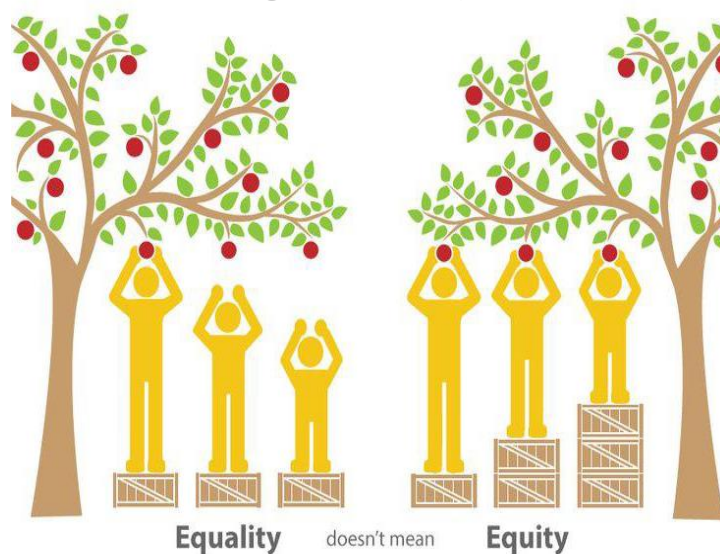


Prioritering og rettighetsvurdering av henvisninger til delytelse J (kronisk muskel og bløtdelssmerte) til private rehabiliteringsinstitusjoner

EI



Rapport fra arbeidsgruppe under fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst, september 2016

1	Sammendrag og anbefalinger .....	3
2	Bakgrunn og oppdragsbeskrivelse .....	4
2.1	Arbeidsgruppen.....	5
3	Faglig gjennomgang av kriterier for rett til helsehjelp til pasienter med kronisk muskel- og bløtdelssmerte .....	6
4	Frisklivstilbud.....	9
5	Arbeidsgruppens anbefalinger.....	10
5.1	Sjekkliste for henvisning til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.....	11
5.2	Kriterier for avslag.....	13
6	Kartlegging av tilbud i helseforetakene .....	14
6.1	Akershus universitetssykehus HF .....	14
6.2	Oslo universitetssykehus HF .....	15
6.3	Sunnaas sykehus HF.....	16
6.4	Sykehuset i Vestfold HF.....	17
6.5	Sykehuset Innlandet HF .....	18
6.6	Sykehuset Telemark HF.....	20
6.7	Sykehuset Østfold HF.....	21
6.8	Sørlandet sykehus HF .....	22
6.9	Vestre Viken HF.....	23
7	Litteratur .....	24

# ØPIG RAPPORT

## 1 Sammendrag og anbefalinger

Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) har fra 1.1.2015 inngått løpende samarbeidsavtaler med 30 private rehabiliteringsinstitusjoner til en samlet årlig verdi på om lag NOK 1,2 mrd.

Samhandlingsreformen og Stortingets behandling av denne innebærer at kommunene skal få en sterkere rolle med hensyn til ansvar og oppgaver innen rehabiliteringsområdet. Nasjonal helse og sykehusplan er samtidig tydelig på at tilbud i spesialisthelsetjenesten ikke skal trappes ned før kommunen har bygget opp. Ett av disse områdene er tilbud til pasienter med kronisk muskel- og bløtdelssmerte. (delytelse J), som er en av de største delytelsene i volum. Til tross for dette, er det innenfor fagområdet stor pågang med lange ventelister og fare for fristbrudd. I tillegg har helseforetakene tilbud til pasientgruppen, hvor det også er lange ventelister.

Det ble påpekt at RKE i større grad bør ha kjennskap til lokale tilbud gjennom en tettere dialog med KE (koordinerende enhet) i helseforetakene (HF). Et forslag var bl.a. å vurdere hvorvidt RKE kan viderehenvise pasienter med rett til kartlegging/ vurdering til tverrfaglig fysikalsk medisinsk poliklinikk i pasientens "hjemme HF".

Mange personer med kroniske muskel og bløtdelssmerte vil ha behov for rehabilitering. Det primære ansvaret for rehabilitering vil med bakgrunn i faglige og politiske føringer ligge i kommunen (1) En har derfor en stor utfordring innenfor delytelse J med tanke på å få snudd pasientstrømmen tilbake til kommunen, slik at de lange forløpene skjer der eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Rapporten omfatter en faglig gjennomgang av kriterier for rett til helsehjelp for pasienter henvist til delytelse J ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Formålet med arbeidet er å tilstrebe at rettighetsvurderingen er i henhold til prioriteringsveiledere, samt faglige og politiske føringer. Målet er å redusere ventetid og unngå fristbrudd. Rapporten er utarbeidet av en tverrfaglig arbeidsgruppe under fagråd rehabilitering i samarbeid med Regional koordinerende enhet (RKE) på oppdrag fra fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF.

### *Forekomst og samfunnsøkonomi:*

- Rundt 30 prosent av befolkningen har til enhver tid langvarig smerte.
- Kvinner rammes mer enn menn.
- Beregninger tyder på at langvarige smertetilstander koster samfunnet minst 125 milliarder kroner årlig.
- Behov for økt kunnskap om omfang, årsaker, forebygging og behandling. (2)

Hovedtyngden av tilbudene ved de private rehabiliteringsinstitusjonene gis som døgntilbud grunnet institusjonenes beliggenhet, mens tilbud i helseforetakene primært er knyttet til poliklinisk utredning/diagnostikk og rehabilitering i form av dagtilbud. Pasientene henvises primært fra primærhelsetjenesten og rettighetsvurderingen til de private tilbudene gjøres derfor i hovedsak av vurderingsenheten RKE. Innenfor delytelse J kan pasienten få rett til behandling i form av et rehabiliteringsopphold eller utredning i form av et tverrfaglig kartleggings og vurderingsopphold. Tverrfaglige kartleggings- og vurderingsopphold er av kort varighet- ca 1 uke, hvor formålet er en vurdering av behov for videre oppfølging, som i hovedsak vil være oppfølging i primærhelsetjenesten. Så langt er kartleggings- og vurderingsopphold lite brukt. Årsaken kan være at tilbudet er lite kjent blant fastleger, men også at RKE i hovedsak gir rett til behandling i form av et rehabiliteringsopphold med 3- 5 ukers varighet.

Det var ingen stor divergens eller faglig uenighet mellom RKE og arbeidsgruppens vurderinger med tanke på hvilke pasienter som bør få rett eller ikke rett/avslag til spesialisert rehabilitering. Der

pasienten fikk rett, var det også enighet om at pasienten i hovedsak bør få rett til **utredning** i form av et kartleggings- og vurderingsopphold. Årsaken til det, er at en utfra henvisningen vanskelig kan vurdere hvorvidt det er behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette er også i overenstemmelse med prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering. (3) Veilederen har lagt til grunn at pasienter som henvises til fysikalsk medisin og rehabilitering, trenger spesialisthelsetjenester i form av *utredning* av behandlings- og rehabiliteringsbehov.

Mange henvisninger er i dag mangelfulle både med tanke på hvilke tiltak som har vært forsøkt i kommunen og hvilke mål pasienten har for rehabiliteringsoppholdet i spesialisthelsetjenesten. Tidligere var en forpliktet til å innhente tilleggsopplysninger dersom henvisningene var mangelfulle. Med endringen i pasient- og brukerrettighetsloven, hvor vurderingstiden er redusert fra 30 til 10 dager, vil det være lite tid til å innhente tilleggsinformasjon. Det ligger i dag et henvisningsskjema på hjemmesiden til RKE. Arbeidsgruppen foreslår å erstatte dette skjema med en sjekklister med krav til informasjon som er begrunnet i nasjonale veiledere og faglige føringer. (kap 5.1). Arbeidsgruppen har i tillegg laget et forslag til avslagskriterier. (kap 5.2)

## 2 Bakgrunn og oppdragsbeskrivelse

Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) har fra 1.1.2015 inngått løpende samarbeidsavtaler med 30 private rehabiliteringsinstitusjoner for leveranse av spesialiserte rehabiliteringstjenester innenfor 16 ulike fagområder (delytelser) til en samlet verdi på om lag NOK 1,2 mrd. Det anses å være tilstrekkelig kapasitet samlet sett innenfor rehabiliteringsområdet, men innenfor enkelte ytelser er det stor pågang med lange ventelister (4) og fare for fristbrudd. En av disse delytelsene omfatter tilbud til pasienter med kronisk muskel og bløtdelssmerte (delytelse J).

