



## *Høringsutkast*

*Regional fagplan for fysikalsk  
medisin og rehabilitering i  
Helse Sør-Øst*

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Innledning .....	4
Sammendrag .....	5
Kapittel 1 Bakgrunn og overordnet prosess .....	5
Kapittel 2 Fysikalsk medisin og rehabilitering .....	5
Kapittel 3 Status for fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering....	5
Kapittel 4 Overordnede føringer .....	5
Kapittel 5 Satsingsområdene .....	5
1.    Bakgrunn og overordnet prosess.....	8
2.    Fysikalsk medisin og rehabilitering .....	10
3.    Status for fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering.....	13
3.1    Kapasitet og innretning.....	13
3.2    Pasienter med udekket behov .....	16
3.3    Rehabiliteringsområdets ansvar for barn og unge med en ervervet skade/sykdom.....	17
4.    Overordnede føringer .....	19
4.1    Reduksjon av uønsket variasjon.....	19
4.2    Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt.....	19
4.3    Helsekompetanse og brukervedvirkning.....	19
4.4    Tidlig oppstart av rehabilitering.....	20
4.5    Arenafleksibilitet – Nye måter å jobbe på.....	21
4.6    Rett tilbud til rett tid på riktig omsorgsnivå .....	21
5.    Satsingsområder .....	23
5.1    Inneliggende rehabilitering i tidlig fase .....	23
5.2    Helhetlige og sammenhengende pasientforløp.....	26
5.3    Muskel- og skjelettplager og langvarige smertetilstander .....	28
5.4    Arbeid og utdanning i rehabilitering .....	30
5.5    Kompetanse, rekruttering og utdanning.....	32
5.6    Forskning og fagutvikling .....	34
6.    Fra plan til gjennomføring og oppfølging.....	36
Tiltak.....	36
Ansvar HSØ RHF.....	36
Ansvar .....	36
HF.....	36
Tidsfrist/ prioritering.....	36
7.    Referanser .....	37
Vedlegg.....	40
Helseforetak/organisasjon .....	40
Navn.....	40
Helseforetak/organisasjon .....	40
Navn .....	40

## Forord

Skrives senere

## Innledning

Fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs visjon og Regional utviklingsplan, 2040.

Med bakgrunn i Nasjonale og regionale føringer skal følgende seks satsingsområder prioriteres:

1. Inneliggende rehabilitering i tidlig fase
2. Helhetlige og sammenhengende pasientforløp
3. Muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander
4. Arbeid og utdanning i rehabilitering
5. Kompetanse, rekruttering og utdanning
6. Forskning og fagutvikling

Fagplanen skal vise retning og rammer for fremtidige prioriteringer og vil dermed påvirke utviklingsplanene for helseforetakene og private ideelle sykehus med driftsavtale (heretter benevnt helseforetakene). Fagplanen omfatter barn, unge og voksne med behov for tilbud innen fysikalsk medisin og rehabilitering etter somatisk sykdom og/eller skade.

Fagplanen vil være gjeldende frem til den revideres eller det utarbeides en ny plan. Enhet for somatikk og rehabilitering skal utarbeide en årlig rapport til fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF om status og oppfølging av planen.

Fagplanen skal bidra til:

- å tydeliggjøre ansvar og oppgaver innen tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering som ytes i helseforetakene
- at det er tverrfaglig kompetanse med tilstrekkelig kapasitet i helseforetakene i tidlig fase etter akutt sykdom/skade
- å oppnå et likeverdig og kunnskapsbasert tilbud til pasienter med behov for tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering i alle faser av rehabiliteringsforløpet
- at pasienten opplever forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet i rehabiliteringsforløpet og hvor det arbeidsrettede perspektivet inngår som en naturlig del der det er hensiktsmessig.
- å videreutvikle samarbeidet med private avtaleparter og kommunene
- en plan for trinnvis opptrapping av rehabiliteringstilbud i kommunene og en tilsvarende tilpasning av tilbudet i spesialisthelsetjenesten
- reduksjon av uønsket variasjon med en bærekraftig helsetjeneste med riktig bruk av ressursene - «rett tilbud, på rett nivå til rett tid

## Sammendrag

### **Kapittel 1 Bakgrunn og overordnet prosess**

Det redegjøres for bakgrunn for oppdraget som er gitt og overordnet prosess.

### **Kapittel 2 Fysikalsk medisin og rehabilitering**

Fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering er spesialisthelsetjenestens ansvar, mens rehabilitering er et område hvor både kommune- og spesialisthelsetjenesten har et «sørge for ansvar».

Fysikalsk medisin og rehabilitering er en medisinsk spesialitet som omfatter diagnostikk, behandling og rehabilitering hos pasienter som har, eller står i fare for å få, langvarig funksjonshemming - vanligvis grunnet tilstander i bevegelsesapparatet eller nervesystemet [1]. Rehabilitering handler primært om å bevare eller gjenvinne funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse og angår alle medisinske spesialiteter.

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

### **Kapittel 3 Status for fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering**

Kapasitet, innretning og aktivitet varierer mellom helseforetakene, med store tverrfaglige miljøer som inkluderer døgntilbud og poliklinikk, til helseforetak uten egne rehabiliteringssenger og et varierende poliklinisk tilbud. Spesialisthelsetjenesten har et tydelig ansvar for rehabilitering i tidlig fase tett integrert med annen medisinsk behandling [1]. Tre helseforetak har etablert egne rehabiliteringssenger i akutt sykehuset for alle diagnosegrupper i akuttsykehuset. Helse Sør-Øst RHF har avtale med 29 private rehabiliteringsinstitusjoner (heretter benevnt private avtaleparter) og som er ujevnt fordelt i regionen. Aktivitetstall fra Samdatarapporten 2017-2021 og kapasitet holdt opp mot nasjonale føringer, kan indikere uønsket variasjon hvor årsaken kan være et overforbruk i subakutt og senere faser, og samtidig et underforbruk i tidlig akutt fase i helseforetakene.

Pasientforløpene er fortsatt fragmenterte og dårlig koordinert og hvor målet om deltakelse i arbeid og/eller utdanning fortsatt ikke er godt nok integrert.

Både helseforetak og private avtaleparter beskriver utfordringer med rekruttering av særlig legespesialister.

Fagfeltet har fortsatt et svakt kunnskapsgrunnlag om effekt av behandling/rehabilitering.

I kapittelet om pasienter med udekket behov er tilbakemeldingen fra fagråd rehabilitering og regionalt brukerutvalg, at den største utfordringen er variasjon i tilbud i helseforetak i tidligfase og poliklinikk.

I kapittelet om rehabiliteringsområdets ansvar for barn og unge, anbefales et videre arbeid som blant annet bør omhandle en vurdering regionale funksjoner..

### **Kapittel 4 Overordnede føringer**

Kapittelet beskriver og begrunner seks overordnede føringer for fagplanarbeidet og for fagfeltet for øvrig i Helse Sør-Øst.

### **Kapittel 5 Satsingsområdene**

Kapittelet beskriver de seks prioriterte satsingsområdene med mål, forslag til tiltak og evalueringskriterier. Her kort oppsummert de viktigste mål og evalueringskriterier:

### 5.1 Inneliggende rehabilitering i tidlig

Det viktigste målet er at alle helseforetak etablerer et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt og det opprettes et tverrfaglig team for tidlig rehabilitering som har egne senger.

Evalueringskriterier:

- Er tidlig rehabilitering synliggjort og etablert i alle helseforetak?
- Prosedyrekode for utarbeidelse (OAEA00) og revidering (OCAA00) av rehabiliteringsplan følges.
- Er ressursinnsatsen synliggjort gjennom finansieringssystemet?

### 5.2. Helhetlige og sammenhengende pasientforløp

Det viktigste målet er at brukerne opplever et helhetlig og sammenhengende rehabiliteringsforløp, på tvers av organisatoriske enheter.

Evalueringskriterier:

- Er et generisk helhetlig og sammenhengende rehabiliteringsforløp utarbeidet og etablert i alle Helseforetakene?
- Er standardiserte pasient forløp etablert og deltjenestene (overganger) i forløpet satt sammen?

### 5.3. Muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander

Et viktig mål er at pasientgruppen mottar tjenester på riktig nivå til riktig tid med en felles forståelse og økt tverrfaglig samarbeid mellom de ulike aktørene, og hvor spesialist- og kommunehelsetjenesten sammen skal utvikle og etablere tiltak.

Evalueringskriterier:

- Er samarbeidsarenaer mellom primær og spesialisthelsetjenesten etablert for å fremme en felles tilnærming for pasient gruppen?
- Har helseforetakene utarbeidet samarbeid på tvers av fagområder basert på oppdatert kunnskap?
- Er det redusert bruk av invasive behandling og døgn rehabilitering for pasient gruppen?

### 5.4. Arbeid og utdanning i rehabilitering

Et overordnet mål for området er å få arbeid og utdanning integrert i alle rehabiliteringsforløp og med samtidige tjenester med Arbeid og velferdsetaten (NAV) på riktig nivå

Evalueringskriterier

- Er arbeid og utdanning inkludert i relevante pasientforløp?
- Er det opprettet et samarbeid mellom somatikk, psykisk helsevern og NAV som sikrer samtidige og koordinerte arbeidsrettede tiltak?
- Er retningslinjer etablert for målgruppene for arbeidsrettede tjenester?

### 5.5. Kompetanse, rekruttering og utdanning

Et overordnet mål er tilstrekkelig kompetanse for hele det tverrfaglige teamet, men et særlig fokus på legespesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering og samtidig utarbeide planer for oppgavedeling, med det formål og benytte tilgjengelig kompetanse best mulig

Evalueringskriterier:

- Har fagfeltet fysikalsk medisin og rehabilitering tilstrekkelig bemanning med nødvendige yrkesgrupper, målt igjennom antall vakante stillinger og utlysninger uten søkere?
- Er det opprettet regionale kompetanseplaner, er disse implementert og benyttes disse?

### 5.6. Forskning og fagutvikling

Et viktig mål er å få mer kunnskap om hva som virker med økt forskningsaktivitet på behandling og pasientforløp i spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt å etablere et målrettet regionalt forskningsnettverk med bred deltakelse fra regionens ikke-universitetssykehus

**Evalueringkriterier:**

- Er forsknings- og innovasjonsprosjektene rettet inn mot de strategiske områdene i fagplanen og i samsvar med brukernes og samfunnets behov eller prioriteringer?
- Er alle helseforetakene/private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst RHF inkludert i et nasjonalt rehabiliteringsregister?
- Har andel av samarbeidsprosjekter mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, næringslivet og NAV økt

**Kapittel 6 Fra plan til gjennomføring og oppfølging**

Beskriver hvordan Helse Sør-Øst RHF skal følge opp planen videre. En ser for seg en trinnvis innføring av tiltak der noen tiltak bør prioriteres før andre.

# 1. Bakgrunn og overordnet prosess

*Kapittelet redegjør for bakgrunnen for oppdraget som er gitt og overordnet prosess*

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF besluttet i 2021 at det skulle utarbeides en regional fagplan for fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle fagområdet rehabilitering. Det ble utarbeidet et mandat som ble vedtatt januar 2022.

Fagplanen skal legge grunnlag for hvordan Helse Sør-Øst RHF følger opp tjenestene, for anskaffelse av tilbud fra private avtaleparter og kunne være førende for tildeling av forsknings- og innovasjonsmidler. Fagplanen skal beskrive dagens innhold, organisering, kapasitet og endringer innen utvalgte strategiske områder. Under hvert strategisk område beskrives konkrete mål, forslag til tiltak og kriterier for måloppnåelse. Vedrørende fremtidig behov, skal det gjøres et større arbeid for å fremskrive behov for fremtidig kapasitet før en ny anskaffelse av private tilbud.

## Overordnet prosess

Arbeidet med fagplanen har vært organisert som et prosjekt med fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF som prosjekteier. Avdelingsdirektør i enhet Somatikk og rehabilitering har ledet styringsgruppen. Prosjektleder frikjøpt i 50 % stilling fra Sykehuset i Vestfold har ledet prosjektgruppen, med støtte av spesialrådgivere fra enhet Somatikk og rehabilitering i Helse Sør-Øst RHF. Helseforetakene<sup>1</sup>, konserntillitsvalgte/foretakstillitsvalgte, kommune og brukerrepresentanter har deltatt i styrings- og prosjektgruppen. Representant for de private avtaleparter har deltatt i prosjektgruppen. Viser til vedlegg 1 med oversikt over deltakere i styringsgruppen og prosjektgruppen.

