



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

Prosjektrapport 05.10.2023

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innledning	4
Sammendrag.....	6
1. Bakgrunn og overordnet prosess	8
2. Fysikalsk medisin og rehabilitering.....	9
3. Status for fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering	13
3.1 Aktivitet, kapasitet innretning.....	13
3.2 Pasienter/områder med udekket behov.....	16
3.4 Rehabiliteringsområdets ansvar for barn og unge med en ervervet skade/sykdom.....	17
4. Overordnede føringer.....	20
4.1 Reduksjon av uønsket variasjon	20
4.2 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt.....	20
4.3 Helsekompetanse og brukermidvirkning	21
4.4 Tidlig oppstart av rehabilitering.....	21
4.5 Arenafleksibilitet – Nye måter å jobbe på.....	22
4.6 Rett tilbud til rett tid på riktig omsorgsnivå.....	22
5. Innsatsområder	24
5.1 Inneliggende rehabilitering i tidlig fase	25
5.2 Helhetlige og sammenhengende pasientforløp	28
5.3 Muskel- og skjelettplager og langvarige smertetilstander.....	30
5.4 Arbeid og utdanning i rehabilitering.....	32
5.5 Kompetanse, rekruttering og utdanning	34
5.6 Forskning og fagutvikling.....	36
6. Fra plan til gjennomføring og oppfølging	38
7. Referanser.....	40
Vedlegg	43

Forord

Skrives senere

Innledning

Formålet med fagplanen er at befolkningen i Helse Sør-Øst skal ha tilgang til gode, likeverdige helsetjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn.

Videre skal planen legge til rette for at det meste av rehabiliteringen skal skje der pasienten bor og eventuelt i samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten og disse tjenestenes kvalitet og yteevne vil være avgjørende for å oppnå visjonen om likeverdige tjenester [1].

Fagplanen peker på seks innsatsområder som skal bidra til at formålene nås:

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

Under hvert innsatsområde er det beskrevet konkrete mål, forslag til tiltak og kriterier for måloppnåelse.

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 beskriver status for dagens innhold, organisering, kapasitet og endringer innen de utvalgte innsatsområdene.

Vedrørende behovet for fremtidig kapasitet, skal det gjennomføres en behovsvurdering innen fysikalsk medisin og rehabilitering iløpet av høsten 2023.

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.

Hovedtrekkene i fagplanen er at tidlig rehabilitering i sykehus integrert med annen medisinsk behandling styrkes. I tillegg skal spesialisthelsetjenesten i større grad understøtte og bistå kommunene med utredning av rehabiliteringsbehov og kompetanseoverføring, samt økt fokus på å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse. For å oppnå det, blir det viktig å etablere et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt, styrke tverrfaglige poliklinikker, øke ambulansetjenester, digitale rehabiliteringstjenester samt lærings- og mestringstilbud.

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
 - at helseforetak og kommunene i samarbeid kan planlegge en 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
 - kontinuerlig forbedring av helseforetakene/sykehus der analyse av resultater og tilbakemelding fra pasienter, pårørende og andre interessenter benyttes for å forbedre tjenestene og faget.

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

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

Kapittelet beskriver blant annet spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenestens ansvar for den medisinske spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering, ulike nivåer innenfor rehabilitering, ulike rehabiliteringsforløp og den biopsykososial modell for funksjonsevne og funksjonshemming (ICF).

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

Kapittelet beskriver aktivitet, 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.

Kapittel 4 Overordnede føringer

Kapittelet beskriver og begrunner overordnede føringer for innsatsområdene og for fagfeltet for øvrig i Helse Sør-Øst:

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

Kapittel 5 Innsatsområdene

Kapittelet beskriver de seks prioriterte innsatsområdene 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.
 - Det er i helseforetakene i fase 2, etablert rehabiliteringssenger som også tilfredstiller kravet til en kategori 1 seng.
- 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?

<p>5.3. Muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander</p> <p>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 utvikler og etablerer tiltak.</p> <p>Evalueringskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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?
<p>5.4. Arbeid og utdanning i rehabilitering</p> <p>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</p> <p>Evalueringskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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?
<p>5.5. Kompetanse, rekruttering og utdanning</p> <p>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</p> <p>Evalueringskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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?
<p>5.6. Forskning og fagutvikling</p> <p>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.</p> <p>Evalueringskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 følger opp planen videre. En ser for seg en trinnvis innføring av tiltak der noen tiltak bør prioriteres før andre. Det vil i et videre arbeid være nødvendig å følge opp regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering gjennom de ordinære styrings- og rapporteringslinjene. For noen av tiltakene er det behov for å utrede nærmere og eventuelt pilotere.

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.

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 HF har ledet prosjektgruppen, med støtte av spesialrådgivere fra enhet Somatikk og rehabilitering i Helse Sør-Øst RHF.

Helseforetakene¹, 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 fra første del av prosjektet, ble det pekt på seks prioriterte innsatsområder;

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 innsatsområde 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 innsatsområdene i henholdsvis kommunehelsetjenesten og i nettverket for praksiskonsulenter (PKO). Arbeidet har forøvrig vært drøftet i en rekke andre instanser både internt og eksternt.