Samhandlingsreformen og Stortingets behandling av denne innebærer at kommunene skal få en sterkere rolle med hensyn til ansvar og oppgaver innen rehabiliteringsområdet. Nasjonal helse og sykehusplan er samtidig tydelig på at tilbud i spesialisthelsetjenesten ikke skal trappes ned før kommunen har bygget opp. Ett av disse områdene er delytelse J, som er en av de største i volum og samtidig har de lengste ventetidene. For 2016 utgjør delytelse J et årlig økonomisk volum på omlag NOK 110 mill. Dette omfatter om lag 160 dag- og døgnplasser fordelt på ni institusjoner. Dette er en økning på 40 plasser fra 2014, til tross for at de faglige føringene var en reduksjon.

Hovedtyngden av tilbudene gis som døgntilbud grunnet institusjonenes geografiske beliggenhet. Pasientene henvises primært fra primærhelsetjenesten og rettighetsvurderingene gjøres derfor i hovedsak av RKE. Prioriteringsveileder innen fysikalsk medisin og rehabilitering gir imidlertid pasientgruppen som hovedregel, *ikke rett til helsehjelp* i spesialisthelsetjenesten.

*jfr <https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>.*

Vi har derfor en stor utfordring innenfor denne delytelsen med tanke på å få snudd pasientstrømmen tilbake til kommunen, slik at de lange forløpene skjer der eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Innenfor delytelse J er det anskaffet tverrfaglig kartleggings- og vurderingsopphold. Tilbudet er av kort varighet- ca 1 uke, hvor formålet er en vurdering av behov for videre oppfølging, som i hovedsak vil være oppfølging i primærhelsetjenesten. Så langt er kartleggings- og vurderingsopphold

lite brukt. Årsaken kan være at tilbudet er lite kjent blant fastleger, men også at RKE i hovedsak gir rett til behandling i form av et rehabiliteringsopphold med 3- 5 ukers varighet.

I avdelingsledermøtet 1.2.2016, fikk fagråd rehabilitering og RKE følgende oppdrag:

### Oppdraget:

- Hvilke grupper (ICD 10- diagnoser) får i dag et tilbud under delytelse J?
- Hvordan ser pasientforløpene ut for pasientene som i dag blir henvist til private rehabiliteringsinstitusjoner vs pasienter som henvises til helseforetakene?
- Hvor stor innsøking er det fra pasientgruppen til helseforetakene vs de private?
- Hvilke tilbud finnes i helseforetakene og hvordan håndteres pasientgruppen der?
- Hva finnes av tilbud ved Frisklivssentraler? Lærings og mestringstilbud? Finnes det en oversikt? Er det noen kommuner som spesielt utmerker seg?
- Hvilke kriterier legger RKE til grunn for at pasienten får rett til:
  - ✓ ..utredning i form av et kartleggings- og vurderingsopphold?
  - ✓ ..behandling i form av et rehabiliteringsopphold
- Hvilke kriterie(r) legges til grunn for avslag?
- Hvilke kriterier mener arbeidsgruppen bør ligge til grunn for rett til:
  - ✓ ..utredning i form av et kartleggings- og vurderingsopphold?
  - ✓ ..behandling i form av et rehabiliteringsopphold
- Hvilke kriterier mener arbeidsgruppen bør ligge til grunn for avslag?
- Andre tiltak som bør vurderes for å bidra til at pasientstrømmen kan snus mot kommunene?

Formålet med arbeidet er å tilstrebe at rettighetsvurdering av henvisningene innenfor fagområdet er i henhold til prioriteringsveiledere med støtte i faglige og politiske føringer. Målet er å redusere ventetid for delytelsen og unngå fristbrudd.

## 2.1 Arbeidsgruppen

Saken ble behandlet i fagråd rehabilitering 17.2.2016. Sørlandet sykehus, Oslo universitetssykehus (OUS), Sykehuset Innlandet(SI), Sykehuset Telemark (ST) og Sykehuset i Vestfold (SiV) ønsket å delta i arbeidsgruppen. Fagrådsrepresentant fra ST og private rehabiliteringsinstitusjoner deltok i arbeidsgruppen. De øvrige fagrådsrepresentantene oppnevnte en kollega fra eget helseforetak. Arbeidsgruppen fikk følgende sammensetning:

Helseforetak	Navn	Funksjon	Avdeling
Helse Sør-Øst RHF	Tove H. Otterstad	Spesialrådgiver Leder og sekretær for arbeidsgruppen	Medisin og helsefag
Sunnaas sykehus HF	Lars Nysether	Overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering	Regional koordinerende enhet (RKE)
	Jelena Simic	Overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering	
Sykehuset Telemark HF	Gro Aasland	Avdelingsleder	

Fagrådsrepresentant: Gro Aasland			
Oslo universitetssykehus HF Fagrådsrepresentant: Nada Andelic	Fredrik W Smith Overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering	Overlege	Fysikalsk medisin og rehabilitering, OUS/Ullevål
Sykehuset Innlandet HF Fagrådsrepresentant: Jan Erik Mæhlum og Kristin Østlie	Randi Brennbekken	Seksjonsoverlege	Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
	Eli Molde Hagen	Overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering	Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Sykehuset i Vestfold HF Fagrådsrepresentant: Hans Johansen	Ingar Heier	Overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering	
Sørlandet sykehus HF Fagrådsrepresentant: Anne Kari Thommassen	Alexsandra Hott,	Overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering	
Sørlandet Kristiansand kommune Fagrådsrepresentant: Ellen Torgersen,	Erik Abildsnes	Kommune- Overlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin, Kristiansand	
Private rehabiliteringsinstitusjoner . Fagrådsrepresentant: Ole Jakob Dyrnes	Ole Jakob Dyrnes Steffensrud Rehabiliteringssent er AS	Daglig leder	
Brukerrepresentant(er) Fagrådsrepresentant: Berit Denstad, Leif Larsen Knut Magne Ellingsen	Jytte Undrum  Maria T. B. Bjerke		

Arbeidsgruppen er ledet av Helse Sør-øst RHF som også har utarbeidet rapporten på bakgrunn av oppsummeringer fra møtene og andre innspill fra arbeidsgruppen.

#### Arbeidsform:

Det er avholdt tre møter. Første møte med fysisk deltakelse fra alle. Det første møtet ble gjennomført som en workshop hvor arbeidsgruppen rettighetsvurderte henvisninger som allerede hadde vært rettighetsvurdert av RKE. Formålet var å vurdere grad av konsensus mellom vurderingene til arbeidsgruppen og RKE sin rettighetsvurdering. De to siste møtene ble det åpnet for videodeltakelse. Helse Sør-Øst RHF har ivarettatt møteledelse og sekretariatsfunksjon med utarbeidelse av rapport etter innspill fra arbeidsgruppen.

### **3 Faglig gjennomgang av kriterier for rett til helsehjelp til pasienter med kronisk muskel- og bløtdelssmerte**

#### Forekomst og samfunnsøkonomi:

- Rundt 30 prosent av befolkningen har til enhver tid langvarig smerte.
- Kvinner rammes mer enn menn.
- Beregninger tyder på at langvarige smertetilstander koster samfunnet minst 125 milliarder kroner årlig.
- Behov for økt kunnskap om omfang, årsaker, forebygging og behandling. (2)

Kronisk muskel- og bløtdelssmerte (delytelse J) er langvarige utbredte muskelsmerter og sammensatte uavklarte tilstander av flere årsaker som tretthet og kognitive vansker. Det er ingen kjent somatisk forklaring men ofte dreier det seg om sammensatte psykososiale årsaker med høy grad av komorbiditet og subjektive helseplager. De fleste pasientene er i yrkesaktiv alder, men mange av pasientene mottar en ytelse fra NAV i form av sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon..

