstendig i ADL, gangfunksjon
<b>Fase:</b>	<p>Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten (postoperativt)</p> <p>Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten</p>
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marfans syndrom: 79</li> <li>• Loeys-Dietz syndrom: 31</li> <li>• Vaskulær Ehlers-Danlos syndrom: 9</li> <li>• FTAAD/ HTAAD: 3</li> </ul> <p>(kilde: registrerte voksne brukere ved TRS kompetansesenter med bosted i HSØ, det kan finnes flere som ikke er registrert)</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<p>Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitering etter operasjoner; aortakirurgi, ev. ortopedisk kirurgi (protrusio acetabuli eller skoliose)</li> </ul> <p>Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten (som gruppetilbud):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opptrening av dekondisjonerte pasienter under veiledning.</li> <li>• Livsmestringsopphold.</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange pasienter er engstelige for å være i fysisk aktivitet fordi de frykter akutte episoder</li> <li>• Bearbeiding av kriser etter å ha fått diagnosen eller etter akutte episoder, omstilling ved livsendringer som f.eks. uføretrygd og funksjonstap, belastninger knyttet til syke slektninger, dødsfall, diagnostisering av barn o.l.</li> <li>• Mange har kronisk smerte og fatigue problematikk</li> </ul>
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjelden og kompleks tilstand, behov for spesialkompetanse</li> <li>• Behov for tett samarbeid med spesialiserte kardiologer og thoraxkirurger</li> <li>• Behov for tett oppfølging av puls og blodtrykk under trening ved fagpersoner med spesialkompetanse</li> <li>• Behov for utstyr for monitorering av puls, BT mv under aktivitet</li> <li>• Behov for tett samarbeid med Bindevevsklinikken OUS og TRS kompetansesenter</li> </ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	Ikke noe miljø som per i dag har spesialisert rehabiliterings-tilbud for denne pasientgruppen

### Alvorlig tetraparese

<b>Diagnosegruppe:</b>	Hjerneslag Akutte ikke-progredierende neurologiske tilstander (Guillain-Barré syndrom, critical illness myopati/polyneuropati, pontin myelinolyse o.l.)
<b>Funksjonsnivå:</b>	Pasienter med locked-in lignende tilstand: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende tetraparese</li> <li>• Behov for hjelp i kommunikasjon</li> <li>• Forstyrrelser i blære-, tarm- og/eller seksualfunksjon</li> <li>• Autonom dysfunksjon</li> </ul>
<b>Fase:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten Treningsopphold etter fase 3 tilbys også ved andre lokalisasjoner.
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finnes ingen sikre tall, verken nasjonalt eller internasjonalt.</li> <li>• Det er 0 til 3 nye tilfeller av locked-in syndrom (slik det er definert for den nasjonale tjenesten) i Norge per år. Målgruppen for denne tjenesten – pasienter med «nesten» locked-in syndrom – er noe større, grovt anslått til mellom 3 og 8 pasienter i HSØ per år.</li> </ul>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	Anbefaling i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter med sjeldne og spesielt kompliserte funksjonsutfall bør få høyspesialisert rehabilitering, f.eks. ved regional rehabiliteringsavdeling med særskilt kompetanse.</li> </ul>
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<p>Det er etablert Nasjonal behandlingstjeneste for rehabilitering ved locked-in syndrom ved SunHF. Inntakskriteriene for denne tjenesten er imidlertid «strengt» slik at den nasjonale tjenesten kun gjelder få pasienter.</p> <p>Pasienter med «nesten» locked-in syndrom har behov for et sentralisert tilbud pga. samtidig medisinske behov, behov for spesialkompetanse og spesialisert utstyr.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I den alvorlige formen med omfattende funksjonssvikt er dette en lavfrekvent tilstand</li> <li>• Ofte ledsaget av medisinske komplikasjoner som krever døgntilbud vedr. lege og sykepleie slik at pasienten kan overføres direkte fra akuttavdeling</li> <li>• Ofte påvirket respirasjon med krav til diagnostikk og behandling (blodgassanalyse, utvidet spirometri, cough assist, BIPAP/CPAP o.l.)</li> <li>• Behov for trening i basseng og med avanserte gangtreningshjelpemidler (oppheng, eksoskjelett o.l.)</li> <li>• Mulighet for avansert utredning og behandling av blære-, tarm- og seksualfunksjon</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mulighet for avansert utredning av svelgevansker</li></ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	Sunnaas sykehus



### Alvorlig brannskade

<b>Diagnosegruppe:</b>	Omfattende brannskader
<b>Funksjonsnivå:</b>	Ikke selvstendig i ADL, behov for institusjonsbasert rehabilitering
<b>Fase:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	Ved SunHF var det i 2017 innlagt 4 pasienter i denne målgruppen til fase 3 rehabilitering (aldersgjennomsnitt 42 år, gjennomsnittlig liggetid 80 dager). Det var i tillegg 3 innleggelser for vurderingsopphold og 2 for kontrollopphold.
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primærrehabilitering</li> <li>• Oppfølging, kontroll, vurdering</li> <li>• Komplett tverrfaglig tilbud</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	Helse Bergen har søkt om nasjonal behandlingstjeneste for denne pasientgruppen. Regional tjeneste er kun aktuelt i tilfelle nasjonal tjeneste ikke blir godkjent.
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavfrekvent pasientgruppe</li> <li>• Behov for spesialkompetanse</li> <li>• Behov for spesialutstyr</li> <li>• Tett samarbeid med akuttavdeling (Brannskadeavsnitt Haukeland)</li> <li>• Ofte betydelig komorbiditet (f.eks.. psykiatri/rus)</li> </ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	Sunnaas sykehus (under forbehold at det ikke blir nasjonal behandlingstjeneste ved Haukeland universitetssykehus)

### Ryggmargsskade, multitraume og nevrologi hos barn/ungdom

<b>Diagnosegruppe:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryggmargsskade</li> <li>• Alvorlig akutt nevrologisk sykdom (f.eks. Guillain-Barré-syndrom)</li> <li>• Multitraume (alvorlig skade med følgetilstand i / utfall av to eller flere organsystemer)</li> <li>• Andre alvorlige sykdommer/skader som krever institusjonsbasert rehabilitering (unntatt rene arm- eller benamputasjoner, se egen tjeneste)</li> </ul>
<b>Funksjonsnivå:</b>	Omfattende funksjonssvikt som medfører avhengighet i ADL og behov for institusjonsbasert rehabilitering
<b>Fase:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	Det finnes ingen sikre epidemiologiske tall for denne pasientgruppen, men den er lavfrekvent
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primærrehabilitering</li> <li>• Oppfølging</li> <li>• Mestrings-/aktivitetstilbud spesifikk for målgruppen</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	Tilbud for disse pasientgruppene gis per i dag ved SunHF. For ryggmargsskader hos barn/unge diskuteres nasjonal behandlingstjeneste ved SunHF.
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavfrekvent tilstand som krever spesialisert kompetanse</li> <li>• Behov for spesialkompetanse og utstyr relatert til barn/ungdom</li> <li>• Behov for tett samarbeid med pediater</li> </ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	Sunnaas sykehus (under forbehold at det ikke er innsigelser fra de pediatrike miljøene)