¹ Private ideelle sykehus med eget opptaksområde ble invitert til å delta i prosjektgruppen

2. Fysikalsk medisin og rehabilitering

Kapittelet beskriver blant annet spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenestens ansvar for den medisinske spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering og det generelle området rehabilitering, ulike nivåer innenfor rehabilitering, ulike rehabiliteringsforløp og den biopsykososial modell for funksjonsevne og funksjonshemming (ICF).

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 og det faglige ansvaret for tjenestene kan derfor også ivaretas av andre legespesialister med relevant kompetanse og tilleggsutdanning innen rehabilitering. Noen diagnoser og funksjonsutfall er så kompliserte at de krever rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet og hvor det er behov for «re-læring», mens medfødte og tidlig ervervede tilstander har behov for habilitering – «ny-læring». Habilitering og rehabilitering er omtalt i samme forskrift og har en felles definisjon:

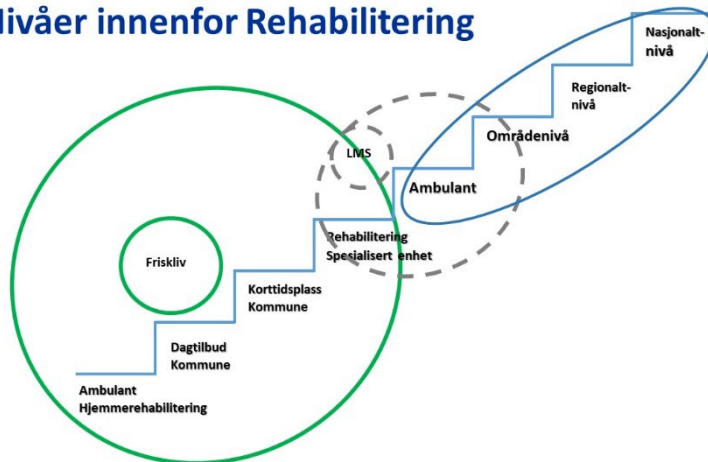
«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet». [3]

De overordnede prinsippene er felles, men det vil være pasienter som befinner seg i et grenseområde mellom habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten [3]. 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 gråsoner og ingen absolutt grense.

Figur 1 Nivåer innenfor rehabilitering i kommune- og spesialisthelsetjenesten [4]

Nivåer innenfor Rehabilitering



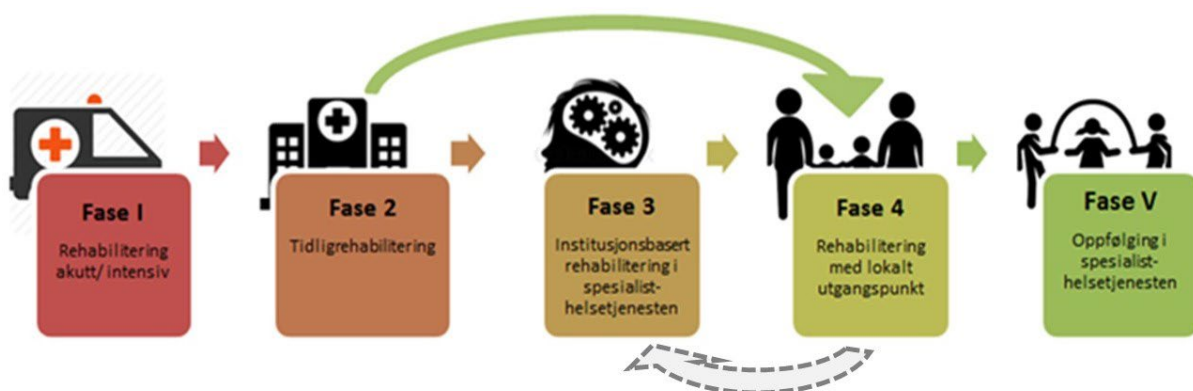
Grønn sirkel viser tilbud organisert i primærhelsetjenesten, blå sirkel nivåer i spesialisthelsetjenesten og stiplet linje viser hvordan nivåene mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste overlapper hverandre.

Pasientforløp i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten kan grovt inndeles i tre hovedtyper:

1. Pasientforløpet starter med akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten og videre rehabilitering integrert med medisinsk behandling.
2. Pasientforløp som starter med planlagt innleggelse i spesialisthelsetjenesten, for eksempel kirurgisk inngrep.
3. Pasientforløp der behovet avdekkes i kommunen, men hvor behovet tilsier at pasienten søkes/henvises til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringstilbudet gis i rehabiliteringsavdeling ved et helseforetak eller i privat rehabiliteringsinstitusjon, eller i en kombinasjon av disse [3]

Følgende modell legges til grunn for beskrivelse av et rehabiliteringsforløp når behovet for rehabilitering avdekkes i et forløp som starter med en akutt eller elektiv innleggelse i spesialisthelsetjenesten:

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



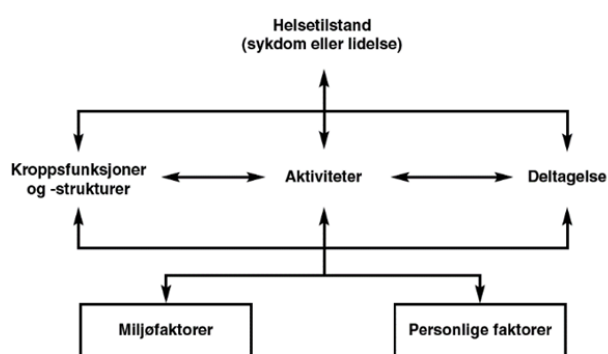
Beskrivelse av modellen:

