

Revmatologisk rehabilitering i Norge: Hvordan sikrer vi det rette tilbud i rehabiliteringskjeden?

Professor Kåre Birger Hagen

Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter,
Diakonhjemmet Sykehus

Inst. for samfunn og helse, Universitetet i Oslo

k.b.hagen@medisin.uio.no



Disposisjon

- ❖ ***Definisjoner***
- ❖ Strukturelle betingelser i Norge
- ❖ Hva vet vi om innhold og resultater av revmatologiske rehabilitering
- ❖ Forslag til organisering i spesialisthelsetjenesten
- ❖ Fremtidige utfordringer



Rehabilitering (i Norge)

”Tidsavgrenset, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”

Stortingsmelding nr 21, 1999

Revmatiske sykdommer

- Betennelsesaktige leddsykdommer
[revmatoid artritt, Bechterews sykdom]
- Degenerative leddsykdommer [artrose, polyartrose]
- Bløtdelsrevmatisme [fibromyalgi, myalgi, kronisk muskelsmertesyndrom]

Faser i et 'revmatologisk' pasientforløp

Fire faser hvor rehabilitering er en integrert del av tiltakene.

1. Diagnosefase
2. Medisinsk behandlingsfase
3. Tidlig rehabiliteringsfase
4. Sen rehabiliteringsfase

Fra URT- rapporten (2006) Utredning om rehabilitering i helseregion Øst, og Handlingsplan for revmatologi 2008-2013 Helse-Nord.



Rehabiliteringsbehov i forhold til fase

Rehabiliteringsfase	Rehabiliteringsbehov
Diagnosefase	Sykdomsforståelse for å kunne orientere seg i ny livssituasjon
Medisinsk behandlingsfase	Funksjonstrening/forbedring, individuell veiledning
Tidlig rehabiliteringsfase	Funksjonstrening/forbedring, fokus på aktivitet og deltakelse, videreutvikling av gode mestringsstrategier
Sen rehabiliteringsfase	Utfordringer med aktivitet og deltakelse som følge av ulike tilleggsbelastninger; eks sammensatte psykososiale problemstillinger, medikamentavhengighet eller lignende

(Innspill fra regional arbeidsgruppe innen revmatologisk rehabilitering Helse Sør-Øst til Regionalt fagråd i rehabilitering 2009)

Disposisjon

- ❖ Definisjoner
- ❖ ***Strukturelle betingelser i Norge***
- ❖ Hva vet vi om innhold og resultater av revmatologiske rehabilitering
- ❖ Forslag til organisering i spesialisthelsetjenesten
- ❖ Fremtidige utfordringer



Nivåer for revmatologisk rehabilitering

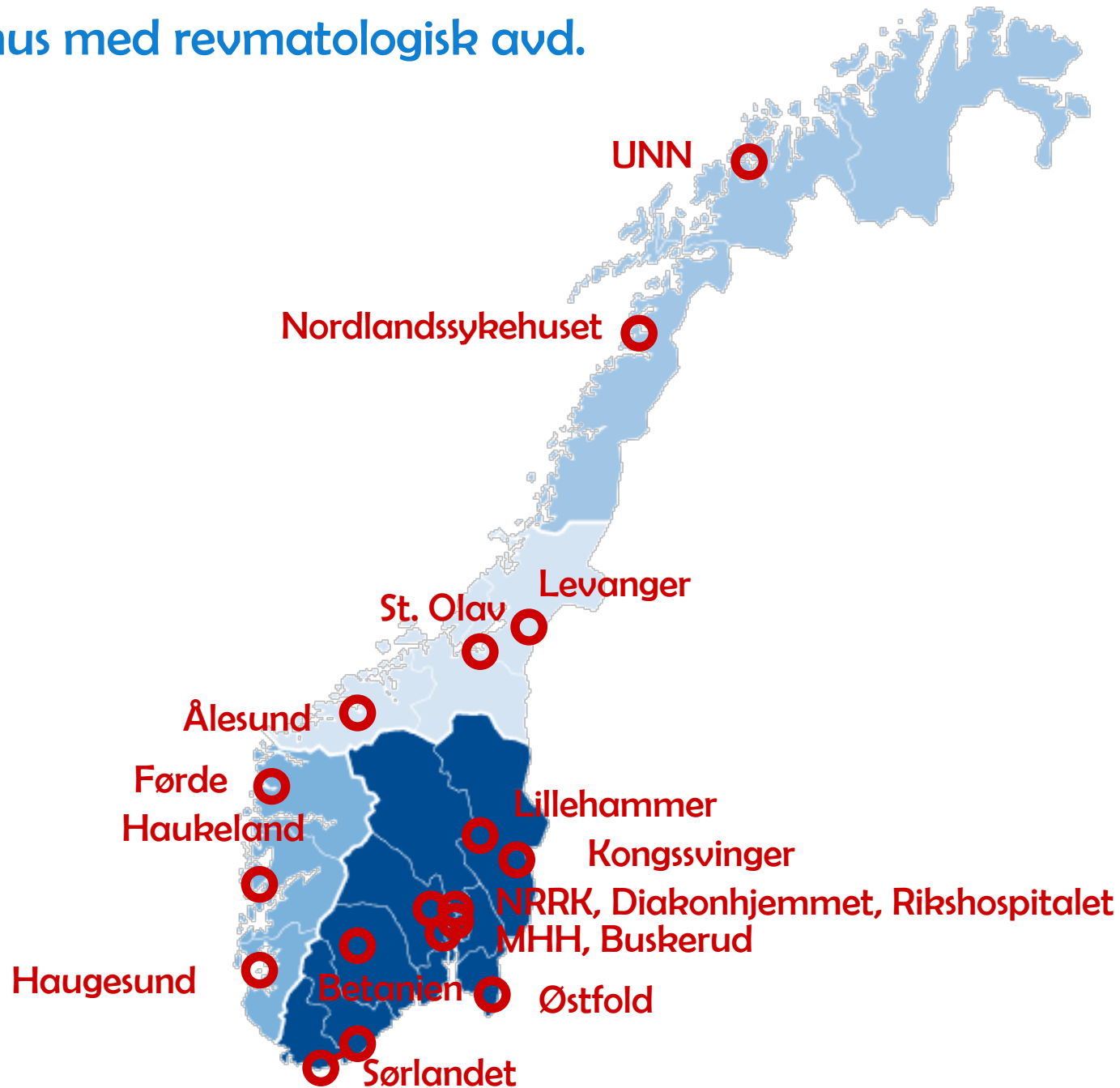
- **Kommunalt**
 - I primærhelsetjenesten
- **Regionalt**
 - På rehabiliteringsinstitusjoner
 - På revmatologiske sykehusavdelinger el. spesialsykehus
 - I spesialisert nasjonal revmatologisk rehabiliteringsinstitusjon
- **Nasjonalt**
 - Gjennom behandlingsreiseordningen.