Arbeidet har omfattet to hoveddeler:

Del 1:

Kartlegging/oppdatering av status for dagens innretning, kapasitet og utfordringsbilde innen spesialistområdet fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle fagområdet rehabilitering herunder hva som er viktig for kommunene og brukerne for videre utvikling av områdene..

Del 2

Med bakgrunn i kartleggingen ble det utpekt følgende prioriterte satsingsområder:

1. Inneliggende rehabilitering i tidlig fase
2. Helhetlige og sammenhengende pasientforløp
3. Muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander
4. Arbeid og utdanning i rehabilitering
5. Kompetanse, rekruttering og utdanning
6. Forskning og fagutvikling

Det ble etablert innspillgrupper for hvert satsingsområde med totalt 80 deltakere fra helseforetak, private avtaleparter, kommune, praksiskonsulent, NAV relevante kompetansetjenester og brukerrepresentanter. Mandatet for innspillgruppene var å gi innspill til mål, tiltak og kriterier for måloppnåelse. Mål og evalueringskriteriene er det viktigste, mens tiltakene kun er ment som forslag for å nå målene. Parallelt med arbeidet i innspillgruppene ble det også gjennomført en kort innspillsrunde om satsingsområdene i henholdsvis kommunehelsetjenesten og i nettverket for praksiskonsulenter (PKO). Arbeidet har forøvrig vært drøftet i en rekke andre instanser både internt og eksternt.

---

<sup>1</sup> Private ideelle sykehus med eget opptaksområde ble invitert til å delta i prosjektgruppen





## 2. Fysikalsk medisin og rehabilitering

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

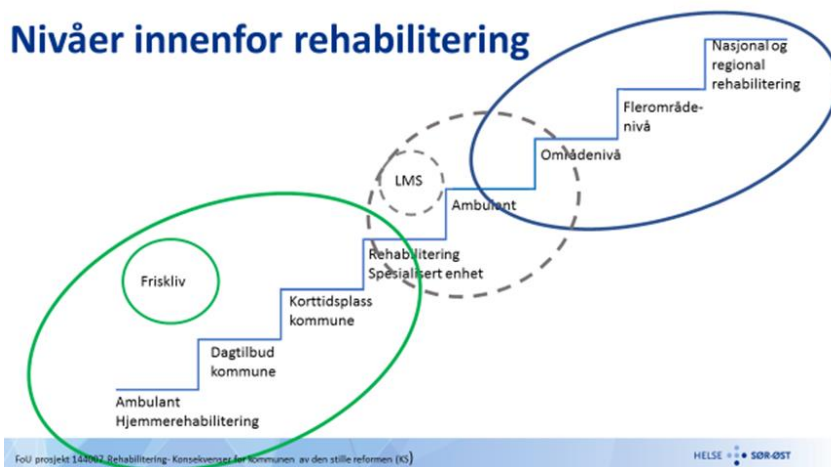
Tilbud innen spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering er spesialisthelsetjenestens ansvar, mens rehabilitering er et fagområde hvor både spesialist- og kommunehelsetjeneste har et «sørge for ansvar». Fysikalsk medisin og rehabilitering er en medisinsk spesialitet som omfatter diagnostikk, behandling og rehabilitering hos pasienter som har, eller står i fare for å få, langvarig funksjonshemming - vanligvis grunnet tilstander i bevegelsesapparatet eller nervesystemet [2]. Mens fysikalsk medisin først og fremst handler om utredning/diagnostikk og behandling/funksjonsvurdering, handler rehabilitering primært om å bevare eller gjenvinne funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Rehabilitering angår alle medisinske fagdisipliner. Noen diagnoser og funksjonsutfall er så kompliserte at de krever spesialisert rehabilitering. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet og hvor det er behov for «re-læring», mens ervervede tilstander har behov for habilitering – «ny- læring». Habilitering og rehabilitering er omtalt i samme forskrift og har en felles definisjon:

*«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet». [1]*

De overordnede prinsippene er felles, men det vil være pasienter som befinner seg i en gråsonen mellom habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten [1]. Dette er særlig aktuelt for barn og unge med en ervervet somatisk skade/sykdom.

Rehabilitering spenner over et vidt område fra Frisklivstilbud og hverdagsrehabilitering i kommunene til høyspesialiserte tverrfaglige tilbud i spesialisthelsetjenesten. Som modellen under viser, er grenseoppgangen mellom nivåene en gråsonen og ingen absolutt grense.

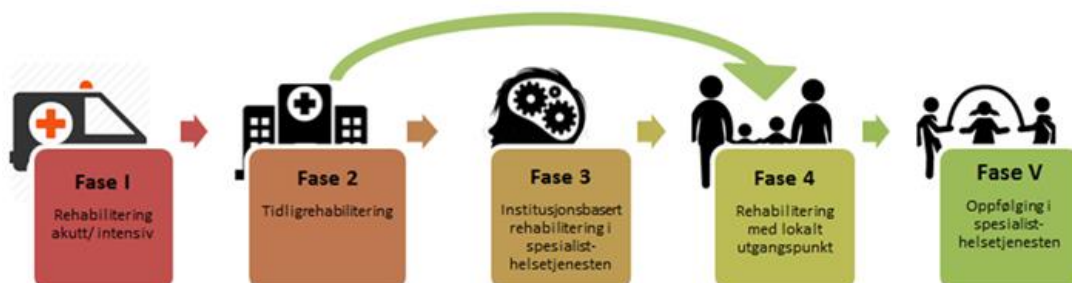
Figur 1 Nivåer innenfor rehabilitering i kommune- og spesialisthelsetjenesten [3]



Grønn sirkel viser tilbud organisert i primærhelsetjenesten, blå sirkel nivåer i spesialisthelsetjenesten og stiplet linje viser grenseområde mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Helse Sør-Øst RHF har i tidligere utviklingsarbeid og nå for fagplanen lagt følgende modell til grunn for beskrivelse av et rehabiliteringsforløp fra en spesialisthelsetjeneste perspektiv:

Figur 2 Modell for faser i et rehabiliteringsforløp som starter med en akutt innleggelse i sykehus



### Beskrivelse av modellen:

Rehabilitering starter når pasienten er innlagt på sykehus (fase 1 og 2). Dersom pasienten har behov for videre institusjonsbasert rehabilitering i subakutt fase (fase 3), overflyttes pasienten til en spesialisert rehabiliteringsavdeling. Pasienten overføres deretter til rehabilitering med lokalt utgangspunkt - først og fremst kommunale tjenester evt. ledsaget av polikliniske/ambulante tilbud fra spesialisthelsetjenesten (fase 4). Dersom pasienten ikke har behov for fase 3 rehabilitering, overføres pasienten direkte fra fase 2 til fase 4. Fase 5 er rehabiliteringstilbud (ambulant-, poliklinisk eller døgntilbud) i spesialisthelsetjenesten etter fase 4. Modellen beskriver i utgangspunktet et forløp som starter med en akutt innleggelse i spesialisthelsetjenesten, men kan etter bearbeiding også beskrive forløp som starter med en elektiv innleggelse eller forløp der behovet avdekkes i kommunehelsetjenesten.

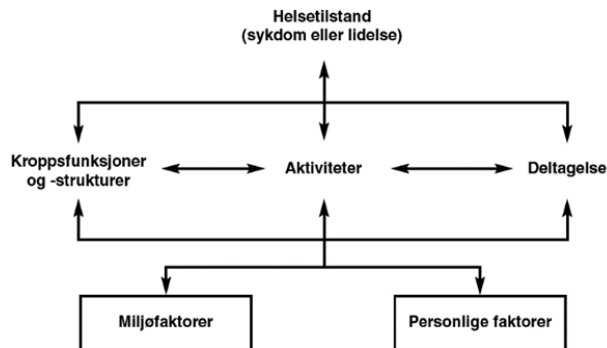
Verdens helseorganisasjon (WHO) har utgitt to klassifikasjonssystemer for å beskrive helsetilstander; ICD-10<sup>2</sup> for å klassifisere tilstand/symptom/sykdom og ICF<sup>3</sup> for å klassifisere funksjon, funksjonshemming og helserelevante domener. En ICD-10 diagnose, for eksempel hjerneslag eller cerebral parese forteller lite om type og grad av funksjonsnedsettelse for den enkelte. I både pasientrettet klinisk arbeid, forskning og for å planlegge/fremskrive helsetjenester kan det være nyttig å bruke de ulike ICF-domenene i ICF, som et rammeverk for å kartlegge funksjonskonsekvenser av diagnose(r) klassifisert i ICD-10.

Modellen viser hvordan omgivelses- og personlige faktorer kan fremme eller hemme funksjonsnivået til sammenlignbare pasienter hva angår etiologisk diagnose og funksjonsnivå (Figur 3 visualiserer den nåværende forståelse av vekselvirkningen mellom ulike elementer i begrepsapparatet i henhold til ICF modellen [4]). Siden funksjonsbegrepet omfatter flere komponenter, vil ressursinnsatsen i et tilsynelatende likt forløp for ulike pasienter kunne variere i stor grad. Tilsvarende vil det også – for tilsynelatende like pasientforløp - variere betydelig når i forløpet ressursinnsatsen er tyngst. Rehabilitering i tidlig fase er ressursintensivt både ift. medisinsk tilstand, pleietyngde og rehabiliteringsbehov.

<sup>2</sup> ICD (International Classification of Diseases) - kodeverket er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. I Norge benytter vi i dag den 10. versjonen av ICD-kodeverket – ICD-10. (Direktoratet for e-helse)

<sup>3</sup> ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. ICF er en klassifikasjon som utfyller diagnoseklassifikasjonen ICD-10 ved at hovedvekten legges på funksjonsevne, aktiviteter og samspill med miljøfaktorer. (Direktoratet for e-helse)

Figur 3 visualiserer den nåværende forståelse av vekselvirkningen mellom ulike elementer i begrepsapparatet i henhold til ICF modellen [4]



Rehabiliteringsmål kan oppsummeres slik

- bedre funksjon/ gjenvinne/stabilisere funksjon/forebygge funksjonstap
- mestre hverdagslivets aktiviteter
- delta i samfunns- og arbeidsliv
- livskvalitet

Rehabiliteringsprosesser tar ofte lang tid, og for mange kan de vare livet ut med ulik intensitet og fokus i de ulike fasene. Behov for nye vurderinger og tiltak kan blant annet være knyttet til endringer i sykdomsaktivitet, livsfaseoverganger, og til nye sykdommer som kommer i tillegg til en eksisterende tilstand. Mange av metodene i bruk vil omhandle det å leve med og mestre sykdommer og tilstander og vil sann sett kunne være diagnoseovergrepene. Pasient- og pårørendeopplæring, hvor målet er økt helsekompetanse, er en viktig og vesentlig del av rehabiliteringsforløpet. Likevel er det som regel behov for spesifikk sykdomsforståelse, men det er kompleksiteten og funksjonstapet som avgjør behovet for rehabilitering.

### 3. Status for fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering

*Kapittelet beskriver kapasitet og innretning av tilbudet og utfordringer. Videre omhandler kapittelet et underkapittel om pasientgrupper som kan ha et udekket behov for rehabilitering, og et underkapittel om rehabiliteringsområdets ansvar for barn og unge < 18 år.*

#### 3.1 Kapasitet og innretning

Helse Sør-Øst RHF har et sørge-for-ansvar for fysikalsk medisin og rehabilitering til om lag tre millioner mennesker i syv sykehusområder: Akershus, Oslo, Innlandet, Vestre Viken, Telemark/Vestfold, Sørlandet og Østfold. Sykehusområdene omfatter til sammen 164 kommuner og bydeler med store variasjoner i innbyggertall. Sørge-for-ansvaret ivaretas gjennom helseforetak og avtaler med private avtaleparter og avtalespesialister.