Rehabilitering starter når pasienten er innlagt på sykehus (fase 1- intensiv og 2- sengepost). 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/digital oppfølging fra spesialisthelsetjenesten (fase 4). Dersom pasienten ikke har behov for fase 3 rehabilitering, overføres pasienten direkte fra fase 2 til fase 4. For noen pasienten kan det være hensiktsmessig med en periode med tjenester fra kommunen før de kan nyttiggjøre seg intensiv spesialisert rehabilitering i fase 3. Pil fra fase 4 til fase 3 synliggjøre dette. Fase 5 er rehabiliteringstilbud (digitalt, ambulant-, poliklinisk- eller døgntilbud) i spesialisthelsetjenesten etter fase 4. Her kan et behov avdekkes ved en poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten, eller at behovet avdekkes i kommunehelsetjenesten som sender en henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utgitt to klassifikasjonssystemer for å beskrive helsetilstander; ICD-10² for å klassifisere tilstand/symptom/sykdom og ICF³ 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-områdene 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. 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.

Figur 3 visualiserer den nåværende forståelse av vekselvirkningen mellom ulike elementer i begrepsapparatet i henhold til ICF modellen [5]



² 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)

³ 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)

Rehabiliteringsmål kan oppsummeres slik

- I forhold til funksjon både øke, gjenvinne og stabilisere eller forebygge funksjonstap
- Mestre hverdagslivets aktiviteter
- Delta i samfunns- og arbeidsliv
- Bedre livskvalitet

Rehabiliteringsprosesser tar ofte lang tid, og for mange kan de være 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 sånn sett kunne være diagnoseovergripende. 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 aktivitet, 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 rehabiliteringsrådets ansvar for barn og unge < 18 år.

3.1 Aktivitet, kapasitet innretning

- Om lag 65 000 pasienter mottok utredning og/eller behandling ved en poliklinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering eller rehabilitering i Helse Sør-Øst i 2022
- Antall pasienter som mottok rehabilitering i Helse Sør-Øst offentlig og privat var i 2022 i overkant 29 000 hvorav omlag 18 000 ved en privat rehabiliteringsinstitusjon
- Henvisninger fra fastleger utgjør 50% av henvisningene til de private

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 tilbud i 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 i alle faser, til helseforetak uten egne rehabiliteringssenger og et varierende poliklinisk tilbud. Sunnaas sykehus HF er et eget foretak som tilbyr høyspesialisert rehabilitering i fase 3 og 5

Spesialisthelsetjenesten har et tydelig ansvar for rehabilitering i tidlig fase tett integrert med annen medisinsk behandling [3]. 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 fra Riksrevisjonen 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.

Kartlegging 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.

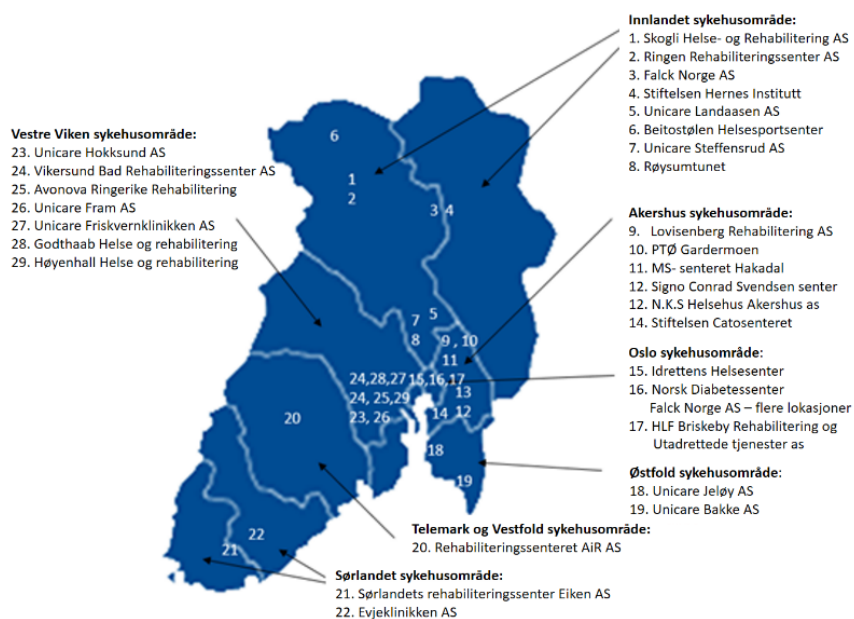
Helse Sør-Øst RHF har i 2020 vedtatt syv regionale funksjoner sentralisert til ett foretak og ytterlig syv funksjoner sentralisert til to eller flere helseforetak. Dette gjelder primært rehabilitering i subakutt fase (fase 3). De regionale funksjonene er tilbud som en ikke anser som hensiktsmessig å 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 [6]. 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 og kan være et virkemiddel for å redusere uønsket variasjon. Nettverksmodellen kan bidra til bedre samhandling og kvalitet i oppfølgingen og færre

unødige innleggelser av pasienter med Parkinson sykdom. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 [7] påpeker at det bør vurderes om arbeidsformen også kan benyttes overfor andre pasientgrupper.