Spesialist-
helsetjenesten

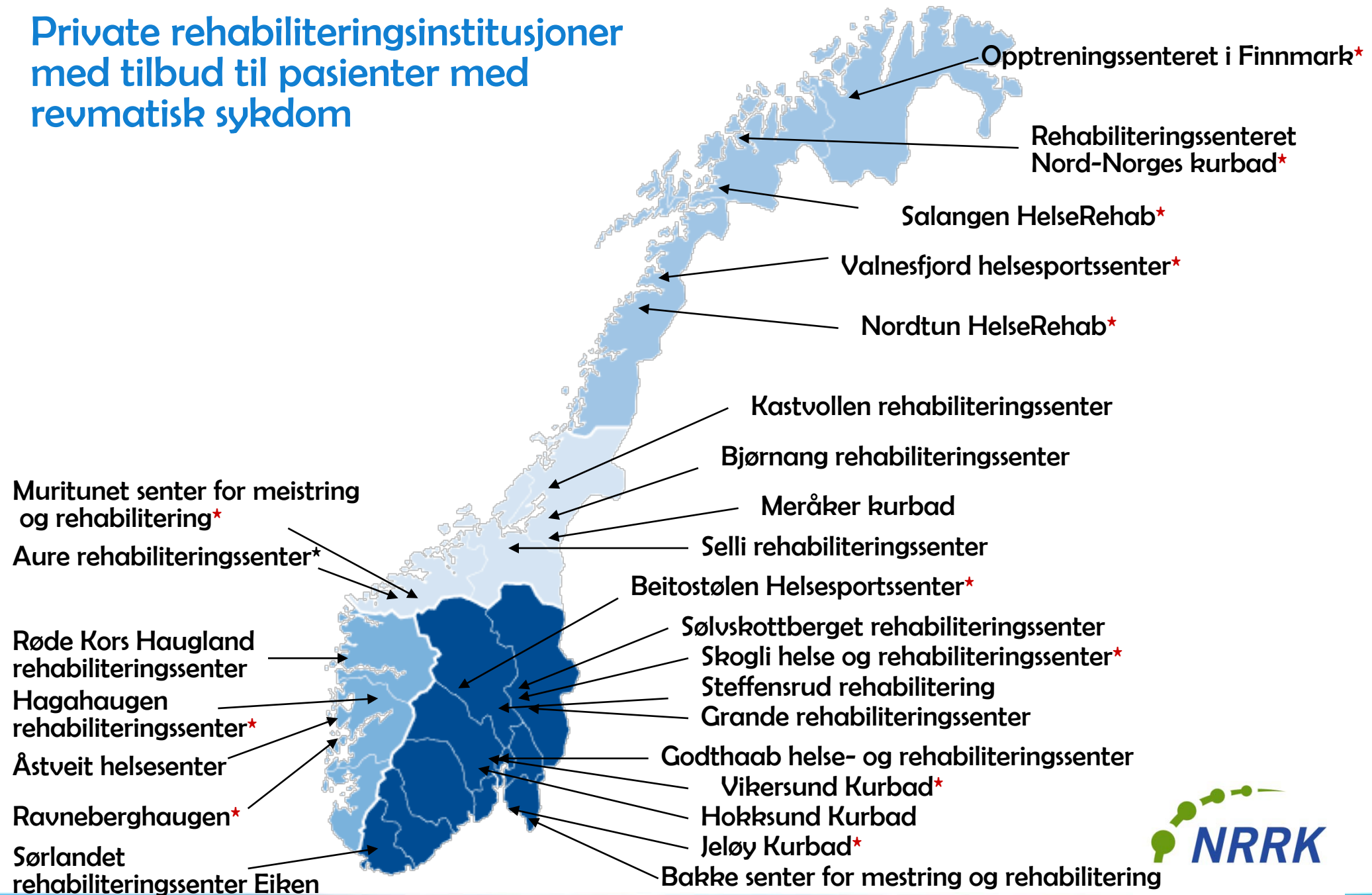
Organisering av spesialist- helsetjenesten



Sykehus med revmatologisk avd.