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

Spesialisthelsetjenesten har et tydelig ansvar for rehabilitering i tidlig fase tett integrert med annen medisinsk behandling [1]. Tre helseforetak har rehabiliteringssenger i akutt sykehuset (fase 2). For fase 3 og 5 har det vært en gradvis reduksjon av døgnplasser i helseforetakene. En kartlegging av tilbudet i 2022, viste en kapasitet på omlag 350 døgnplasser. Flere helseforetak har imidlertid en utstrakt poliklinisk virksomhet i fase 4 som også inkluderer Helse og arbeid.

En kartlegging fra Riksrevisjonen i 2022 viser at de fleste helseforetak har et system hvor tverrfaglig ambulant team etableres ved behov. Når det gjelder tilbud om pasient- og pårørendeopplæring, viser kartleggingen at de fleste har fra 1,6 - 3 årsverk tilknyttet slik virksomhet, mens noen ligger vesentlig høyere som Oslo universitetssykehus HF med nærmere 15 årsverk, Sørlandet sykehus HF med 11 årsverk og Vestre Viken HF med 8 årsverk.

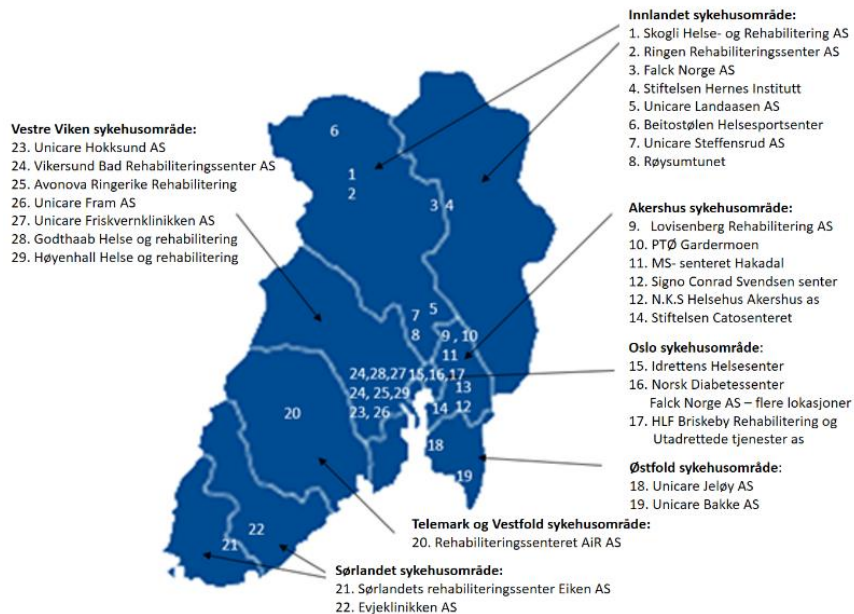
Helse Sør-Øst RHF har i 2020 vedtatt syv regionale funksjoner sentralisert til ett foretak og ytterlig syv funksjoner sentralisert til to eller flere helseforetak. Dette gjelder primært rehabilitering i tidlig fase samtidig med medisinsk behandling (fase 1 og 2) og i subakutt fase (fase 3). De regionale funksjonene er tilbud som en ikke anser som hensiktsmessig å bygge opp i hvert enkelt helseforetak, og er fordelt til helseforetak som i dag har store tverrfaglige rehabiliteringsmiljøer. I tillegg til Sunnaas sykehus HF gjelder dette Oslo-universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF og Sørlandet sykehus HF [5]. De sentrale tjenestene er imidlertid alltid kun ett ledd i pasientforløpene, som alltid vil omfatte kommunehelsetjenesten og i mange tilfeller også tjenester på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten.

ParkinsonNet –innføres nå i Helse Sør-Øst. Dette er en nettverksmodell for deling av kompetanse på tvers av Spesialist- og kommunehelsetjenesten. Nettverksmodellen skal bidra til bedre samhandling og kvalitet i oppfølgingen og færre unødige innleggelser av pasienter med Parkinson sykdom. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 [6] påpeker at det bør vurderes om arbeidsformen også kan benyttes overfor andre pasientgrupper. Aktiv A er en liknende modell hvor hensikten er å implementere internasjonale retningslinjer for artrosebehandling i kliniske fysioterapipraksiser i kommunehelsetjenesten.

Fra 2015 ble det inngått løpende avtaler med 30 private rehabiliteringsinstitusjoner innen 16 fagområder/delytelser. I tillegg er det med bakgrunn i føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet inngått tidsavgrensede avtaler innenfor Helse og arbeid/arbeidsrettet rehabilitering, i noen av de

samme institusjonene [7]. Med bakgrunn i fasemodellen omfatter avtalene tilbud i fase 3 og 5. Figuren under viser geografisk fordeling av institusjonene

Figur 4 Lokalisering av private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst.



Det private rehabiliteringstilbudet omfatter om lag 1300 plasser - i hovedsak døgn. Med unntak av henvisninger til to institusjoner fikk Regional koordinerende enhet (RKE) ved Sunnaas sykehus HF i 2008, et oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF å rettighetsvurdere henvisninger til private avtaleparter. Henvisninger fra helseforetak, når pasienten allerede er i et forløp, skal ikke rettighetsvurdere på nytt [8], men sendes direkte til tilbud hos private avtaleparter. RKE har også i sitt mandat å ha informasjons- og veiviserfunksjon for rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, samt å bidra til å utvikle koordinerende enhet i helseforetakene. Innenfor avtalespesialistområdet er det i dag to hjemler innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, lokalisert i Oslo.

### 3.1.1 Utfordringer

Det er variasjon i kapasitet og hvordan helseforetakene har innrettet tjenesten. Tilbudet hos private avtaleparter er ujevnt fordelt mellom sykehusområdene, og det er variasjon i bruk av Sunnaas sykehus.

De fire regionale helseforetakene har fått et felles oppdrag i Oppdragsdokument 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere metodebruk med formål om å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk med frist 1. mai 2023.

Rapporten konkluderer med at det er usikkert hva som er riktig aktivitetsnivå for ulike rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Dagens aktivitetsstall fra NPR skiller ikke i tilstrekkelig grad mellom aktivitet i tidlig fase i helseforetaket versus aktivitet i senere faser. Det kan også påpekes usikkerhet knyttet til kodekvaliteten. Aktivitetstall fra Samdatarapporten holdt opp mot nasjonale føringer kan imidlertid indikere uønsket variasjon, hvor årsaken kan være et overforbruk i senfase som omfatter tilbud kommunene bør ha et hovedansvar for. Samtidig kan aktivitetstall indikere et underforbruk i tidlig fase i helseforetakene. Samdatarapporten kan også tyde på et underforbruk knyttet til poliklinikk, samt ambulante og digitale rehabiliteringstjenester [9].

Evalueringen av *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*, viser at det har vært en viss styrking av levering av rehabiliteringstjenester i kommuner i Norge, men at det fortsatt mangler tilbud og kompetanse. Det påpekes særlig manglende tilbud til yngre pasienter med plager fra muskel- og skjelettsystemet [10]. Tilbud til denne pasientgruppen skal i henhold til rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* [11] ha sitt tyngdepunkt i kommunehelsetjenesten, men er fortsatt en av de største gruppene som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Fysisk aktivitet i regi av en Frisklivssentral gitt sammen med et lærings- og mestringstilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan være tilstrekkelig for mange pasienter med kroniske sykdommer. Dette kan for eksempel være pasientgrupper med muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdom og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) [12]. I datagrunnlaget for den siste Samdatarapporten er ikke rehabiliteringsaktivitet ved Frisklivssentraler eller andre lavterskeltilbud i kommunene inkludert. Informasjon om denne aktiviteten kunne ha bidratt til å nyansere bildet av endringer som har vært på området i kommunehelsetjenesten [9]. For disse pasientene vil det uansett være viktig med en grundig utredning/avklaring og/eller vurdering av rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten så tidlig som mulig i forløpet.

En klar rolle- og ansvarsfordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er svært viktig for god tjenestelevering innen rehabilitering. Det er gjennomført flere prosjekter for å bedre samhandlingen regionalt og lokalt. Til tross for denne innsatsen byr samhandling mellom nivåene fortsatt på utfordringer [13]. Forløpene er fortsatt oppfattet av pasientene som fragmenterte og dårlig koordinerte, særlig i overgangen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten, men også innad i spesialisthelsetjenesten [10]. En utvikling de siste årene er at stadig flere med rehabiliteringsbehov kan ha tilleggspromatikk innen rus/psykiatri. Det er derfor viktig at tjenestene også legger til rette for en samordning av somatiske rehabiliteringstjenester med psykisk helsevern og rusomsorg, når det er aktuelt.

Deltakelsesperspektivet med blant annet tilbakeføring til arbeid og utdanning er et tydelig mål i all rehabilitering jf. definisjonen for rehabilitering. Helsetjenesten har i dag liten tradisjon for å være opptatt av deltakelse i arbeidslivet. Helsetjenesten arbeider gjerne sekvensielt der arbeid og utdanning først kommer inn i senere faser av pasientforløpet [14]. Arbeid er en av de viktigste bærebjelkene i menneskers liv, ikke bare økonomisk, men også for fysisk og psykisk helse.. Det å holde seg i arbeid og utdanning, eller å komme tilbake etter sykdom/skade vil derfor kunne redusere bruk av helsetjenester.

I følge evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering er det videre enighet om at fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering har et svakt kunnskapsgrunnlag og aktuell forskning prioriteres fremdeles ikke [10]. Et sterkere og mer oppdatert kunnskapsgrunnlag vil være viktig for å legge til rette for en mer effektiv og enhetlig levering av tjenester.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i 2010 *Sak 44-2010 Regionale utviklingsområder – rehabilitering*. Ett av vedtaks punktene i planen var at det i hvert sykehusområde skal etableres minst én tverrfaglig rehabiliteringspoliklinikk for å sikre koordinerte tjenester til pasienter med behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene har i ulik grad gjennomført vedtaket og en mulig årsak kan være mangel på legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte «sørge-for-ansvaret» til de regionale helseforetakene, samt stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling [15]. I dag er det antall involverte faggrupper som legges til grunn for hvordan oppholdet skal kodes og finansieres.

Ordningen støtter ikke godt nok opp om en prioritering av de mest komplekse pasientene i helseforetak og ambulant virksomhet. I tillegg bør finansieringen støtte opp om samhandling og samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I NOU 2023:8 *Felleskapets sykehus*, foreslås økt rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten. Utvalget foreslår at man gjennom bruk av samhandlingsbudsjetter skal legge til rette for en mer helhetlig planlegging på tvers av forvaltningsnivåene [16].

### 3.2 Pasienter med udekket behov

Helse Sør-Øst RHF får av og til henvendelser med spørsmål fra pasientorganisasjoner eller spesifikke fagmiljø, hvor det etterspørres tilbud til pasientgrupper som en mener kan ha et udekket behov for rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten.

Et underdekket behov kan forstås som manglende tilbud eller at tilbudet finnes, men bør økes i kapasitet, enten som ordinære rehabiliteringstilbud eller tilbud om pasient og pårørendeopplæring.

Saken ble drøftet i Regionalt brukerutvalg og Regionalt fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst. Det var flere pasientgrupper som ble beskrevet, men brukerutvalget og fagrådet var samstemte i at den viktigste utfordringen i dag er en relativt stor uønsket variasjonen i helseforetakenes tilbud i fase 1 og 2, samt kapasitet og ressurser til ambulant virksomhet og samhandling med kommunene i fase 4. Nedenfor følger en liste over områder/diagnosegrupper som fremkom i møtene (ikke uttømmende):

- Eksisterende tilbud, men hvor en bør vurdere en økt kapasitet:
  - Rehabilitering etter komplisert benamputasjon og multitraume
  - Tverrfaglige spastisitetspoliklinikker
  - Rehabilitering til pasienter med alvorlig ervervet hjerneskade etter fase 3 rehabilitering ved Sunnaas sykehus HF og Sørlandet sykehus HF. Helse Sør-Øst RHF kjøper i dag tilbud ved en privat rehabiliteringsinstitusjon etter ønske fra Sunnaas sykehus HF. Sørlandet sykehus HF benytter ikke tilbudet.
  - Helse og arbeid poliklinikk (ungt utenforskap)
  - Senfaseoppfølging av barn og unge- Viser til kapittel 3.3 for nærmere omtale.
  - Poliklinikk og pasient og pårørendeopplæring. |
  - Pasientgrupper med progredierende nevrologiske lidelser
  - Fatigue
  - Svimmelhet/vestibulære lidelser
  - Kognitiv svikt
  - Muskel og skjelettplager jf. kapittel (5.3)
- Pasientgrupper som i dag mangler tilbud
  - Pasienter som har behov for rehabilitering etter somatisk skade/sykdom, som i tillegg har komorbiditet innen psykisk helse og avhengighet. Pasientgruppen krever stor tverrfaglighet og det bør vurderes om tilbud til pasientgruppen kan sentraliseres til noen få enheter.
  - Kreftrehabilitering er foreslått som et område hvor kapasiteten bør økes. Helse Sør-Øst RHF anskaffer i dag 60 plasser, men enkelte institusjoner har utfordringer med å oppnå 100 prosent belegg. Flere helseforetak har i tillegg etablert gode tilbud for pasientgruppen. Prosjektgruppen mener at det er et tilstrekkelig tilbud, men at tilbudet kan være underkommunisert. Når det gjelder prehabilitering er det et område som bør styrkes der det er dokumentert en



effekt, for både kreftpasienter og andre pasienter som skal gjennomgå større elektive inngrep.

