



NASJONAL BEHANDLINGSTJENESTE

for revmatologisk rehabilitering
av pasienter med særlige behov



KVALITETSRAPPORT 2023



Diakonhjemmet
Sykehus

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	3
1. Høydepunkter fra året 2023.....	4
2. NBRR sitt behandlingstilbud.....	5
2.1 Individuelle opphold (standardtilbudet).....	5
2.2 Rehabiliteringsopphold i gruppe.....	5
3. Aktivitet og nøkkeltall.....	6
3.1 Ventetid.....	6
3.2 Antall opphold.....	6
3.3 Oppholdstyper og lengde på opphold.....	6
4. Beskrivelse av årets pasientgruppe.....	7
4.1 Kjønn og aldersfordeling.....	7
4.2 Sivilstand og utdanning.....	7
4.3 Arbeid og trygdeytelser.....	8
4.4 Revmatologiske diagnoser.....	8
4.5 Sykdomsvarighet.....	9
4.6 Aktuelle behandlingsregimer.....	9
4.7 Komorbiditet (tilleggsdiagnoser).....	10
4.8 Kroppsmasseindex (KMI).....	11
4.9 Helserelatert livskvalitet ved innledende rehabiliteringsopphold.....	11
4.10 Psykisk helse ved innledende rehabiliteringsopphold.....	14
4.11 Sykdomsforståelse ved innledende rehabiliteringsopphold.....	15
5. Mandat og resultatmål.....	17
5.1 Om mandat og resultatmål.....	17
5.2 Yte helsehjelp til alle pasienter som har behov for den høyspesialiserte behandlingen.....	17
5.3 Likeverdig tilgjengelighet.....	18
5.4 Etablere faglige referansegrupper.....	19
5.5 Kunnskap og kompetanseoppbygging.....	19
5.6 Pasientperspektivet.....	22
6. Kvalitetsmål.....	23
6.1 Om kvalitetsmålene.....	23
6.2 Svarprosent på evalueringsskjemaer.....	23
6.3 Informasjon før oppholdet.....	23
6.4 Høflighet og respekt.....	24
6.5 Pasientenes mål for oppholdet.....	24
6.6 Opplevelse av tverrfaglig samarbeid.....	25
6.7 Er det noe ved oppholdet du ville ønsket annerledes?.....	26
6.8 Er det noe ved oppholdet du er spesielt fornøyd med?.....	27

7.	Behandlingsresultater	28
7.1	Endring i livskvalitet.....	28
7.2	Endring i psykisk helse.....	31
7.3	Endring i sykdomsforståelse.....	32
7.4	Utbytte 6 måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold	33
8.	Tverrfaglige team (Personale og kompetanseoversikt)	36

Innledning

Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR) er, som navnet tilsier, en *nasjonal* behandlingstjeneste. Nasjonale tjenester er pålagt å *overvåke og formidle behandlingsresultater*, og den årlige kvalitetsrapporten er den del av dette arbeidet. Kvalitetsrapporten er også en del av NBRR sitt systematiske kvalitetsarbeid. I rapporten presenteres resultatene av pasientbehandlingen, utviklingen av resultatmål og utvalgte kvalitetsmål, samt tiltak som gjøres for å opprettholde eller forbedre kvaliteten på behandlingstilbudet.

Resultatene som presenteres i rapporten er hentet fra driftstall og ulike pasientrapporterte spørreskjemaer som pasientene besvarer under oppholdet. Dataene bygger på prosjektet «*Livskvalitet og sykdomsforståelse hos pasienter innlagt til revmatologisk rehabilitering på 3.linjenivå: Status ved innleggelse og effekt av 3 ukers tverrfaglig spesialisert rehabilitering*». Dette er et prosjekt der NBRR systematisk samler inn informasjon om pasientgruppen, behandlingsresultater, pasienttilfredshet og pasientevaluert utbytte.

Rapporten starter med NBRR sin aktivitet i året som har vært, etterfulgt av en kort beskrivelse av NBRRs behandlingstilbud. Under aktivitet og nøkkeltall fremlegges relevante tall tilknyttet driften i 2023. Videre beskrives pasientgruppen for 2023, resultater for resultatmål, kvalitetsmålene og tiltak for opprettholdelse og forbedring. Under behandlingsresultater fremlegges utbytte av rehabiliteringsoppholdene ved utreise og 6 måneder etter utreise. Til slutt fremlegges en beskrivelse av NBRR sitt tverrfaglige team.

God lesning.

1. Høydepunkter fra året 2023

I 2023 har det vært flere spennende prosesser og prosjekter på Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR). Det har vært et spesielt fokus på resultatmålet tilknyttet rehabiliteringstilbud for personer med bindevevs- og vaskulittsykdommer, samt digitalisering.

Digitalisering av innkallingsbrevet ble innført i 2022. I forlengelsen av dette har det i 2023 vært arbeidet med å digitalisere hele innkallingsprosessen. Deler av arbeidet har vært gjennomført i samarbeid med Norsk helsenett og avdelingen Fag, kvalitet og IKT ved sykehuset. Samarbeidet har resultert i et digitalt spørreskjema for innhenting av egenrapporterte pasientopplysninger i forkant av opphold. Spørreskjemaet vil tas i bruk på nyåret 2024. Arbeidet med å digitalisere pasienttilfredshetskjema og 6 måneders telefonoppfølging ble også igangsatt. I tillegg til at digitaliseringen vil være ressursbesparende, er det også en del av klimaengasjementet til NBRR.

Nettsiden til NBRR har blitt grundig gjennomgått og revidert. I den forbindelse har søknadsskjemaet blitt erstattet med en søknadsmal som henviser enkelt kan kopiere inn i et henvisningsbrev. Dette forenkler søknadsprosessen for henviser, sikrer bedre henvisninger og bidrar til mindre merarbeid i form av færre forespørslers om tilleggsinformasjon.

Det har blitt gjennomført flere gruppeopphold i 2023. Gruppeoppholdet for pasienter med inflammatoriske bindevevssykdommer og vaskulitter (BiVa-NBRR) ble gjennomført for første gang. Det ble i tillegg gjennomført to UngNBRR-gruppeopphold i løpet av året. Det kommer stadig flere søknader med ønske om gruppeopphold. Dette kan tyde på at gruppetilbudene begynner å bli kjent og verdsatt blant pasienter og henvisere.

For å ivareta og videreutvikle kompetansen i teamet, har det blitt arrangert tre fagdager for hele det tverrfaglige teamet.

I 2023 har flere faste teammedlemmer hatt permisjon store deler av året. Det har medført nye personer i rollen som sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, fagsykepleier og enhetsleder. Teamet har fått gleden av å bli kjent med nye dyktige medarbeidere som på hver sin måte har beriket sosialt og faglig miljø. NBRR sine grunnleggende verdier, engasjement for pasientgruppen og tidligere innarbeidet struktur i rehabiliteringsarbeidet, har vært avgjørende for et godt fungerende team i en situasjon med store endringer.

Høsten 2020 formidlet Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst et ønske om å samle Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) og NBRR til én felles nasjonal tjeneste. Det ble besluttet å innlemme NKRR i NBRR ved årsskifte 2023/2024. Året 2023 har blitt benyttet til å planlegge omstillingsprosessen, og mot slutten av året ble det klarhet i de økonomiske rammene og sammenslåingen ble iverksatt.

2. NBRR sitt behandlingstilbud

2.1 Individuelle opphold (standardtilbudet)

NBRR har 5 sengeplasser for rehabilitering av pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom. Pasientene kommer først til et innledende rehabiliteringsopphold på 5-10 dager for en grundig tverrfaglig kartlegging og avklaring av pasientens utfordringer og rehabiliteringsbehov. Der det er aktuelt iverksettes diverse innledende tiltak, nødvendige henvisninger utarbeides og lokalt hjelpeapparat involveres/orienteres. Dersom det vurderes hensiktsmessig med videre rehabilitering ved NBRR inviteres pasienten tilbake til et rehabiliteringsopphold på 2-3 uker. Under rehabiliteringsoppholdet står pasientens mål i fokus og det tverrfaglige teamet bistår pasienten i rehabiliteringsprosessen. Rehabiliteringsoppholdet kan for noen pasienter gjennomføres i form av et gruppeopphold (se under). Etter et rehabiliteringsopphold kan det i enkelte tilfeller være hensiktsmessig med et oppfølgingsopphold på 5-10 dager for å styrke en positiv utvikling, opprettholde endringer og forebygge tilbakefall.

2.2 Rehabiliteringsopphold i gruppe

NBRR tilbyr to typer rehabiliteringsopphold i gruppe for enkelte pasientgrupper i tillegg til individuelle opphold. De ulike formene for gruppeopphold arrangeres 1-2 ganger i året. Gruppeopphold inneholder gruppeundervisning/-samtaler og sosiale samlingspunkt i tillegg til individuelle samtaler med alle faggrupper. Alle pasienter som kommer til et gruppeopphold har tidligere gjennomført et individuelt innledende rehabiliteringsopphold ved NBRR.

2.2.1 UngNBRR

UngNBRR er et gruppebasert tilbud for pasienter i alderen 18-35 år med spesielt fokus på utfordringer knyttet til overgangen fra ungdom til voksen med kronisk sykdom. Dette inkluderer blant annet tema som arbeid og utdanning, hverdagsliv, utmattelse, samliv og seksualitet. Nytteeffekten av å møte andre unge mennesker med revmatisk sykdom er også en sentral del av UngNBRR, og det er derfor fokus på å arrangere felles sosiale arenaer med spillkvelder og matlaging.

2.2.2 BiVa-NBRR

BiVa-NBRR er et gruppeopphold for pasienter med inflammatoriske bindevevssykdommer og vaskulitter. Viktige tema som blir løftet frem er utmattelse, hverdagsliv, hvordan snakke med andre om sykdommen, samliv, fellestrekk ved de aktuelle sykdommene og virkning/bivirkning av medisiner. Felleskap med andre som har sjeldne sykdommer poengteres av brukerne som spesielt nyttig.