Fra 2015 ble det inngått løpende avtaler med 30 private rehabiliteringsinstitusjoner innen 16 fagområder/delytelser. Avtalene omfatter tilbud i etterkant av akutt eller elektiv medisinsk behandling i sykehus (fase 3) og i senfase etter henvisning fra fastlege eller en poliklinikk i helseforetaket (fase 5). 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 [8]. 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 [9], 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 HF. Videre er tilbakemeldinger fra de private rehabiliteringsinstitusjonene at henvisningspraksis fra helseforetakene kan synes tilfeldig og ikke i tråd med god faglig praksis.

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 aktivitetstall 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 [10]. En nærmere vurdering av omfang og hvilke pasientgrupper dette gjelder, vil utredes nærmere 1. oktober 2023.

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 [11]. Tilbud til denne pasientgruppen bør som hovedregel, i henhold til rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*, [12] 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 [10]. 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 [11]. 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 [11]. 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 vedtakspunktene 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, så kan det legges til rette for en mer helhetlig planlegging på tvers av forvaltningsnivåene [16].

3.2 Pasienter/områder 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. Det kan omfatte eksisterende tilbud hvor en bør vurdere en økt kapasitet eller tilbud som i dag ikke eksisterer. Tilbudene kan være 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 eller endret innretning:
 - Tverrfaglig poliklinikk for utredning, diagnostikk og behandling
 - Rehabilitering etter komplisert benamputasjon og multitraume
 - Pasienter etter langvarig intensivopphold
 - Tverrfaglige spastisitetpoliklinikker
 - 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.
 - 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 er behov for en dreining av tilbud slik at pasientene kan få rehabilitering ved behov etter akutt sykdom/skade.

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.

3.4 Rehabiliteringsområdets ansvar for barn og unge med en ervervet skade/sykdom

Barns rettigheter er hjemlet i *Pasient- og brukerrettighetsloven §6* [9] og *forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* [17]. 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.

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 tiltak skal være tilstrekkelige og relevante [18]. 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. [19] 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 arbeidsgruppe under fagrådet, ledet av Sunnaas sykehus HF. Arbeidsgruppen var tverrfaglig sammensatt med legespesialist innen pediatri, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, fysioterapeut, ergoterapeut, psykologspesialist, sykepleier og brukerrepresentanter.

Kapittelet 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 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 ha behov for rehabilitering på grunn av større enn forventet funksjonstap eller funksjonsendring etter annen sykdom, skade, eller i livsfaseovergang som stiller større/andre krav til funksjon.

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 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 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 innsatsområdene og for fagfeltet for øvrig i Helse Sør-Øst.

Fagplanen beskriver og begrunner overordnede føringer for innsatsområdene og for fagfeltet for øvrig i Helse Sør-Øst:

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

4.1 Reduksjon av uønsket variasjon

Helse Sør-Øst RHF har et «sørge for ansvar» for «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 kompensierende 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

Nasjonal 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) [3]. 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 akuttstusykehus. Faglig ansvarlig i enheten må være spesialist i Fysikalsk medisin og rehabilitering.»

Det rehabiliteringsfaglige tyngdepunktet vil være et nødvendig tiltak for at helseforetaket kan tilby:

- tidlig oppstart av spesialisert rehabilitering integrert med medisinsk behandling
- elektiv virksomhet med utredning, diagnostikk og behandling i tverrfaglige poliklinikker
- ambulant/digital oppfølging med kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten

4.3 Helsekompetanse og brukermedvirkning

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].

Lærings- og mestringstjenester må bli en integrert del av alle tjenester og forløp slik at brukere, pasienter og pårørende får et likeverdig tilbud av god kvalitet og opplever sammenhengende forløp og koordinerte tjenester [25]. Tilbud innen læring- og mestring i kommune- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til å heve helsekompetansen i befolkningen. Studier viser at lærings- og mestringstilbud har innvirkning på bruk av helse- og omsorgstjenester i form av færre innleggelser (både reinnleggelser og akuttinnleggelser), færre konsultasjoner i poliklinikker og hos fastlege, bedre håndtering av egen helse [26] [27]. Internasjonale beregninger antyder at mangelfull helsekompetanse i befolkningen kan øke helseutgiftene med tre-fem prosent av det totale helsebudsjettet [28], samt at deltakelse i lærings- og mestringstilbud er effektivt for å kutte kostnader i helse- og omsorgstjenesten [26].

Det å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering er kommet inn som det sjette satsingsområdet i Regional utviklingsplan 2040 [20].

Rehabilitering handler om å oppnå så god funksjon som mulig, og hvor mestring og det å lære å leve med er en viktig del av pasientforløpet. Tilbud innen læring- og mestring er derfor en stor og viktig del som bør inngå i alle rehabiliteringsforløp [25]. Spesielt viktig er det å øke helsekompetansen til grupper som i utgangspunktet har lav helsekompetanse. Det er vist at enkelte innvandrergrepper har lavere helsekompetanse enn befolkningen generelt [29], og en bør derfor ha et spesielt fokus på migrasjonshelse og å styrke flerkulturell kompetanse.

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*» hvor pasientens egne mål for mestring, egenomsorg og deltakelse preger møtet mellom pasient og helsepersonell [20]. Helsetjenesten må 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]. En forutsetning for god brukermedvirkning er at pasienten har god helsekompetanse.