Private rehabiliteringsinstitusjoner med tilbud til pasienter med revmatisk sykdom



Disposisjon

- ❖ Definisjoner
- ❖ Strukturelle betingelser i Norge
- ❖ ***Hva vet vi om innhold og resultater av revmatologiske rehabilitering***
- ❖ Forslag til organisering i spesialisthelsetjenesten
- ❖ Fremtidige utfordringer



Struktur, **P**rosess og **O**pplevelser i **R**evmatologisk rehabilitering

SPOR-prosjektgruppe:

Margreth Grotle, Mari Klokke, Ida Løchting, Till Uhlig og Kåre Birger Hagen

I samarbeid med 9 rehabiliteringsinstitusjoner og
4 revmatologiske sykehusavdelinger

Design

Struktur,
Sosiodemografisk
Klinisk/medisinsk
Helsestatus/mestring
Rehab.mål

Opplevelser/
tilfredshet
Helsestatus/
mestring
Rehab.mål

Helsestatus/
mestring

Prosess
REHABDAGBOKEN

Bruk av helsetjenester/
kostnader

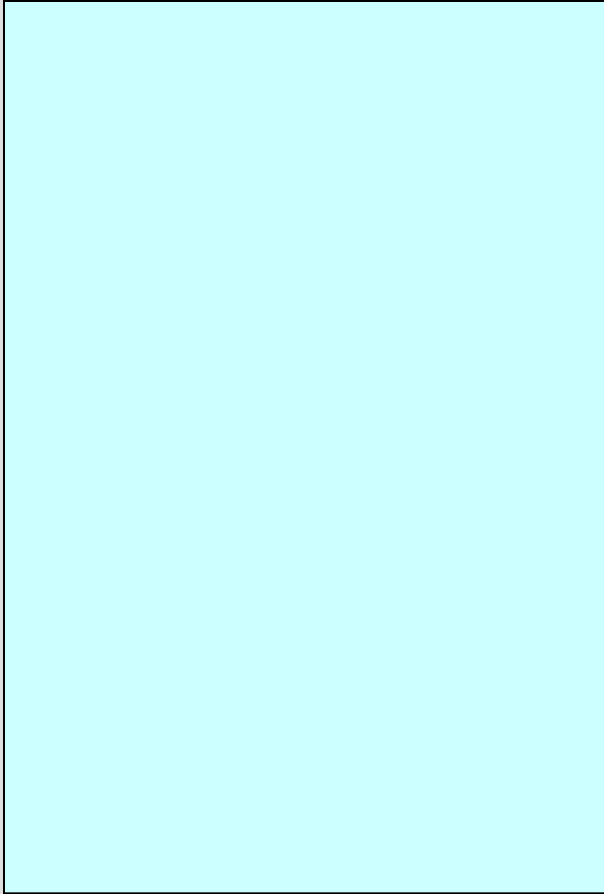
Innleggelse

Utskriving

6 mnd etter
utskrivning

The STAR-ETIC framework for describing rehabilitation

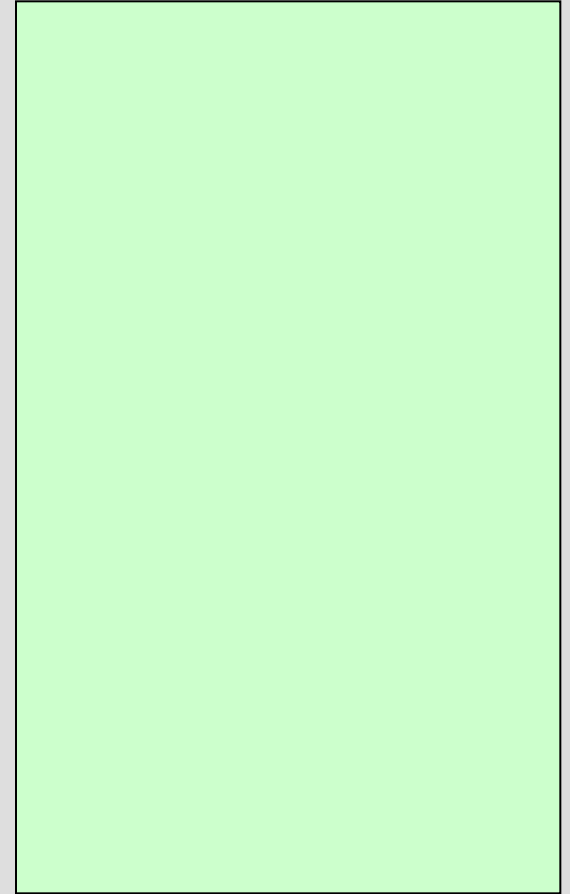
Structure



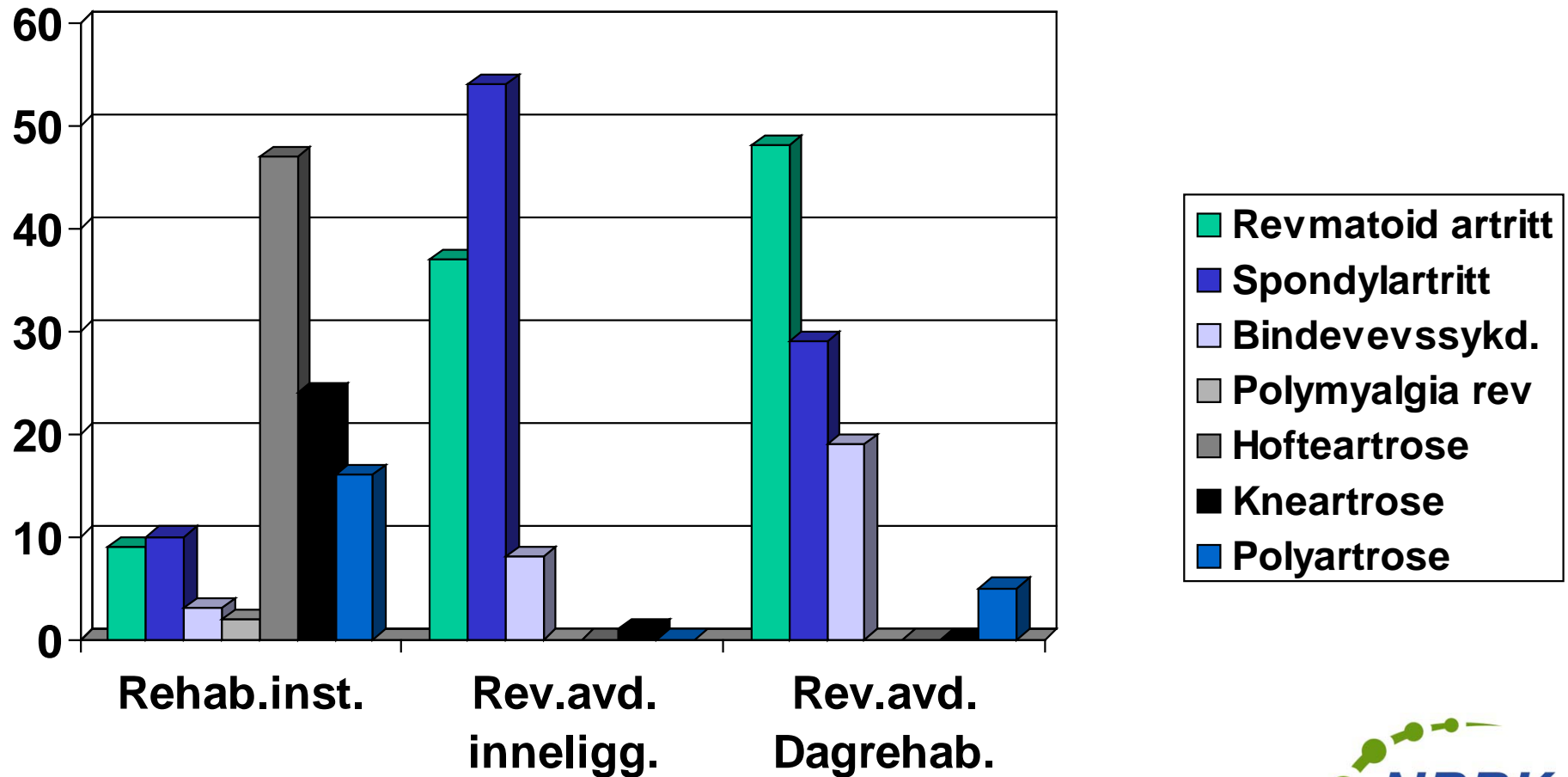
Process



Outcome



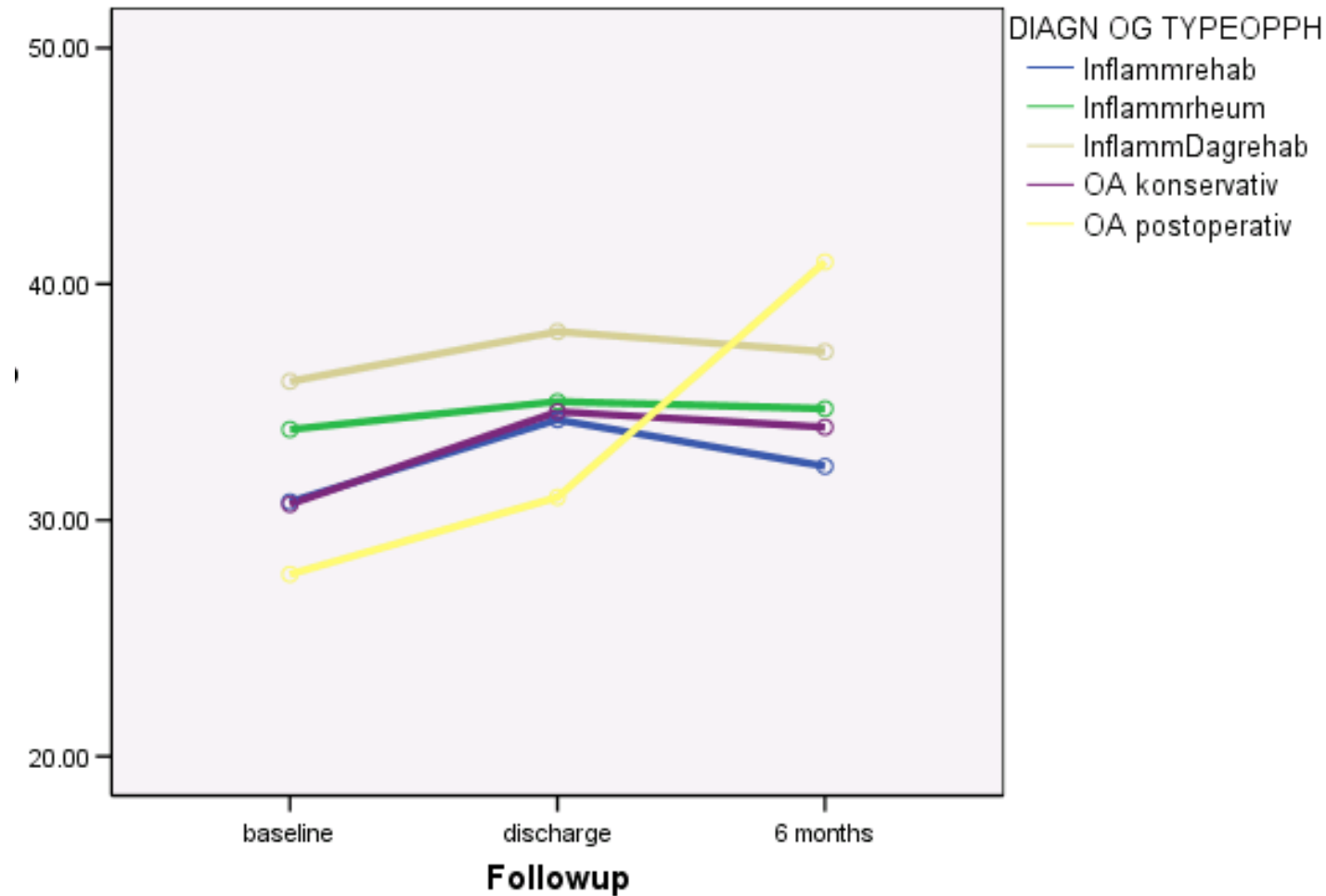
Diagnosefordelingen i utvalget i prosent (%)



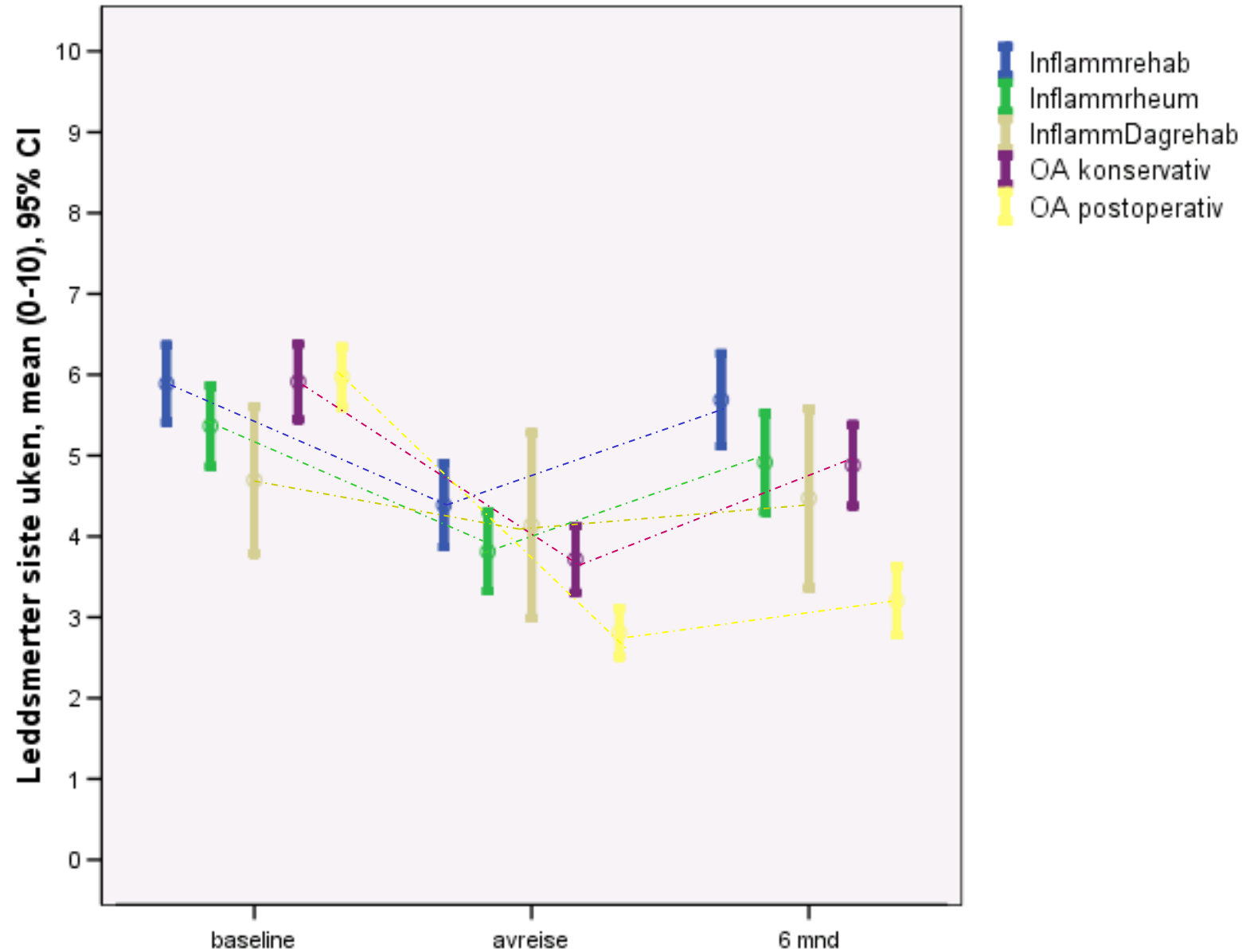
Struktur/klinisk setting (n=433)