### **3.3 Rehabiliteringsområdets ansvar for barn og unge med en ervervet skade/sykdom**

Omlag 1 700 barn og unge under 18 år mottar årlig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, hvorav omlag 70 prosent i helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene gitt føringer om at tilbud til barn og unge som har behov for habiliterings-/rehabiliteringsrettede er tilstrekkelige og relevante [17]. I helseforetak er det rehabiliteringstilbud i både tidlig- (fase 1,2 og 3) og senfase (fase 4 og 5). I tillegg har enkelte helseforetak i regi av habiliteringstjenesten intensive treningstilbud i senfase (fase 5). Sunnaas sykehus HF har en regional funksjon for rehabilitering til barn og unge med alvorlig og moderat ervervet hjerneskade i fase 3 og ryggmargsskade, multitraume og nevrologi i fase 3, 4 og 5.

Tilbud til barn og unge var i 2015 et prioritert område i anskaffelsen av spesialiserte rehabiliteringstjenester. Helse Sør-Øst RHF har i dag avtale med seks private avtaleparter med totalt 47 plasser i fase 5, hvor de to største er Stiftelsen Catosenteret (20 plasser) og Beitostølen Helsesportsenter (12 plasser).

Et regionalt prosjekt for implementering av *Behandlingslinje for rehabilitering av barn og unge med ervervet hjerneskade- 1-18 år (Behandlingslinjen)* ble sluttført desember 2021 og er publisert på [www.metodebok.no](http://www.metodebok.no). [18] På overordnet nivå kan pasientforløpet vurderes overført til barn og unge med annen ervervet somatisk sykdom/skade.

Helse Sør-Øst RHF har i forbindelse med denne rapporten gitt Fagråd rehabilitering i oppdrag å utarbeide et kapittel som beskriver rehabiliteringsområdets ansvar for tilbud til barn og unge med ervervet skade/sykdom.

Det ble nedsatt en egen arbeidsgruppe under fagrådet, ledet av Sunnaas sykehus HF. Arbeidsgruppen var tverrfaglig sammensatt med legespesialist innen pediatri, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, fysioterapeut, psykologspesialist, sykepleier og brukerrepresentanter.

Arbeidsgruppen har utarbeidet et kapittel som beskriver:

- pasientgrupper med behov for *rehabilitering* i spesialisthelsetjenesten, og som ikke er beskrevet i *Behandlingslinjen*.
- rehabiliteringsområdets ansvar for tilbud til disse pasientgruppene i de ulike fasene.
- hvilke elementer fra *Behandlingslinjen*, som kan overføres til pasientforløp for barn og unge med annen ervervet somatisk sykdom/skade.

*Behandlingslinjen* omfatter i dag følgende diagnosegrupper: Traumer (spesielt repetetive traumer mot hode), vaskulære katastrofer, hypoksisk/ischemisk skade, infeksjon/ inflammasjon med sannsynlig sekvele, hjernetumor, epilepsikirurgi.

Følgende elementer fra *Behandlingslinjen* kan overføres til pasientforløp for barn og unge med annen ervervet somatisk sykdom/skade:

- *Klassifikasjon*
- *Prinsipper for re-/habilitering av barn og ungdom*
- *Kartleggingsverktøy*.

I tillegg kan *henvisningsrutiner og overordnede mål* til en viss grad tilpasses flere pasientgrupper uavhengig av diagnose.

Barn og unge med akutt sykdom/skade kan innlegges i lokalsykehus, men ofte vil de overføres til regionsykehuset. Det gjelder særlig barn med ryggmargskader, multitraume, amputasjoner, alvorlig brannskader, samt akutte ikke progredierende nevrologiske tilstander. Pasientgruppene kan ha behov for rehabilitering i alle 5 faser. Etter større elektive inngrep, kan det også være aktuelt med rehabilitering i alle 5 faser.

Barn og unge kan henvises til en lokal barneavdeling for diagnostisk utredning og kartlegging av et mulig rehabiliteringsbehov. Dette kan være pasienter som har gjennomgått større inngrep, pasienter med funksjonelle somatiske symptomer/tilstander eller andre sykdommer med stort funksjonstap (hjertesykdommer, lungesykdommer, muskelstyrke, bindevevsykdommer, dysmelier). Pasienter med medfødte tilstander omfattes ikke av mandatet, men de kan også å ha behov for rehabilitering i forbindelse med akutt sykdom/skade.

Barns rettigheter er hjemlet i *Pasient- og brukerrettighetsloven §6* [8] og *forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* [19]. Forskriften presiserer i § 2 at barn bare skal legges inn på helseinstitusjon når det er medisinsk nødvendig eller når det av andre grunner vil være best for barnet. Det bør vurderes nøye før barn og unge innlegges i institusjon, selv om krav i lov og forskrift kan oppfylles. Tilstander som er mer vanlige hos voksne, kan ha mindre forekomst hos barn og unge. Det kan tale for å vurdere å sentralisere tilbud. Målet er et likeverdig tilbud til alle barn og unge med behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dagens praksis viser at det fortsatt er variasjon i tilbud og kompetanse i det kommunale oppfølgingstilbudet. Særlig er det sårbart i overgangene mellom ulike etater, livsfaser og overgangen mellom barn/voksne.

Det er et begrenset kunnskapsgrunnlag for barn med funksjonelle symptomer/tilstander, utmattelse, post-infeksiøse tilstander, smerte, bevegelses- og sanseforstyrrelser og enkelte dissosiative lidelser. Pasientene bør være ferdig utredet med en positiv diagnose når de henvises til rehabilitering, men det kan være behov for ytterlig utredning. Det er manglende konsensus i fagmiljøene om noen av diagnosene/tilstandene. Dagens praksis viser store mangler i oppfølging av pasientgruppene, og det er behov for et videre nasjonalt utredningsarbeid.

Det er videre et behov for nye retningslinjer for rehabilitering etter kreft. Dagens tilbud viser at det er ulik grad av tilgjengelighet, både lokalt og med tanke på aktuelle aldersgrupper. Barn med MS (multippel sklerose) er en svært lavfrekvent gruppe. Sykehusenes barneavdelinger/ barnenevrologer ivaretar pasientgruppen, og pasienten sees sjelden i rehabiliteringsinstitusjoner. Rikshospitalet har barn ned til åtte års alder. For denne pasientgruppen kan det være hensiktsmessig å vurdere å samle fagkompetansen til et regionalt rehabiliteringstilbud. Pasienter med bindevevssykdommer og reumatologiske sykdommer kan ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i enkelte perioder. Det er ikke funnet rehabiliteringstilbud spesifikt for denne gruppen.

Fagrådet anbefaler at det igangsettes et regionalt arbeid (gjern i regi av fagrådet) i Helse Sør-Øst for å utarbeide regionale anbefalinger for rehabilitering av barn og unge. Arbeidet bør ha et spesielt fokus på regionale funksjoner, symptombaserte tilstander og kreft. Grenseoppgangen mot habilitering bør omtales spesielt.

## 4. Overordnede føringer

*Kapittelet beskriver og begrunner overordnede føringer for satsingsområdene og for fagfeltet for øvrig i Helse Sør-Øst.*

Med bakgrunn i nasjonale og regionale føringer generelt for helsetjenesten og for fagområdet spesielt, peker fagplanen på følgende overordnede føringer:

- Reduksjon av uønsket variasjon
- Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt
- Helsekompetanse og brukervedvirkning
- Tidlig oppstart av rehabilitering- Prinsippet inkluderer også prehabilitering
- Arenafleksibilitet – Nye måter å jobbe på
- Rett tilbud til rett tid på riktig omsorgsnivå

### 4.1 Reduksjon av uønsket variasjon

Helse Sør-Øst skal gi «*Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det*». I regional utviklingsplan 2040 er reduksjon av uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester, ett av seks strategiske satsingsområder [20]. NOU- *Tid for handling* omtaler uønsket variasjon på følgende måte: «*Forskjeller som ikke kan forklares med tilfeldige svingninger eller ulikheter i sykkelighet og pasientpreferanser, omtales gjerne som uønsket variasjon. Overbehandling beskriver behandling som ikke forbedrer eller endrer sykdomsforløp til det bedre og som av og til forårsaker skade*» [13].

Reduksjon av uønsket variasjon er et viktig tiltak for å sikre likeverdige tjenester. Det kan være mange årsaker til uønsket variasjon i kvalitet og forbruk og derfor er det viktig å identifisere årsaker og iverksette kompenserende tiltak [21]. I følge NOU- *Tid for handling* er den viktigste årsaken til variasjon i forbruk av helsetjenester, variasjon i tjenestetilbudets størrelse. Tilbudets størrelse er igjen et resultat av etablert kapasitet og ulikheter i faglige praksis [13]. Aktivitetstall viser at tilbudet benyttes primært av befolkningen der institusjonen er lokalisert, uavhengig av kapasitet i eget helseforetak.

### 4.2 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt

Nasjonale veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator anbefaler at spesialisthelsetjenesten sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, og at dette kan knyttes til koordinerende enhet i helseforetaket eller andre tjenesteytende enheter og/eller team. (kap. 9.2) [1]. Det har i arbeidet med rapporten fremkommet at helseforetakene har noe ulik forståelse av hva et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt innebærer.

Fagplanen har derfor lagt følgende forståelse til grunn for et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt: «*En enhet med et overordnet faglig ansvar for foretakets tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Enheten skal være en ressurs for andre enheter i helseforetaket og for aktuelle samarbeidspartnere utenfor spesialisthelsetjenesten. Enheten skal bidra til at helseforetaket yter tverrfaglig spesialisert rehabilitering i tråd med gjeldende føringer for fagområdet, herunder tidligrehabilitering i akuttstasjon. Faglig ansvarlig i enheten må være spesialist i Fysikalsk medisin og rehabilitering.*»

### 4.3 Helsekompetanse og brukervedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet [22]. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud [23]. Det er et nasjonalt mål å skape «*vår felles helsetjeneste*». Pasientens egne mål for mestring, egenomsorg og deltakelse skal prege møtet mellom pasient og helsepersonell [20]. Helsetjenesten skal også legge til

rette for godt samarbeid med pårørende, som kan være en nyttig og viktig ressurs. Pårørende besitter ofte viktig informasjon som er nødvendig for å få til et godt pasientforløp [23].

Fokus på folkehelse og hvordan unngå behov for helsetjenesten lengst mulig, er viktig. Helsetjenesten bør i større grad ta i bruk pasienter og pårørende som ressurs. I den forbindelse er god helsekompetanse avgjørende:

*«Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.»* [24]

Høy helsekompetanse er knyttet til god fysisk- og psykisk helse, mens lav helsekompetanse er en samfunns- og helsepolitisk utfordring. Det å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering er kommet inn som det sjette satsingsområdet i Regional utviklingsplan 2040 [20].

Rehabilitering handler i stor grad om mestring og det «å lære å leve med» sykdom og plager. Helsekompetanse er derfor en stor og viktig del i de fleste rehabiliteringsforløp. Spesielt viktig er det å øke helsekompetansen til grupper som i utgangspunktet har lav helsekompetanse. Det er vist at enkelte innvandrergupper har lavere helsekompetanse enn befolkningen generelt [25], og en bør derfor ha et spesielt fokus på migrasjonshelse og å styrke flerkulturell kompetanse.