Tilbudet er et resultat av et strukturert arbeid over lengre tid (se under resultatmålet som omhandler pasientgruppa under punkt 5.2).

3. Aktivitet og nøkkeltall

3.1 Ventetid

Ventetiden regnes kun ut på nyhenviste pasienter som gjennomførte et innledende rehabiliteringsopphold i 2023. Ventetiden er tiden fra henvisningen er registrert til dato som gis i første innkalling. Pasientbestemte utsettelse er ikke med i dette tallet.

Det ble i 2023 gjennomført 56 innledende rehabiliteringsopphold. Disse pasientene hadde en median ventetid på 117 dager fra registrert henvisning til dato for første innkalling. Ventetiden varierte fra 7 til 257 dager.

Resultatet viser en økning i ventetid fra fjorårets median på 77 dager. Det kan være flere årsaker til dette, men en viktig medvirkende faktor er doubling av antall nyhenviste pasienter siden 2022. I 2022 hadde NBRR 44 nyhenviste pasienter, sammenliknet med 100 i 2023. Det har vært en økning fra 101 opphold i 2022 til 110 opphold i 2023.

NBRR arbeider aktivt med individuell tilpassing av tidspunkt for oppholdet, og det er stor grad av fleksibilitet i ventelisten på grunn av pasientbestemte endringer. Dette muliggjør prioriteringer og raskt inntak der det er behov for dette, og ventetiden kan derfor ikke oppfattes som en fastsatt kø der pasientene gradvis nærmer seg et tilbud om opphold.

3.2 Antall opphold

Årlige antall opphold ved NBRR har de siste årene ligget rundt 100-120 opphold. Antall opphold varierer naturlig fra år til år avhengig av blant annet sammensetningen av type opphold, antall nyhenviste, avbestillinger og samfunnsmessige påvirkninger, som for eksempel covid-pandemien.

I 2023 ble det gjennomført 110 opphold fordelt på 91 unike pasienter. Det betyr at noen av pasientene fikk gjennomført mer enn ett opphold i løpet av året.

3.3 Oppholdstyper og lengde på opphold

Tabellen under viser fordeling av antall oppholdstyper og lengde på oppholdene:

Oppholdstype	Antall (n)	Andel (%)	Lengde på opphold i dager Median (min, maks)
Innledende rehabiliteringsopphold	56	33	5 (5,12)
Rehabiliteringsopphold	36	51	19 (7,25)
Oppfølgingsopphold	18	16	5 (5,5)
Totalt antall opphold	110	100	8 (5,25)

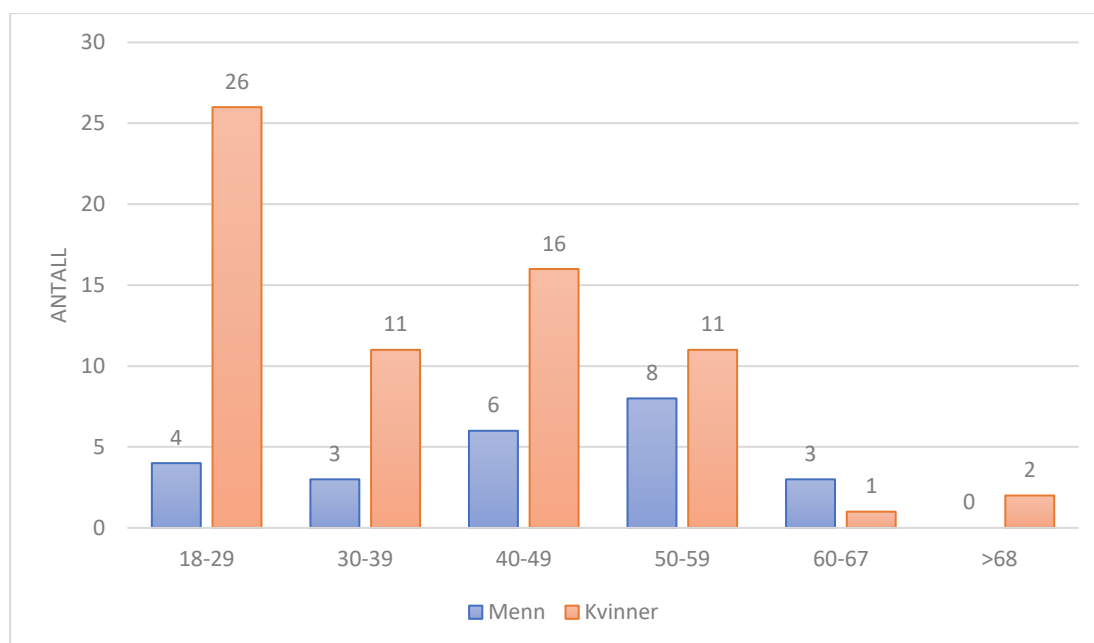
Tabell 1: Oppholdstyper og lengde på oppholdene

Som nasjonal behandlingstjeneste er det viktig at det kun er pasientene som faktisk trenger et høyspesialisert og individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud som prioriteres. I 45 av de 56 innledende rehabiliteringsoppholdene (80 %) ble det konkludert med at det var behov for videre rehabilitering på nasjonalt nivå. For de andre pasientene ble det enten konkludert med at det innledende rehabiliteringsoppholdet var tilstrekkelig, eller at rehabiliteringen kunne videreføres gjennom kompetanseoverføring og samarbeid med lokaler og regionale tjenester.

4. Beskrivelse av årets pasientgruppe

4.1 Kjønn og aldersfordeling

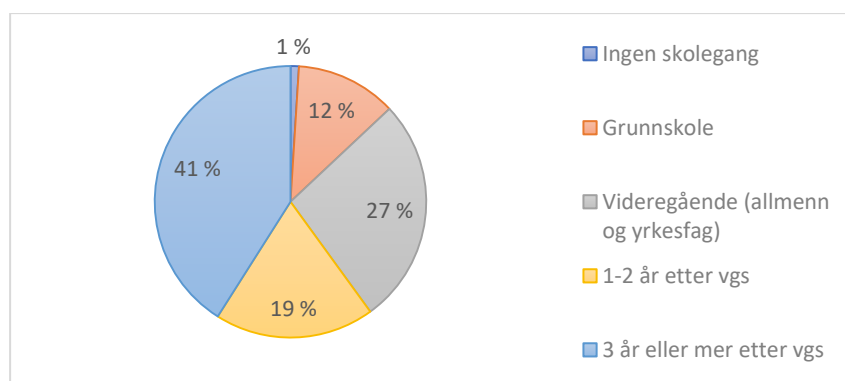
I 2023 var det innlagt 91 unike pasienter, 67 kvinner (73.6 %) og 24 menn (26.4 %). Median alder (min, maks) for kvinner i 2023 var 38.0 (18, 73) år, for menn var median alder (min, maks) 46.5 (22, 64) år. Median alder for alle pasientene i 2023 var 41 år. I de foregående 3 år har median alder for hver årspopulasjon vært 38 år (2020), 37.5 år (2021) og 41 år (2022). Det er noe variasjon i median alder mellom kvinner og menn. Populasjonen i 2023 har hatt samme median alder som i 2022, dette til tross for at det i 2022 bare ble avholdt et ung-NBRR-opphold sammenliknet med to ungNBRR-opphold i 2023. Det at median alder for de unike pasientene i 2020 og 2021 var lavere enn de to foregående årene kan sannsynligvis forklares med at det var en seleksjon av yngre pasienter med færre komorbide lidelser under pandemien.



Figur 1: Fordeling på alder og kjønn i av de unike pasientene i 2023

4.2 Sivilstand og utdanning

Av de 91 unike pasientene som fikk behandling på NBRR i 2023, er 48 % gift eller samboer, mens 52 % bor alene (skilt/singel/enke/enkemann). Når det kommer til utdanning, har 41 % av pasientene mer enn 3 år etter videregående skole, mens 19 % har 1-2 år. Det er 27 % som har videregående skole som høyeste utdanning, 12 % har grunnskoleutdanning, og 1 % har ingen skolegang.

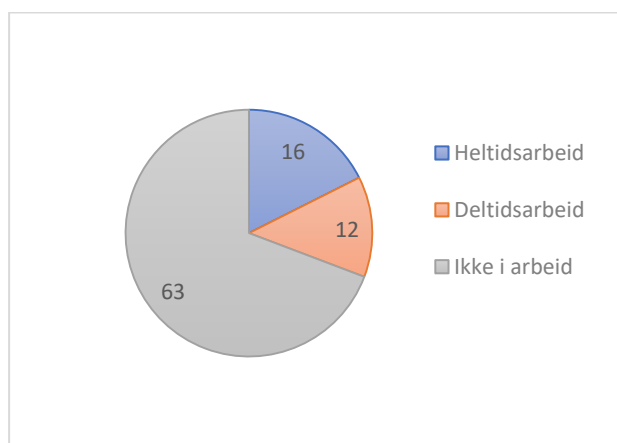


Figur 2: Utdanningsnivå (n=91)

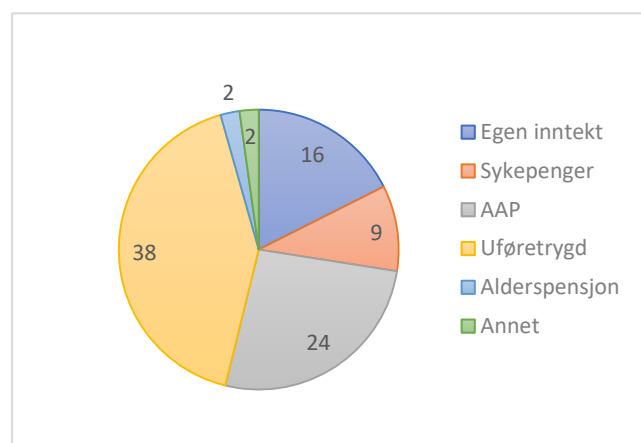
4.3 Arbeid og trygdeytelser

Arbeidsdeltakelse har effekt på fysisk og psykisk helse, og har et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er derfor et viktig rehabiliteringsperspektiv for personer i arbeidsfør alder. For mange av NBRRs pasienter som er ute av arbeid eller ikke har vært i arbeidslivet, er videre arbeidsevne og/eller en avklaring på fremtidig yrkesaktivitet en viktig problemstilling. Langvarige og komplekse sykdoms- og funksjonsutfordringer, lengre tid utenfor arbeidslivet og eventuelt manglende arbeidserfaring, kan bidra til at målet om yrkesaktivitet kan oppleves urealistisk. Det vurderes derfor som viktig med et tidlig fokus på pasientens arbeidssituasjon og videre potensielle arbeidsmuligheter, samt å sikre at de som står i fare for å falle ut av arbeidslivet får tilpasset oppfølging.