I 2013 fikk totalt 2904 pasienter tilbud under delytelse J ved de private rehabiliteringsinstitusjonene.

En oversikt fra NPR over ICD-10 diagnoser på delytelse J, viser at 2545 pasienter (88 %) hadde en diagnose under *Kapittel XIII (M00-M99) .Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev*. De resterende 12 % var fordelt innenfor 18 ulike ICD-10 kapitler

#### De hyppigste diagnosene :

M 797 Fibromyalgi  
M 790 Uspesifisert revmatisme  
M 791 Myalg  
M 549 Uspesifikk ryggsmerte  
M 545 Lumbago  
M 543 Isjias  
M 542 Smerte i nakke

FORELØPIG RAPPORT

M 797 (Fibromyalgi) var den hyppigste diagnosen og omfattet 1279 pasienter, dvs ca 44 % av det totale antallet. Tallene er fra 2013, men en antar at «bildet» ikke er mye annerledes for 2015.

#### Dokumentasjon og kunnskapsbasert praksis:

Forskning viser at tverrfaglig spesialisert helsehjelp og kognitiv behandling kan bedre pasientens livskvalitet.

For henvisninger til delytelse J vurderer RKE:

- *Rett til utredning* i form av et tverrfaglig kartleggings- og vurderingsopphold (ca. 1 uke) – tilstanden (behandlings- og rehabiliteringsbehov) er da uavklart. Formålet med et tverrfaglig kartleggings- og vurderingsopphold, er en vurdering av behov for videre oppfølging, og som oftest vil innebære en oppfølging i primærhelsetjenesten.  
ELLER
- *Rett til behandling* i form av et rehabiliteringsopphold (3-5 uker) – tilstanden (behandlings- og rehabiliteringsbehov) er da avklart

Helseforetakene har primært dag og polikliniske tilbud og gir i de fleste tilfellene rett til poliklinisk utredning.

#### **Hva sier prioriteringsveilederne?**

Prioriteringsveiledere gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten innenfor 33 fagområder. Prioriteringsveilederne skal være et bidrag i den

kliniske hverdagen når spesialisthelsetjenesten skal prioritere hvilke pasienter som skal få rett til prioritert helsehjelp og hvilke som må vente. Reviderte prioriteringsveiledere ble tatt i bruk fra 1. november 2015. De ble revidert for å være i samsvar med endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og endringene i prioriteringsforskriften.

En viktig endring var at skille mellom en «behovspasient» og «rettighetspasient» opphørte. Det vil si at etter 1.11.2015 skulle alle pasienter som blir henvist få en juridisk frist for oppstart av utredning eller behandling. Frem til 1.1. 2015 var det innenfor rehabiliteringsfeltet med få unntak at pasienter henvist fra primærhelsetjenesten var «rettighetspasienter». De var i all hovedsak «behovspasienter». En annen viktig endring er at vurderingstiden kortes ned fra 30 til 10 virkedager. Det innebærer at det som hovedregel vil være lite tid til å innhente tilleggsinformasjon og understreker viktigheten av at henvisningene inneholder tilstrekkelig informasjon for rettighetsvurderingen.

### **Alle prioriteringsveilederne:**

Det er to vilkår som må være oppfylt for at en pasient skal få rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten: *forventet nytte av helsehjelp* og at *kostnadene skal stå i et rimelig forhold til effekten av tiltaket*. Det skal gjøres en helsefaglig vurdering av behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som vil inneholde en avveining av ulike hensyn, herunder om spesialisthelsetjenestens kompetanse er nødvendig for å behandle tilstanden.

Med *forventet nytte* av helsehjelpen menes at kunnskapsbasert praksis tilsier at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, og at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelp.

### **Prioriteringsveileder – fysikalsk medisin og rehabilitering:**

Prioriteringsveilederen er to delt med en fagspesifikk innledning og en oversikt over ulike tilstandsgrupper:

- **Fagspesifikk innledning:**

Ved prioritering av pasienter er det ikke bare diagnose som vektlegges. Det må i tillegg vurderes hvorvidt pasienten har, eller står i fare for å få *nedsatt funksjonsevne*.

For å bli vurdert til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten bør pasienten være tilstrekkelig utredet, og gitt relevant aktivisering og rehabilitering i primærhelsetjenesten.

For kroniske muskelsmertetilstander vil pasientene ifølge prioriteringsveilederen, som hovedregel ikke få rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter:

- Tilstanden er ikke tidligere tilstrekkelig utredet i spesialisthelsetjenesten
- Betydelig funksjonssvikt i daglige aktiviteter
- Vesentlig reduksjon i livskvalitet

Henvisning fra fastlege vil ofte ikke ha tilstrekkelig informasjon for å avgjøre hvorvidt pasienten har behov for spesialisert rehabilitering. For å kunne planlegge videre behandlingsopplegg, kan det i mange tilfeller være nødvendig at pasienten undersøkes av legespesialist, som regel kombinert med tverrfaglig vurdering. Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering gir i hovedsak rett til utredning, men innleggelse i avdeling eller *institusjon* kan være aktuelt for pasienter der faglig forsvarlighet innebærer *særskilt behov for kompetanse, intensitet av tilbud* eller tilgang på *spesialisert utstyr* for behandling eller utredning. Prioriteringsveileder er tydelig på at pasienter som henvises for rekonvalesens/avlastning, skal vurderes til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.



- **Tilstandsgrupper for fysikalsk medisin og rehabilitering:**

Prioriteringsveilederen omtaler syv tilstandsgrupper. Innenfor tilstandsgruppe; *Utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker (tretthet, kognitive vansker, sammensatte psykososiale problemer)* er det to anbefalinger:

1. *Utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker (tretthet, kognitive vansker, sammensatte psykososiale problemer) - akutte under 3 måneder (veiledende frist 12 uker)*□
2. *Utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker (tretthet, kognitive vansker, sammensatte psykososiale problemer) - langvarig over 3 måneder (ikke rett)*

Pasientgrupper som hører innunder pkt 2 skal iht prioriteringsveileder ikke ha veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. De fleste pasientene som henvises til delytelse J, vil falle innunder dette punktet.

### **Hva vet vi om delytelse J (Kronisk muskel- og bløtdelssmerte) i forhold til prioriteringsveilederens krav til rettighetstildeling?**

- Faglige føringer og forventet nytte av helsehjelpen ved private rehabiliteringsinstitusjoner.  
Hva kan dokumenteres? Hva skal vi legge i begrepet «forventet nytte»? (Livskvalitet, funksjon, arbeidsevne, smertereduksjon?) Her ligger det åpent for veldig mange forskjellige tolkninger. Hvis helsehjelpen anses under tvil å være nyttig, er det begrunnelse nok til ikke å gi rett?
- Kostnadene skal stå i et rimelig forhold til effekten av tiltaket.  
Hvis det ikke kan dokumenteres effekt av tiltaket, hvordan kan det da vurderes om kostnadene står i rimelig forhold til effekten? Kvalitetsindikatorer som kan si oss noe om effekt av tiltak er foreløpig ikke utarbeidet for dette fagfeltet. Det er sannsynligvis også svært vanskelig å måle effekt da man kan anta at det dreier seg om effekt på mange livsområder. Vi snakker om alt fra symptomlette fysisk som psykisk, smertelindring, yrkesdeltagelse, livskvalitet, bruk av helsetjenester i et langtidsperspektiv mm.