Rehabiliterings inst (n=338)	Revmatologisk avdeling (n=95)	
9 institusjoner Innlagte pas. (n=338)	3 avdelinger Innlagte pas (n=74)	1 avdeling Dagrehabilitering (n=21)
Lege, fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut, sosionom (på noen av institusjonene) (gj.snitt antall helsepers. pr.opphold: 2.9) Opphold=23 dager	Lege, fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut, sosionom, psykolog (1 enhet) (gj.snitt antall helsepers. pr.opphold: 4.1) Opphold=17 dager	Sykepleier, fysioterapeut, lege tilgjengelig "Self-management" Pasientundervisning i grupper (gj.snitt antall helsepers. pr. opphold: 2.7) Opphold=12 dager

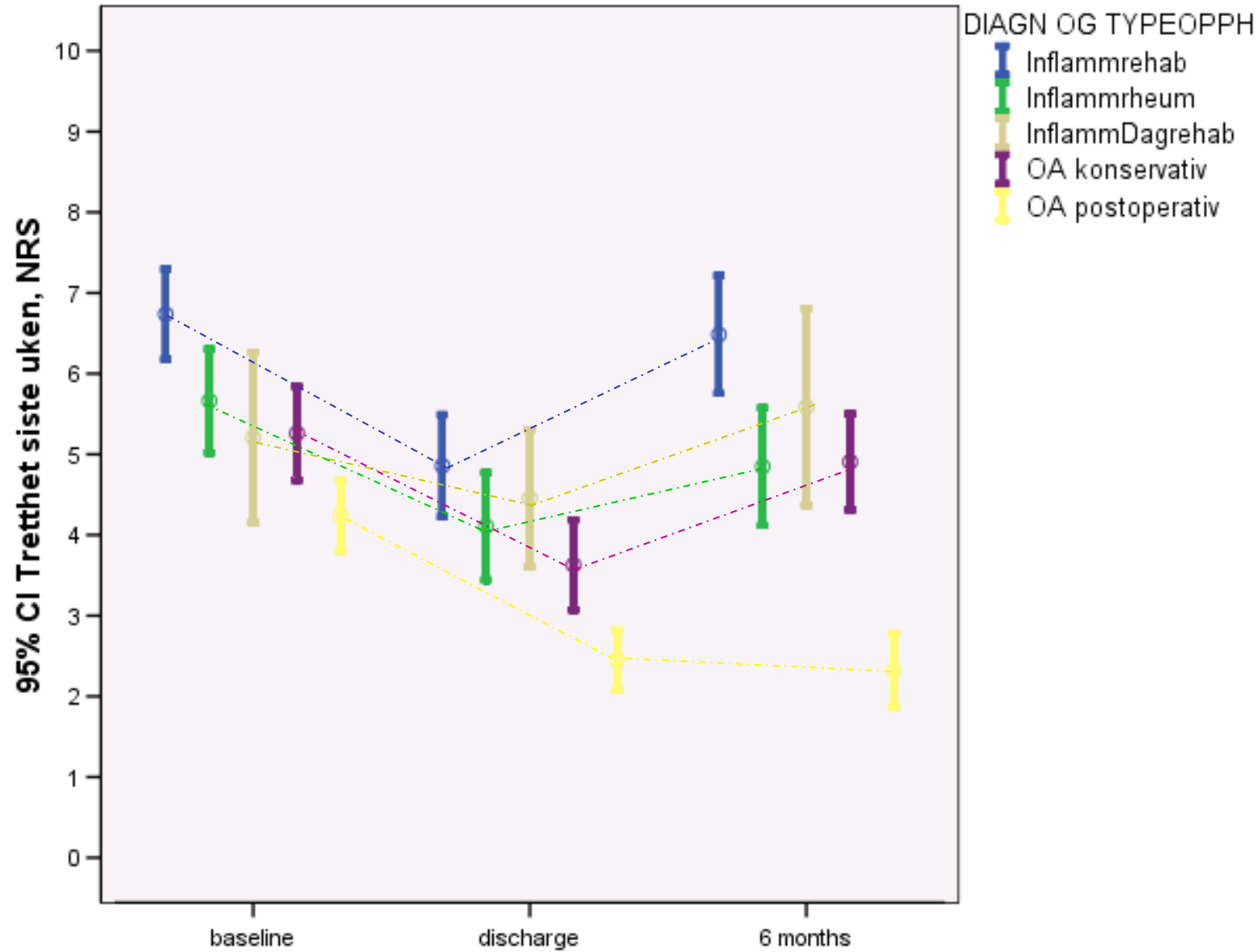
Fysisk helse (SF36 fysisk sum)