#### **4.4 Tidlig oppstart av rehabilitering**

Forskning viser i økende grad at god medisinsk behandling integrert med spesialisert rehabilitering gir gevinst for pasienters livskvalitet, aktivitet og deltakelse i samfunns- og arbeidsliv og er samfunnsøkonomisk lønnsomt [26] [27].

Nasjonale anbefalinger for rehabiliteringsområdet er tydelig på spesialisthelsetjenestens ansvar for å sikre tidlig oppstart av rehabilitering må være tett integrert med medisinsk behandling for alle pasientgrupper [1].

Verdens helseorganisasjon (WHO) peker på at noe av utfordringen i rehabiliteringsfeltet er at rehabilitering er for lite integrert i de øvrige helsetjenestene. WHO anbefaler at rehabilitering innlemmes som en del av den øvrige helsetjenesten og at dette blir viktig i tiden fremover på grunn av de demografiske endringene vi står overfor [28]. Med anbefalingen forstår vi at både nasjonale retningslinjer og WHO går inn for at rehabilitering skal være en integrert del i alle pasientforløp der det er relevant tilsvarende nasjonal veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

Tidlig oppstart er et viktig prinsipp innenfor all rehabilitering, og omfatter også prehabilitering. Prehabilitering er tiltak som kan iverksettes i forkant av større elektivt inngrep [20]. Prehabilitering kan beskrives som en prosess der pasientens evne til å motstå det fysiologiske stresset ved kirurgi forbedres ved å øke funksjonskapasiteten. Forskningen indikerer at tiltaket kan forebygge komplikasjoner og bedre funksjonsnivået. Resultatene er imidlertid usikre og derfor behov for mer forskning på området [29].

#### **4.5 Arenafleksibilitet – Nye måter å jobbe på**

Begrepet “Arenafleksibilitet” defineres i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) som: «*Arenafleksible helsetjenester er helsetjenester som kan ytes på ulike steder. Det tas utgangspunkt i hvilke tjenester pasientene trenger og deretter hvor det er best for pasientene å få tjenestene levert: på sykehus, i distriktspsykiatriske senter, ved poliklinikk, hos fastlegen, hjemme hos pasienten eller på smarttelefonen.*» [30]

I Oppdragsdokumentet 2022 [31] er det gitt en føring om at andelen konsultasjoner gjennomført som video- eller telefonkonsultasjoner, skal være mer enn 15 % i helseforetakene. Samdatarapporter fra 2017-2021, viser at prosentandel dag- og poliklinisk sykehusrehabilitering gjennomført som digitale konsultasjoner for Helse Sør-Øst var 16,2 % i 2021.

Det er et betydelig potensial i økt bruk av teknolog innenfor rehabiliteringsområdet, både for bedre samhandling mellom helsepersonell innen og mellom nivåene, og som metode for tjenesteyting. Det er imidlertid behov for mer kunnskap om effekt og nytteverdi ved bruk av metoden i pasientbehandlingen [32].

Ambulante tjenester og digital oppfølging er eksempler på måter å arbeide arenafleksibelt. Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi er ett av seks strategiske satsingsområder i Regional utviklingsplan 2040 og ett av seks tiltaksområder som Helsepersonellkommissjonen anbefaler for løsning av personellutfordringene [13]. Helsepersonellkommissjonen gir gode eksempler på teknologiområder som kan påvirke helse- og omsorgstjenesten og personellet som jobber der. Flere av disse teknologiene kan få stor betydning for samhandlingen med kommunehelsetjenesten og for videre utvikling av rehabiliteringsområdet [13]. Økt fokus på desentraliserte studier, der pasienter og brukere benytter digitale løsninger for effekt- og aktivitetsmålinger, har gitt et interessant mulighetsrom for fagområdet og som bør videreutvikles.


#### **4.6 Rett tilbud til rett tid på riktig omsorgsnivå**

Prinsippet LEON (Lavest Effektive OmsorgsNivå) eller BEON (Beste Effektive OmsorgsNivå) er nevnt i en rekke offentlige dokumenter. Prinsippene innebærer at hver enkelt pasient skal håndteres på det laveste/beste nivået som effektivt kan tilby behandling til pasienten.

I 2012 publiserte Helsedirektoratet rapporten avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS 1947) [11]. Rapporten beskriver en visuell modell (Figur 5) som kan være en hjelp for avklaring av ansvar og oppgaver mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Modellen viser at spesialisthelsetjenesten i stor grad skal spisse sin innsats mot pasienter med behov for samtidig spesialisert kompetanse, samt kompleksitet og intensitet i oppfølgingen. Pasienter med behov for oppfølging fra instanser med kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø og en oppfølging over tid, vil kommunen være best egnet til å løse. Det er videre et overordnet prinsipp at rehabilitering skjer i kommune eller i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunen.

Figur 5 Modellen for hjelp til avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?	 <p>Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

I Oppdragsdokumentet 2013 fra Helse –og omsorgsdepartementet ble de regionale helseforetakene bedt om å legge rapporten til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet. Samtidig var det en tydelig føring om at tilbudet ble innrettet slik at rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ikke bygges ned før kommunene har bygget opp [33].

Det er i kommunen at pasientens/brukernes liv leves, og målet er at disse kan motta gode rehabiliteringstjenester der de bor og har sitt daglige liv [34] [33]. Føringen inkluderer også tidsbegrepet. Pasienten skal få tilbud til rett tid. For at vi skal kunne gi pasienter tilbud til rett tid er vi avhengig av å bygge opp tjenester med kort ventetid lokalt både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, regionalt og nasjonalt.

## 5. Satsingsområder

Kapittelet omtaler mål, tiltak og kriterier for måloppnåelse for hvert av de seks prioriterte satsingsområder hvor mål og kriteriere for måloppnåelse er viktigst, mens tiltakene er eksempler på tiltak for å nå målene.

Følgende definisjon av et satsingsområde er lagt til grunn:

*Et område som er nevnt i overordnede strategier, og som ikke er tilfredsstillende implementert. I utfordringer og behov for forbedringer kan det ligge uklare ansvarsforhold, manglende kapasitet, kompetanse eller uønsket variasjon. Et satsingsområde vil derfor ikke utelukkende være et område som skal tilføres ressurser eller økes i kapasitet, men kan like gjerne være et område der kapasiteten bør innrettes annerledes og/eller kompetansen økes.*

De seks prioriterte satsingsområder er følgende:

- Inneliggende rehabilitering i tidlig fase
- Helhetlige og sammenhengende pasientforløp
- Muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander
- Arbeid og utdanning i rehabilitering
- Kompetanse, rekruttering og utdanning
- Forskning og fagutvikling

### 5.1 Inneliggende rehabilitering i tidlig fase

Ifølge Nasjonal veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator skal spesialisthelsetjenesten ha et særlig ansvar for rehabilitering i tidlig fase av pasientforløpet [1].

I Regional utviklingsplan 2040 er helseforetakene gitt føring om at alle helseforetak skal ha tverrfaglig rehabiliteringskompetanse med tilstrekkelig døgnkapasitet i tidlig fase ved akutt sykdom/skade. Det betyr at alle aktuelle pasienter i Helse Sør-Øst, som kommer inn på sitt lokalsykehus eller helseforetak, skal kunne tilbys en kartlegging av funksjon og behovet for rehabilitering, og om nødvendig en oppstart av rehabiliteringen.

Med tidlig rehabilitering forstår vi rehabilitering som starter samtidig med, eller direkte i etterkant av, medisinsk behandling i den akutte fasen som inneliggende (fase 1 og 2). Tidlig rehabilitering inkluderer også overgangen internt mellom avdelingene og eksternt mellom akuttsykehuset og institusjonsbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (fase 3), eller rehabilitering i samarbeid med kommunen (fase 4) jf. Figur 2. på side 11.

Høsten 2022 gjennomførte prosjektet en kartlegging av hva satsingsområdene kan bety for videre utvikling av rehabiliteringsområdet for kommunene i Helse Sør-Øst<sup>4</sup>. Tilbakemeldingene fra kommunene var at satsingsområdet «Inneliggende rehabilitering i tidlig fase» er et viktig tiltak for å oppnå målet om:

- helhetlige og sammenhengende forløp (satsingsområde 2 i fagplanen)
- reduksjon av reinnleggelser
- likeverdig rehabiliteringstjenester i kommunehelsetjenesten ved at pasientene har fått en tverrfaglig utredning i spesialisthelsetjenesten..

### Utfordring

Tre av ti helseforetak i Helse Sør-Øst, har i dag egne rehabiliteringssenger i akuttsykehuset.

Det kan være ulike årsaker til at tilbud ikke er etablert:

<sup>4</sup> jf. brev til helseforetakene 21.10.2022

- Manglende tilgang på spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og/eller andre yrkesgrupper utover sykepleier/intensivsykepleier og fysioterapeut.
- Manglende økonomisk vekting av tjenesten.
- Manglende konsensus om kartleggingsverktøy for å vurdere rehabiliteringsbehov i fase 1 og 2.
- Manglende rutiner og prosedyrer for å utarbeide rehabiliteringsplan.
- Pasienter og pårørende gis ikke mulighet til å medvirke i tilstrekkelig grad, og det legges for lite vekt på å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse.

For å nå målet er det foreslått en opptrappingsplan jfr. Figur 6 under. Det vil være stor variasjon mellom helseforetakene på hvilket trinn i opptrappingsplanen helseforetakene befinner seg i dag.

Figur 6: Modell for opptrapping tidlig-rehabilitering i helseforetak (trinn 1,2 for alle sykehus med akutt funksjon og trinn 3 for alle helseforetak)



Der helseforetaket består av flere sykehus med akuttfunksjon, kan sengeposten for tidlig rehabilitering lokaliseres til ett av sykehusene med mulighet for å flytte pasienter dit. Alle sykehus med akuttfunksjon bør ha tilgang til tilsynsfunksjon eller ambulant funksjon fra tverrfaglig rehabiliteringsteam, inkludert legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Digitale løsninger kan brukes der det er hensiktsmessig.

### Mål og tiltak:

Mål 1: Tidlig tverrfaglig rehabilitering skal starte parallelt med akutt medisinsk behandling for pasienter med risiko for langvarig funksjonstap

1. Helseforetakene/sykehusene iverksetter opptrappingsplan for implementering av tidlig rehabilitering jf. Modell for opptrapping tidlig rehabilitering i helseforetak. Figur 6
2. Helseforetakene/sykehusene utarbeider rutiner og prosedyrer som sikrer at alle aktuelle pasienter skal ha en rehabiliteringsplan som følger pasienten gjennom hele forløpet.
3. Helse Sør-Øst RHF igangsetter et arbeid som definerer hvilke felles standardiserte kartleggingsverktøy som skal benyttes for vurdering av rehabiliteringsbehov.

Mål 2: Kompleksiteten og innsatsen i tidlig tverrfaglig rehabilitering er synliggjort i kodeverket

1. Helse Sør-Øst RHF arbeider for å innføre egen kode innenfor innsattsstyrt finansiering for tilsyn av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering i tidlig tverrfaglig rehabilitering.



- 
2. Helse Sør-Øst RHF er en pådriver for at finansieringssystemet i større grad gjenspeiler ressursinnsatsen i tidlig tverrfaglig rehabilitering.

**Evalueringpunkter:**

- Er tidlig rehabilitering synliggjort og etablert i alle helseforetak?
  - Prosedyrekode for utarbeidelse (OAEA00) og revidering (OCAA00) av rehabiliteringsplan følges.
- Er ressursinnsatsen synliggjort gjennom finansieringssystemet?

## 5.2 Helhetlige og sammenhengende pasientforløp

Et overordnet mål er at pasienten opplever forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet i rehabiliteringsforløpet på tvers av organisatoriske enheter. Det betyr at tjenestetilbudet skal være sammenhengende og koordinert mellom alle ledd i behandlingsskjeden i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette gjenspeiles også i kravet om at samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal omhandle konkrete forhold som har betydning for rehabiliteringsfeltet jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, første ledd punkt 2 [22].