## **4 Frisklivstilbud**

Frisklivstilbud er en form for brukeropplæring. Formålet er å bistå til bedre levevaner og fremme fysisk og psykisk helse, primært gjennom veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og tobakksavvenning. Tilbudet er kommunalt, ofte etablert gjennom Frisklivssentraler. Brukere kan henvises med frisklivsresept fra fastlege, Nav eller andre eller de kan oppsøke tilbudet uten henvisning. Siden 2010 har Helsedirektoratet gitt oppstartstilskudd til etablering av frisklivstilbud i kommunene. Ved utgangen av 2013 hadde 200 kommuner etablert frisklivstilbud (SSB 2013) og antallet er økende. Flere er etablert som interkommunalt tilbud. Det er samtidig viktig å vite at mange av Frisklivssentralene er bemannet med en enkelt fysioterapeut i deltidsstilling. Det er derfor store forskjeller mellom kommunene med tanke på kompetanse og bemanning av Frisklivssentralene.

Fokus i kurstilbud synes å være forbyggende tiltak ift fysisk aktivitet, overvekt, røykeslutt og psykisk helse. Alle som jobber ved Frisklivssentralene er utdannet innenfor helse, men så vidt vi har forstått er ikke alle nødvendigvis autoriserte helsepersonell. Det føres journal, skrives epikriser og samhandles i noen grad med fastlege og kommunale tjenester.

Flere Frisklivssentraler kan ha et faglig samarbeid på tvers av sentralene (møtes regelmessig og utveksler erfaring/kunnskap). Frisklivssentraler kan vurderes for pasienter som søkes inn under delytelse J men som vurderes til å ikke ha rett. Det kan muligens også fungere som «ettervern» for dem som har vært igjennom rehabiliteringsopphold og trenger videre oppfølging/støtte lokalt. Arbeidsgruppens medlemmer som vurderer henvisninger ser imidlertid sjelden at dette tilbudet/tiltaket er nevnt i henvisningene, eller at noen pasienter nevner dette når en spør om hva de har prøvd av behandlingstiltak så langt. Det kan være en mulighet at brukere i målgruppen som har fått et tilbud ved en Frisklivssentral ikke søkes inn til spesialisert rehabilitering. En har i dag ikke oversikt over hvor mange som fra målgruppen som som mottar oppfølging ved Frisklivssentral. Helsedirektoratet utarbeider en ny veileder for Frisklivssentraler. Helse Sør-Øst RHF vil sjekke ut hvorvidt målgruppen vil bli inkludert i nye veileder.

En oversikt over Frisklivssentraler finnes her:

<https://helsedirektoratet.no/folkhelse/frisklivssentraler>

## 5 Arbeidsgruppens anbefalinger

Det var stort sett enighet om at “en dør inn” hvor RKE rettighetsvurderer, er viktig å opprettholde. Da rettighetsvurderingen særlig for delytelse J i stor grad bygger på “skjønn”, kan det å sentralisere rettighetsvurderingen til færre personer, bidra til en mer “lik” vurdering.

Det var ingen stor divergens eller faglig uenighet mellom RKE og arbeidsgruppens vurdering med tanke på hvilke pasienter som bør få rett eller ikke rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Der pasienten fikk rett, var det i hovedsak enighet om at pasienten fikk rett til utredning i form av et kartleggings- og vurderingsopphold. Årsaken til det, er at en utfra henvisningen vanskelig kan vurdere hvorvidt det er behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette er i overensstemmelse med prioriteringsveileder- fysikalsk medisin og rehabilitering. - fagspesifikk innledning:

### ***Innhold av helsehjelp i form av rehabilitering***

*Prioriteringsveilederen har lagt til grunn at pasienter som henvises til fysikalsk medisin og rehabilitering, trenger spesialisthelsetjenester i form av utredning av behandlings- og rehabiliteringsbehov. Henvisningen fra fastlege vil som oftest ikke være tilstrekkelig til å avgjøre rehabiliterings- og behandlingsforløpet. For å kunne planlegge videre behandlingsopplegg, er det nødvendig at pasienten undersøkes av spesialist, som regel kombinert med tverrfaglig vurdering. Dersom det er uklart om pasienten har rehabiliteringspotensial, kan helsehjelpen innebære en vurdering ved poliklinikk, ambulerende team eller en kortvarig innleggelse*

En utfordring videre vil være at institusjonene har få plasser på kartleggings- og vurderingsopphold. Omlegging av tilbud fra tradisjonelle døgn/dag-opphold til kartleggings og vurderingsopphold, vil kreve en omfattende omstilling med behov for økte legeressurser ved ankomst og avreise, flere fysioterapitimer, flere veiledertimer etc.

Tall fra NPR viser at noen helseforetak etter spesialistvurdering, henviser pasienter med muskel- og bløtdelssmerte til rehabiliteringsopphold ved private rehabiliteringsinstitusjonene. Pasienter som henvises fra helseforetak er i et forløp. Henvisningene skal derfor ikke rettighetsvurderes på nytt. Hvilke kriterier kan ligge til grunn for å gi rett til behandling i form av et rehabiliteringsopphold? Forslag fra arbeidsgruppen:

- Pasienter med stort funksjonstap og sammensatt problematikk.
- Pasienter som åpenbart vil ha en effekt av å få et døgnopphold utfra sosiale eller familiære forhold.

- Lang reiseavstand til tilbu i helseforetak, som tilsier at dagtilbudet der ikke er hensiktsmessig å benytte.
- Pasienten er motivert og har et rehabiliteringspotensial.

Det ble påpekt at RKE i større grad bør ha kjennskap til lokale tilbud gjennom en tettere dialog med KE (koordinerende enhet) i helseforetakene (HF). Et forslag var bl.a. å vurdere hvorvidt RKE kan viderehenvise pasienter med rett til kartlegging/ vurdering til tverrfaglig fysikalsk medisinsk poliklinikk i pasientens "hjemme HF". Arbeidsgruppen ble gjort kjent med at Sykehuset Innlandet HF allerede har drøftet en slik modell i møte med RKE. Dette kan være en interessant modell, men det vil være et spørsmål om hvorvidt helseforetaket har kapasitet. En annen utfordring kan være pasientens ønske om behandlingssted. I mange tilfeller (ca 80 %) er det oppgitt i henvisningen hvilken institusjon pasienten ønsker. Rett til fritt rehabiliteringsvalg er vedtatt men ikke innført nasjonalt, men det praktiseres i Helse Sør-Øst og en antar at ordningen vil innføres om kort tid. I de tilfeller hvor pasienten får rett til utredning og hvor ønsket institusjon ikke kan gi tilbud innen juridisk frist, kan RKE i samråd med pasienten sende henvisningen til annen institusjon eller et helseforetak.

Man er ikke forpliktet til å innhente tilleggsopplysninger dersom henvisningene er mangelfulle, men i en del tilfeller vil det være hensiktsmessig. Med endringen i pasient og brukerrettighetsloven 1.11.2015, hvor vurderingstiden ble redusert fra 30 til 10 dager, vil det være lite tid til å innhente tilleggsinformasjon. Arbeidsgruppen gjennomgikk henvisningsskjema og en veileder for henvisning som ligger på hjemmesiden til RKE. Da dette skjemaet ikke er en del av EPJ hos fastlegene ble det foreslått å erstatte henvisningsskjemaet med en sjekkliste for henvisning (kap 5.1). Arbeidsgruppen har i tillegg laget et forslag til avslagskriterier. (kap 5.2)

## 5.1 Sjekkliste for henvisning til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

FORELØPIG RA

Mange henvisninger er i dag mangelfulle både med tanke på hvilke tiltak som har vært forsøkt i kommunen og hvilke mål pasienten har for et rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Formålet med en sjekkliste er å bidra til at henvisningene har riktige og tilstrekkelig informasjon slik at RKE kan gjøre en rettighetsvurdering på bakgrunn av prioriteringsveileder og faglige føringer. Krav til informasjon i sjekklisten er begrunnet i lov, forskrift og faglige veiledere også i den hensikt å informere fastlegene på hvilket grunnlag RKE rettighetsvurderer henvisningene. Sjekklisten er utarbeidet med bakgrunn i delytelse J, men skal brukes innenfor alle delytelser. Det bør tilstrebes at det kan legges til rette for utfylling av sjekkliste i henvisers EPJ. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp dette blant annet opp mot praksiskonsulentene.