4.4 Tidlig oppstart av rehabilitering

Forskning viser i økende grad at spesialisert rehabilitering integrert med medisinsk behandling gir gevinst for pasienters livskvalitet, aktivitet og deltakelse i samfunns- og arbeidsliv og er samfunnsøkonomisk lønnsomt [24] [25].

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 [3]. 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 [26]. Med anbefalingen forstår vi at både nasjonale retningslinjer og WHO går inn for at rehabilitering er 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 [27].

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.» [28]

I Oppdragsdokumentet 2022 [29] er det gitt en føring om at andelen konsultasjoner gjennomført som video- eller telefonkonsultasjoner, skal være over 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 [30].

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) [31]. 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 bør videreutvikle og 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	 <p>Brukens mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?		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 livsarena?		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 [32].

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 [33] [32]. Føringen inkluderer også tidsbegrepet at pasientene får tilbud til rett tid. For å 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. Innsatsområder

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

Følgende definisjon av et innsatsområde 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 innsatsområde 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 innsatsområder er følgende:

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

Mange opplever det utfordrende å oppnå likeverdighet i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak [7]. Nasjonal veileder til lov om samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak sier at samhandling forutsetter at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er likeverdige partnere. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Veilederen beskriver hva avtalen som et minimum skal omfatte [34]. Det forutsettes at tjenestenivåene legger veilederen til grunn for videre utvikling av tjenestene i et mer likeverdig partnerskap.

Stortinget har vedtatt å styrke felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Det er kommet to nye punkter til Helse og omsorgstjenesteloven §6-2 1.ledd punkt 12 og 13:

- Punkt 12 som vil ha betydning for hvordan kommuner og helseforetak sammen skal planlegge, utvikle og følge opp tjenester.
- Punkt 13 som omhandler styrking av krav til samarbeid om barn og unge med sammensatte behov som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

5.1 Inneliggende rehabilitering i tidlig fase

Ifølge Nasjonal veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator må spesialisthelsetjenesten sikre tidlig oppstart av rehabilitering tett integrert med medisinsk behandling i akutt fase for alle aktuelle pasientgrupper [3].

I Regional utviklingsplan 2040 er det gitt føringer til mandatet for fagplan fysikalsk medisin og rehabilitering at den skal bidra til tverrfaglig rehabiliteringskompetanse med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene i tidlig fase etter akutt sykdom/skade. Målet er at alle aktuelle pasienter i Helse Sør-Øst, som kommer inn til sitt helseforetak/sykehus, tilbys kartlegging av funksjon og behov for rehabilitering, og om nødvendig oppstart av rehabiliteringen.

Med tidlig rehabilitering forstår vi rehabilitering som starter samtidig med og integrert med medisinsk behandling i den akutte fasen (fase 1 og 2). Tidlig rehabilitering inkluderer også overgangen internt mellom avdelingene i sykehuset og overføring til neste instans i spesialisthelsetjenesten (fase 3) eller kommunen (fase 4). Pasientforløpet som er utviklet for rehabilitering av covid-19 pasienter bør også tas i bruk for akuttpasienter generelt og øvrige intensivpasienter spesielt, i tillegg til pasienter med long-covid.

Høsten 2022 gjennomførte prosjektet en kartlegging av hva innsatsområdene kan bety for videre utvikling av rehabiliteringsområdet for kommunene i Helse Sør-Øst⁴. Tilbakemeldingene fra kommunene var at innsatsområdet «*Inneliggende rehabilitering i tidlig fase*» er et viktig tiltak for å oppnå målet om:

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

Satsingen på tidlig rehabilitering kan derfor være med på å redusere uønsket variasjon i kommunehelsetjenesten.

Utfordring

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

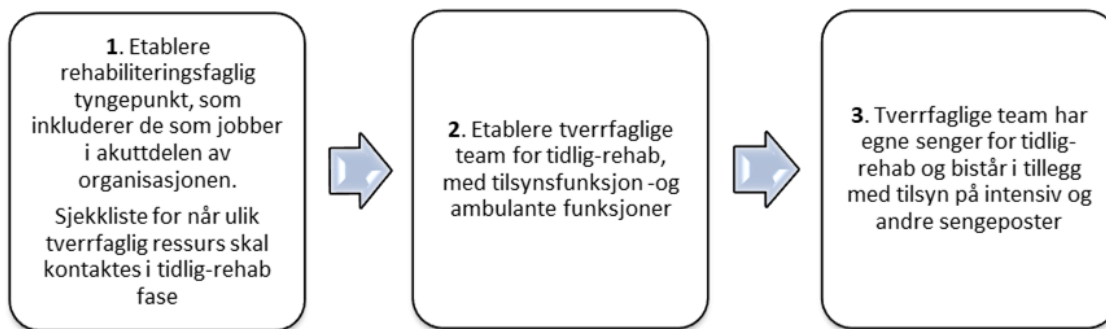
Det kan være ulike årsaker til at tilbud ikke er etablert:

- Manglende tilgang på spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og/eller andre yrkesgrupper utover sykepleier/intensivsykepleier og fysioterapeut.
- Manglende økonomisk vektning 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.
- Utfordrende organisering/logistikk i noen av regionens helseforetak, for eksempel med mange akutt sykehus og store fysiske avstander mellom disse og rehabiliteringsmiljøet.

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.

⁴ jf. brev til helseforetakene 21.10.2022

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



Egne dedikerte rehabiliteringssenger i akutt sykehuset (fase 2) kan for eksempel være tilknyttet en neurologisk avdeling og vil ha en høyere kompetanse og bemanning enn en seng på sengepost.