I 2023 var 28 av 91 unike pasienter (31 %) i et deltid- eller heltids inntektsgivende arbeidsforhold (se figur 2), mens 40 (44 %) pasienter hadde varig trygdeytelse som uføretrygd eller alderspensjon (se figur 3). Det var 35 (40 %) pasienter som hadde en fortsatt mulig eller uavklart situasjon knyttet til fremtidig yrkesaktivitet. Denne gruppen innebærer pasienter som er mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP), sykemeldte og annet (aktivt arbeidssøkende og studenter). Måltrettet rehabiliteringsarbeid for å unngå arbeidsuførhet er viktig både for pasientens livskvalitet og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. 38 (41 %) pasienter mottok uføretrygd.



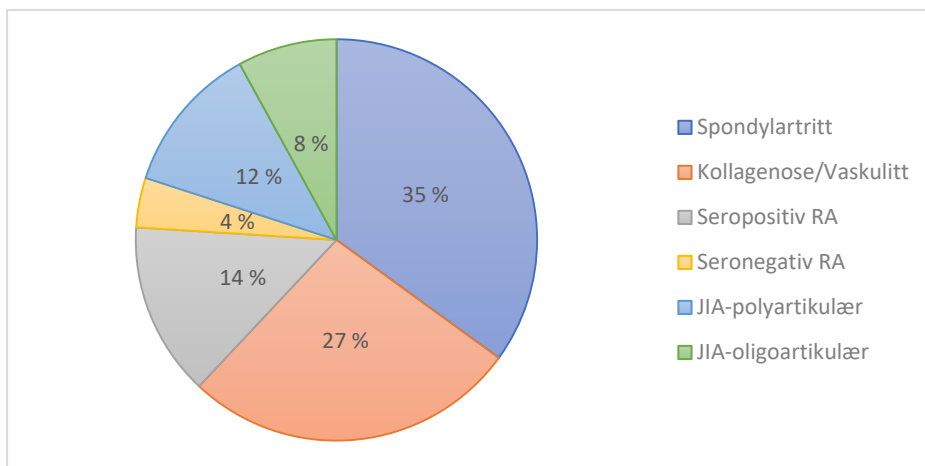
Figur 3: Arbeidsstatus, antall pasienter (n=91)



Figur 4: Inntekt og trygdeytelser (n=91)

4.4 Revmatologiske diagnoser

De 91 unike pasientene i 2023 fordelte seg på de seks ulike diagnosegruppene som illustrert i figur 4. Som tidligere år utgjør pasienter med diagnose innen spondylartritt-gruppen den største gruppa. I 2023 utgjorde spondylartrittene (SpA) 35 % av de unike pasientene. I denne gruppen inkluderes pasienter med radiografisk og ikke-radiografisk axial spondylartritt, perifer spondylartritt, psoriasisartritt, juvenil spondylartritt og reaktiv artritt. I 2023 utgjorde pasienter med bindevevs-sykdom og vaskulitter 27 % av de unike pasientene, det vil si den nest største diagnosegruppen. Revmatoid artritt utgjorde 18 %, hvorav 14 % var seropositiv RA. Andelen pasienter med juvenile artritter var i 2023 tilsammen 20 %. Den største forskjellen i fordeling av de ulike diagnosegruppene sammenlignet med tidligere år er at det er en trend mot at andelen pasienter med spondylartritt går ned, mens andelen pasienter med kollagenose/vaskulitt går opp. Mulige forklaringer på denne trenden kan være at det i løpet av de siste årene har kommet nye medisinske behandlingsalternativer for spondylartritter som hindrer funksjonstap, i tillegg har NBRR de siste årene hatt fokus på å informere om at også pasienter med kollegenoser og vaskulitter kan søkes til NBRR. De fire foregående årene har andelen spondylartritter og kollagenose/vaskulitt vært: 2019 (45/19), 2020 (49/24), 2021 (33/23) og 2022 (41/20).



Figur 5: Prosentvis fordeling av de unike pasientene (n=91) i diagnosegrupper

4.5 Sykdomsvarighet

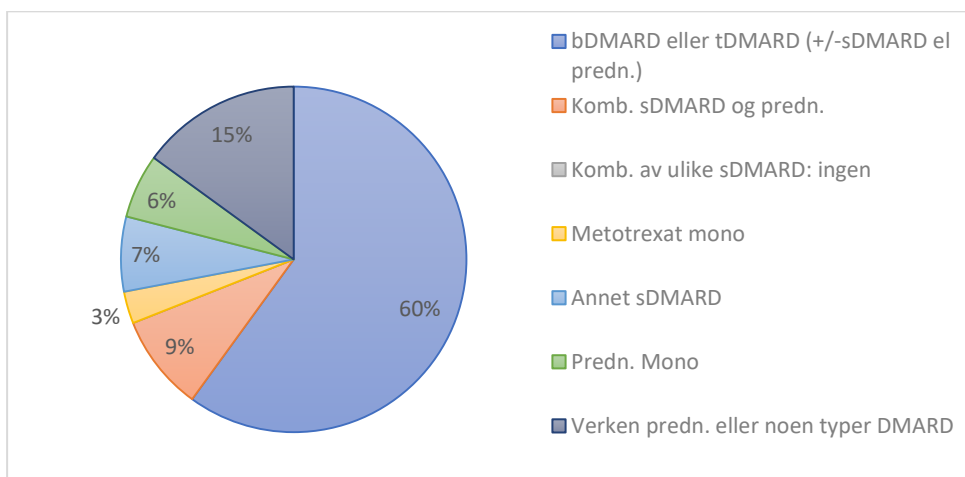
Median sykdomsvarighet for de 91 unike pasientene var 15 år, med variasjon fra 1 til 55 år. Median sykdomsvarighet var 11 år i 2019, 2020, 2021 og 13 år i 2022. Sykdomsvarighet og antall pasienter under 30 år varierer i de ulike diagnosegruppene, se tabell 2.

Diagnosegruppe	Antall (n)	Sykdomsvarighet (år) median (min-maks)	Sykdomsvarighet < 5 år (n)	Alder 18-29 år (n)
Spondyloartritt	32	7.5 (1-36)	7	7
Kollagenose/vaskulitt	24	16 (2-47)	5	8
Seropositiv RA	13	8 (1-33)	4	4
JIA-polyartikulær	11	23 (13-55)	0	5
JIA-oligoartikulær	7	16 (9-46)	0	5
Seronegativ RA	4	12 (4-19)	1	1
Alle unike pasienter	91	15 (1-55)	17	30

Tabell 2: Antall pasienter i hver diagnosegruppe, sykdomsvarighet og antall pasienter i yngste aldersgruppe fordelt på diagnosegruppe.

4.6 Aktuelle behandlingsregimer

Alle pasienter som henvises til NBRR skal ha en inflammatorisk revmatisk sykdom som bør være så optimalt medisinsk behandlet som mulig av lokal revmatolog før oppstart av rehabilitering. Figuren under illustrerer behandlingsregimer for hovedtilstanden til de unike pasientene (n=91). Data på bruk av NSAIDs innhentes ikke.