### Sjekkliste for henvisning til spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

#### Innledning:

Spesialisthelsetjenestens ansvar for rehabilitering er beskrevet under § 13 i Forskrift for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator:

- a) trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning*
- b) intensiv trening som inngår i individuell habiliterings/ rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling*
- c) tilrettelagt opplæring for pasienter som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.»*

Det er særlig innenfor kulepunkt a og b Helse Sør-Øst kjøper rehabiliteringstjenester fra private leverandører. Lærings og mestringstilbud inngår forøvrig som en større eller mindre del i de enkelte delytelsene. RKE gjør en rettighetsvurdering av henvisningen på bakgrunn av den informasjon henvisningen gir. Med endringen i pasient og brukerrettighetsloven fra 1.11.2015 hvor vurderingstiden er redusert fra 30 til 10 dager, vil det være lite tid til å innhente tilleggsinformasjon. **RKE ber derfor henviser om å følge sjekklisten under.** Sjekklisten er begrunnet i pasient- og brukerrettighetsloven med prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering, helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift for habilitering og rehabilitering, individuelle plan og koordinator

### Sjekkliste:

1. Pasientens navn, fødselsnummer, korrekt adresse og telefonnummer, evt navn på foresatte.
2. Legens navn, adresse og telefonnummer
3. Pasientens diagnose og beskrivelse av hvordan plagene påvirker daglig funksjon knyttet til arbeid, utdanning og fritid.(Fysisk, psykisk og sosialt).
4. Oppdatert oversikt over legemidler i bruk vedlegges.
5. Opplysninger om familieforhold, trygd- og arbeidsstatus.
6. Vurdere hvorvidt pasienten har behov for tolk.
7. Angi problemstillingen med bakgrunn for henvisningen så konkret som mulig.  
Hva er pasientens konkrete mål/motivasjon for rehabiliteringen?  
Opptrening/ rehabilitering er for uspesifikt. **Ref: Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering:** *Pasienter som henvises for rekonvalesens/ avlastning, blir vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.*
8. Hvilke tiltak er prøvd ut lokalt i 1. linjetjenesten?  
Hvilken effekt hadde tiltakene?  
Hvilken egenaktivitet/ egentrening gjør pasienten i det daglige?  
**Ref § 8 i Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.**  
*«Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten, før habilitering og rehabilitering settes i gang».*  
**Ref: Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering:** *“Henvisning av pasienter til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil ofte inneholde problemstillinger som omhandler smertetilstander i muskulatur, bløtdeler eller ledd. Slike tilstander forekommer svært hyppig i befolkningen. For å bli vurdert til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten bør pasienten være tilstrekkelig utredet, og gitt relevant aktivisering og rehabilitering i primærhelsetjenesten.”*
9. Har pasienten en individuell plan?  
**Ref: Pasient og brukerrettighetsloven**  
**§ 2-5 Rett til individuell plan**  
*Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykiske helsevern.*  
**Ref:Helse og omsorgstjenesteloven:**  
**§ 7-1. Individuell plan**  
*Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.*  
*Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykiske helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.*
10. Er pasienten vurdert av spesialist? I såfall vedlegges epikrisen.

11. Har pasienten tidligere mottatt rehabiliteringsopphold/poliklinikk/dagtilbud i spesialisthelsetjenestene (off/ privat) for samme tilstand/diagnose?

Dersom ja:

- ✓ Hva har lokale oppfølgingsopplegg bestått av i etterkant av rehabiliteringsoppholdet?
- ✓ Hva har tilkommet av nytt funksjonstap?
- ✓ Epikrise fra siste opphold vedlegges

- **Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering:**

<https://helsedirektoratet.no/sok/?k=prioriteringsveileder&Source=https%3A%2F%2Fhelsedirektoratet%2Eno%2Fretningslinjer%2Frehabilitering%2Dhabilitering%2Dindividuell%2Dplan%2Dog%2Dkoordinator%2Fseksjon%3FTittel%3Dtjenestetilbudet%2Dhabilitering%2Dog%2D8194#k=prioriteringsveileder%20for%20fysikalsk%20medisin>

- **Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator:**

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=tjenestetilbudet-habilitering-og-8194>

- **Pasient- og brukerrettighetsloven**

- **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)**

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

## 5.2 Kriterier for avslag

Arbeidsgruppens forslag til kriterier for ikke/rett/ avslag bygger på prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering og kapittel 5.2.2 i Informasjon Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester, Saksnr.: 13/00803.

1. **Kriterier for avslag med bakgrunn i prioriteringsveileder**

- Der henvisningen ikke har et klart formulert mål/hensikt med oppholdet og beskrivelse av hvordan plagene påvirker daglig funksjon.
- Pasienter som henvises for rekonvalesens. Prioriteringsveileder fys.med- fagspesifikk innledning: *Pasienter som henvises for rekonvalesens/ avlastning, blir vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.*
- Hatt gjentatte opphold tidligere og det fremkommer ikke ny problematikk/forverring i tilstand/funksjon i henvisningen.
- Hoveddiagnose er en psykisk lidelse.
- Ikke beskrevet oppfølging og tiltak i kommunen. Prioriteringsveileder fys.med- fagspesifikk innledning: *Henvisningene vil ofte inneholde problemstillinger som omhandler smertetilstander i muskulatur, bloddeleer eller ledd. Slike tilstander forekommer svært hyppig i befolkningen. For å bli vurdert til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten bør pasienten være tilstrekkelig utredet, og gitt relevant aktivisering og rehabilitering i primærhelsetjenesten.*

2. **Kriterier for avslag med bakgrunn i kapittel 5.2.2 i Informasjon Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester, Saksnr.: 13/00803.**

### **Tjenester det ikke skal inngås avtaler om**

- *Personer som primært skal behandles for spiseforstyrrelser vesentlig betinget av psykiske lidelser (anoreksi, bulemi m.v.)*
- *Personer som primært skal behandles for psykiske lidelser*
- *Personer som primært skal behandles for rusrelaterte problemstillinger*
- *Personer som primært skal behandles for mentale/ kognitive utviklingsforstyrrelser*

Denne avgrensningen innebærer ikke at disse brukergruppene er utelukket fra å få tilbud om rehabilitering for somatiske tilstander som omfattes av anskaffelsen. For alle relevante ytelser er det forøvrig et spisset krav til kompetanse innen rus/psykiatri for å ivareta pasienter med tilleggsproblematikk. Kriteriene må gjøres kjent for henviserne.

## 6 Kartlegging av tilbud i helseforetakene

### 6.1 Akershus universitetssykehus HF

Kronisk muskel- og bløtdelssmerter, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år	
Diagnosegruppe/tilstand	Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakke, - rygg og skuldersmerter.
Har tilbud om:	<p>Polikliniske tiltak:</p> <p><b>Nevrologisk avdeling</b> utreder og gjør differensial diagnostiske vurderinger i tillegg behandler og følger vi opp diagnoser lik radiculopati, myelopati, myositt og myopathia.</p> <p><b>Fysikalsk medisinsk tilbud:</b> Hovedgruppen er pasienter med langvarige smerter i nakke og rygg samt enkelte skulderpasienter. De utredes og videre behandlingsbehov kartlegges. Vi har i gjennomsnitt en poliklinikk dag pr. uke.</p> <p>Rehabilitering dagtilbud: Nei</p> <p>Rehabilitering døgntilbud: Nei</p>
Lokasjon(er):	AHUS
Faggrupper i det tverrfaglige teamet:	Tilgjengelige ressurser er fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, nevropsykologer og sosionomer. Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering en dag pr uke.
Varighet av tilbudet:	<p>Polikliniske tiltak - Antall uker og antall dager pr uke: En dag pr uke</p> <p>Rehabilitering dagtilbud - Antall uker og antall dager pr uke + timer pr dag: Har ikke rehabiliteringstilbud for denne pasientgruppen.</p> <p>Rehabilitering døgntilbud - Antall uker: Har ikke rehabiliteringstilbud</p>
Bruk av private	
Samhandling med kommune	<p>Hvordan er tilbudet innen frisklivstilbud i samarbeidende kommuner? Det er frisklivstilbud i samarbeidende kommuner.</p> <p>Eksempler på gode kommunale tilbud?</p>

	Er det etablert samhandlingsteam mellom helseforetak og kommunen om pasientgruppen? Har ikke kjennskap til dette.
Samarbeid med NAV, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste	Vi har ikke etablert samarbeid med Nav, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste for denne pasientgruppen.