I 2022 ble det gjennomført et interregionalt arbeid for å definere ulike sengekategorier i sykehus: intensiv-, overvåking-, intermediær- og senger på sengepost (kategori 3-, 2-, 1- og 0-senger). Helse Sør-Øst RHF har nylig svart ut et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om intensivkapasitet. Rapporten anbefaler en økning av kategori 2- og 1-senger innen 2027, med størst økning av kategori 1-sengene. Rehabiliteringssenger i akutt sykehusene vil ha høyere kompetanse/bemanning enn en ordinær seng på sengepost. For en best mulig ressursutnyttelse kan det være hensiktsmessig om helseforetakene ser behovet for en økt og fleksibel intensivkapasitet i sammenheng med behovet for senger til rehabilitering i tidlig fase.

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 starter parallelt med akutt medisinsk behandling for pasienter med risiko for langvarig funksjonstap

1. Helseforetakene/sykehusene iverksetter opptrappingsplan for implementering av tidlig rehabilitering) med mål om å opprette egne definerte rehabiliteringssenger i akutt sykehuset (jmf. Figur 6).
2. Helseforetakene/sykehusene utarbeider rutiner og prosedyrer som sikrer at alle aktuelle pasienter har en rehabiliteringsplan som følger pasienten gjennom hele forløpet.
3. Helse Sør-Øst RHF igangsetter et arbeid som definerer hvilke felles standardiserte kartleggingsverktøy som kan 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 innsatsstyrt 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.

Evalueringspunkter:

- Er tidlig rehabilitering synliggjort og etablert i alle helseforetak?
 - Prosedyrekode for utarbeidelse (OAEA00) og revidering (OCAA00) av rehabiliteringsplan følges.
 - Det er i helseforetakene i fase 2, etablert rehabiliteringssenger som også tilfredstiller kravet til en kategori 1 seng.
- 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 er 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 omhandler 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 å utvikle gode tjenester for fire utvalgte pasientgrupper, barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk og skrøpelige eldre [16]. 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)* [32], 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 innsatsområdet 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.

Lærings- og mestringstilbud er i dag ikke en naturlig del av koordinerte forløp i spesialisthelsetjenesten. Enkelte pasientgrupper får systematisk og strukturert opplæring som integrerte tiltak i pasientforløpet mens andre ikke får det, vurderes som uønsket variasjon [35].

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 generiske rehabiliteringsforløp, et som starter med akutfase og et for elektive pasienter med langvarig, kronisk- og /eller

- progresierende forløp. Lærings- og mestringstilbud skal være tilstrekkelig integrert i begge pasientforløpene, samt beskrivelse av ansvar for koordinator og individuell plan.
2. Helseforetakene/sykehusene/private avtaleparter etablerer et system for samhandlingsmøter/overføringsmøter mellom tjenestenivåene for den enkelte bruker. Brukeren gis mulighet til deltagelse.

Mål 2: Gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

1. Helseforetakene/sykehusene arbeider for at rehabilitering kommer på dagsorden i Helsefellesskapene.
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 [36]. Menon Economics har beregnet samfunnskostnadene grunnet muskel- og skjelettplager til 255 mrd. kroner [37]. 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]. Å fremme god muskel- og skjeletthelse krever en helhetlig og samordnet innsats i flere sektorer. For mange personer med muskel- og skjelettplager vil rehabiliteringstjenester, arbeidsrettede tjenester og andre oppfølgingstilbud i helse- og omsorgstjenesten være viktige for å forebygge og behandle muskel- og skjelettplager [38].

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 skjer 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 [39]. 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. RKE endret praksis som følge av konsernrevisjonens anbefalinger i 2019. RKE avslår i dag omlag 50% av alle henvisninger innen denne ytelsen, og gir i hovedsak rett til utredning/kartlegging.

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.

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 behandlingstilnærminger. Den faglige tilnærmingen varierer derfor mellom spesialistene i det enkelte fagområdet og mellom ulike fagmiljø. Dagens prioriteringsveileder og retningslinjer kan tolkes forskjellig og kriteriene for avslag kan derfor variere mellom helseforetakene.

Desto tidligere en effektiv behandling startes desto større er sannsynligheten for å oppnå et best mulig funksjonsnivå [32]. 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 [40] [41] [42]. 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 ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjeneste for pasientgruppen.
2. Helse Sør-Øst RHF arbeider for at alle pasienter er utredet/kartlagt poliklinisk i spesialisthelsetjenesten før de kan tilbys 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 utvikler mestringsrettede tiltak i primærhelsetjenesten i et samarbeid.

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 blir økonomisk lønnsomt å velge konservative tiltak fremfor kirurgiske eller invasive tiltak for pasient gruppen.
3. Helse Sør-Øst RHF tar initiativ til et samarbeid mellom helseforetak og kommuner om prehabilitering der dette 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» [3]. 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 frisklivssentraler og rask psykisk helsehjelp [43].

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 Helse og arbeid poliklinikker innen rehabilitering ved alle helseforetak i tillegg til tilbud hos private avtaleparter. Det ble også i anskaffelsen fra 2014, i større grad enn ved tidligere anskaffelser, vektlagt at deltakelse i arbeidsliv og utdanning skal være et mål, der det er relevant, innenfor alle fagområder/delytelse.