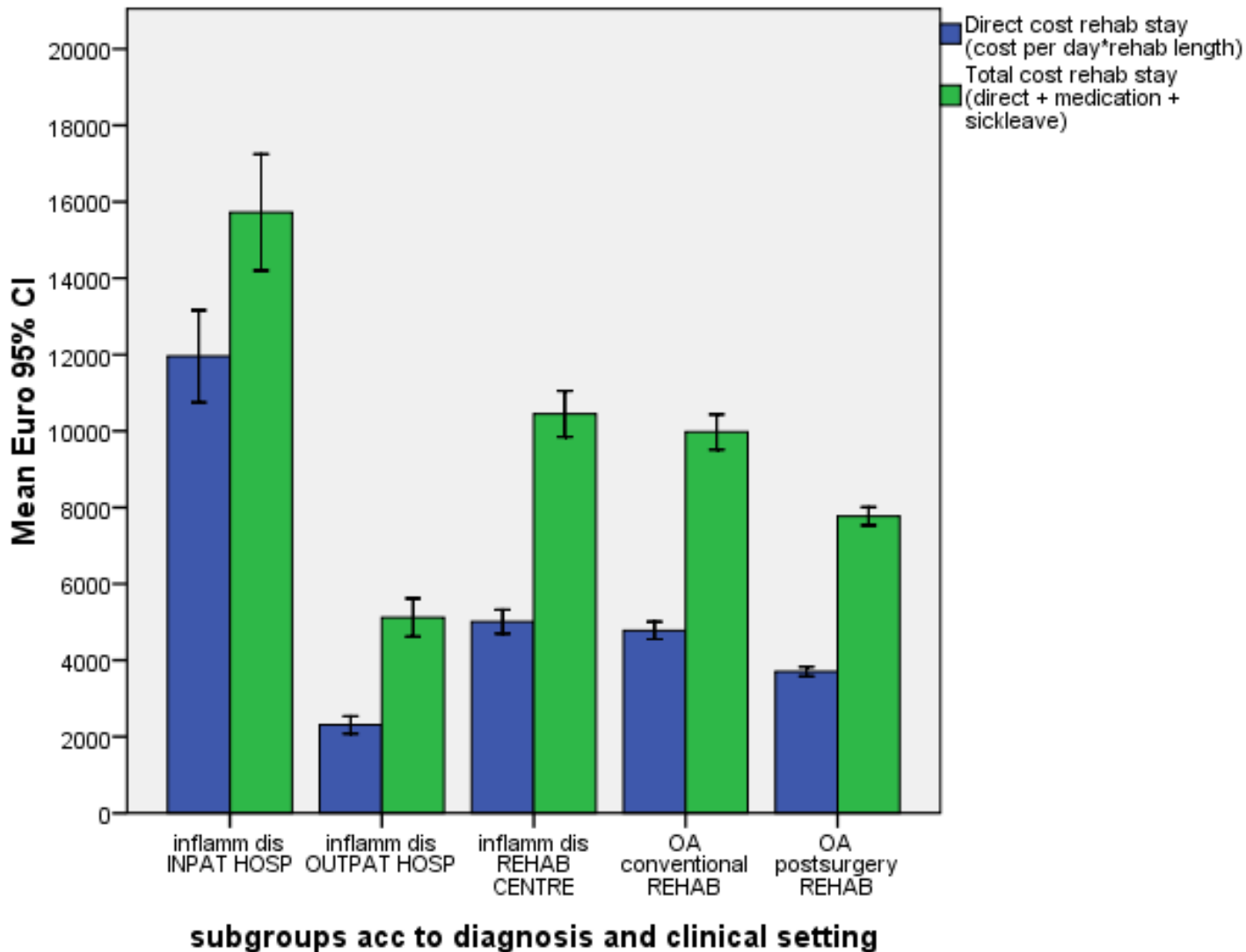
Smerte



Tretthet-(fatigue)



Costs for rehab stay - euro



Significant higher costs in the hospital units as compared to the rehab centres (p<.001)

Despite shorter stay at hospitals

Error bars: 95% CI

Disposisjon

- ❖ Definisjoner
- ❖ Strukturelle betingelser
- ❖ Hva vet vi om innhold og resultater av revmatologiske rehabilitering
- ❖ ***Forslag til organisering i spesialisthelsetjenesten***
- ❖ Fremtidige utfordringer



Regional gruppe innen revmatologisk rehabilitering som har jobbet med å forbedre samhandlingen i rehabiliteringskjeden i Helse Sør-Øst.