## 6.2 Oslo universitetssykehus HF

<b>Kronisk muskel- og bløtdelssmerte, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år</b>	
Diagnosegruppe/tilstand	Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakkesmerter, langvarige ryggsmarter
Har tilbud om:	<p>Poliklinisk utredning: Ja.</p> <p>Utredning i avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering, og i tverrspesialisert tilbud (ortopedisk og nevrologisk avd.) i en nakke- ryggpoliklinikk.</p> <p>Rehabilitering dagtilbud: Nei. Det er et tverrfaglig gruppetilbud for langvarige nakke- og ryggsmarter.</p> <p>Rehabilitering døgntilbud: Nei. Ikke for denne gruppen.</p>
Lokasjon(er):	
Varighet av tilbudet:	<p>Ikke dagtilbud. Avdelingen har hatt to gruppebaserte tverrfaglige rehabiliteringstilbud til ryggpasienter finansiert gjennom raskere-tilbake midler.</p> <p>Tilbudet er for pasienter sykemeldt mellom 1 og 12 mnd, utformet etter en Kanadisk modell (PREVICAP). 3 uker, 1 time 2 ggr per uke, pluss en undervisningssesjon på 2 timer første uken.</p> <p>Tilbudet til pasienter med mer langvarige ryggsmarter går over 8 uker.</p> <p>Døgntilbud - Antall uker: Nei, ikke for disse gruppene.</p>

Bruk av private	Det henvises fra poliklinikken til private tilbydere direkte der man vurderer at det er behov og nytte som ikke dekkes av vårt tilbud.
Samhandling med kommune	<p>Er det gode frisklivstilbud som helseforetaket samarbeider med i pasientforløpet?</p> <p>Variierende tilbud. Vi får lite tilbakemelding fra fastleger om bruken av dette tilbudet og det nevnes svært sjeldent i henvisninger.</p> <p>Hvor er i såfall disse lokalisert?</p> <p>Bydeler <u>med</u> frisklivsordning i Oslo: Alna, Bjerke, Frogner, Gamle Oslo, Grorud, Nordstrand, Sagene, Stovner, Søndre Nordstrand, Ullern</p> <p>Bydeler <u>uten</u> frisklivsordning i Oslo: Grunerløkka, Nordre aker, St. Hanshaugen, Vestre Aker, Østensjø.</p> <p>Tilgrensende bydeler med tilbud tar inn ved ledig kapasitet.</p>
Samarbeid med NAV ift arbeidsdeltakelse	Det gruppebaserte tilbudet (kurs) for pasienter i sykemeldingsperioden er tverrfaglig, inkl. Med arbeidskonsulent/sosionom som bidrar til å fasilitere samhandling med NAV og tiltak fra NAV samt opp mot arbeidsgiver.

### 6.3 Sunnaas sykehus HF

Kronisk muskel- og bløtdelssmerte, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år	
Diagnosegruppe/tilstand	Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakke, - rygg og skuldersmerter.
Har tilbud om:	<p>Polikliniske tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poliklinisk vurdering Sunnaas (kun lege) - 1 (-2) konsultasjon(er), oftest ifm vurdering opp mot opphold .</li> <li>- Raskere-tilbake- pol. (Aker)</li> </ul> <p>Rehabilitering dagtilbud: Har ikke dette tilbudet ved Sunnaas (kun RaskereTilbake ved Aker)</p> <p>Rehabilitering døgntilbud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Vurderingsopphold i avd.(sengepost) Sunnaas 5 dg; en tverrfaglig vurdering av rehab.potensiale og evt tiltak</li> <li>2) Rehabiliteringsopphold smerte (sengepost) Sunnaas, enten; <ul style="list-style-type: none"> <li>- individuelt opphold (som oftest 2 uker eller 2 + 2 uker, av og til 4 uker) eller</li> </ul> </li> </ol>



	- Gruppeopphold smerterehab. (6-8 pas. 4 uker, deretter oppfølgingsopphold over 5 dg 3 ggr i l.a det påfølgende året) (Mrk: det er eget gruppe-opplegg (etter samme mal) for pas.med hypermobilitetssyndrom/Ehlers-Danlos syndrom)
Lokasjon(er):	Sunnaas sykehus
Faggrupper i det tverrfaglige teamet:	lege, sykepleier, psykolog, sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, av og til spes.pedagog
Varighet av tilbudet:	Polikliniske tiltak : kun 1-2 konsultasjoner  Rehabilitering dagtilbud: Har ikke  Rehabilitering døgntilbud - Antall uker: 5 dgs vurdering, 2 ukers rehab (evt 2 + 2 uker, evt 2 + 2 +1), Gruppehold: 4 uker + 1 +1 +1
Bruk av private	Ingen etablert kontakt
Samhandling med kommune	Hvordan er tilbudet innen frisklivstilbud i samarbeidende kommuner?: vi har ikke faste samarbeidsavtaler med de ulike kommuner, vi undersøker lokale tilbud av og til; kanskje i for liten utstrekning  Eksempler på gode kommunale tilbud?: Hverdagsrehab i Ås kommune (et eks på noe vi har koblet pas. til)  Er det etablert samhandlingsteam mellom helseforetak og kommunen om pasientgruppen? Nei
Samarbeid med NAV, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste	Ikke spes., med mindre pas. er innlagt til arbeidsevnevurderingsopphold (eget program)

## 6.4 Sykehuset i Vestfold HF

<b>Kronisk muskel- og bløtdelssmerte, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år</b> Sykehuset i Vestfold, Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, Kysthospitalet	
Diagnosegruppe/tilstand	Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakke, - rygg og skuldersmerter.
Har tilbud om:	Polikliniske tiltak: <b>Fysikalsk medisinsk poliklinikk:</b> -Utredning av alle typer plager i muskel- og skjelettapparatet  Rehabilitering dagtilbud: <b>Poliklinisk rehabiliteringstilbud for pasienter med ryggplager:</b> -Undervisning over to dager. Deretter oppfølgingsamtaler etter behov <b>Poliklinisk rehabiliteringstilbud for pasienter med nakkeplager:</b> -Undervisning over to dager. Deretter oppfølgingsamtaler etter behov <b>Poliklinisk rehabiliteringstilbud for pasienter med skulderplager:</b>