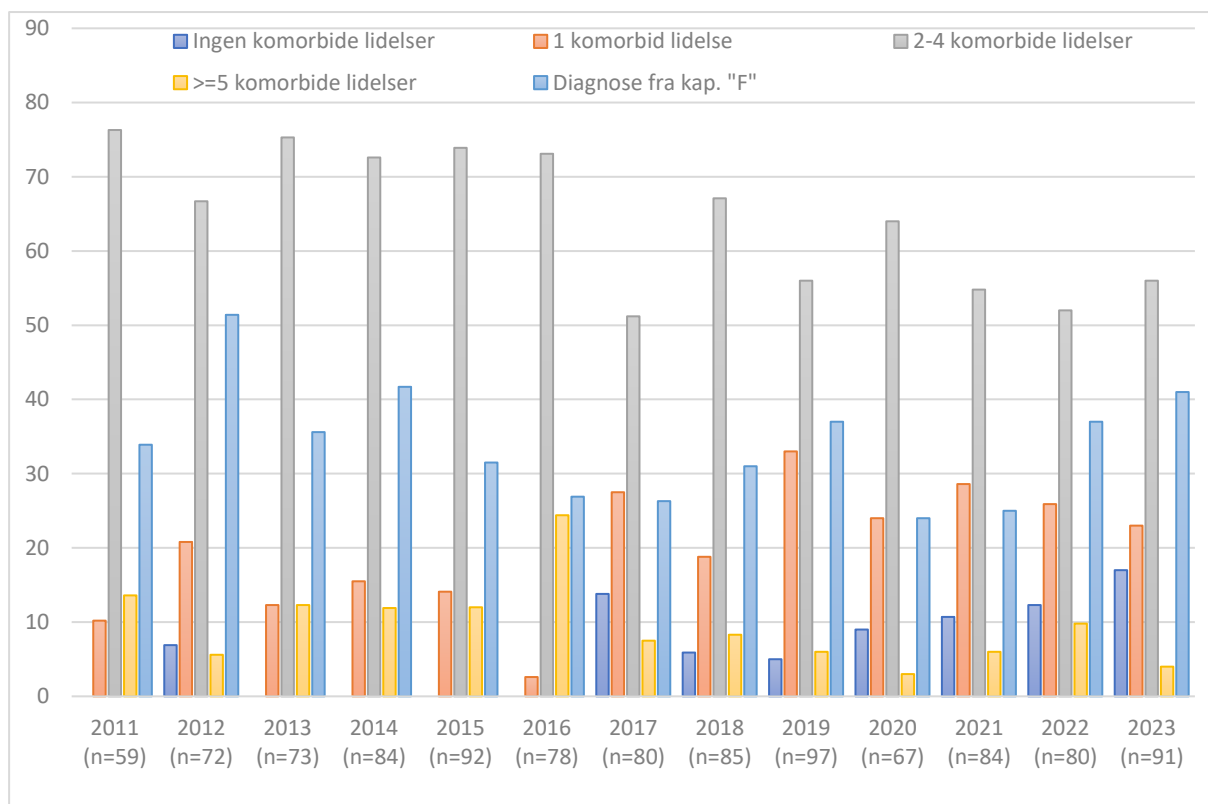
Figur 6: Prosentvis fordeling av ulike medikamentelle behandlingsregimer for den revmatologiske sykdommen (n=91)

Fordelingen av ulike behandlingsregimer er i samsvar med hva som kan forventes tatt i betraktning andel pasienter i de ulike diagnosegrupper (figur 4). Behandlingsregimet bDMARD eller tDMARD (JAK-hemmere) enten i monoterapi eller kombinert med et sDMARD eller prednisolon, brukes av 60 % av de unike pasientene. Med utgangspunkt i indikasjonsstillingen for disse behandlingsregimene er det et godt samsvar mellom andel pasienter på bDMARD/tDMARD-regimer og andel pasienter med spondylartritt, revmatoid artritt og juvenile artritt, som i 2023-populasjonen til sammen utgjorde 73 % av de unike pasientene.

Av de 14 pasientene (15 %) som verken bruker prednisolon eller noen form for DMARD, er det 6 pasienter med spondylartritt, 4 pasienter med JIA, 2 pasient med kollagenose, 1 pasient med seropositiv RA og 1 med seronegativ RA. Det var en pasient i gruppa spondylartritt der det var klar indikasjon for DMARD, men hvor bivirkninger på to tidligere TNF-hemmere og en IL-23 hemmer hadde gjort pasienten svært engstelig for start med annen medikasjon. I gruppa JIA hadde en pasient høy sykdomsaktivitet og det var lagt en plan for oppstart av biologisk DMARD hos lokal revmatolog uka etter opphold ved NBRR.

4.7 Komorbiditet (tilleggsdiagnoser)

Fra 2011 har alle diagnoser registrert i epikrisen i tillegg til særkoden Z50.80 Kompleks rehabilitering og diagnosekoden for den revmatologiske grunnsykdommen (hovedtilstanden) blitt registrert. Alle tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden og som blir gjenstand for observasjon, ekstra undersøkelser og/eller behandling under eller etter oppholdet, kodes som bidiagnoser etter hovedtilstanden i den tverrfaglige epikrisen. Unntaket er diagnoser innenfor kapittel M60-M70. Presentasjon av dataene på oppførte diagnoser i NBRR-epikrisene illustrerer kompleksiteten i pasientgruppas helsetilstand og bidrar til å forklare pasientgruppas ressursbehov.



Figur 7: Andel (%) pasienter med en eller flere tilleggsdiagnoser i tverrfaglig epikrise i perioden 2011-23.

Andelen der det i 2023 ikke er registrert noen tilleggstilstander er 17 %. Det vil si at det ved i overkant av 80 % av pasientene er brukt ressurser på vurdering og/eller tiltak for andre sykdommer enn den revmatologiske grunnsykdommen under oppholdet. Figuren viser videre at andelen pasienter

registrert med 2-4 komorbide lidelser var på 56 %. Andel pasienter med 5 eller flere komorbide lidelser har variert noe i 12-års perioden, i 2023 var andelen nede på 4 %. Ser man bort fra 2020 da andelen med mer enn 5 komorbide lidelser, var nede i 3 %, var andelen i 2023 med mer enn 5 komorbide lidelser det laveste som har vært registrert siden 2011.

Subanalyser har vist at andel pasienter registrert med diagnose på psykisk lidelse, kapittel F i ICD10, i 2023 var 41 % (lys blå stolper) som samsvarer med resultatene etter utfylling av HADs-skjemaet (Hospital anxiety and depression scale), se kapitlene 4.10. og 7.2.

4.8 Kroppsmasseindex (KMI)

NBRR registrerer og samler inn data på høyde, vekt og KMI (kroppsmasseindeks) på alle pasienter innlagt. Dette ble innført som rutine for alle pasienter fra og med 2020 fordi helseutfordringer relatert til overvekt er en vanlig problemstilling. I planlegging av framtidige fagressurser på enheten er det viktig å finne ut hvor stor andel av våre pasienter som har dette helseproblemet i tillegg til sin revmatologiske lidelse. Tabell 3 under gir en oversikt over hvordan de unike pasientene i 2023 fordeler seg i KMI-grupper, KMI-data fra 1 pasient mangler, tabellen beskriver derfor situasjonen for 90 pasienter. Andel av de 90 unike pasientene i 2023 som har en KMI ≥ 30 , definert som fedme, er 29 %. I 2021 og 2022 var andelen henholdsvis 26% og 33%.

Blant de 26 pasientene som har en KMI ≥ 30 (fedme), er det 4 pasientene som daglig bruker prednisolon for sin revmatiske sykdom. Seksten av de resterende 22 pasienter trenger enten prednisolonkurer, intraartikulære eller intramuskulære kortisoninjeksjoner med regelmessighet. Hos 6 pasientene foreligger det ingen opplysninger om tidligere eller periodevis behandling med steroider.

KMI-grupper	Kvinner (n=66) n (% av kvinner)	Menn (n=24) n (% av menn)	Alle (n=90) n (% av alle)
Undervektig (<18.5)	6 (9.1)	2 (8.3)	8 (8.9)
Normalvektig (18.5-24.9)	24 (36.4)	9 (37.5)	33 (36.7)
Overvektig (25.0-29.9)	15 (22.7)	8 (33.3)	23 (25.6)
Fedme (≥ 30)	21 (31.8)	5 (19.2)	26 (28.9)

Tabell 3: Antall og andel av pasientene fordelt på kroppsmasseindex-grupper (KMI-grupper) for kvinner, menn og alle unike pasienter

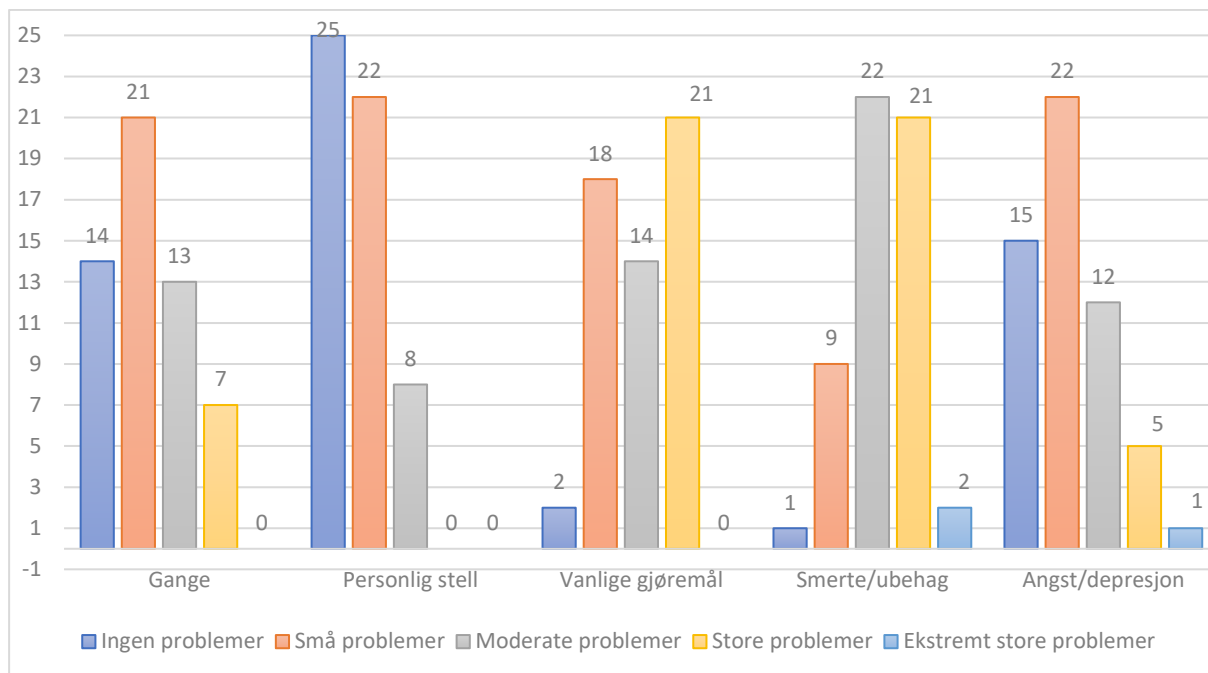
4.9 Helserelatert livskvalitet ved innledende rehabiliteringsopphold

4.9.1 Euroqol-5 dimension 5 levels (EQ-5D-5L)

Fra 2017 har pasientene ved NBRR fylt ut to ulike skjemaer som måler livskvalitet; Euroqol-5 dimension 5 levels (EQ-5D-5L) og Rheumatoid arthritis impact of disease (RAID).