### Alvorlig traumatisk hjerneskade (fase 3/4/5)

<b>Diagnosegruppe:</b>	Traumatisk hjerneskade (TBI)
<b>Funksjonsnivå:</b>	<p>Omfattende følgetilstand, dvs. alvorlig ut fra rehabiliteringsbehov og prognose.</p> <p>Alvorlighet defineres tradisjonelt med utgangspunkt i laveste bevissthetsnivå grunnet intrakraniell skade de første 24 timene (Glasgow Coma Scale Score 8 eller lavere). Dette kriteriet er ofte ikke tilstrekkelig for å indikere rehabiliteringsbehov, også pasienter med moderat skade definert ut fra (GCS 9 til 12) kan ha «alvorlig TBI» i et rehabiliteringsperspektiv.</p> <p>Aspekter som spesielt indikerer et rehabiliteringsbehov på flerområdenivå er:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortsatt koma, vegetativ eller minimalt bevisst tilstand når pasienten er medisinsk stabil for rehabilitering</li> <li>2. Forløp med langsom progresjon fra et bevissthetsnivå til neste</li> <li>3. Posttraumatisk forvirringstilstand når pasienten er medisinsk stabil for rehabilitering</li> <li>4. Langvarig respirasjonsproblematikk, f.eks. tracheostomi</li> <li>5. Forstyrrelser av blære-, tarm- og seksualfunksjon</li> </ol>
<b>Fase:</b>	<p>Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten</p> <p>Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt</p> <p>Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten i utvalgte tilfeller</p> <p>Treningsopphold etter fase 3 tilbys også ved andre lokalisasjoner.</p>
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<p>Ca. 100 pasienter overlever alvorlig TBI per år i HSØ (definert gjennom bevissthetstap i akutt fase).</p> <p>Ved SunHF var det i 2017 innlagt 81 pasienter i denne målgruppen til fase 3 rehabilitering (aldersgjennomsnitt 39,7 år, gjennomsnittlig liggetid 64,7 dager).</p> <p>Ved SSHF var det i årene 2014 til 2017 ca. 15 til 25 pasienter per år til fase 3 rehabilitering per år (aldersgjennomsnitt mellom 52 til 59 år, median liggetid ca. 29 dager).</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase 3 rehabilitering</li> <li>• Kontroll og oppfølging ved spesielle behov</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	<p>Relevante anbefalinger fra Nasjonal traumeplan 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientene skal overføres direkte fra akuttavdeling på traumesenter til rehabilitering – ikke via vente-opphold på lokalsykehus uten tilbud om spesialisert rehabilitering</li> <li>• Det skal defineres regionale rehabiliteringsavdelinger med ansvar for ulike skader. Få avdelinger skal ha ansvar for pasienter med alvorlige skader.</li> <li>• Traumesentrene bør, i samarbeid med kommunene, definere standardiserte pasientforløp som gir like rehabiliteringstilbud uavhengig av helseregion. Det skal etableres gode og forutsigbare systemer for oppfølging og samhandling:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tilgjengelige senger/ dagplasser for vurdering og</li> </ul> </li> </ul>

	<p>rehabilitering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Senfasetilbud med tverrfaglig rehabilitering, tilbys uavhengig av bosted</li> <li>○ Mestringstilbud for familien (også barn)</li> <li>○ Tverrfaglig poliklinikk ledet av rehabiliteringsrelevant spesialist.</li> <li>○ Ambulante rehabiliteringsteam</li> <li>● Organisere spesialisert rehabilitering i definerte regionale avdelinger (Fysikalsk medisin og rehabilitering): Kapasitet 1 seng per 100 000 innbyggere for pasienter med traumatisk hjerneskade (<i>HSØ: 29 senger</i>)</li> <li>● For senfase-rehabilitering og lærings- og mestringstilbud skal det beregnes 2 senger/dagplass i spesialisert enhet per 100.000 innbyggere (<i>HSØ: 58 senger, tallet inkluderer hodeskade, multitraume/ traumatiske amputasjoner</i>)</li> </ul>
<p><b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lavfrekvent og kompleks tilstand, behov for spesialkompetanse</li> <li>● Behov for tilrettelagte fasiliteter (f.eks. med tanke på skjerming)</li> <li>● Ressurskrevende pasientgruppe der det ikke er hensiktsmessig å ha tilbud mange steder</li> <li>● God dokumentasjon for effekt av tidlig rehabilitering på traumesenteret med sømløs overføring til fase 3 rehabilitering (Andelic et al 2012) og av kost-nytte av denne modellen (Andelic et al 2014)</li> <li>● Ofte ledsaget av medisinske komplikasjoner som krever døgntilbud vedr. lege og sykepleie slik at pasienten kan overføres tidlig direkte fra akuttavdeling</li> <li>● Tett samarbeid med traumeenhet på OUS om oppfølging og kontroll</li> </ul>
<p><b>Foreslått lokalisering:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Flerområde: SSHF og SunHF</li> <li>● For undergruppen pasienter med bevissthetsforstyrrelse er det dissens. Se de to alternativene under tjenestene «bevissthetsforstyrrelse».</li> </ul>

### Multitraume med omfattende funksjonssvikt

<b>Navn på tjenesten:</b>	Multitraume med omfattende funksjonssvikt
<b>Diagnosegruppe:</b>	Alvorlig skade med følgetilstand i / utfall av to eller flere organsystemer. Der hjerne- eller ryggmargsskade som en del av multitraume er fremtredende for det kliniske bildet, får pasienten tilbud under respektiv tjeneste.
<b>Funksjonsnivå:</b>	Ikke selvstendig i dagliglivets aktiviteter og omfattende skade som i tillegg til multiple bruddskader også medfører minst en av følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ustabil bekkenring, fikserte bekkenfrakturer</li> <li>• kompliserte brudd som vanskeliggjør mobilisering (f.eks. ex fix)</li> <li>• traumatisk amputasjon (ved uex-amputasjon: over ankelnivå)</li> <li>• omfattende bløtdelsdefekt (degloving, brann)</li> <li>• perifere nerveskader</li> <li>• critical illness myopati/polynevropati</li> <li>• forstyrrelser av blære-, tarm- og seksualfunksjon</li> <li>• ekstrem katabol tilstand</li> <li>• alvorlig komorbiditet (f.eks. nevrologisk sykdom med funksjonssvikt fra tidligere, psykiatri/rus)</li> </ul>
<b>Fase:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten Treningsopphold etter fase 3 tilbys også ved andre lokalisasjoner.
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	Ved SunHF var det i 2017 innlagt 39 pasienter i denne målgruppen til fase 3 rehabilitering (aldersgjennomsnitt 39,6 år, gjennomsnittlig liggetid 72,2 dager). Samme år var det ved SiV innlagt ca. 15 pasienter og ved SSHF 13 pasienter.
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase 3 rehabilitering</li> <li>• Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt</li> <li>• Fase 5: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oppfølging ved spesielle behov</li> <li>○ Mestrings-/aktivitetstilbud spesifikk for målgruppen</li> </ul> </li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	Anbefalinger i Nasjonal traumeplan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• På bakgrunn av dette må pasienter med alvorlige skader rehabiliteres i spesialenhet i traumesenteret, eller i eget bygg, eller i det som kan defineres som rehabiliteringssykehus.</li> <li>• Det er nødvendig med retningslinjer og kapasitet for: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oppfølginger med reinnleggelser og kontroller</li> <li>○ Lærings- og mestringsstilbud for skadde og deres familie</li> <li>○ Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.</li> </ul> </li> <li>• Organisere spesialisert rehabilitering i definerte regionale avdelinger (Fysikalsk medisin og rehabilitering): Kapasitet ... 0,5 seng per 100 000 innbyggere for pasienter med</li> </ul>