	-Tverrfaglig undervisning. Deretter ukentlige individuelle treff med fysioterapeut. Avsluttende konsultasjon med lege og fysioterapeut. Behandlingsopplegget tilpasses individuelt dersom det er behov for færre eller flere konsultasjoner.  Rehabilitering døgntilbud: <b>Døgnoophold for pasienter med sammensatte lidelser (MUPS)</b>
Lokasjon(er):	Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, Kysthospitalet i Stavern
Faggrupper i det tverrfaglige teamet:	Overlege og LIS i fysikalsk medisin og rehabilitering. Spesialist i revmatologi. Fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, idrettspedagog, sosionom og psykolog.
Varighet av tilbudet:	Polikliniske tiltak: <b>Fysikalsk medisinsk poliklinikk:</b> -Konsultasjoner med varighet 45-60 minutter.  Rehabilitering dagtilbud: <b>Poliklinisk rehabiliteringstilbud for pasienter med ryggplager:</b> -Undervisning over 2 dager à 7 timer. Oppfølgingssamtale med varighet ca 60 minutter <b>Poliklinisk rehabiliteringstilbud for pasienter med nakkeplager:</b> -Undervisning over 2 dager à 7 timer. Oppfølgingssamtale med varighet ca 60 minutter <b>Poliklinisk rehabiliteringstilbud for pasienter med skulderplager:</b> -Undervisning ca 2,5 timer. Deretter fem ukentlige individuelle treff med fysioterapeut med varighet ca 45 minutter. Etter 5-8 uker tverrfaglig avsluttende konsultasjon med varighet 40 minutter.  Rehabilitering døgntilbud: <b>Døgnoophold for pasienter med sammensatte lidelser (MUPS)</b> -Varighet 5 dager (Mandag – fredag)
Bruk av private	
Samhandling med kommune	Hvordan er tilbudet innen frisklivstilbud i samarbeidende kommuner? -Det er frisklivstilbud i Larvik og i nabokommuner  Er det etablert samhandlingsteam mellom helseforetak og kommunen om pasientgruppen? -Ikke for denne pasientgruppen
Samarbeid med NAV, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste	Det er ikke noe etablert samarbeid med NAV

## 6.5 Sykehuset Innlandet HF

<b>Kronisk muskel- og bløtdelssmerte, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år</b>	
Diagnosegruppe/tilstand	Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakke, - rygg og skuldersmerter.
Har tilbud om:	

	<p><u>Raskere Tilbake Poliklinikk:</u> Tverrfaglig utredning av pasienter som på grunn av muskel/skjelettplager står i fare for å bli sykmeldt eller har vært sykmeldt mindre enn et år. Målet er å kartlegge barrierer for deltagelse i arbeidslivet og anbefale/igangsette tiltak som kan redusere sykefravær. En del av pasientene deltar på interne mestringskurs, og enkelte blir henvist videre til andre Raskere tilbake tiltak eller institusjoner for arbeidsrettet rehabilitering.</p> <p><u>Fysisk medisinsk poliklinikk:</u> Tverrfaglig utredning, der målet er en diagnostisk avklaring, samt å utarbeide en rehabiliteringsplan. Pasientens videre rehabilitering foregår enten ved interne mestringskurs for oppfølging i kommunen eller pasienten henvises til private rehabiliteringsinstitusjoner eller rehabiliteringsopphold i avdelingen.</p> <p><u>Smertepoliklinikk:</u> Tverrfaglig utredning og behandling av smertetilstander som krever tilleggskompetanse utover det de andre poliklinikkene kan tilby.</p> <p><u>Rehabilitering dagtilbud:</u> Smertemestringsgrupper.</p> <p><u>Rehabilitering døgntilbud:</u> Rehabiliteringsopphold i grupper. Består av 5 uker, der uke 1, 3 og 5 er innlagt og uke 2 og 4 utføres hjemme med hjemmeoppgaver. I tillegg har pasientene et en ukers oppfølgingsopphold etter 4 måneder. Oppholdet er et kognitivt rettet lærings- og mestringsopphold, der målet er å lære mer om egen tilstand og lære mestringsstrategier.</p>
Lokasjon(er):	Raskere Tilbake poliklinikk og Fysisk medisinsk poliklinikk er lokalisert i samme bygg like i nærheten av hovedbygget med sengeposten i Ottestad. Smertepoliklinikken er lokalisert i hovedbygget. Der er også det døgnbaserte tilbudet.
Faggrupper i det tverrfaglige teamet:	Raskere tilbake pol.: Lege, fysioterapeut og sosionom. Fys. med. pol.: Lege, fysioterapeut og sosionom. Smertepol.: Leger (spes. Fys.med. og rehab., anestesilege, psykiater), sykepleier og fysioterapeut. Døgnbasert smertemestringstilbud: Lege, fysioterapeut, idrettspedagog, klinisk ernæringsfysiolog, sykepleier og ergoterapeut.
Varighet av tilbudet:	<p><u>Polikliniske tiltak - Antall uker og antall dager pr uke:</u> For Raskere Tilbake og fys.med.pol. stort sett tverrfaglig utredning på samme dag. For noen pasienter blir utredningen delt over to dager, der pasienten første dag utredes av lege og sosionom, og etter en uke har konsultasjon hos fysioterapeuten. De fleste pasientene har 1 kontakt til poliklinikken. Smertepol.: Utredningen går over 2 dager og mange pasienter har oppfølging både av fysioterapeut og lege med variabel oppfølgingstid.</p> <p><u>Rehabilitering dagtilbud - Antall uker og antall dager pr uke + timer pr dag:</u> Smertemestringskurs som går over 18 uker, oppmøte 1 dag annen hver uke a 3 timer. Mer kortvarig smertemestringskurs som går over 5 uker med oppmøte 1 dag ukentlig a 3 timer.</p>

	Rehabilitering døgntilbud - antall uker: beskrevet over
Bruk av private	Her har vi ingen tall å støtte oss til. Noen pasienter blir henvist til ARR ved Hernes Institutt, noen til Unicare eller Oppfølgingsenheten Frisk eller andre private rehabiliteringsinstitusjoner.
Samhandling med kommune	Hvordan er tilbudet innen friskliv i samarbeidende kommuner? Dette er et tilbud vi bruker aktivt i de kommunene som har det. Vi har også hatt dialog/møter med ansatte i Frisklivssentraler for å gjensidig kjenne tilbudene. Vi samarbeider også med andre hjemmebaserte tjenester når det er aktuelt (psyk. sykepleier for eks.).  Eksempler på gode kommunale tilbud? Her er primært Frisklivssentraler de viktigste ressursene i kommunene i forhold til vår pasientpopulasjon.  Er det etablert samhandlingsteam mellom helseforetak og kommunen om pasientgruppen? Nei, ikke hva vi kjenner til.
Samarbeid med NAV, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste	Vi har regelmessige samarbeidsmøter med NAV Hedmark/Oppland for å sikre mest mulig effektiv bruk av ressurser. Vi har pt. ikke noe etablert system for å samarbeide med arbeidsgivere eller BHT, men gjør dette fra tid til annen i enkeltsaker.

## 6.6 Sykehuset Telemark HF

<b>Kronisk muskel- og bløtdelssmerter, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år</b>	
Diagnosegruppe/tilstand	Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakke, - rygg og skuldersmerter.
Har tilbud om:	Polikliniske tiltak: <b>Fysikalsk medisinsk poliklinikk:</b> kun utredning, <b>Smertepoliklinikk:</b> utredning og smerterettet/medikamentell behandling <b>ARR (arbeidsrettet rehabilitering):</b> tverrfaglig utredning og intervensjon over max 3 måneder i samarbeid med kommunene  Rehabilitering dagtilbud:  Rehabilitering døgntilbud:
Lokasjon(er):	Fys med poliklinikk og ARR - Porsgrunn Smertepoliklinikken - Skien
Faggrupper i det tverrfaglige teamet:	<b>Fys med:</b> Fysikalske medisinerere og manuell terapeut <b>Smertepoliklinikken:</b> Anestesiolog, psykolog, fysioterapeut, sykepleier <b>ARR:</b> Legespesialist, psykologspesialist, psykomotorisk fysioterapeut, arbeidskonsulenter fra NAV.
Varighet av tilbudet:	Polikliniske tiltak - Antall uker og antall dager pr uke: <b>Fys med og smertepoliklinikken</b> utreder primært. <b>ARR</b> har skreddersydd opplegg med to dager tverrfaglig utredning/kartlegging første uke, det syes så sammen et opplegg med individuell og /eller gruppetiltak hos de ulike faggruppene over en tid (max 3 måneder) samtidig som det etableres kontakt med arbeidsplass, fastlege og tiltak i kommunen.