EQ-5D-5L er et standardisert, generisk instrument som måler helseutfall på 5 områder: gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerte/ubehag og angst/depresjon. Det bes om å vurdere helsen i dag og innen hvert område er det 5 svaralternativer; ingen problemer, små problemer, moderate problemer, store problemer og ekstremt store problemer. I EQ-5D-5L er det også inkludert en visuell analog skala fra 0-100 mm (EQ-VAS) for måling av egenvurdert helse i dag, der «0» er den dårligste helsen du kan tenke deg og «100» er den beste helsen du kan tenke deg.

I figuren under presenteres dataene på EQ-5D-5L for de pasientene som ble innlagt til innledende rehabiliteringsopphold i 2023 (n=56). Data fra 55 av de 56 pasientene som kom til innledende opphold er innhentet. Senere i rapporten presenteres endringer i EQ-5D-5L fra innleggelse til utreise for de som har vært innlagt til et rehabiliteringsopphold.

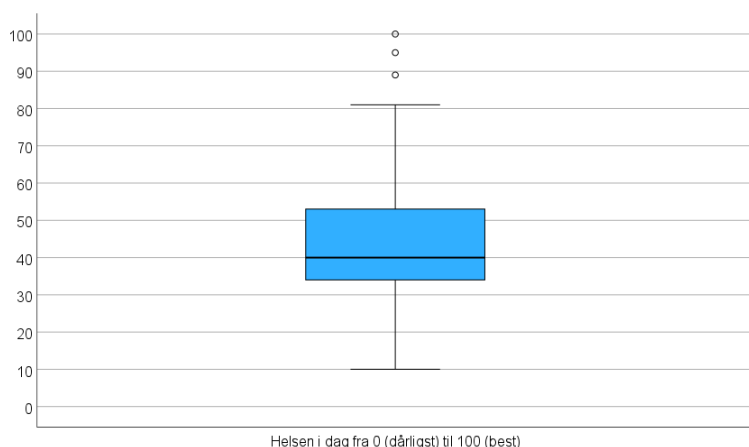


Figur 8: Fordeling av antall svar på hvert svaralternativ på hvert område i EQ-5D ved innkomst til innledende rehabiliteringsopphold (n=55, 1 missing).

Av de 55 pasientene som var innlagt på innledende rehabiliteringsopphold har i underkant av 21 (40 %) fra moderate til store problemer med gange. Det er 8 (14 %) som har moderate problemer med personlig stell. Nærmere 21 (40 %) oppgir å ha store problemer med vanlige gjøremål. Når det gjelder smerter og ubehag angir 23 (42 %) å ha store til ekstremt store problemer med smerter. I overkant av 17 (30 %) svarer at de har store til moderate problemer med angst/depresjon, og 1 pasient angir ekstremt store problemer med angst/depresjon.

Sammenlignet med populasjonene som var innlagt ved NBRR i 2021 og 2022 ligger andelen som i 2023 skårer store til ekstremt store problemer med smerter litt lavere. I 2021 skåret 47 % at de hadde fra store til ekstremt store problemer med smerter, i 2022 var andelen 53 %.

Skår på egenvurdert helse på EQ-VAS (0-100) for pasientene innlagt til innledende rehabilitering i 2023 er illustrert i figur 8.



Figur 9: Egenvurdert helse på EQ-VAS (n=55)

50 % av pasientene i 2023 skårer mindre enn 40 på EQ-VAS når de kommer til et innledende rehabiliteringsopphold. Medianverdien på EQ-VAS for de som kom til et innledende opphold i både i 2021 og i 2022 var helt lik. Dette er et av flere mål som illustrerer NBRR-populasjonens reduserte livskvalitet og helse.

4.9.2 Rheumatoid arthritis impact of disease (RAID)

Spørreskjemaet Rheumatoid arthritis impact of disease (RAID) måler syv ulike dimensjoner ved selvopplevd helse/livskvalitet den siste uken, på en skala fra 0 til 10, der høy skår betyr dårlig helse/livskvalitet. De syv dimensjonene er smerte, fysisk funksjon, utmattelse/fatigue, søvn, fysisk velvære, følelsesmessig velvære og mestring. En sammensatt skår, RAID-total, kan regnes ut på grunnlag av hver av de syv underskårene. I utregning av RAID-total vektes smerte, fysisk funksjon og fatigue mer enn de øvrige dimensjon. Smerte vektes med faktor 0.21, fysisk funksjon vektes med 0.16, fatigue/utmattelse vektes med 0.15 og de øvrige vektes med faktor 0.12. RAID er utviklet i samarbeid med pasienter med rheumatoid artritt (RA) gjennom organisasjonen Outcome measures in Rheumatology (OMERACT).

RAID er validert for bruk til pasienter med RA, men det er tatt en beslutning om å være pragmatiske å be alle pasientene uavhengig av diagnose, å fylle ut dette skjemaet ved NBRR.

RAID-dimensjon	Mean (95% CI)	Median (min, maks)
Smerte (0-10)	5.5 (4.9-6.0)	6.0 (1-8)
Fysisk funksjon (0-10)	5.4 (4.8-6.0)	6.0 (0-9)
Fatigue (0-10)	6.8 (6.0-7.5)	8.0 (0-10)
Søvn (0-10)	5.4 (4.6-6.1)	6.0 (0-10)
Fysisk velvære (0-10)	6.4 (5.8-7.0)	6.5 (0-10)
Følelsesmessig velvære (0-10)	5.8 (5.2-6.5)	6.0 (0-10)
Mestring (0-10)	5.1 (4.5-5.7)	5.0 (0-9)
RAID-total (0-10)	5.7 (5.3-6.2)	6.2 (1.2-8.4)

Tabell 4: Skår, både mean (95% CI) og median (min, maks) på hver av de syv ulike dimensjonene av RAID og på RAID total, ved innkomst til innledende rehabilitering i 2023 (n=54, 2 missing)

Resultat: Pasientene ved NBRR skårer relativt høyt på hver dimensjon, her betyr høy skår dårlig helse. Gjennomsnittsverdien på alle områder ligger over 5, høyeste skår er på dimensjonen fatigue/utmattelse med gjennomsnittsverdi på 6.8 og median 8. Sammenlignet med resultater fra 2022 er mean-skårene numerisk noe lavere (bedre) for alle RAID-dimensjonene. Medianverdiene i 2022 og 2023 er like for fem av syv dimensjoner, for følelsesmessig velvære var medianverdien i 2022 lik 6.5, og for fysisk velvære var medianverdien i 2022 var 6.0.

Av de 56 som gjennomførte et innledende rehabiliteringsopphold i 2023 er det registrert RAID-data på 54 pasienter, 41 kvinner og 13 menn. Mennene skårer numerisk høyere på alle dimensjoner bortsett fra for søvn. Dette er noe oppsiktsvekkende da det tidligere år har vært kvinnene som har skåret høyest på alle RAID-dimensjoner. RAID-total for menn: mean (95 % CI) 6.2 (5.4-7.1) og median (min, maks) 6.5 (3.7-7.9). RAID-total for kvinner: mean (95 % CI) 5.6 (5.0-6.1) og median (min, maks) 5.9 (1.2-8.4). I 2023 hadde mennene som ble henvist til NBRR en dårligere livskvalitet enn de henviste kvinnene.

Både EQ-5D-5L og RAID fylles ut i begynnelsen av alle typer opphold og i tillegg på slutten av oppholdet for de som har vært innlagt til et rehabiliteringsopphold. Data på endring i livskvalitet målt med disse 2 instrumentene rapporteres i kapittel 7, behandlingsresultater.

4.9.3 Bergen Insomnia Scale (BIS)

Over 50 % av pasientene skårer dårligere enn 6.2 på RAID-søvn ved innledende opphold (tabell 4). For å samle inn mer utfyllende opplysninger om søvnproblemer i pasientpopulasjonen har Bergen insomnikkala blitt benyttet siden 2020. Denne skalaen ble utviklet og validert basert på DSM-IV-kriteriene for insomni og består av 6 spørsmål. De første 3 spørsmål handler om innsovningsvansker, oppvåkning under søvn og tidlig morgenoppvåkning, spørsmål 4 om pasienten føler seg uthvilt etter søvn, og spørsmål 5 og 6 handler om dagtidfungering og misnøye med søvnen. Hvert spørsmål graderes på en skala 0-7 etter hvor mange dager i uka pasienten har opplevd dette siste måned. En

skår på ≥ 3 på ett eller flere av de fire første spørsmålene, kombinert med en skår på ≥ 3 på ett eller begge av de to siste spørsmålene fyller kriteriene for isomni i henhold til DSM-IV.