I Helsefelleskapene skal sykehusene og kommunene, som likeverdige partnere, planlegge og utvikle tjenester for pasienter som har behov for tjenester fra begge nivå. Helsefelleskapene skal prioritere arbeidet med fire utvalgte pasientgrupper, både barn og unge, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Det er grunn til å anta at det i disse gruppene finnes mange pasienter som trenger ulike former for rehabilitering. Regjeringen vil i løpet av 2023 publisere Nasjonal helse- og samhandlingsplan som skal dekke både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandling for å skape gode pasientforløp og likeverdige tjenester i hele landet vil være et sentralt tema.

### Utfordringsbildet

Evalueringen av *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)* [33], viser at tjenestene fortsatt er fragmenterte og dårlig koordinert. Pasientforløp er utviklet på både nasjonalt-, regionalt og lokalt nivå, men den største utfordringen viser seg i praksis å være overgangene i rehabiliteringsforløpene, herunder kommunikasjon, ansvarsfordeling og videreføring av tiltak. Dette gjelder mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, men også mellom ulike aktører og nivåer i spesialisthelsetjenesten.

Koordinatorordningen er et viktig verktøy for samhandling og at pasientene får koordinerte tjenester. Til tross for et langvarig (lovpålagt siden 2012) og systematisk arbeid med prosedyrer og tilbud om opplæring, er ordningen fremdeles ikke tilstrekkelig implementert [13]. Koordinerende enhet i helseforetakene fungerer heller ikke etter intensjonen. I tillegg til organisatoriske og faglige virkemidler blir økonomiske insentiver også viktig for å få til god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste [16].

I en kartlegging blant kommunene i 2022 svarer kommunen at satsingsområdet er det viktigste for den videre utviklingen av rehabiliteringsområdet i kommunehelsetjenesten. Kommunene etterspør blant annet faste arenaer for samhandling, kompetanseutvikling og dialog om blant annet oppgavefordeling.

### Mål og tiltak:

Mål 1: Brukerne opplever et helhetlig og sammenhengende rehabiliteringsforløp, på tvers av organisatoriske enheter

1. Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det utarbeides et generisk rehabiliteringsforløp som starter med akutfase. Pasientforløpet for covid-19 som ble utarbeidet under pandemien kan være et godt utgangspunkt for andre pasientgrupper som har behov for tidlig innsats i rehabilitering [32].
2. Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det utarbeides et generisk rehabiliteringsforløp for elektive pasienter med langvarig, kronisk- og /eller progredierende forløp.

3. Helseforetakene/sykehusene/private avtaleparter etablerer et system for samhandlingsmøter/overføringsmøter mellom tjenestenivåene for den enkelte bruker. Brukeren skal gis mulighet til deltagelse.

#### Mål 2: Gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

1. Helseforetakene/sykehusene arbeider for at rehabilitering kommer på dagsorden i Helsefelleskapene.
2. Helseforetakene/sykehusene/private avtaleparter sammen med primærhelsetjenesten - arbeider frem rehabiliteringsforløp med lokal tilpasning.

#### Mål 3: God pasientflyt mellom ulike nivåer, helseforetak/sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten

1. Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det blir gjort en evaluering av RKE sin funksjon og mandat.
2. Helseforetakene/sykehusene med regionale funksjoner etablerer et felles forum for fagmiljøene som har regionale funksjoner som blant annet beskriver og standardiserer forventede pasientforløp for de diagnosegruppene som er underlagt regionale funksjoner.
3. Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til å gjøre de regionale tjenestene godt kjente i Helse Sør-Øst.

#### Evalueringskriterier:

- Er et generisk helhetlig og sammenhengende rehabiliteringsforløp utarbeidet og etablert i alle Helseforetakene?
- Er standardiserte pasient forløp etablert og deltjenestene (overganger) i forløpet satt sammen?

### 5.3 Muskel- og skjelettplager og langvarige smertetilstander

Rundt 30 prosent av befolkningen oppgir at de har langvarig smerte [35]. Menon Economics har beregnet samfunnskostnadene grunnet muskel- og skjelettplager til 255 mrd. kroner [36]. Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering anbefaler at pasientgruppen som hovedregel bør få tilbud i kommunene. I følge Samdatarapporten 2017-2021 var «sykdom i muskel-skjelett system og bindevev» den vanligste diagnosen i private rehabiliteringsinstitusjoner i perioden, både ved døgn- og dagrehabilitering. I helseforetakene var det i samme periode en betydelig nedgang av antall rehabiliteringsopphold for samme pasientgruppe [10].

Det pågår et arbeid med et nasjonalt behandlingsforløp for pasienter med langvarige og sammensatte smertetilstander. Pasientforløpet er avgrenset til å beskrive organisering av en tverrfaglig utredning i spesialisthelsetjenesten, i tillegg til samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og fastlege/oppfølgende instans. Den tverrfaglige utredningen skal foregå i spesialisthelsetjenesten, samtidig blir det viktig å etablere gode samarbeidsarenaer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og om tilbud innen blant annet pasient og pårørendeopplæring.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2019 en revisjon av vurderingspraksis ved RKE, for henvisninger som omhandlet pasienter med langvarig muskel- og bløtdelssmerte [37]. Det ble blant annet stilt spørsmål om det var etablert en for høy terskel for å gi avslag. Det ble også stilt spørsmål til at en stor andel av rettighetspasientene ble kanalisert direkte til et behandlingstilbud i stedet for et innledende kartleggings- og vurderingstilbud som ledet til eventuell viderebehandling. Revisjonen konkluderte med at flere pasienter burde få rett til utredning/kartlegging heller enn rehabilitering, og flere burde fått avslag iht. prioriteringsveilederen.

#### Utfordringer

Utrednings- og behandlingstilbudet har over år vært preget av uønsket variasjon både mellom sykehus og mellom forvaltningsnivåene. Det er til dels store geografiske variasjoner i tilbudet for pasientgruppen, og fastlegene i Helse Sør-Øst har gitt klare tilbakemeldinger om at kapasiteten oppfattes å være for lav ved sykehusenes poliklinikker.

Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering har lagt til grunn at *pasienter som henvises til fysikalsk medisin og rehabilitering, trenger spesialisthelsetjenester i form av utredning av behandlings- og rehabiliteringsbehov. Henvisningen fra fastlege vil som oftest ikke være tilstrekkelig til å avgjøre rehabiliterings- og behandlingsforløpet* [2]. Regionen anskaffer i liten grad utredning/kartlegging.

Mange av pasientene kan ha komorbiditet relatert til psykisk helse og avhengighet, og kan ha kompliserte forløp hvor flere spesialister bør involveres/koordineres. Området dekkes av mange ulike spesialister og ulike retningslinjer, retningslinjene er gjerne generelle og gir rom for en rekke ulike behandlingstilnæringer. Den faglige tilnærmingen varierer derfor mellom spesialistene i det enkelte fagområdet og mellom ulike fagmiljø. Dagens prioriteringsveileder og retningslinjer kan tolkes forskjellig og avslagsprosenten vil derfor kunne variere mellom helseforetakene.

Desto tidligere en effektiv behandling startes desto større er sannsynligheten for å oppnå et best mulig funksjonsnivå [33]. Det store volumet med henvisninger til RKE og til dels lange ventetider, kan indikere at kommunene ikke har etablert tilstrekkelige tilbud, og/eller at tilbudene ikke er tilstrekkelig kjent og synlig for fastleger, pasienter og andre.

For de fleste langvarige smertetilstander er det ikke evidens for at kirurgiske inngrep/prosedyrer eller injeksjonsbehandling gir bedre effekt enn konservativ tilnærming [38] [39] [40]. Likevel er slik behandling fremdeles hyppig brukt. Innretning av gjeldende finansieringsordning medfører høyere kompensasjon for invasiv behandling enn konservative tiltak.

## Mål og tiltak

**Mål 1:** Pasienter med muskel- og skjelettplager og langvarige smertetilstander mottar tjenester på riktig nivå til riktig tid.

1. Helse Sør-Øst RHF arbeider for at det på nasjonalt nivå tydeliggjøres ansvaret for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjeneste for pasientgruppen.
2. Helse Sør-Øst RHF arbeider for at alle pasienter skal ha vært utredet/ kartlagt poliklinisk i spesialisthelsetjenesten før de kan gis rett til rehabilitering/behandling i spesialisthelsetjenesten.
3. Helse Sør- Øst RHF arbeider for at pasientgruppens i større grad mottar poliklinisk helsehjelp fremfor døgnbaserte tilbud.

**Mål 2:** Felles forståelse og økt tverrfaglig samarbeid mellom de ulike aktørene som håndterer pasienter med muskel- og skjelettplager og langvarige smertetilstander.

1. Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til at det opprettes samarbeidsarenaer regionalt for å fremme en mer felles tilnærming for pasientgruppen.
2. Helseforetakene/sykehusene tar initiativ til at det utvikles samarbeidsarenaer mellom de ulike fagområdene og primærhelsetjenesten for en mer felles tilnærming til pasientgruppen.
3. Helseforetakene/sykehusene og primærhelsetjenesten skal sammen utvikle og etablere mestringsrettede tiltak i primærhelsetjenesten.

**Mål 3:** Redusert bruk av invasiv behandling

1. Helseforetakene/sykehusene utarbeider kriterier for samarbeid på tvers av fagområder med hensikt å gi pasienten tilbud på rett plass til rett tid basert på oppdatert kunnskap.
2. Helse Sør-Øst RHF arbeider for at det skal være økonomisk lønnsomt å velge konservative tiltak fremfor kirurgiske eller invasive tiltak for pasient gruppen.
3. Helseforetakene/sykehusene arbeider for at pasientene tilbys prehabilitering der dette er dokumentert leder til bedret kirurgisk resultat.

### Evalueringskriterier:

- Er samarbeidsarenaer mellom primær og spesialisthelsetjenesten etablert for å fremme en felles tilnærming for pasient gruppen?
- Har helseforetakene utarbeidet samarbeid på tvers av fagområder basert på oppdatert kunnskap?
- Er det redusert bruk av invasive behandling og døgn rehabilitering for pasient gruppen?

#### 5.4 Arbeid og utdanning i rehabilitering

Et viktig mål i all rehabilitering er best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» er et viktig mål i all rehabilitering [1]. Det betyr at det arbeidsrettede perspektivet må inngå som en naturlig del i alle rehabiliteringsforløp der det er hensiktsmessig.

Kommunale tjenester er viktige for å hjelpe mennesker til å være i arbeid til tross for helseplager – det foreligger et uforløst potensial i å aktivere kommunale tjenester. Ifølge «Strategien for fagfeltet Arbeid og helse» bør alle kommuner kunne tilby lavterskeltilbud til personer som står i fare for å bli sykemeldt med deltakelse i arbeid som et sentralt mål. Slike tilbud kan gjerne ta utgangspunkt i eksisterende ordninger som for eksempel frisklivssentra og rask psykisk helsehjelp [41].

I oppdragsdokumentet for 2022 til Helse Sør-Øst RHF står det følgende innledningsvis: «Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende og bidrar til inkludering. Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbys samtidige helse- og arbeidsrettede tilbud i et samarbeid med NAV, for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole» [24].

Helse Sør-Øst har i dag etablert Helse og arbeid poliklinikker innen rehabilitering ved alle helseforetak i tillegg til tilbud hos private avtaleparter. Det ble også i anskaffelsen fra 2014 presisert at arbeid og utdanning skal være et mål, der det er relevant, innenfor alle fagområder/delytelser.

I henhold til «Strategi for fagfeltet Arbeid og helse» bør tilknytning til arbeidslivet være et obligatorisk tema for personer i yrkesaktiv alder i all kontakt med helsevesenet. «Strategien beskriver videre at helsetjenestene og NAV må samarbeide bedre for å møte brukernes behov for tjenester. Godt samarbeid mellom NAV og helsetjenesten er viktig for å unngå at personer ender opp med langvarige helserelaterte ytelser. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er de diagnosene som oftest leder til sykmelding og uføretrygd. Selv om personer med slike lidelser kan ha redusert arbeidskapasitet, vil det å ha en arbeidstilknytning i hovedsak være helsefremmende. Forskning viser at integrert helsemessig og arbeidsrettet oppfølging på arbeidsplasser får flere personer med alvorlige psykiske lidelser ut i jobb [41].

#### Utfordringer

«Strategi for fagfeltet Arbeid og helse» peker på en rekke utfordringer innen fagfeltet pr i dag [41]. Tjenestetilbud på arbeid- og helsefeltet er i dag i hovedsak knyttet til spesialisthelsetjenesten og/eller bedriftshelsetjenesten. Tjenestetilbudet ytes i dag sjelden i kommunale tjenester.