	<p>Det er også nå i gang et samarbeid med to kommuner (Bamble og Tinn) der det tverrfaglige teamet fra sykehuset reiser ut og utreder pasienter og lager en plan sammen med kommunen (lokalt NAVkontor, fastlege, friskvern, kommunalt LMS)</p> <p>Rehabilitering dagtilbud - Antall uker og antall dager pr uke + timer pr dag:</p> <p>Rehabilitering døgntilbud - Antall uker:</p>
Bruk av private	Pasienter henvises i liten grad til private fra sykehuset, men fastlegene henviser en del. AiR ( Rauland) har dag og døgntilbud til gruppen innenfor arbeidsrettet rehabilitering. Hit henvises en del.
Samhandling med andre foretak	Sykehuset i Vestfold HF ved Kysthospitalet har dag- og døgntilbud til målgruppen og flere pasienter henvises dit.
Samhandling med kommune	<p>Hvordan er tilbudet innen frisklivstilbud i samarbeidende kommuner? <i>Vekslende fra kommune til kommune – men allsidig og godt i de samarbeidende pilotkommunene (Bamble og Tinn)</i></p> <p>Eksempler på gode kommunale tilbud? <i>Frisk bris i Bamble</i> <a href="http://www.bamble.kommune.no/friskbris">http://www.bamble.kommune.no/friskbris</a></p> <p>Er det etablert samhandlingsteam mellom helseforetak og kommunen om pasientgruppen? <i>Ja, i Tinn og Bamble med plan om utrulling til flere kommuner</i></p>
Samarbeid med NAV, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste	På ARR har vi NAV-konsulenter inne i det tverrfaglige teamet – disse jobber 50/50 på lokalt NAVkontor og på ARR (p.t fra NAV Porsgrunn, NAV Skien og NAV Larvik) . Også tett samarbeid med Arbeidslivssenteret og andre NAVkontor

## 6.7 Sykehuset Østfold HF

<b>Kronisk muskel- og bløtdelssmerter, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år</b>	
Diagnosegruppe/tilstand	Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakke, - rygg og skuldersmerter.
Har tilbud om:	<p>Polikliniske tiltak:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurs for personer med fibromyalgi (revma avdelingen)</li> <li>2. Livsstyrketrening (smerte poliklinikken)</li> </ol> <p>Rehabilitering dagtilbud: -</p> <p>Rehabilitering døgntilbud: -</p>
Lokasjon(er):	Sykehuset Østfold, Moss
Faggrupper i det tverrfaglige teamet:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. spesial sykepleier med kurs innenfor kognitivterapi og livsstyrketrening, sykepleier fra læring og mestringssettret (LMS), fysioterapeut, lege, sosionom</li> <li>2. sykepleier, fysioterapeut med etterutdanning i psykomotorisk fysioterapi og kurs i livsstyrketrening.</li> </ol>
	Polikliniske tiltak - Antall uker og antall dager pr uke:

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3 dager på ca 5 timer, 1-2 dager i uken i 2 uker</li> <li>1 dag i uken på ca 3 timer, over 8 uker + 1 eller 2 oppfølgingskonsultasjoner</li> </ol> <p>Rehabilitering dagtilbud - Antall uker og antall dager pr uke + timer pr dag:-</p> <p>Rehabilitering døgntilbud - Antall uker:-</p>
Bruk av private	Minimal bruk av henvisning til private rehabiliterings institusjoner.
Samhandling med kommune	<p>Hvordan er tilbudet innen frisklivstilbud i samarbeidende kommuner? Meget varierende generelt og lite som er kjent for denne pasientgruppen. Kjenner bare til et tilbud, men det kan muligens finnes noe mer. Eksempler på gode kommunale tilbud?</p> <p>Fredrikstad kommune: mestrings tilbud for pasienter med smerter og sammensatte diagnoser, tidlig intervensjon.</p> <p>Er det etablert samhandlingsteam mellom helseforetak og kommunen om pasientgruppen?</p> <p>Nei, finnes ikke noe spesifikt for denne gruppen. LMS inngår i et nettverk med friskliv, og mestring i kommunene. (Ikke alle har helse hus.) De har bl.a. felles fagdager.</p>
Samarbeid med NAV, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste	Nei

## 6.8 Sørlandet sykehus HF

Kronisk muskel- og bløtdelssmerter, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år	
Diagnosegruppe/tilstand	Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakke, - rygg og skuldersmerter.
Har tilbud om:	<p>Polikliniske tiltak: Poliklinikk</p> <p>Rehabilitering dagtilbud: Langvarige rygg/nakke og skuldersmerter.</p> <p>Fibromyalgi, myofascielle smerter – ingen tilbud til denne pasient gruppen men er ønskelig.</p> <p>Rehabilitering døgntilbud: Ingen</p>
Lokasjon(er):	Sørlandet sykehus - Kongsgård
Faggrupper i det tverrfaglige teamet:	Overleger, ergoterapeuter, fysioterapeuter
Varighet av tilbudet:	<p>Polikliniske tiltak - Antall uker og antall dager pr uke:</p> <p>Utredning hos lege og evt. fysioterapeut. Stort sett en konsultasjon, og deretter gruppetilbud som går over tre dager. Noen pasienter får individuell oppfølging og kontroll av både lege og andre faggrupper.</p>

	Rehabilitering dagtilbud - Antall uker og antall dager pr uke + timer pr dag: 3 dagers dagtilbud ila en-to uker.  Rehabilitering døgntilbud - Antall uker: Ikke tilbud
Bruk av private	Nei men pasientene henvises til privatpraktiserende fysioterapeut etter endt utredning og igangsetting av behandling.
Samhandling med kommune	Hvordan er tilbudet innen frisklivstilbud i samarbeidende kommuner? Halvparten av kommunene i vårt sykehusområde har Frisklivssentraler, hovedsakelig de store kystkommunene.  Eksempler på gode kommunale tilbud?  Er det etablert samhandlingsteam mellom helseforetak og kommunen om pasientgruppen? Felles fagdag en gang pr år.
Samarbeid med NAV, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste	NAV – spesialist utredninger. Arbeidsgiver – via pasienten – skriftlig som pasienten tar med til arbeidsgiver. Veldig sjeldent til bedriftshelsetjeneste.

## 6.9 Vestre Viken HF

<b>Kronisk muskel- og bløtdelssmerter, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år</b>	
Diagnosegruppe/tilstand	Fibromyalgi, myofascielle smerter, langvarige nakke, - rygg og skuldersmerter.
Har tilbud om:	Polikliniske tiltak: Klinisk vurdering og evt. behandling for skulderpasienter. Skulderskole. Klinisk vurdering av ryggpasienter.  Rehabilitering dagtilbud: Ingen tilbud Rehabilitering døgntilbud: Ingen tilbud
Lokasjon(er):	Drammen sykehus
Faggrupper i det tverrfaglige teamet:	Fysioterapeut.
Varighet av tilbudet:	Polikliniske tiltak - Antall uker og antall dager pr uke: 6 polikliniske timer. (3 -4 ganger i året)  Rehabilitering dagtilbud - Antall uker og antall dager pr uke + timer pr dag: -  Rehabilitering døgntilbud - Antall uker: -
Bruk av private	
Samhandling med kommune	Hvordan er tilbudet innen frisklivstilbud i samarbeidende kommuner? Ukjent.  Eksempler på gode kommunale tilbud?

	Er det etablert samhandlingsteam mellom helseforetak og kommunen om pasientgruppen? Har ikke fungert og etablere samarbeid.
Samarbeid med NAV, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste	Ingen tilbud.

## 7 Litteratur

1. Avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innen habilitering og rehabilitering. ( Helse direktoratet- IS 1947)
2. Folkehelseinstituttet (<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/langvarige-smertetilstander-i-norge/>)
3. Prioriteringsveileder - fysikalsk medisin og rehabilitering. ( Helse direktoratet) <https://helse direktoratet.no/retningslinjer/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-fysikalsk-31914>. <http://www.helse-sorost.no/pasient /rehabilitering /ventetider /Sider/oversikt-ventetider.aspx>

ØPIG RAPPORT