	Ved innkomst IRO 2023, n=55
Sumskår BIS (0-42), median (min, maks)	27.0 (5, 42)
Insomni, n (%)	52 (94.5)

Tabell 5: Sumskår Bergen Insomnia skala (BIS) og andel som fyller kriteriene for insomni ved innkomst til innledende rehabiliteringsopphold (IRO) i 2023 (n=55, 1 missing)

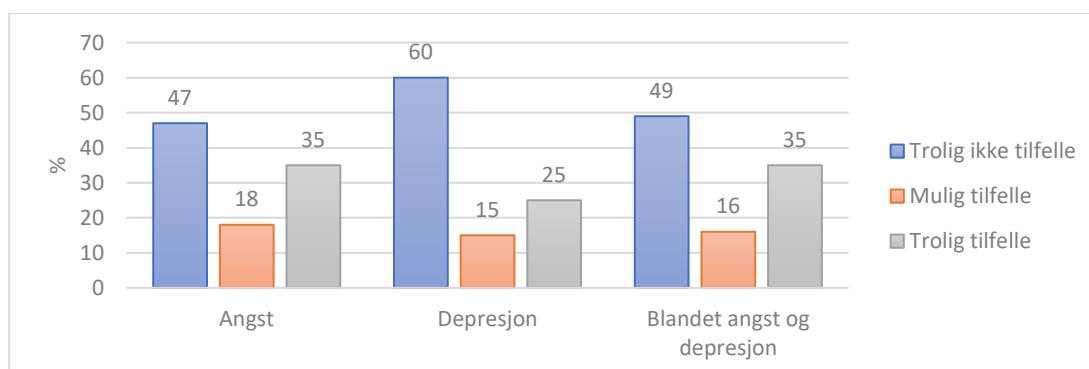
Vel 94 % av pasientene som innlegges til innledende rehabiliteringsopphold i 2023 fyller kriteriene for insomni i henhold til DSM-IV (tabell 5). Tilsvarende tall i 2021 og 2022 var henholdsvis 94.7% og 92.9%. Disse tallene viser at de aller fleste pasienter som kommer til NBRR har store utfordringer med søvn. Generelle tiltak som anvendes i pasientarbeidet er gjennomgang av søvnhygieneråd publisert på hjemmesiden til kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno), og anbefalinger om å se vår psykologspesialist Lisa Elstads film «Sove bedre? Gjør disse tingene først». Denne filmen ligger på youtube.

EQ-5D-5L, RAID og BIS fylles ut i begynnelsen av alle typer opphold og i tillegg på slutten av oppholdet for de som har vært innlagt til et rehabiliteringsopphold. Data på endring av livskvalitet målt med EQ-5D-5L, RAID, og for endring av søvn (BIS), rapporteres i kapittel 7, behandlingsresultater.

4.10 Psykisk helse ved innledende rehabiliteringsopphold

Personer med kronisk sykdom har større risiko for å utvikle psykiske plager enn personer uten kronisk sykdom. Angst og depresjon kan påvirke helserelatert adferd på en negativ måte ved en høyere risiko for ikke å følge helsepersonells råd og anbefalinger. I tillegg er det kjent at depresjon ofte fører til inaktivitet og isolasjon. Angst og depresjon vil også forverre opplevelsen av den kroniske smerten. Det er viktig å identifisere de personene som har psykiske plager av en slik grad at det bør tas hensyn til i behandling og i rehabiliteringsprosessen.

Som et supplement til generell klinisk kartlegging av psykisk helse bruker NBRR spørreskjemaet Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for kartlegging av psykiske plager. HADS-skjemaet fylles ut i begynnelsen av alle typer opphold, og de som er innlagt til et rehabiliteringsopphold fyller i tillegg ut skjemaet kort tid før hjemreise. Skjemaet har 7 spørsmål om angstsymptomer og 7 spørsmål om depresjonssymptomer. Det er 4 svaralternativer på hvert spørsmål, 0-1-2-3. Det betyr at maksimal skår for angst og depresjon hver for seg er 21. Skårene gir grunnlag for å si om det a) trolig ikke [skår under 8], b) mulig [skår 8-10] og c) trolig [skår 11-21], foreligger angst eller depresjon. Summering av skår på angst og depresjon gir grunnlag for å vurdere om det foreligger en blandet angst og depresjonstilstand; a) trolig ikke [sumskår under 15], b) mulig [sumskår 15-18] og c) trolig [sumskår 19-42].



Figur 10: Prosentvis fordeling av symptomtrykk for angst, depresjon og blandet angst/depresjon ved innkomst til innledende rehabiliteringsopphold (n=55, 1 missing)

Basert på utfylling av HADS har trolig 35 % en angstlidelse og 35 % en blandet angst og depressiv lidelse, ved innkomst til innledende rehabiliteringsopphold. Tilsvarende andel som trolig har en depresjon ved innkomst til det innledende rehabiliteringsoppholdet basert på HAD-skår, er 25 %. HADS er ikke et diagnostisk verktøy og HAD-skår må alltid sammenholde med klinisk vurdering, eventuelt bruk av andre kartleggingsinstrumenter. Figur 6 tidligere i rapporten viser at det for 41 % av alle pasientene er brukt en diagnose innen psykisk lidelse i epikrisen, altså er det et rimelig godt samsvar mellom resultat ved kartlegging med HADS og klinisk diagnose.

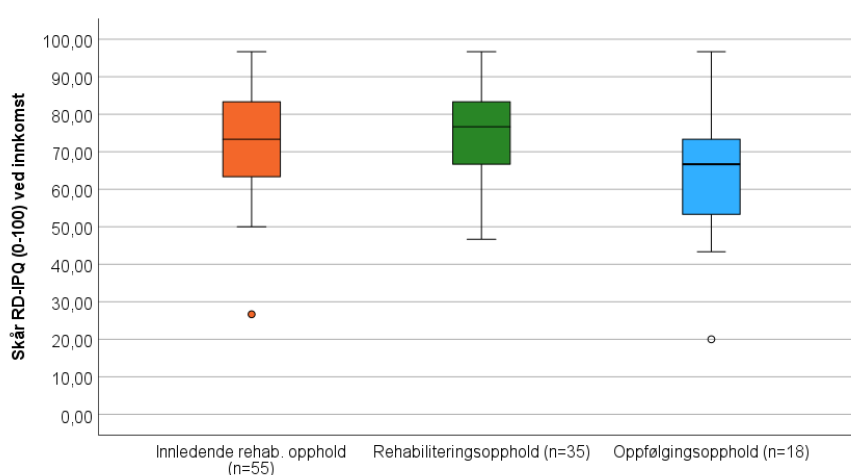
På bakgrunn av HAD-skårene har 35 % av pasientene som kommer til et innledende opphold et symptomtrykk som vil kreve; 1) spesialisert kompetanse innen psykisk helse 2) vurdering av om henvisning til utredning og behandling for de psykiske plagene er nødvendig 3) tverrfaglige tiltak som er tilpasset pasientens psykiske helse.

Psykolog utarbeidet henvisning til psykisk helsevern for 12 av de 56 pasientene (21 %) som gjennomførte et innledende rehabiliteringsopphold. Data på hvor mange som allerede hadde et tilbud innen psykisk helsevern da de kom til første opphold ved NBRR er ikke registrert.

Endring i selvrapportert psykisk helse fra innkomst til utskrivelse i et rehabiliteringsopphold omtales senere i rapporten, se kapittel 7, behandlingsresultater.

4.11 Sykdomsforståelse ved innledende rehabiliteringsopphold

Med sykdomsforståelse menes pasientens tanker og oppfatninger om sin sykdom og om hva vedkommende mener vil bidra til bedring, alternativt forverring, av sykdommen. Dette er viktig informasjon for helsepersonell for å kunne forstå pasientens utgangspunkt og ut i fra det vurdere hensiktsmessige tiltak. Helsearbeiderens evne til å få tak i pasientens perspektiv handler først og fremst om gode kommunikasjonsferdigheter. NBRR er nysgjerrige på om de ansattes kommunikasjon med pasientene, og tiltak som settes i gang under rehabiliteringsopphold kan endre pasienters sykdomsforståelse i en positiv retning. Spørreskjemaet Rheumatic Disease Illness Perspective Questionnaire (RD-IPQ) er tilpasset pasienter med revmatisk sykdom og validert for norske forhold¹. Seks av ti spørsmål danner grunnlaget for en summert skår for sykdomsforståelse, innbefattet aspektene *identitet, konsekvens og følelser* relatert til den revmatiske sykdommen. Summert skår omregnes til en skala fra 0-100, der høyere skår tyder på mer truende oppfatning av sykdommen. Det foreligger ikke forskningsresultater som kan gi grunnlag for definisjon av en cut-off for hva som er god eller dårlig sykdomsforståelse.



Figur 11: Boksplot av RD-IPQ (median, kvartiler, maks og min-verdi) ved innkomst til de tre ulike oppholdstypene i 2023 (n=55, 1 missing)

¹ Løchting I, Garratt AM, Klokkeud M, Fjerstad E. Development of the Rheumatic Disease Illness Perception Questionnaire (RD-IPQ) reliability, validity and responsiveness. Clin Exp Rheumatol. 2012 Mar-Apr;30(2):308. Epub 2012 Apr 13.

Median (min, maks) RD-IPQ ved innledende opphold (n=55, 1 missing) er 73.3 (26.7, 96.7). De som kommer inn til rehabiliteringsopphold (n=35, 1 miss) har median (min, maks) RD-IPQ på 76.7 (46.7, 96.7), mens de som kommer inn til oppfølgingsopphold har median (min, maks) RD-IPQ 66.3 (20.0, 96.7). Disse verdiene på RD-IPQ kan tolkes som uttrykk for at pasientene som innlegges ved NBRR tenker at sykdommen har relativt store negative konsekvenser for dem, med negativ påvirkning på identitet, og følelser.

RD-IPQ fylles ut ved innkomst til alle oppholdstypene og ved utreise fra rehabiliteringsopphold. Endring av sykdomsforståelse fra innkomst til utskrivelse ved rehabiliteringsopphold er beskrevet i kapittel 7, behandlingsresultater, side 35.

Fra og med 2019 har det også blitt innhentet svar på RD-IPQ 6 måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold. Disse resultatene formidles også i kapittel 7.3.

5. Mandat og resultatmål

5.1 Om mandat og resultatmål

Mandatet beskriver ansvaret til en nasjonal behandlingstjeneste og skal bidra til å sikre god kvalitet i hele behandlingsforløpet. For å svare ut mandatet har NBRR definert spesifikke resultatmål tilknyttet enhetens drift. Resultatmålene er med på å sikre utvikling og god kvalitet av tjenesten. Nedenunder fremkommer mandatene punktvis med tilhørende resultatmål. En mer detaljert beskrivelse av mandat og resultatmål finner du på [NBRR sin nettside](#).