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 ytelse. 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 [43].

Ungt utenforskap er en av de store samfunnsutfordringene, mer enn 100.000 unge mellom 20 og 30 år deltar verken i utdanning eller arbeid. Årsakene er sammensatte, men psykisk helse og muskel-skjelett problematikk spiller en viktig rolle. Folkehelsemeldingen presiserer at det er viktig å fange opp unge som står i fare for å falle utenfor utdanning og arbeid. Tidlig innsats, tett og individuelt tilpasset, kan bidra til at flere kan fullføre utdanning og delta i arbeidslivet [38].

Utfordringer

«Strategi for fagfeltet Arbeid og helse» peker på en rekke utfordringer innen fagfeltet pr i dag [43]. 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 helsetjenesten 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 deltagelse i arbeid og utdanninger er et tema når det gjøres en funksjonsvurdering av 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.
3. Helseforetakene/sykehusene og primærhelsetjenesten utvikler arbeidsrettede tiltak i primærhelsetjenesten i et samarbeid.

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 Helsekommissjonen 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 Helsepersonellkommissjonen 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 vil 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.

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 å 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 rehabiliteringsinstitusjoner i større grad enn i dag kan bidra i utdanning av legespesialister i fysisk medisin og rehabilitering
5. I nye avtaler forplikter Helse Sør-Øst RHF institusjonene med hensyn til praksisplasser for aktuelle utdanninger.

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 fysisk 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. Forskingen 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 [11]. 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 [44]. 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.
2. Helse Sør-Øst RHF stimulerer til økt forskning og innovasjon på:
 - Innsatsområdene i fagplanen
 - Teknologisk og digital oppfølging/rehabilitering
 - 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

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

Planen inneholder 17 mål med forslag til 47 konkrete tiltak. De ulike målene kan tilsammen bidra til at befolkningen i Helse Sør-Øst får tilgang til gode, likeverdige helsetjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn og at det meste av rehabiliteringen skal skje der pasienten bor og eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I høringssvarene fra helseforetakene/sykehusene blir det pekt på inneliggende rehabilitering i tidlig fase som det viktigste innsatsområdet. I tillegg til helhetlige og sammenhengende pasientforløp og muskel og skjelett og langvarig smerte. Hos kommunene og øvrige høringsinstanser peker de fleste på «Helhetlige og sammenhengende pasientforløp» som det viktigste innsatsområdet.

Helse Sør-Øst RHF ser for seg en trinnvis innføring av innsatsområdene i tre faser hvor innsatsområdet 1, 2 og 3 vektlegges i en første fase (2024-2026). Tabellen under viser hvordan en slik prioritering kan settes opp, tiltak merket med grønt prioriteres først, deretter gult, og blått.

	1 (2024-2026)	2	3
Tiltak	Ansvar HSØ RHF	Ansvar HF	Tidsfrist/ prioritering

Høsten 2023 har Helse Sør-Øst RHF som oppfølging av fagplanen igangsatt tre prosjekter:

- Helse Sør-Øst RHF har startet arbeidet med en behovsvurdering. Behovsvurderingen skal konkludere med hvilket behov som er for tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering, hva som tilbys av helseforetakene/sykehusene og hva det vil være behov for å kjøpe av private leverandører.
- Helse Sør-Øst RHF har høsten 2023 startet et forarbeid til en pilot for å se på henvisningsforløpet til privat rehabiliteringsinstitusjoner innen delytelsen muskel og bløtdelsmerte og delytelsen helse og arbeid/arbeidsrettet rehabilitering. I henhold til fagplanen er et av tiltakene at alle pasienter er utredet/ kartlagt poliklinisk i spesialisthelsetjenesten før de kan tilbys rehabilitering/behandling.
- Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) har utarbeidet et generisk pasientforløp som starter med en akutt innleggelse.

For tiltak senere i planperioden vil Helse Sør-Øst RHF i 2024 starte et arbeid knyttet til prioritering og en tidsplan for gjennomføring av fagplanen. Det kan være behov for å tilpasse mål og tiltakene lokalt i helseforetakene

Det vil i et videre arbeid være nødvendig å følge opp regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering gjennom de ordinære styrings- og rapporteringslinjene. For noen av tiltakene er det behov for å utrede nærmere og eventuelt pilotere.

7. Referanser

- [1] Helse- og omsorgsdepartementet, «Meld.St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenestene nærhet og helhet,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2015.
- [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] 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].
- [4] Deloitte, «"Rehabilitering" Konsekvenser for kommunene av den stille reformen,» Kommunenes sentralforbund, Oslo, 2015.
- [5] Sosial- og helsedirektoratet, «Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse,» Sosial- og helsedirektoratet, Trondheim, 2006.
- [6] Fagråd rehabilitering, «Anbefaling om regionale og flerområdefunksjoner i rehabilitering,» Fagråd rehabilitering, Oslo, 2018.
- [7] Helse- og omsorgsdepartementet, «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2019.
- [8] Helse- og omsorgsdepartementet, «Revidert oppdragsdokument 2017,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2017.
- [9] Helsedirektoratet, «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer,» 11 Februar 2015. [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>.
- [10] Helsedirektoratet, «Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017-2021,» Helsedirektoratet, Oslo, 2022.
- [11] Helsedirektoratet, «Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019),» Helsedirektoratet, Oslo, 2020.
- [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, «Innsatstøyt 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, «Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2021.
- [18] Helse- og omsorgsdepartementet, «Oppdragsdokument 2013 Helse Sør-Øst RHF,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2013.
- [19] Helse Sør-Øst RHF, «BHL ervervet hjerneskade for barn og unge 0-18 år,» 2022. [Internett]. Available: <https://metodebok.no/index.php?action=chapter&item=BjLJRAwY>. [Funnet 16 02 2023].