- Hvilke pasienter skal rehabiliteres på ulike nivå?



Sør-Øst

Rehabiliteringsinstitusjoner

- Pasienter som ikke trenger sykehusopphold, har behov for bedring og vedlikehold av fysisk funksjon, som trenger et intensivt treningsopplegg, og ikke får behovet sitt dekket i kommunehelsetjenesten.

Kriterier	Eksempelvis
Behov som ikke dekkes i kommunehelsetjenesten	Intensiv, individuelt tilrettelagt trening
Omfatter mer enn de inflammatoriske revmatiske sykdommer,	Artrose, fibromyalgi
Smertemestring, leve med sykdommen i hverdagen	Mestringskurs

Sykehus

• Rehabiliteringstilbud på sykehusnivå er flerområdefunksjon ved innleggelser. Poliklinisk rehabilitering foregår ved alle revmatologiske avdelinger.

Kriterier	Eksempelvis
Rehabiliteringsbehov	Endring eller vedlikehold av fysisk funksjonsnivå og mestring
Diagnose	Inflammatorisk revmatisk sykdom. Ikke-stabil fase, og/eller tilleggsproblemer. Pasienter med langvarig aktiv sykdom, problemer med medikasjon. Pasienter med mye sekvele.
Hjelpebehov	Redusert funksjonsnivå. Behov for hjelp i daglige funksjoner, ifht. rehabilitering
Komorbiditet	Moderate eller alvorlige tilleggssykdommer, somatiske eller psykiske som kompliserer rehabiliteringssituasjonen.
Psykososial kompleksitet med behov	Livsfaseutfordringer eks; "Ung til voksen", etablering av familie (svangerskap/fødsel) Livskriser. Vurdering for individuell plan Problemstillinger knyttet til arbeid Overforbruk av medikamenter
Behov for tverrfaglig vurdering	Medisinsk eller kirurgisk vurdering som har betydning for rehabiliteringssituasjonen Behov for tverrfaglig team, minimum basisteam som definert

Nasjonalt behandlingstjeneste

- Samme kriterier som for sykehusnivå, men der rehab på sykehus er forsøkt uten tilfredstillende resultater

Kriterier	Eksempelvis
Psykososial kompleksitet	
Store livsfaseutfordringer	I familie og arbeid, psykiske tilleggsbelastninger
Krise i relasjoner/kompliserte familierelasjoner	
Overforbruk knyttet til smerteproblematikk	Igangsette nedtrapping
Overgang fra ung til voksen	Der man trenger mye ressurser for å hjelpe vedkommende ut i voksenlivet; eks. jobb, individuell plan (fortrinnsvise i gruppe)
Rehabiliteringsvurdering	Pasient eller team i flerområdesykehus har behov for nye innspill i kompliserte saker ("second opinion")
Behov for ekstra involvering av pårørende	Behov for å inkludere pårørende i ulike møter i rehabiliteringsprosessen

Nivåer for revmatologisk rehabilitering

1. I kommunehelsetjenesten
2. ***På rehabiliteringsinstitusjoner og helsesportssentre***
3. ***På revmatologiske sykehusavdelinger el. spesialsykehus***
4. ***I spesialisert nasjonal revmatologisk rehabiliteringsinstitusjon***
5. Gjennom behandlingsreiseordningen.

Spesialist-
helsetjenesten

Klarer vi i spesialisthelsetjenesten å organisere en helhetlig rehabiliteringskjede (frivillig)?



- I AM NATURALLY SKEPTICAL OF RESULTS
I DO NOT PRODUCE MYSELF.

Hva skjer i Norge nå

- Samhandlingsreformen
 - kommunene skal styrkes
 - økt fokus på forebygging



- Helsedirektoratets rapport; Privat i offentlig sektor
 - tydeliggjøring av de private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle og plass i spesialisthelsetjenesten

Disposisjon

- ❖ Definisjoner
- ❖ Strukturelle betingelser
- ❖ Hva vet vi om innhold og resultater av revmatologiske rehabilitering
- ❖ Forslag til organisering i spesialisthelsetjenesten
- ❖ ***Fremtidige utfordringer***



Fremtidige utfordringer

- Bedre organisering i spesialisthelsetjenesten
 - Tydeligere funksjonsfordeling
 - Styrking av private rehabiliteringsinstitusjoners rolle
- Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
 - Samhandlingsreformen
- Økt fokus på innhold og faglig kvalitet av rehabiliteringstjenestene
 - Overdreven tro på strukturreformer!!
 - Sats på forskning!!

En stor takk til:

**Mine kolleger Mari Klokkerud, Margreth Grotle
og Therese Bjor**