5.2 Yte helsehjelp til alle pasienter som har behov for den høyspesialiserte behandlingen

Resultatmål: NBRR skal yte helsehjelp til pasienter som har behov for den høyspesialiserte behandlingen

For å kunne vurdere behovet for høyspesialisert behandling har NBRR henvisningskriterier som må være oppfylt. Henvisningskriteriene ligger tilgjengelig på hjemmesiden, [NBRR Henvisningskriterier og søknadsmal](#). Henvisningene blir vurdert på ukentlige inntaksmøter. Her vurderes hvilke søknader som oppfyller kravene for opphold og ikke. I 2023 var det totalt 62 henvisninger, hvorav 9 fikk avslag.

Begrunnelse for avslag:

Ikke medisinsk indikasjon	1
Til annen avdeling/omsorgsnivå	5
Utfyllende opplysninger mangler	3

Tabell 6: Begrunnelse for avslag

Det er ikke uvanlig at inntaksteamet kontakter henviser for utfyllende opplysninger for å kunne vurdere søknaden. Ved avslag skrives et brev til pasient og henviser med begrunnelse for avslaget med utgangspunkt i NBRRs henvisningskriterier. Det vises også til NBRR sin nettside der kriteriene ligger.

Resultatmål: Alle rehabiliteringsopphold ved NBRR skal oppfylle kravene og standarden til særkode Z50.80 for rehabilitering

Som nasjonal behandlingstjeneste må kriteriene og standarden for kompleks rehabilitering innfris. Dette kodes i journalsystemet med særkoden Z50.80. Dette innebærer at pasienten får/har:

- gjennomgang av minimum 6 spesialiserte helsefaggrupper
- tverrfaglig dokumentasjon
- individuell behandlingsplan
- et tverrfaglig team som samarbeider med relevante etater utenfor institusjonen
- en rehabiliteringsprosess som foregår over minimum 5 virkedager
- funksjonstrening, trening kompensierende teknikker, tilpasning av hjelpemidler og miljø
- en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid
- et tverrfaglig team ledet av en lege med spesialisering innen revmatologi

Dette er kriterier som danner grunnlaget for driften, men som også viser til kvaliteten, omfanget og kompleksiteten i arbeidet som gjøres og derfor er viktig å følge med på.

Resultat: I 2023 innfridde alle 110 oppholdene kriteriene for særkode Z50.80 for kompleks rehabilitering, og resultatmålet er oppnådd.

Resultatmål: Gjennomføre gruppebaserte tilbud årlig for pasienter under 35 år med fokus på arbeid og utdanning

NBRR har en relativ ung pasientpopulasjon, der de fleste er i arbeidsfør alder. I det kliniske arbeidet er opplevelsen at spesielt unge voksne på NBRR (18-35 år) utgjør en sårbar gruppe med ubenyttede ressurser. Flere unge voksne står i fare for å falle utenfor arbeidsliv og utdanning. NBRR har derfor fra 2020 satt et mål om å gjennomføre gruppebaserte tilbud for pasienter under 35 år med fokus på arbeid og utdanning. UngNBRR er nå forankret i hele teamet og planlegges og gjennomføres ved hjelp av god innsats fra hele den revmatologiske klinikken.

Resultat: Grunnet økende etterspørsel fra henvisere og pasienter ble det i 2023 planlagt og gjennomført to UngNBRR-gruppeopphold for i alt 9 pasienter under 35 år. Dette resultatmålet anses som oppnådd, og videreføres til neste år.

Resultatmål: Over 20 % av nyhenvisninger skal være pasienter med inflammatoriske bindevevssykdommer/vaskulitter.

Tilbakemeldinger fra pasienter, behandlere og referansegruppen har vært at mennesker med inflammatoriske bindevevssykdommer og vaskulitter i stor grad står uten rehabiliteringstilbud og ofte kommer «for sent» til rehabilitering. NBRR ønsker å bidra til å bedre rehabiliteringstilbudet til denne pasientgruppen og utarbeidet derfor resultatmålet ovenfor i 2022.

I 2022 startet NBRR et samarbeid med Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer ved OUS Rikshospitalet (RH), med formål om å opprette et gruppetilbud for pasienter med inflammatoriske bindevevssykdommer og vaskulitter. Dette har medført flere samarbeidsmøter mellom RH og NBRR, samt seks interne møter i prosjektgruppen på NBRR. Prosjektgruppen har bestått av leder, seksjonsoverlege, fagsykepleier, fysioterapeut, sykepleier, farmasøyt og en brukerrepresentant fra Diagnosegruppen for systemisk sklerose.

I oktober/november 2023 ble det første gruppeoppholdet for pasienter med inflammatoriske bindevevssykdommer og vaskulitter (BiVa-NBRR) gjennomført, med svært god tilbakemelding. Det er planlagt et nytt BiVa-NBRR høsten 2024.

Resultat: Samarbeidet med Rikshospitalet og opprettelsen av gruppeopphold har medført et økt antall henvisninger av pasienter med bindevevssykdommer og vaskulitter. I 2023 var 31.5 % av alle nyhenvisninger som fikk opphold, fra denne pasientgruppen. Dette er en solid økning fra fjorårets 17 %. Resultatmålet er nådd og videreføres.

5.3 Likeverdig tilgjengelighet

Resultatmål: Andel nyhenviste fra hver regionale helseforetak (RHF) skal være så nær som mulig befolkningsandelen i hver RHF

Som nasjonal behandlingstjeneste skal pasienter fra hele landet som tilhører vår målgruppe, ha likeverdig tilgang til NBRRs rehabiliteringstilbud. Det betyr at antall pasienter som søkes til NBRR fra de ulike regionale helseforetakene (RHF) skal reflektere befolkningsgrunnlaget i de respektive RHF-ene. Andel (%) av nyhenviste pasienter fra hver helseregion skal ideelt sett være lik befolkningsandelen (%) i hver helseregion. I 2023 var antall nyhenviste fordelt slik:

Befolkningsandel per helseforetak i prosent	Antall nyhenviste (%)
Helse SørØst (56 %)	53 (66,2 %)
Helse Vest (21 %)	1 (1,3 %)
Helse Midt (14 %)	9 (11,3 %)
Helse Nord (9 %)	17 (21,2 %)
Totalt:	80 (100 %)

Tabell 7: Nyhenviste pasienter fordelt på de fire regionale helseforetakene

Resultat: Sammenliknet med 2022 ses en økning i henvisninger fra Helse Nord og en nedgang fra de tre andre helseforetakene. Antall nyhenvisninger fra Helse SørØst og Helse Midt ligger nær resultatmålet. Få henvisninger fra Helse Vest er en kjent utfordring det er arbeidet strukturert med over mange år. I stor grad har tiltak vært tilknyttet deltakelse på kongresser og/eller større møtepunkter. For 2024 forsøkes en ny strategi. Hver enkelt revmatologisk avdeling med lite innsøking til NBRR er invitert til et samarbeidsmøte for å informere om enhetens tilbud. Det er allerede planlagt digitale møtet med flere av avdelingene første tertial 2024.

5.4 Etablere faglige referansegrupper

Resultatmål: NBRR skal ha minst to møter i året med referansegruppen

En referansegruppe består av representanter fra fagmiljøet i de ulike helseforetakene samt brukerrepresentanter. I møtene med referansegruppen er det anledning til å høre om behov, utfordringer og lignende fra de ulike regionene. Behandlingstjenesten får i tillegg mulighet til å fortelle om og diskutere planer, prosjekter og utfordringer. Møtene gir enheten innblikk i hvordan rehabiliteringsbehovet er i de ulike delen av landet, forventinger til en nasjonal tjeneste, innsikt fra et brukerperspektiv og gir oss verdifull kontakt inn i fagmiljøene i de ulike RHF.

Resultat: Det er avholdt to digitale møter med referansegruppen.

5.5 Kunnskap og kompetanseoppbygging

Resultatmål: NBRR skal ha en kompetansespredningsplan med en overordnet plan som beskriver hvordan NBRR skal arbeide for å spre kompetanse om tjenesten, behandlingen og våre resultater

NBRR har utarbeidet en kompetansespredningsplan som ligger tilgjengelig for alle på hjemmesiden; [NBRR Kompetansespredningsplan](#). Denne oppdateres fortløpende og beskriver hva og hvordan teamet ved NBRR skal formidle kunnskap og kompetanse lokalt, regionalt og nasjonalt.

Resultatmål: NBRR skal bidra til styrking av kompetansen innen tverrfaglig rehabilitering i revmatologiske fagmiljø

NBRR arbeider med å styrke kompetansen innen tverrfaglig rehabilitering både gjennom undervisning, formidling og informasjon til både helsepersonell på ulike nivåer i helsetjenesten, og til pasienter og pårørende. NBRR kontaktes både direkte av helsepersonell og/eller andre samarbeidende instanser vedrørende pasientene våre, og i mer formelle settinger i form av innlegg/foredrag i aktuelle fora.

En detaljert oversikt over våre formidlingsaktiviteter og forskningsdeltakelse er presentert i vår årsrapport til Helsedirektorat; [Årsrapport NBRR](#). Her finner man også kontaktinformasjon ved ønske om foredrag fra en av NBRRs faggrupper og om tema som gjelder revmatologisk rehabilitering.