NAV kobles for sjeldent og for sent på i forløp for brukere med behov for arbeidsrettet bistand. NAV og Helse har forskjellige samfunnsoppdrag og rapporterer om resultater separat, med ulike parametere. Dette medfører at koordinert samvirke ikke vektlegges nok. Det er ikke tilrettelagt for at aktørene som forventes å samarbeide, har den samme oppdaterte situasjonsforståelsen. Dette kan blant annet skyldes manglende regelverk for å tillate deling av nødvendig og relevant informasjon mellom sektorene.

I oppdragsdokumentet 2022 understrekes det at spesialisthelsetjenestens tilbud må rettes mot hele mennesket, og pasientens totale livssituasjon. I dag oppleves det kunstig at tilbud om arbeidsrettede tiltak i spesialisthelsetjenesten kun er forbeholdt noen diagnoser og kommer sent i pasientforløpet. Det oppleves også et kunstig skille mellom psykiatri og somatikk. Pasienten har ofte sammensatt problematikk som berører både somatisk og psykisk helse.

## Mål og tiltak

Mål 1: Arbeid og utdanning er integrert i alle forløp for pasienter i arbeidsfør alder.

1. Helseforetakene/sykehusene/private avtaleparter har rutine for at pasienter får arbeidsrettede tiltak ved behov uavhengig av diagnose.
2. Helse Sør-Øst RHF arbeider for at arbeid og utdanning inkluderes i eksisterende og planlagte pasientforløp.
3. Helseforetakene/sykehusene/private avtaleparter har rutine for at funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning kartlegges for alle pasienter i arbeidsfør alder.

Mål 2: Samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten og Arbeid og velferdsetaten (NAV) er koordinerte.

1. Helseforetakene/sykehusene/private avtaleparter har rutiner for at tiltak fra somatikk, psykisk helsevern og NAV er samtidige og koordinerte når pasienten mottar arbeidsrettede tiltak i spesialisthelsetjenesten.
2. Helse Sør-Øst RHF arbeider for å klargjøre hvilke tiltak som bør ha NAV konsulent tilknyttet og for å klargjøre innholdet i rollen.
3. Helse Sør-Øst RHF arbeider for at helsetjenesten og NAV får en digital løsning slik at kommunikasjon og samhandling er lett tilgjengelig.

Mål 3: Pasienter med behov for arbeidsrettet helsetjeneste mottar tjenester på riktig nivå til riktig tid.

1. Helse Sør-Øst RHF arbeider for at det etableres retningslinjer for hvilke pasienter med behov for arbeidsrettede tiltak som er i målgruppene for de ulike tilbudene i regionen.
2. Helse Sør-Øst RHF arbeider for at det utarbeides beslutningsstøtte til fastleger for henvisning til arbeidsrettede tiltak.

### Evalueringskriterier:

- Er arbeid og utdanning inkludert i relevante pasientforløp?
- Er det opprettet et samarbeid mellom somatikk, psykisk helsevern og NAV som sikrer samtidige og koordinerte arbeidsrettede tiltak?
- Er retningslinjer etablert for målgruppene for arbeidsrettede tjenester?

### 5.5 Kompetanse, rekruttering og utdanning

Spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for å utdanne helsepersonell for hele helsetjenesten. Et sentralt budskap fra Helsekommisjonen er at antallet og andelen som jobber i helse- og omsorgstjenestene neppe kan øke vesentlig og det blir viktig fremover å vurdere tiltak under de seks tiltaksområdene som Helsepersonellkommisjonen anbefaler for løsning av personellutfordringene [13].

Helse Sør-Øst RHF vedtok i 2021 *Delstrategi for utdanning og kompetanse*. Strategien har syv prioriterte satsingsområder, og man ser for seg at fremtidens behov for helsepersonell må løses gjennom en kombinasjon av økt utdanningskapasitet og oppgavedeling. Delstrategien tydeliggjør hvordan Helse Sør-Øst RHF skal arbeide og prioritere utdanning og kompetanseutvikling for at spesialisthelsetjenesten kan møte framtidens behov for kompetanse. Arbeidet med utdanning og kompetanseutvikling i planperioden for Regional utviklingsplan 2040, vil ta utgangspunkt i de syv satsingsområdene som er definert i delstrategien.

Det bør sikres tilstrekkelig med LIS stilinger for å ivareta regionens behov for spesialister - også ved institusjoner som ikke utdanner egne spesialister. Det må sikres mer forutsigbare utdanningsløp for LIS fra mindre utdanningsinstitusjoner, med tilstrekkelig kapasitet for gjennomstrømningsstillinger til andre større utdanningsinstitusjoner. Det er behov for et tett samarbeid mellom ulike avdelinger, private og offentlige, for å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet av tilfredsstillende kvalitet.

Rehabiliteringsprosesser tar ofte lang tid, og kan for noen vare livet ut. Behov for nye vurderinger og tiltak er blant annet knyttet til det å opprettholde best mulig funksjon og deltagelse ved for eksempel endringer i sykdom eller livssituasjon.. I slike tilfeller er det viktig med samhandling og tverrfaglig samarbeid mellom kommunen og rehabiliteringsenheter i spesialisthelsetjenesten.

#### Utfordringer

Vi lever lenger og blir stadig eldre, samt at det er flere som overlever skade og sykdom. Dette gjør at flere kan ha behov for tilbud innen fysikalsk medisin og rehabilitering for å kunne leve selvstendige liv uten behov for pleie- og omsorgstjenester. Samtidig er det allerede knapphet på helsepersonell og helsefaglig kompetanse. Syv av ni helseforetak har utfordringer knyttet til rekruttering av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering, de private rehabiliteringsinstitusjonene har også gitt tilsvarende tilbakemeldinger.

Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering godkjenner i snitt ti nye legespesialister per år, behovet antas og kunne øke. Tilbakemeldinger fra helseforetakene og private rehabiliteringsinstitusjoner er at det er utfordrende å rekruttere andre yrkesgrupper som inngår i et spesialisert tverrfaglig rehabiliteringsteam som f.eks. sykepleiere, psykologspesialister (nevropsykologer), logopeder og synspedagoger. Dagens utdanninger for flere relevante profesjoner mangler læringsmål innen rehabilitering og tverrfaglig samarbeid.. For utdanningene der det finnes definerte læringsmål, varierer disse mellom læringsstedene. For at vi skal kunne tilby tilstrekkelig kompetanse, og for å beholde helsepersonell i fagfeltet bør det også fokuseres på videreutdanning og kompetanseplaner. Utdanningstiltak innen fagområdet bør omfatte læringssteder i hele landet.

#### Mål og tiltak

Mål 1: Fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering er synliggjort og rekrutteringsbehovet i feltet kartlagt.



1. Helse Sør-Øst RHF videreutvikler nettsiden med informasjon om fysikalsk medisin og rehabilitering slik at bredden, kompleksiteten og særtrekkene ved fagfeltet tydeliggjøres.
2. Helse Sør-Øst RHF gjennomfører regelmessig analyser og framskrivninger av behovet for legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering og øvrige yrkesgrupper som trengs i spesialisert rehabilitering i regionen.
3. Helseforetakene/sykehusene utarbeider lokale planer for utdanning, rekruttering, videreutdanning og kompetanseheving for alle relevante yrkesgrupper.

**Mål 2:** Fagfeltet er attraktivt, rekrutterer og beholder tilstrekkelig kompetent personell innen alle faggrupper.

1. Helseforetakene/sykehusene utarbeider planer for oppgavedeling, med det formål og benytte tilgjengelig kompetanse best mulig.
2. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene gir innspill til revisjon av forskrift om nasjonale retningslinjer for de ulike utdanningene for å sikre at fagfeltet får en større plass i grunnutdanningene
3. Helse Sør-Øst RHF arbeider for at det utarbeides regionale kompetanseplaner for fagfeltet.
4. Helse Sør-Øst RHF undersøker hvordan det kan legges til rette for at private rehabiliteringssentre i større grad enn i dag kan bidra i utdanning av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering.

**Mål 3:** Det er en økt satsing på utdanning og kompetanseheving innenfor områder i spesialisthelsetjenesten der det i dag er for lite eller varierende kunnskap.

1. Helse Sør-Øst RHF arbeider for å fremme økt kompetanse på migrasjonshelse.
2. Helse Sør-Øst RHF fremmer kompetansehevingstiltak innenfor kombinasjonen psykisk helse, rus og somatikk, herunder den biopsykososiale forståelsesmodellen.

#### **Evalueringskriterier:**

- Har fagfeltet fysikalsk medisin og rehabilitering tilstrekkelig bemanning med nødvendige yrkesgrupper, målt igjennom antall vakante stillinger og utlysninger uten søkere?
- Er det opprettet regionale kompetanseplaner, er disse implementert og benyttes disse?

## 5.6 **Forskning og fagutvikling**

Det er et viktig mål å oppnå likeverdige og kunnskapsbaserte tilbud til pasienter med behov for tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering i alle faser av rehabiliteringsforløpet.

Forskning er en av fire lovpålagte oppgaver for spesialisthelsetjenesten og er et sentralt premiss for helsetjenestens kvalitet og utvikling. Helse Sør-Øst RHF vil i planperioden for Regional utviklingsplan 2040, blant annet prioritere arbeidet med å styrke klinikknær forskning, forskningssvake områder og samarbeid med eksterne aktører om forskning. Forløpene innen fysikalsk medisin og rehabilitering er tverrfaglige, ofte langvarige og involverer flere aktører både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF mottar få søknader om midler til forskning innenfor området, og for å øke forskningsaktiviteten kan et mulig virkemiddel være å opprette et målrettet, regionalt forskningsnettverk for å styrke forskningskompetanse og samarbeid mellom fagmiljøer i helseregionen. En forutsetning for opprettelse av et slikt nettverk kan f.eks. være å sette krav til bred deltakelse fra ikke-universitetssykehusene i Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst RHF vil i planperiodene også stimulere til utstrakt bruk av kvalitetsregisterdata. Det er under etablering et eget rehabiliteringsregister. I tillegg finnes det ulike eksisterende kvalitetsregistre hvor rehabiliteringsvariabler kunne inngå.

Flere private avtaleparter har data og statistikk fra interne systemer. Det bør undersøkes hvordan disse dataene eventuelt kan benyttes til forskning.

### **Utfordringer.**

Evalueringen av *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*, har konkludert med at fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering er et forskningssvakt område med lite kunnskap om behandlingseffekt. Forskningen kan videre fremstå som fragmentert, da den sjelden omfatter hele pasientforløpet som også inkluderer private avtaleparter og kommunehelsetjenesten. Det påpekes en mangel på systematisk og målrettet samarbeid på tvers av helseforetak, private avtaleparter og kommuner om forskning på organisering, nytte og kostnadseffektivitet i rehabiliteringsforløp.

Utviklingen av digitale løsninger går raskt. Det er et betydelig potensial i økt bruk av teknologi som metode for tjenesteyting innenfor rehabiliteringsområdet [10]. Imidlertid er det fortsatt lite kunnskap om effekt og nytteverdi med bruk av avstandskompenserende verktøy i rehabiliteringsprosessen. Her blir det viktig fremover med et samarbeid mellom helsetjenesten og næringsliv om forsknings- og innovasjonsprosjekter som kan gi effektive og trygge løsninger av god kvalitet. Det er behov for mer kunnskap om metoder, verktøy og tiltak som kan bedre kommunikasjon, samhandling og utbytte av fysikalsk medisin og rehabilitering

Formålet med medisinsk koding til NPR og ulike kvalitetsregistre, er å bidra til medisinsk og helsefaglig forskning om helsetjenester blant annet knyttet til effekt av behandlingen, forbruk av tjenester og kvalitet. Revisjon av medisinsk kodepraksis har vært gjennomgått, senest i Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene i 2017 [42]. Hovedfunnene viste en svak kvalitet på medisinsk koding. Forskning innen fysikalsk medisin og rehabilitering er krevende ved at det ofte anvendes en kombinasjon av ulike metoder, og hvor randomiserte kontrollstudier er vanskelige å gjennomføre. Studier kan derfor score lavt på vitenskapelig kvalitet som gjør det utfordrende å nå opp ved tildeling av konkurranseutsatte forskningsmidler.