	<p>multitraume (HSØ: 14,5 senger)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For senfaserehabilitering og lærings- og mestringstilbud skal det beregnes 2 senger/dagplass i spesialisert enhet per 100.000 innbyggere (HSØ: 58 senger, tallet inkluderer hodeskade, multitraume/ traumatiske amputasjoner)</li> <li>• Det skal etableres prosesser for rehabiliteringsforløp for brannskadde og sjeldne skader [anmerkning: det er ikke nærmere definert hva som menes med «sjeldne skader»]</li> </ul>
<p><b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I formen med omfattende funksjonssvikt er multitraume en lavfrekvent tilstand</li> <li>• Ofte ledsaget av medisinske komplikasjoner som krever døgntilbud vedr. lege og sykepleie slik at pasienten kan overføres tidlig direkte fra akuttavdeling</li> <li>• Ofte påvirket respirasjon med krav til diagnostikk og behandling (blodgassanalyse, utvidet spirometri, cough assist, BIPAP/CPAP o.l.)</li> <li>• Kan være behov for trening i basseng og med avanserte gangtreningshjelpemidler (oppheng, eksoskjelett o.l.)</li> <li>• Mulighet for utredning og behandling av blære-, tarm- og seksualfunksjon</li> <li>• Tett samarbeid med traumeenhet på OUS om oppfølging og kontroll</li> <li>• Det bør være formalisert samarbeid med ortoped.</li> </ul>
<p><b>Foreslått lokalisering:</b></p>	<p>Flerområdefunksjon: SunHF, SIHF, SSHF, SiV</p>

### Akutte ikke-progredierende neurologiske tilstander

<b>Diagnosegruppe:</b>	Guillain-Barré syndrom, critical illness myopati/polyneuropati, pontin myelinolyse o.l.
<b>Funksjonsnivå:</b>	Ikke selvstendig i dagliglivets aktiviteter og omfattende funksjonssvikt med f.eks. <ul style="list-style-type: none"> <li>• forstyrrelser i blære-, tarm- og/eller seksualfunksjon</li> <li>• autonom dysfunksjon</li> <li>• behov for hjelp i kommunikasjon</li> <li>• omfattende tetraparese</li> </ul>
<b>Fase:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten i utvalgte tilfeller Treningsopphold etter fase 3 tilbys også ved andre lokalisasjoner.
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	GBS: 1-2 pr 100.000 per år (HSØ: 29-58 per år) Critical illness myopati/polyneuropati: 25 % av ventilerte pasienter Det finnes ingen gode tall på forekomst av undergruppen med komplekse rehabiliteringsbehov. Noen tall (vedr. GBS) som gir en viss indikasjon: 15 - 30 % behov for respirator, 80 % har gangfunksjon etter 6 mnd og 84 % etter 12 mnd, full motor recovery ved 12 mnd hos 60 %, 14 % alvorlige pareser ved 12 mnd; 5 - 10 % protraahert alvorlig forløp (Alle tall: UpToDate)  Ved SunHF var det i 2017 innlagt 21 pasienter i denne målgruppen til fase 3 rehabilitering (aldersgjennomsnitt 49,0 år, gjennomsnittlig liggetid 62,5 dager). I samme periode var det ved SIHF innlagt et tosifret antall pasienter og ved SSHF 15 pasienter. Det er antakelig noe underdekning.
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten ved spesielle behov
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I formen med omfattende funksjonssvikt er dette en lavfrekvent tilstand</li> <li>• Ofte ledsaget av medisinske komplikasjoner som krever døgntilbud vedr. lege og sykepleie slik at pasienten kan overføres direkte fra akuttavdeling</li> <li>• Ofte påvirket respirasjon med krav til diagnostikk og behandling (blodgassanalyse, utvidet spirometri, cough assist, BIPAP/CPAP o.l.)</li> <li>• Kan ha behov for trening i basseng og med avanserte gangtreningshjelpemidler (oppheng, eksoskjelett o.l.)</li> <li>• Mulighet for utredning og behandling av blære-, tarm- og seksualfunksjon</li> </ul>

<b>Foreslått lokalisering:</b>	Flerområdefunksjon: SunHF, SIHF, SSHF, SiV
--------------------------------	--------------------------------------------



### Ikke traumatisk ervervet hjerneskade med spesielle rehabiliteringsbehov

<b>Diagnosegruppe:</b>	Hjerneslag, subaraknoidalblødning, anoksisk/toksisk hjerneskade, encefalitt, hjerneabscess
<b>Funksjonsnivå:</b>	<p>Undergruppen av pasienter med spesielt komplekse rehabiliteringsbehov, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved alvorlig komorbiditet (f.eks. nevrologisk sykdom med funksjonssvikt fra tidligere, amputasjon, psykiatri/rus)</li> <li>• Ved spesielle kognitive utfordringer, omfattende kognitiv svikt</li> <li>• Ved atferdsforstyrrelser og alvorlige kognitive utfall sammen med lite fysisk funksjonsforstyrrelse (ofte mest aktuelt med ambulant tilbud)</li> <li>• Yngre pasienter</li> </ul>
<b>Fase:</b>	<p>Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten                      Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt                      Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten                      Treningsopphold etter fase 3 tilbys også ved andre lokalisasjoner.</p>
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<p>Det finnes ikke tall på undergrupper ut fra funksjonsnivå, og det er vanskelig å anslå forekomst.</p> <p>Vedr. alder fines det tall fra Norsk hjerneslagregister: Beregnet ut fra at 56 % av Norges befolkning bor i HSØ og en lik geografisk fordeling, var det 10,6 slagpasienter mellom 18 og 26 år i HSØ i 2016, og 80,6 slagpasienter mellom 27 og 40 år. Av den yngste aldersgruppen fikk 1,1 pasienter institusjonsbasert rehabilitering, mens tallet er 17,9 for gruppen mellom 27 og 40 år (det er underrapportering på data om rehabiliteringstiltak slik at de reelle tallene antakelig er noe høyere).</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<p>Utover vanlig slagrehabilitering spesielt innsats på områdene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sammensatte / spesielt omfattende kognitive vansker</li> <li>• atferdsvansker</li> <li>• kommunikasjon</li> <li>• komorbiditet</li> <li>• dysfagi</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	<p>Anbefaling i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter med sjeldne og spesielt kompliserte funksjonsutfall bør få høyspesialisert rehabilitering, f.eks. ved regional rehabiliteringsavdeling med særskilt kompetanse.</li> </ul> <p>Noen pasienter i den aktuelle gruppen kan ha spesielt lange forløp der rehabiliteringsbehov og -muligheter først blir tydelig og aktuelle noe ut i forløpet (bl.a. pga. langvarig alvorlig fatigue i de første ukene/månedene av forløpet). Det er viktig at det fanges opp når det er indisert med institusjonsbasert</p>