- [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] European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, «White book og physical and rehabilitation medicine in europe (norsk versjon oktober 2011),» 20011. [Internett]. Available: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/09a8bb264603434ebd2cc380a23617c5/white-book-2011.pdf>. [Funnet 12 04 2023].
- [25] Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, «Traumeplan NKT,» 2020. [Internett]. Available: <https://metodebok.no/index.php?action=book&book=traumeplan>. [Funnet 12 04 2023].
- [26] World Health Organization, «Rehabilitation in health systems, guide for action,» World Health Organization, Genève, 2019.
- [27] 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].
- [28] Helse- og omsorgsdepartementet, «Nasjonal helse- og sykehusplan, Meld. St. 11,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2015.
- [29] Helse- og omsorgsdepartementet, «Oppdragsdokument 2022 Helse Sør-Øst RHF,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2022.
- [30] Helsedirektoratet, «Koronavirus-beslutninger og anbefalinger Nasjonal veileder,» 2023. [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronaviru>. [Funnet 17 04 2023].
- [31] Helsedirektoratet, «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet,» Helsedirektoratet, Oslo, 2012.
- [32] Helse- og omsorgsdepartementet, «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019),» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2016.
- [33] Helse- og omsorgsdepartementet, «Samhandlingsreformen,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2009.
- [34] Helsedirektoratet, «Nasjonal veileder til lov om samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak,» 4 juli 2022. [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>.
- [35] Helsedirektoratet, «Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene Utfordringer og forbedringsområder for tilbud i helseforetak og kommuner og samhandlingen mellom tjenestenivåene Forprosjekt,» Helsedirektoratet, Oslo, 2021.
- [36] 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].
- [37] Menon Economics, «Muskel- og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest-koster mest vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnadene,» Menon Economics, Oslo, 2019.

-
- [38] Helse- og omsorgsdepartementet, «Folkehelsemeldinga Meld. St. 15 (2022-2023),» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2023.
- [39] Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, «Revisjon av vurderingspraksis ved henvisning til rehabilitering Regional koordinerende enhet,» Helse Sør-Øst RHF, Oslo, 2019.
- [40] Siemieniuk et al., «Arthroscopic surgery of degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline,» *BMJ*, 2017. [Internett]. [Funnet 2 Mars 2021].
- [41] Vandvik et al., «Subacromial decompression surgery for adult with shoulder pain: a clinical practice guideline,» *bmj*, 2019. [Internett]. [Funnet 2020 11 23].
- [42] 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].
- [43] Arbeids-og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet , «Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse,» Arbeids-og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet , Oslo, 2021.
- [44] Riksrevisjonen, «Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene Dokument 3:5 (2016-2017),» Riksrevisjonen, Oslo, 2017.
- [45] Helsedirektoratet, «Helskompetansen i fem utvalgte innvandringspopulasjoner i norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam,» Helsedirektoratet, Oslo, 2021.
- [46] Helsedirektoratet, «Helsekompetanse- kunnskap og tiltak,» 2021. [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>. [Funnet 16 2 2023].
- [47] U. Stenberg, A. Vågan, M. Flink, K. Fredriksen og K. F. Westermann, « Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature.» *Patient Educ Couns*, pp. 1006-35, 101 (06) 2018.
- [48] U. Stenberg, M. Haaland-Øverby , K. Fredriksen, K. F. Westermann og T. A. Kvisvik, «A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness,» *Patient Educ Couns*, pp. 1759-71, 99:(11) 2016.
- [49] Helse- og omsorgsdepartementet, «Strategi for å øke Helsekompetansen i befolkningen 2019-2023,» Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2019.

Vedlegg

Styringsgruppe - deltakere

Helseforetak/organisasjon	Navn
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 HF	Bente Heggedal Gerner, avdelingsleder
Sunnaas sykehus HF	Kathi Sørvig, klinikkjef
Sykehuset i Vestfold HF	Gro Aasland, klinikkjef
Sykehuset Østfold HF	Volker Solyga, klinikkjef 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 HF	Erik Hansen

Prosjektgruppe - deltakere

Helseforetak/organisasjon	Navn
Helse Sør-Øst RHF	Andreas Horsdal Prosjektleder
Helse Sør-Øst RHF	Tove H. Otterstad, spesialrådgiver, somatikk og rehabilitering
Helse Sør-Øst RHF	Trude Hirgum, spesialrådgiver, somatikk og rehabilitering
Oslo universitetssykehus HF	Nada Andelic, Seksjonsleder og forskningsleder
Sykehuset Innlandet HF	Anders Ledsaak Norlund, Avdelingsjef fysikalsk medisin og rehabilitering
Sørlandet sykehus HF	Anne Kari Thomassen, Avdelingsjef fysikalsk medisin og rehabilitering
Sykehuset Telemark HF	Caroline Torskog, Avdelingsleder nevrologi og slag
Vestre Viken HF	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 HF	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 Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Sykehus	Liv Hopen