## Mål og tiltak

### Mål 1: Økt forskningsaktivitet på behandling og pasientforløp.

1. Helse Sør-Øst RHF vil vurdere å etablere et målrettet regionalt forskningsnettverk for fysikalsk medisin og rehabilitering med bred deltakelse fra regionens ikke-universitetssykehus.
2. Helse Sør-Øst RHF stimulerer til økt forskning og innovasjon på:
  - o Satsingsområdene i fagplanen
  - o Teknologisk og digital oppfølging/rehabilitering
  - o Kostnadseffektivitet og samfunnsøkonomi mellom ulike behandlingstiltak og forløp i spesialist- og kommunehelsetjenesten

### Mål 2: Det legges til rette for økt register-basert forskning.

1. Helse Sør-Øst RHF bidrar til å understøtte et nasjonalt rehabiliteringsregister eller/og vurdere om det etableres rehabiliteringsvariabler i eksisterende relevante registre.
2. Helse Sør-Øst RHF bidrar til etablering og implementering av ett utvalg av standardiserte utfallsmål for bruk i fagfeltet i spesialist- og kommunehelsetjenesten.
3. Helse Sør-Øst RHF arbeider for mer enhetlig og lik koding av aktivitet innen fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering.

### Mål 3: Økt forskningssamarbeid mellom sykehus/helseforetak, rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner.

1. Helse Sør-Øst RHF stimulerer til økt forsknings- og forskningsbasert innovasjonssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, næringslivet og NAV innen fagområdet.
2. Helse Sør-Øst RHF stimulerer til forskningsaktivitet knyttet til rehabiliteringsregisteret.

## Evalueringskriterier:

- Er forsknings- og innovasjonsprosjektene rettet inn mot strategiske områdene i fagplanen og i samsvar med brukernes og samfunnets behov eller prioriteringer?
- Er alle helseforetakene/private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst RHF inkludert i et nasjonalt rehabiliteringsregister?
- Har andel av samarbeidsprosjekter mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, næringslivet og NAV økt?

## 6. Fra plan til gjennomføring og oppfølging

Tabellen under viser en sammenstilling av alle foreslåtte tiltak under satsingsområdene kapittel 5, hvem som er ansvarlig og tidsfrist. Planen inneholder 17 mål med forslag til 44 konkrete tiltak. De ulike målene skal til sammen kunne bidra til at alle pasienter i Helse Sør-Øst får tilgang til gode, likeverdige helsetjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn.

En ser for seg en trinnvis innføring hvor tiltak merket med grønt prioriteres først, deretter gult, og blått. For tiltak som starter senere i planperioden må det utarbeides detaljerte planer i forbindelse med den årlige gjennomgangen av planen. Det vil bli behov for å tilpasse lokale tiltak i helseforetakene og supplere disse med egne mål og tiltak.

	1	2	3
<b>Tiltak</b>	<b>Ansvar HSØ RHF</b>	<b>Ansvar HF</b>	<b>Tidsfrist/ prioriterin g</b>

## 7. Referanser

- [1] Helsedirektoratet, «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator,» 2015. [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>. [Funnet 16 02 2023].
- [2] Helsedirektoratet, «Prioriteringsveileder – fysikalsk medisin og rehabilitering,» 2015. [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering>. [Funnet 16 02 2023].
- [3] Deloitte , «"Rehabilitering" Konsekvenser for kommunene av den stille reformen,» Kommunenes sentralforbund, Oslo , 2015.
- [4] Sosial- og helsedirektoratet, «Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse,» Sosial- og helsedirektoratet, Trondheim, 2006.
- [5] Fagråd rehabilitering, «Anbefaling om regionale og flerområdefunksjoner i rehabilitering,» Fagråd rehabilitering , Oslo , 2018.
- [6] Helse- og omsorgsdepartementet, «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo , 2019.
- [7] Helse -og omsorgsdepartementet , «Revidert oppdragsdokument 2017,» Helse -og omsorgsdepartementet , Oslo, 2017.
- [8] Helsedirektoratet, «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer,» 11 Februar 2015. [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>.
- [9] Helsedirektoratet , «Rehabilitering i spesialisert helsetjenesten 2017-2021,» Helsedirektoratet , Oslo, 2022.
- [10] Helsedirektoratet , «Evalueringsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019),» Helsedirektoratet , Oslo, 2020.
- [11] Helsedirektoratet , «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet,» Helsedirektoratet, Oslo, 2012.
- [12] Helsedirektoratet , «Veileder for kommunale frisklivssentraler Etablering, organisering og tilbud,» Helsedirektoratet , Oslo, 2022.
- [13] Helsepersonellkommissjonen, «Tid for handling Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2023.
- [14] Arbeids og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet , «Arbeid og helse - et tettere samvirke,» Arbeids og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet , Oslo , 2016.
- [15] Helsedirektoratet , «Innsattstyrt finansiering 2023 ISF-regelverk,» Helsedirektoratet , Oslo. ]
- [16] Helse- og omsorgsdepartementet, «Felleskapets sykehus Styring, finansiering, samhandling og ledelse,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2023.
- [17] Helse- og omsorgsdepartementet, «Oppdragsdokument 2013 Helse Sør-Øst RHF,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo , 2013.
- [18] Helse Sør-Øst RHF, «BHL ervervet hjerneskode for barn og unge 0-18 år,» 2022. [Internett]. Available: <https://metodebok.no/index.php?action=chapter&item=BJLJRAwY>. [Funnet 16 02 2023].
- [19] Helse- og omsorgsdepartementet, «Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2021.
- [20] Helse Sør-Øst RHF, «Regional utviklingsplan 2040,» Helse Sør-Øst RHF, Hamar, 2022. ]

- [21 Helse- og omsorgsdepartementet, «Meld. St. 13 (2016-2017) Kvalitet og pasientsikkerhet  
] 2015,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2015.
- [22 Helse- og omsorgsdepartementet, «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.  
] (helse- og omsorgstjenesteloven),» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2011.
- [23 Helsedirektoratet, «Brukermedvirkning,» 2017. [Internett]. Available:  
] <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>. [Funnet 16 Februar 2023].
- [24 Helsedirektoratet, «Helsekompetanse- kunnskap og tiltak,» 2021. [Internett]. Available:  
] <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>. [Funnet 16 2  
2023].
- [25 Helsedirektoratet, «Helsekompetansen i fem utvalgte innvandringspopulasjoner i Norge: Pakistan,  
] Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam,» Helsedirektoratet, Oslo, 2021.
- [26 European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, «White book of physical and  
] rehabilitation medicine in Europe (norsk versjon oktober 2011),» 2011. [Internett]. Available:  
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/09a8bb264603434ebd2cc380a23617c5/whitebook-2011.pdf>. [Funnet 12 04 2023].
- [27 Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, «Traumeplan NKT,» 2020. [Internett].  
] Available: <https://metodebok.no/index.php?action=book&book=traumeplan>. [Funnet 12 04  
2023].
- [28 World Health Organization, «Rehabilitation in health systems, guide for action,» World Health  
] Organization, Genève, 2019.
- [29 Klem, Langøien og Refsdal, «Prehabilitering for pasienter med abdominalkreft,»  
] Folkehelseinstituttet, 2022. [Internett]. Available:  
<https://www.fhi.no/publ/2022/prehabilitering-for-pasienter-med-abdominalkreft/>. [Funnet  
29 mars 2023].
- [30 Helse- og omsorgsdepartementet, «Nasjonal helse- og sykehusplan, Meld. St. 11,» Helse- og  
] omsorgsdepartementet, Oslo, 2015.
- [31 Helse- og omsorgsdepartementet, «Oppdragsdokument 2022 Helse Sør-Øst RHF,» Helse- og  
] omsorgsdepartementet, Oslo, 2022.
- [32 Helsedirektoratet, «Koronavirus-beslutninger og anbefalinger Nasjonal veileder,» 2023.  
] [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronaviru>. [Funnet 17 04  
2023].
- [33 Helse- og omsorgsdepartementet, «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-  
] 2019),» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2016.
- [34 Helse- og omsorgsdepartementet, «Samhandlingsreformen,» Helse- og omsorgsdepartementet  
] , Oslo, 2009.
- [35 Folkehelseinstituttet, «fhi.no,» 2018. [Internett]. Available:  
] <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/%20?term=langvarig%20smerte%20&h=1>. [Funnet 07 03 2023].
- [36 Menon Economics, «Muskel- og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest-koster mest vurdering  
] av tiltak for å redusere samfunnskostnadene,» Menon Economics, Oslo, 2019.
- [37 Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, «Revisjon av vurderingspraksis ved henvisning til  
] rehabilitering Regional koordinerende enhet,» Helse Sør-Øst RHF, Oslo, 2019.
- [38 Siemieniuk et al., «Arthroscopic surgery of degenerative knee arthritis and meniscal tears:  
] a clinical practice guideline,» BMJ, 2017. [Internett]. [Funnet 2 Mars 2021].

- 
- [39 Vandvik et al., «Subacromial decompression surgery for adult with shoulder pain: a clinical practice guideline,» *bmj*, 2019. [Internett]. [Funnet 2020 11 23].
- [40 Karjalainen et al., «Surgery for rotator cuff tears (review),» [Internett]. Available: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013502/epdf/standard>. [Funnet 29 mars 2023].
- [41 Arbeids-og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet , «Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse,» Arbeids-og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet , Oslo, 2021.
- [42 Riksrevisjonen, «Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene Dokument 3:5 (2016-2017),» Riksrevisjonen, Oslo, 2017.

## Vedlegg

### Styringsgruppe - deltakere

<b>Helseforetak/organisasjon</b>	<b>Navn</b>
Helse Sør-Øst RHF	Anders Debes, avdelingsdirektør somatikk og rehabilitering (leder av styringsgruppen)
Helse Sør-Øst RHF	Tove H. Otterstad, spesialrådgiver, somatikk og rehabilitering
Helse Sør-Øst RHF	Gunvor Øfsti, spesialrådgiver, samhandling og brukermedvirkning
Akershus universitetssykehus	Bente Heggedal Gerner, avdelingsleder
Sunnaas sykehus	Kathi Sørvig, klinikkssjef
Sykehuset i Vestfold	Gro Aasland, klinikkssjef
Sykehuset Østfold	Volker Solyga, klinikkssjef medisin og ledelse
Sandefjord Kommune	Eli Hansen, Seksjonsleder Sandefjord medisinske senter
Konserntillitsvalgt (Akademikerne)	Christian Grimsgaard
Konserntillitsvalgt (YS)	Mette Vilhelmshaugen
Regionalt brukerutvalg	Odvar Jacobsen
Brukerutvalget Sykehuset Vestfold	Erik Hansen

### Prosjektgruppe - deltakere

<b>Helseforetak/organisasjon</b>	<b>Navn</b>
Helse Sør-Øst RHF	Andreas Horsdal Prosjektleder
Helse Sør-Øst RHF	Tove H. Otterstad, spesialrådgiver, somatikk og rehabilitering
Helse Sør-Øst RHF	Trude Hirtum, spesialrådgiver, somatikk og rehabilitering
Oslo universitetssykehus	Nada Anđelić, Seksjonsleder og forskningsleder
Sykehuset Innlandet	Anders Ledsaak Norlund, Avdelingsleder fysikalsk medisin og rehabilitering
Sørlandet sykehus	Anne Kari Thomassen, Avdelingsleder fysikalsk medisin og rehabilitering
Sykehuset Telemark	Caroline Torskog, Avdelingsleder nevrologi og slag
Vestre Viken	Jens Schau Bråthen, avdelingsoverlege fysikalsk medisin og rehabilitering
Private med avtale – Skogli Helse- og rehabilitering	Nina Linnea Brandsar, Overlege fysikalsk medisin og rehabilitering,
PKO, Vestre Viken	Håvard Hagen Vika, Fastlege
Bærum kommune, Friskliv og Mestring	Ingvild Akeren, Avdelingsleder, Rehabilitering
Konserntillitsvalgt (Akademikerne)	Hanne Indregard Lind
Foretakstillitsvalgt (Unio)	Geir Bye Gundersen
Regionalt brukerutvalg	Faridah Shakoor Nabaggala
Brukerutvalget	Liv Hopen



---

Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Sykehus	
---	--