	<p>rehabilitering.</p> <p>Pasientene med alvorlige kognitive utfall er en krevende gruppe, spesielt pasienter som er desorienterte eller har betydelige atferdsvansker. Omsorgen for disse pasientene er ofte ressurskrevende, situasjonen er ofte belastende for lokale tjenestetilbydere (og pårørende), og det er ofte behov for at spesialisthelsetjenesten gir råd til og veileder lokale tjenester.</p>
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavfrekvent tilstand som krever spesialisert kompetanse</li><li>• Behov for spesialisert utstyr</li></ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	Flerområdefunksjon: SunHF, SIHF, SSHF, SiV

## Armamputasjon og armdysmeli

<p><b>Diagnosegrupper:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter med ervervet amputasjon av arm, hånd eller finger.</li> <li>• Pasienter med armdysmeli – der hovedgruppen er pasienter med reduksjonsdefekter («medfødte amputasjoner»), men der også andre misdannelser innenfor dysmelispekteret (som sammenvokste eller ekstra fingre) omfattes av tilbudet.</li> <li>• Både voksne og barn.</li> <li>• Kirurgiske intervensjoner omfattes ikke av tjenesten.</li> </ul>
<p><b>Funksjonsnivå:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for spesialisert, tverrfaglig rehabilitering ut over det områdepsykehuset kan tilby <i>og/eller</i></li> <li>• Behov for tilpasning av proteser <i>og/eller</i> grepsforbedringer</li> </ul>
<p><b>Fase:</b></p>	<p>Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten</p>
<p><b>Forekomst av målgruppen:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalens: Ervervet amputasjon gjennom eller ovenfor håndleddet ca. 400 på landsbasis. Antall med finger / delhåndsamputasjon ukjent. Antatt 2-3000 personer med dysmeli (reduksjonsdefekt) i Norge. Ca. 2/3 antas å være armdysmeli.</li> <li>• Insidens: Arm/delhåndsamputasjon ca. 30/år på landsbasis, hvorav ca. 7 er gjennom eller ovenfor håndleddet. Fingeramputasjon ca. 150/år på landsbasis. Det fødes iflg Medisinsk fødselsregister 30-40 barn med dysmeli (reduksjonsdeformiteter) i Norge per år. Ca. 2/3 av disse er armdysmeli.</li> </ul>
<p><b>Tjenestens intervensjoner:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase 3 rehabilitering</li> <li>• Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten</li> </ul>
<p><b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To av landets 5 tverrfaglige, spesialiserte (arm)dysmeli- og armamputasjonsteam ligger i Helse Sør-Øst; SIHF Ottestad og OUS Rikshospitalet. Begge landets ortopediske verksteder som lager armproteser ligger i Helse Sør-Øst; Norsk Teknisk Ortopedi AS (NTO AS) på Ottestad og Sophies Minde Ortopedi AS i Oslo.</li> <li>• SIHF Ottestad har et dysmeli- og armamputasjonsteam som tilbyr 3- og 10-dagers individuelle opphold i sengepost for tverrfaglig rehabilitering, protesetilpasning og protesetrening, samt tverrfaglige individuelle poliklinikker i samarbeid med NTO AS.</li> <li>• OUS Rikshospitalet har et armproteseteam som gir et ambulant tilbud (klinikkdager) til en gruppe pasienter med armamputasjon og armdysmeli 1-4 onsdager per mnd i samarbeid med Sophies Minde Ortopedi AS. Teamet tilbyr ikke innleggelse for rehabilitering, men enkelte pasienter kommer som dagpasienter til protesetrening og overnatter på sykehotell i forbindelse med dette. Teamet samarbeider ellers med SIHF Ottestad, og en del av pasientene henvises dit for rehabiliteringsopphold / protesetrening.</li> <li>• Nasjonal retningslinje for rehabilitering etter ervervet</li> </ul>

	<p>overekstremitetsamputasjon anbefaler rehabilitering ved spesialiserte tverrfaglige team, slik praksis er i dag. Dette er også gjeldende praksis for pasienter med armdysmeli, der en formell retningslinje for forankring av dette samt detaljene i tilbudet vil bli utarbeidet ila 2018 i regi av Nasjonalt fagnettverk for dysmeli.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysmeli- og armamputasjonsteamene på Ottestad og Rikshospitalet har ulike tilbud, men utfyller hverandre, og vi anbefaler derfor en formalisering av dagens praksis der disse to til sammen har en flerområdefunksjon innenfor Helse Sør-Øst for rehabilitering etter ervervet overekstremitetsamputasjon og ved armdysmeli. Hvilke pasienter som skal følges opp hvor, vil avhenge av både bosted og problemstilling – og arbeidsgruppen anbefaler derfor en videreføring av dagens praksis der henviser kan rådføre seg med teamene før henvisning av den enkelte pasienten. Flere pasienter velger også oppfølging ved begge steder, da ofte hhv individuelle opphold på Ottestad og deltakelse i gruppe på Rikshospitalet.</li> <li>• Arbeidsgruppen finner det ikke hensiktsmessig å anbefale regionfunksjon for lavprevalente undergrupper som overarmsamputasjon/dysmeli.</li> </ul>
<p><b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavfrekvente tilstander som krever spesialisert kompetanse</li> <li>• Behov for tett samarbeid med ortopediske verksteder som lager armproteser og grepsforbedringer</li> <li>• Nasjonal retningslinje for rehabilitering etter ervervet overekstremitetsamputasjon anbefaler sentralisering av rehabiliteringen for denne pasientgruppen til få team. Tilsvarende anbefaling vil komme for armdysmeli.</li> <li>• Teamene ved SIHF og OUS Rikshospitalet har per i dag i praksis flerområdefunksjon for disse pasientene.</li> </ul>
<p><b>Foreslått lokalisering:</b></p>	<p>Flerområdefunksjon SIHF Ottestad og OUS Rikshospitalet</p>

## Funksjonelle bevegelsesforstyrrelser

<b>Diagnosegruppe:</b>	Voksne pasienter med behov for spesialisert, tverrfaglig rehabilitering pga. funksjonelle bevegelsesforstyrrelser (lammelser, gangvansker, tremor, dystoni).
<b>Funksjonsnivå:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funksjonstap over tid (minimum 1 mnd) og</li> <li>• Betydelig påvirket aktivitet og deltakelse i ADL, familiesituasjon, jobb/skole eller fritid</li> </ul>
<b>Fase:</b>	Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten (inkl. poliklinikk, se «Tjenestens intervensjoner»)
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<p>Lavprevalent gruppe. Ulike definisjoner og bruk av begreper vanskeliggjør estimering av forekomst.</p> <p>I Norge anslått forekomst av konversive lammelser, følelseløshet og kramper mellom 0,01 og 0,3 % (Malt et al 2003). Dette er i samme størrelsesorden som et engelsk estimat for forekomst av konversjonslidelse med motoriske symptomer på 0,04 % (Singh et al 1997).</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase 3 rehabilitering <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derunder diagnoseforklaring og edukasjon, målformulering og alliansebygging</li> <li>• Som hovedregel poliklinisk vurdering før rehabiliteringsopphold</li> <li>• Rehabiliteringsopphold med definert oppholdslengde (avtalt utskrivelsesdato ved innleggelse)</li> <li>• Det tverrfaglige teamet bør ha mulighet for å involvere psykiater eller psykolog ved behov</li> </ul> </li> <li>• Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt: Rådgivings- og veiledningsfunksjon overfor primærhelsetjenesten og andre HF, derunder ansvar for opplæring/undervisning av lokale behandlere</li> <li>• Ikke rutinemessige kontroller eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten (normalisering og involvering av lokale aktører viktig)</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	<p>Dette er en pasientgruppe som rehabiliteringsmessig krever spisskompetanse og erfarne, godt samkjørte tverrfaglige team. Pasientene faller gjerne mellom to stoler, med diagnose fra psykiatrien, men symptomer fra somatikken. Rehabilitering foregår imidlertid kun i somatikken. Utredning / diagnostikk foregår enten hos nevrolog eller i psykiatrien, evt. i samarbeid mellom disse og/eller i samarbeid med fysikalsk medisiner.</p> <p>I HSØ gis det i dag tilbud om tverrfaglig spesialisert rehabilitering for denne pasientgruppen ved Sykehuset Innlandet HF, SiV Kysthospitalet, Sørlandet Sykehus HF og Sunnaas Sykehus HF. I tillegg har Catosenteret et tilbud til barn og unge (fra ca 10 år opp til 18 år) med dissosiative / funksjonelle forstyrrelser. Catosenteret tar også imot noen voksne (opp til 30 år) med samme problemstilling, da under «Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer».</p>

<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavfrekvent gruppe</li><li>• Komplekse problemstillinger</li><li>• Behov for spesialkompetanse og erfarne tverrfaglige team</li><li>• Rehabiliteringstilbud per nå kun få steder i HSØ, lite realistisk at tilsvarende tilbud skal bygges opp i alle HF (både mtp prevalens og kompetanse)</li></ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	Flerområde: SiV/Kysthospitalet og Sykehuset Innlandet HF (I tillegg gir Catosenteret et tilbud til barn og unge med dissosiative/funksjonelle forstyrrelser)

## Revmatologisk rehabilitering

<b>Diagnosegruppe:</b>	Inflammatorisk revmatisk sykdom
<b>Funksjonsnivå:</b>	<p>Voksne pasienter med stor funksjonsreduksjon, behandlingsresistent sykdom, mye komorbiditet eller komplekse biopsykososiale funksjonsutfordringer, herunder særlig funksjonsnedsettende smertetilstand, kompleks mestringsproblematikk.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke selvstendig/store utfordringer i ADL</li> <li>• (Isolasjon –) Betydelig påvirket aktivitet og deltakelse (ADL, familiesituasjon, jobb/skole eller fritid)</li> <li>• Stor funksjonsnedsettende smerte-/fatigueproblematikk</li> <li>• Nedsatt funksjon på organnivå som påvirker funksjonsevnen</li> <li>• Utfordringer knyttet til medikamenthåndtering som påvirker funksjonsnivå (eks. overforbruk av smertestillende)</li> </ul>
<b>Fase:</b>	<p>Aktuelle faser vil ev. kunne være:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten</li> <li>• Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten ved spesielle behov</li> </ul> <p>Treningsopphold etter fase 3 tilbys også ved andre lokalisasjoner</p>
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<p>Inflammatoriske revmatiske leddsykdommer inkluderer ulike diagnosegrupper med varierende prevalens fra lavfrekvente tilstander til store sykdomsgrupper som revmatoid artritt og spondylartritt med opp mot 1 % prevalens. Tall vedr. undergrupper med tanke på funksjonsnivå foreligger ikke.</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabiliteringsopphold med tett oppfølging av tverrfaglig rehabiliteringsteam og inklusiv medisinsk behandling ved revmatolog i en ikke stabil fase</li> <li>• Arbeidsrettet rehabilitering med tverrsektorielt samarbeid og intervensjoner på tvers av nivåene</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre medisinsk behandling de siste 20 år har bidratt til at svært få av pasientene som i dag får diagnostisert inflammatorisk revmatisk leddsykdom får stor funksjonssvikt. Hovedandelen av pasienter i denne gruppen får ivaretatt rehabiliteringsbehovet kommunalt og i private rehabiliteringsinstitusjoner.</li> <li>• Det er imidlertid behov for spesialisert rehabiliteringstilbud til gruppen hvor kompleksiteten i den medisinske tilstanden bør ivaretas på et sentralisert nivå. Til tross for god medisinsk behandling har disse pasienter utfordringer knyttet til det å fungere på linje med andre i arbeidslivet.</li> </ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bør utredes nærmere i en neste fase.</li> </ul>

### (Lang)varige svelgevansker

<b>Diagnosegruppe:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervervet hjerneskade</li> <li>• Hjernenerveskade</li> <li>• Munn- og halskreft</li> <li>• Barn med syndromer</li> <li>• Ev. progredierende kroniske nevrologiske tilstander</li> </ul>
<b>Funksjonsnivå:</b>	<p>En mulig sentralisert tjeneste kunne gjelde (lang)varige svelgevansker der det kun ved utvidet utredning (VFS, FEES) kan utredes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• om det faktisk foreligger organiske svelgevansker og/eller</li> <li>• om oral inntak av mat/drikke kan tilrådes ved kjente svelgevansker</li> </ul>
<b>Fase:</b>	Den aktuelle fasen måtte være Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten, der det er, eller forventes, varige eller langvarige svelgevansker
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	Svelgevansker forekommer hyppig. Ingen sikre gode tall for langvarige svelgevansker og ut fra funksjonsnivå.
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<p>Mulige tilbud fra en sentralisert tjeneste kunne være:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostikk av svelgevansker: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ klinisk undersøkelse</li> <li>○ ernæringskartlegging</li> <li>○ spiseobservasjon</li> <li>○ videofluoroskopi (VFS)</li> <li>○ fiberendoskopisk undersøkelse (FEES)</li> </ul> </li> <li>• Rådgiving og veiledning</li> <li>• Behandling</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	<p>Tilbud om utvidet diagnostikk (VFS eller FEES) finnes per i dag på OUS Ullevål (for voksne og barn), OUS Rikshospitalet (barn), SunHF (voksne og barn), Diakonhjemmet og Lovisenberg. Kun på SunHF og ved RH (v/spise- og ernæringsteamet) tas pasienter inn spesifikt for dysfagivurdering (ellers gis tilbudet som del av akuttinnleggelse).</p> <p>Tilbudet ved SunHF og RH for barn er rettet mot nok så lik målgruppe, ingen avtalt funksjons- eller geografisk fordeling; ved RH mer fokus på spising og flere barn med spisevegringsproblematikk. Det er lange ventetider ved SunHF.</p> <p>Det er uklart om det finnes en undergruppe av pasientene som bør ha et regionalt eller flerområdetilbud, og om den kan defineres. Også en utfordring at det ikke er klare indikasjonskriterier for utvidet diagnostikk.</p> <p>Akutt dysfagi ved hjerneskade er en områdefunksjon. Også utvidet utredning og rehabilitering ved mer kompleks/langvarig dysfagi bør antakelig være områdefunksjon. P.t. stor variasjon i tilbudet, finnes til dels ikke.</p>



	<p>Det finnes p.t. nærmest ingen tilbud om behandling utover veiledning/rådgiving og kompensierende tiltak (PEG mm.), men begynnende evidens for dette, et felt i utvikling.</p> <p>Munn og halskreft krever annen terapeutisk tilnærming, er sjeldnere, noe som ev. kan tilsi sentralisering.</p>
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<p>Mulige grunner kunne være:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• behov for spesialkompetanse på svelgefunksjon, ernæringsfysiologi, tverrfaglig rehabiliteringskompetanse (f.eks. med tanke på sittestilling og kognitiv funksjon), diagnostiske prosedyrer (VFS, FEES)</li><li>• behov for utstyr (gjennomlysning/C-bue, endoskop)</li><li>• vanskelig å rekruttere og opprettholde kompetent fagmiljø</li><li>• lite tilbud per i dag, sikre likeverdig tilgang</li></ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	<p>Man finner ingen undergrupper som bør være sentralisert, derfor anbefales områdefunksjon.</p>

## Lungerehabilitering

<b>Diagnosegruppene:</b>	Kroniske lungesykdommer.
<b>Funksjonsnivå:</b>	Pasienter som bør ha spesialisert lungerehabilitering kan være: KOLS Gold grad III og IV (har iflg prioriteringsveilederen rett til oppfølging i spesialisthelsetjenesten). Alle aktuelle diagnosegrupper dersom behov for subakutt rehabilitering etter sykehusopphold eller nødvendig utredning knyttet til videre rehabiliteringsbehov (fra styresak 99 SI 2017).
<b>Fase:</b>	Alle faser dersom kriteriene ovenfor er oppfylt. De fleste har en sykdom som progredierer, og man må vurdere å gjenta lungerehabilitering når sykdommen endres. (ref. Ingvil Berger, RKR fagnettverk lunge og OUS Ullevål)
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	Dette er en tallrik pasientgruppe. Det var i 2011 ca. 350 000 pasienter med KOLS i Norge, derav 100 000 med alvorlighetsgrad III-IV (Status og utfordringer innen lungemedisin i Helse Nord, februar 2011). Totalt fikk 1 343 kvinner (0,10 % av den kvinnelige befolkningen) og 1 181 menn (0,09 % av den mannlige befolkningen) som var 40 år eller eldre og hadde KOLS, lungerehabilitering i et HF 2015. Fire av fem var 60 år eller eldre. Rundt 0,13 % av kvinner og 0,21 % av menn som var 75 år eller eldre deltok på lungerehabilitering for KOLS i et HF i 2015 (Helseatlas KOLS SKDE 2017). I «Beslutningsdokument for etablering av fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin for pasienter innen sykehusområdet til Sykehuset Østfold, 16.11.10» angis: «Det er opprettet poliklinisk lungerehabilitering i henhold til anbefalingene fra rapporten til fagrådet i Helse Sør-Øst. (...). Det beregnes 75 pasienter i 2011 og med forventet økt aktivitet i årene fremover. Denne lungerehabiliteringen tilpasses samhandlingsreformen.»
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	Spesialisert lungerehabilitering består av trening, pasientopplæring og individuell opplæring / psykososial støtte (RKR fagnettverk lunge/OUS Ullevål/Granheim lungesykehus/WikiRehab – ref. nasjonale og internasjonale retningslinjer).  Ifht Styresak 099 – 2017 i SI bør tjenesten spesialisert lungerehabilitering ha følgende innhold: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subakutt rehabilitering etter sykehusopphold for lungepasienter</li> <li>• Poliklinisk og ambulant virksomhet</li> <li>• Nødvendig utredning knyttet til videre rehabiliteringsbehov</li> </ul> Dette betyr ev. tiltak i både fase 3, 4 og 5.
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	Fra prioriteringsveilederen for lungesykdommer (Helsedirektoratet, 2015; <a href="https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/lungesykdommer/seksjon?Tittel=agspesifikk-innledning-lungesykdommer-3204">https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/lungesykdommer/seksjon?Tittel=agspesifikk-innledning-lungesykdommer-3204</a> ): «Rehabilitering er sentralt ved oppfølging av mennesker med kroniske lungesykdommer. Tidlig opptrening etter akutt forverring av kols motvirker trolig at pasienter kommer inn i en ond sirkel som følge av muskelsvinn relatert til inaktivitet og sengeleie. Rehabilitering ved lungesykdommer er ikke tatt inn som egen tilstand i prioriteringsveilederen. Det er et tverrfaglig område hvor indikasjonsstillingene er i endring. Det er også et felt hvor det må

	<p><i>avklares hvordan de forskjellige nivåene i helsetjenesten best kan fordele oppgavene i fremtiden.»</i></p> <p>Lungerehabilitering skal i stor grad foregå i kommunene. Dette er omtalt bl.a. i Dagens Medisin (<a href="https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/01/flere-kols-pasienter-bor-fa-lungerehabilitering/">https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/01/flere-kols-pasienter-bor-fa-lungerehabilitering/</a>) - «lungerehabilitering er et tilbud i spesialisthelsetjenesten men som etter innføring av Samhandlingsreformen skulle vært overført til primærhelsetjenesten») og i KOLS-veilederen kapittel 6 (<a href="https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-IS-2029.pdf">https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-IS-2029.pdf</a>) Dette forutsetter imidlertid at det er et godt utbygd tilbud i spesialisthelsetjenesten for full lungerehabilitering inkludert adekvat utredning av rehabiliteringsbehov, optimalisering av medikamenter mv. (ref. Ingvil Berger, RKR fagnettverk lunge og OUS Ullevål)</p> <p>Fra «Status og utfordringer innen lungemedisin i Helse Nord, februar 2011»: «Det er ingen internasjonal anerkjent oppskrift på rehabiliteringsprogram for lungepasienter. Regelen er at lungerehabilitering bør vurderes for alle pasienter med symptomgivende kroniske lungesykdommer. Da tenker vi på symptomer som begrenser aktivitet og livsutfoldelse. Mest erfaring har vi med KOLS, men gevinst er godt dokumentert der pasientene har perifer muskelsvakhet og for pasienter som nylig er lungeoperert. Siden det ikke er klare data som definerer en terskel for funksjonssvekkelse som indikerer gevinst av rehabilitering, har grad av tungpustethet ofte vært brukt som indikator (Hentet fra American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation 2006). Prioriteringsveilederen for lungesykdommer tjener til å tegne grenser mellom hva er spesialisthelsetjenestens oppgave, og hva som er fastlegenes jobb. De sykdommene som ikke har rett til prioritert helsehjelp, vil i realiteten bli overlatt til fastlegene – for eksempel stabil astma og KOLS grad I og II.»</p> <p>Det er for øvrig et stort underforbruk av lungerehabilitering i Norge og også for stor geografisk variasjon, nærmere beskrevet i Helseatlas KOLS SKDE 2017. (ref. Ingvil Berger RKR fagnettverk lunge og OUS Ullevål; <a href="https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Helseatlas%20kols%202013-2015%20%28SKDE%202017%29.pdf">https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Helseatlas%20kols%202013-2015%20%28SKDE%202017%29.pdf</a>)</p> <p>Det er flere steder i HSØ HF som tilbyr lungerehabilitering: Den største enheten innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten er SI Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Seksjon lungerehabilitering Granheim (tidligere Granheim lungesykehus). Granheim har per i dag 25 døgnplasser fordelt på 11 til utredning (1-2 ukers opphold) og 14 til rehabilitering (4 ukers opphold). I tillegg omfattende poliklinisk virksomhet, i 2017 ca. 1500 konsultasjoner. Granheim har spesialisert utstyr til ivaretagelse av lungepasientene, inkludert 3 body box, egen røntgenmaskin og nødvendig utstyr for CPAP, BiPAP og langtids oksygenbehandling. Per nå er de fleste pasientene selvhjulpne, uten behov for hjelp i ADL. Avdelingen er imidlertid i en endringsprosess, og det kan bli aktuelt å ta imot flere mer pleietrengende pasienter på sikt. Legene i seksjonen er overleger eller LIS ved med.avd SI Lillehammer. Granheim tar imot pasienter fra hele landet, men de fleste</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>kommer fra Sykehuset Innlandets opptaksområde.</p> <p>Andre steder som tilbyr døgnrehabilitering er de private aktørene Ringen Rehabiliteringssenter AS, Hokksund Rehabiliteringssenter AS og LHL-klinikkene Glittre. Tilbudet på Glittre er tilsvarende det på Granheim, med 4-ukers rehabiliteringsopphold og poliklinikk, men i langt større omfang. Pasientene tas imot fra hele landet, også fra Innlandet. (for detaljer, se: <a href="https://wikirehab.no/index.php/Lungerehabilitering">https://wikirehab.no/index.php/Lungerehabilitering</a>)</p> <p>Ahus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, OUS Ullevål, Sykehuset Vestfold Tønsberg, Sykehuset Østfold Moss, Sørlandet Sykehus og Vestre Viken tilbyr tverrfaglig poliklinisk rehabilitering til lungepasienter (for detaljer, se: <a href="https://wikirehab.no/index.php/Lungerehabilitering">https://wikirehab.no/index.php/Lungerehabilitering</a>)</p> <p>Sykehuset i Telemark har per nå ikke lungerehabilitering, men jobber med å få på plass et tilbud i samarbeid med lungeavdelingen; poliklinisk og evt. også innleggelser. (ref. Gro Aasland)</p> <p><i>Dette betyr at det finnes (eller vil komme) tilbud om spesialisert lungerehabilitering ved alle HF i HSØ unntatt Sunnaas Sykehus HF. (Sunnaas tilbyr lungerehabilitering til pasienter der dette er nødvendig pga. annen grunnlidelse, for eksempel spinale skader, men tilbyr ikke lungerehabilitering til pasienter der primærlidelsen er lungesykdom).</i></p> <p>I tillegg finnes det innen HSØ også tilbud om lungerehabilitering i Nittedal, Kristiansand og Fredrikstad kommune (for detaljer, se: <a href="https://wikirehab.no/index.php/Lungerehabilitering">https://wikirehab.no/index.php/Lungerehabilitering</a>)</p> <p>Et slikt desentralisert spesialisert lungerehabiliteringstilbud er i tråd med hva fagfeltet selv ser som hensiktsmessig, og er også i tråd med føringer i en tidligere rapport fra Fagråd HSØ (referert til i Østfolds beslutningsdokument fra 2010) – alle HF bør ha et spesialisert lungerehabiliteringstilbud. En sentralisering i form av flerområde- eller regionfunksjon for dette tilbudet er dermed ikke ønskelig. Dette er en relativt stor pasientgruppe – også de subgruppene som har behov for spesialisert utredning og rehabilitering – og at pasientene har behov for slike tilbud i sine HF. Dette bl.a. fordi de polikliniske rehabiliteringstilbudene oftest gis som dagbehandling over flere dager per uke (lang reisevei er dermed ugunstig og kan umuliggjøre deltakelse), og fordi nærhet til kommunene letter nødvendig samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten. Tilbudet i HF-ene bør dermed bygges opp, heller enn sentraliseres – alle HF med lungelege bør ha tilbud om poliklinisk lungerehabilitering.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	Man finner ikke grunnlag for flerområdefunksjon, se både ovenfor og nedenfor for utdypende argumentasjon.
<b>Foreslått lokalisering:</b>	<p>Mye lungerehabilitering skal skje i kommunene, men prevalensen av pasienter med alvorlig lungesykdom og rett til oppfølging i spesialisthelsetjenesten etter prioriteringsveilederen er ikke ubetydelig. Det er samtidig i prioriteringsveilederen anført at det må jobbes mer med fordeling av tilbudet til lungepasienter mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.</p> <p>Lungerehabilitering er et tilbud ved de fleste HF i HSØ og også hos flere private rehabiliteringsinstitusjoner. De HF som per i dag enten ikke har et tilbud om spesialisert lungerehabilitering for aktuelle diagnosegrupper, eller mangler tilbud om inneliggende rehabilitering, bør kunne gjøre avtaler med de HF eller private som har det. Det er ikke behov for eller hensiktsmessig med en sentralisering av dette tilbudet – heller ikke for subgrupper – som en region- eller flerområdefunksjon. Det vises i den forbindelse til Helse Sør-Øst styresak 38/2008: «Tjenester skal kun være regionale der det er nødvendig, prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå skal ivaretas».</p>

## Bevissthetsforstyrrelser

<b>Diagnosegruppe:</b>	<p>Ervervet hjerneskade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anoksisk hjerneskade</li> <li>• traumatisk hjerneskade (TBI)</li> <li>• andre ervervede hjerneskader (hjerneslag, infeksjoner)</li> </ul>
<b>Funksjonsnivå:</b>	Nedsatt bevissthet: vegetativ eller minimal bevisst tilstand som har vedvart eller forventes å vedvare i minimum 2 uker
<b>Fase:</b>	<p>Ambulant vurdering:</p> <p>Fase 1 Rehabilitering av intensivpasienter</p> <p>Fase 2 Tidligrehabilitering</p> <p>Fase 3 Institusjonsrehabilitering i spesialisthelsetjenesten</p> <p>Fase 4 Rehabilitering med lokalt utgangspunkt</p> <p>Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten</p> <p>Innleggelse:</p> <p>Fase 5 Oppfølging i spesialisthelsetjenesten i spesielle tilfeller</p>
<b>Forekomst av målgruppen:</b>	<p>Traumatisk: En norsk studie har vist at 2 % av pasienter med alvorlig TBI har fortsatt bevissthetsforstyrrelse 3 mnd. etter skade (Løvstad et al., 2014).</p> <p>Atraumatisk: Det finnes ingen tilsvarende oversikt over prevalens av vedvarende bevissthetsforstyrrelse ved ikke-traumatiske hjerneskader.</p> <p>Det estimeres et antall på til 10-20 pasienter årlig i regionen.</p>
<b>Tjenestens intervensjoner:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulant vurdering av bevissthetsnivå der pasienten befinner seg</li> <li>• Utprøving av medikamentell behandling for å øke bevissthetsnivå</li> <li>• Vurdering av komplikasjoner, og behandling, ev. igangsettelse av behandling</li> <li>• Kompetanseoverføring til kommunale aktører med omsorgsansvar for pasienter med bevissthetsforstyrrelse i kronisk tilstand</li> <li>• Ved behov for tverrfaglig vurdering og/eller behandling over tid kan innleggelse for vurderingsopphold/ rehabiliteringsopphold være aktuelt</li> </ul>
<b>Andre karakteristika ved pasientgruppen, og andre kommentarer:</b>	<p>Pasientene er svært sårbare, situasjonen er belastende for pårørende og ofte også helsepersonell. Det er ikke sjeldent uenighet om bevissthetsnivå, prognose og hva som bør være videre behandling. Høyt konfliktpotensial, pasienttilfellene er regelmessig gjenstand for stor medieoppmerksomhet.</p> <p>SunHF søkte om nasjonal tjeneste i 2012, men det ble konkludert med at dette bør ivaretas på regionsnivå. SunHF sendte da søknad til HSØ om regional tjeneste som ikke er formelt avgjort.</p>
<b>Begrunnelse for at tilbudet bør være sentralisert:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientgruppen er liten med vesentlig krav til medisinsk spisskompetanse gjennom hele sitt forløp</li> <li>• Vurdering av bevissthetsnivå og prognostiske vurderinger er krevende og vanskelig, med behov for høy kompetanse</li> <li>• Feildiagnostisering er fremdeles hyppig (Schnakers et al.,</li> </ul>

	<p>2009; van Erp et al., 2015) og resultater fra undersøkere med lang erfaring er mer reliable (Løvstad et al., 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Korrekt vurdering av bevissthetsnivå har store implikasjoner for pasientens videre behandlingstilbud og informasjon til pårørende</li> </ul>
<b>Foreslått lokalisering:</b>	<p>Dissens vedr. regional/ flerområdefunksjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regional tjeneste ved SunHF</li> <li>• Flerområdefunksjon ved SSHF og SunHF</li> </ul>

#### ***Vedr. dissens:***

For denne pasientgruppen er det enighet om at det bør være sentralisert tjeneste, men uenighet om det bør være regional eller flerområdefunksjon. Det anbefales ett av to alternativer:

flerområdetjeneste ved SSHF og SunHF, eller regional tjeneste ved SunHF. Dette gjelder både tjenesten «bevissthetsforstyrrelser», og pasienter som er i målgruppen for «Alvorlig traumatisk hjerneskade (fase 3/4/5)» og samtidig har bevissthetsforstyrrelse.

Nedsatt bevissthetsnivå er den mest dramatiske følgetilstanden etter overlevd hjerneskade.

Tilstanden er lavfrekvent. Pasientene er svært sårbare, situasjonen er belastende for pårørende og ofte også helsepersonell. Ofte er det usikkerhet og uenighet om bevissthetsnivå, om prognosen og om hva som bør være videre behandling. Det er høyt konfliktpotensial og pasienttilfellene er regelmessig gjenstand for stor medieoppmerksomhet. Korrekt vurdering av bevissthetsnivå har store implikasjoner for pasientens videre behandlingstilbud og informasjon til pårørende.

#### ***Argumenter for regional tjeneste:***

SunHF søkte om nasjonal tjeneste på dette området i 2012, men konklusjonen etter drøfting i Helsedirektoratet var at pasientgruppen bør ivaretas på regionsnivå. SunHF sendte da søknad til HSØ om regional tjeneste som ikke er formelt avgjort. Feildiagnostisering ved denne tilstanden er fremdeles hyppig (Schnakers et al., 2009; van Erp et al., 2015); resultater fra undersøkere med lang erfaring er mer reliable (Løvstad et al., 2010). SunHF har lang og omfattende erfaring på området både klinisk og forskningsmessig, og samarbeider med internasjonalt ledende miljøer på feltet. Kombinasjonen av sjeldenhet og vanskelighetsgrad av vurderingene tilsier at tjenesten bør være regional.

#### ***Argumenter for flerområdetjeneste:***

Som nevnt ovenfor har Helsedirektoratet konkludert med at pasientgruppen skal ivaretas i regionen. HSØ er den største helseregionen med 2,9 mill innbyggere. Det vil av denne grunn være en fordel å dele funksjonen på flere lokalisasjoner. Vurdering av bevissthetsforstyrrelse – også vegetativ og minimal bevissthet – er en del av rehabiliteringstilbudet for alvorlig traumatiske hodeskader, som siden begynnelsen av 2000 har fungert som flerområdefunksjon (SunHF og SSHF).

Fram til nå har utrednings/behandlingstilbudet for nedsatt bevissthet over tid av andre årsaker enn traume ikke hatt definert lokalisasjon og tilbudet har vært mer «tilfeldig» og fragmentert. Det anses som viktig at dette etableres.

En regionalisering av tjenesten til SunHF vil føre til nedbygging av kompetansemiljø ved SSHF og i tillegg til en utvanning av flerområdefunksjonen for alvorlig traumatisk hjerneskade ved SSHF.

Følgelig anbefales flerområdefunksjon for pasienter med bevissthetsforstyrrelser i fase 3, 4 og 5 ved SunHF og ved SSHF.