Resultatmål: NBRR skal ha fokus på å øke og vedlikeholde vår faglige kompetanse og videreføre denne kompetansen lokalt og nasjonalt

For å ivareta og videreutvikle kompetansen i teamet, gjennomføres det årlig tre fagdager. Motiverende intervju (MI) har vært tema på samtlige fagdager fordi MI er et kommunikasjonsverktøy som fremmer endring og derfor et felles arbeidsverktøy for alle faggrupper i teamet. Andre tema på fagdagene har vært målarbeid, aksept og forpliktelsesterapi (ACT) og forebygging og håndtering av vold. En av fagdagene ble spesielt dedikert til å styrke teamets kompetanse på bindevevssykdommer og vaskulitter. Revmatolog, fysioterapeut og sykepleier fra Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer ved OUS Rikshospitalet holdt enkeltvis foredrag med diskusjon i etterkant.

NBRR deltar også i forskning og etablering av forskernettverk knyttet til det nasjonale oppdraget. Ansatte ved NBRR har i 2023 vært involvert i følgende forskningsprosjekter:

- *ExeHeart*: Bedre hjerte- karhelse for pasienter med inflammatorisk leddsykdom. Fysioterapeut Kristine Røren Nordén er stipendiat i studien. Fysioterapeut Susanne Brøndbo og Kjersti Makhholm Fimreite har bidratt med treningsveiledning til deltakere i kontrollgruppen etter studiens slutt.
- *Cognitive aspects of pain in people with inflammatory joint diseases*: Psykologspesialist Lisa Elstad har arbeidet med prosjektet gjennom hele året og mottatt midler til å starte i stipendiat i studien mot slutten av året.
- *A Proof-of-concept Study to Examine QUC398 in Participants With Knee OA*: Klinisk farmasøyt Kirsten Viktil bidrar med studiemedisinlogistikk
- *MERINO-studien*: Undersøker om behandling med legemiddelet metotreksat i ett år vil lindre smerte, gi bedre funksjon i ledd og begrense leddødeleggelse for pasienter med inflammatorisk erosiv håndartrose. Klinisk farmasøyt Kirsten Viktil bidrar med studiemedisinlogistikk

Detaljert oversikt over formidlingsaktiviteter og forskningsdeltakelse er presentert i årsrapporten.

Resultatmål: Det skal i 70 % av alle rehabiliteringsopphold ha vært kontakt med det lokale hjelpeapparatet

I tverrfaglig og kompleks rehabilitering er kontakt, involvering og samhandling med helsepersonell, etater og andre fagpersoner rundt pasienten, ett av kriteriene for særkoden Z50.80. Dette er nødvendig for at pasientens rehabiliteringsprosess skal kunne videreføres lokalt, og for at informasjon, samkjøring og koordinering av tiltak skal kunne følges opp lokalt og i spesialisthelsetjenesten. Kontakt og samhandling er også sentralt for en nasjonal tjeneste, da kompetansespredning vedrørende rehabiliteringsfaget er en del av vårt mandat.

Det er i 2023 registrert direkte kontakt med eksterne behandlere og tjenester i 81 av 110 opphold. Omfanget i enkeltsaker varierer fra en til seks kontaktpersoner og instanser. Av de 110 oppholdene i 2023 ble det i 63 av oppholdene opprettet kontakt med 1-2 kontakter eksternt, for 16 av oppholdene 3-4 kontakter eksternt og ved 2 opphold 5-6 kontakter eksternt.

For noen av pasientene har det også vært behov for kontakt med offentlige tjenester og systemer, som for eksempel NAV. Ressursbruken i denne type arbeid er betydelig. Dette er likevel en bevisst prioritering for å sikre helhetlige, koordinerte og sammenhengende rehabiliteringsprosesser.

Resultat: I 2023 ble det lokale hjelpeapparat kontaktet i 74% av alle oppholdene, og resultatmålet er oppnådd. Det bemerkes at mange pasienter ikke ønsker bistand i å kontakte lokale behandlere da de selv kan ivareta kontakten og benytter tverrfaglig epikrise fra NBRR som et verktøy i samarbeidet. Det tverrfaglige teamet arbeider strukturert og kontinuerlig med å fremme betydningen av samhandling

og involvering av det lokale hjelpeapparatet, samt videreføring av rehabiliteringsprosessene lokalt. Under beskrives de ulike kontaktene som opprettes under et opphold på NBRR:

Samarbeidsmøter

Det ble registrert samarbeidsmøter med behandlere og relevante tjenester lokalt for 4 pasienter. To av samarbeidsmøtene ble avholdt hos NBRR og de resterende 2 ble gjennomført pr video. Til sammenligning deltok behandlere fra NBRR på samarbeidsmøter for 3 pasienter i 2022.

Individuell Plan

Individuell plan (IP) er et arbeidsverktøy som viser mål, ressurser og tiltak for personer som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester fra kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten. IP skal fremme samhandling og samarbeid mellom tjenesteyter og pasient, eventuelt pårørende. En vurdering av pasientens behov for IP skal gjøres i alle opphold ved NBRR.

Individuell Plan (IP)	Antall 2023
IP igangsatt under innleggelse	2
IP igangsatt før innleggelse	2
IP ikke vurdert som aktuelt nå	87

Tabell 8: Oversikt antall Individuell plan

Antall pasienter der NBRR har initiert til utarbeidelse av IP er relativ lav, men stabil siden i fjor. Antall pasienter med igangsatt IP før innleggelse var i fjor 4. Det er en naturlig variasjon i pasientenes behov for IP fra år til år.

Erfaringsvis hender det dessverre at kontakt med kommuner og lokal koordinator vedrørende pasientens behov for IP ikke følges opp som avtalt eller ikke følges opp i det hele tatt.

Utarbeidede henvisninger

I 2022 startet NBRR å registrere antall utarbeidede henvisninger for videre utredning eller behandling innen somatisk og/eller psykisk helsetjenester, for å beskrive pasientenes behov for videre behandling eller oppfølging lokalt.

I 2023 utarbeidet NBRR totalt 42 henvisninger til for eksempel psykisk helsevern på ulike nivåer, ulike indremedisinske spesialiteter, ortopedi og rehabiliteringsinstitusjoner. 13 var utarbeidet av revmatolog, 16 av psykolog og 4 av andre faggrupper (ergoterapeut, sosionom eller fysioterapeut). I tillegg var det flere henvisninger som var utarbeidet ved samarbeid mellom flere faggrupper.

I en henvisning ligger det mye arbeid. Behandlere på NBRR nedlegger mye tid på å kartlegge, beskrive og utforme gode henvisninger til andre instanser, samt komme i kontakt med lokale kontakter. Antall utarbeidede henvisninger fra NBRR viser kompleksiteten i pasientgruppen, der en stor andel trenger mer medisinsk eller psykisk utredning og/eller oppfølging.

Forbedringstiltak: Samhandling med det lokale hjelpeapparatet er et viktig fokus. Samhandling er et punkt som både er inkorporert i malen for tverrfaglig møte og stadig blir løftet opp. Ledelsesforankring er nødvendig for at teamet skal sette av tid til å utarbeide henvisninger i en klinisk hverdag. Videre fokus på kvalitetsmålet i tverrfaglige møter vil være et nødvendig tiltak. Videre fokus på å utforme gode henvisninger og registrering av antall henvisninger som utarbeides fra NBRR, vil fortsette å være et satsningsområde.

Kontakt med pårørende

Betydningen av involvering og kontakt med pårørende (ektefeller, samboere, foreldre) og barn som pårørende har blitt tydeligere de siste årene. Det samme gjelder pårørendes betydelige

rolle for videreføring av gode rehabiliteringsprosesser etter endt opphold. I 2023 startet derfor NBRR å registrere antall kontakter og samtaler gjennomført med pårørende, for å sette et tydeligere fokus på viktigheten av sosial støtte og betydningen av samhandling med det sosiale «hjelpemiddelet» for pasientene. I 37 av alle 110 opphold har det vært kontakt med pårørende. Det reelle tallet er sannsynligvis høyere da det i 23 av oppholdene ikke er registrert hvorvidt det har vært kontakt med pårørende eller ikke.

Forbedringstiltak: Nye registreringsrutiner av kontakt med pårørende ble etablert høsten 2023 for å sikre mer valide tall fremover.

5.6 Pasientperspektivet

Resultatmål: NBRR skal ha et kontinuerlig fokus på pasientperspektivet, og pasienter som har vært til rehabilitering gis anledning til å komme med strukturerte tilbakemeldinger i et evalueringsskjema.

NBRR har utarbeidet et standard evalueringsskjema som pasientene besvarer ved utreise. Her evaluerer pasientene oppholdet og utbyttet de opplever å ha hatt. Spørsmålene i evalueringsskjemaet danner grunnlaget for kvalitetsmålene til NBRR og gjennomgås systematisk i kapittel 6. Kvalitetsmål nedenfor.

6. Kvalitetsmål

6.1 Om kvalitetsmålene

Kvalitetsmål er parametere som sier noe om kvaliteten på behandling og det utbyttet pasientene opplever at rehabiliteringen gir. Målene gir også en indikator for hva som fungerer godt og hvor forbedringsfokus bør være. Kvalitetsmålene er utarbeidet av NBRR og tar utgangspunkt i mandatet *pasientperspektivet* (se kapittel 5.6 ovenfor). Evalueringsskjemaet besvares av pasientene ved utreise. Spørsmålene besvares enten med svaralternativene «*ikke i det hele tatt*», «*i liten grad*», «*i noen grad*», «*i stor grad*» eller «*i svært stor grad*», eller med «*ikke noe utbytte*», «*lite utbytte*», «*en del utbytte*», «*stort utbytte*», eller «*svært stort utbytte*».

6.2 Svarprosent på evalueringsskjemaer

En høy andel besvarte evalueringsskjemaer er svært viktig for å kunne anvende tilbakemeldingene systematisk.

Kvalitetsmål: Pasienttilfredshets skjemaene er besvart ved 90 % av innleggelsene

Resultat: Av 110 opphold ble det mottatt 101 evalueringsskjemaer. Dette gir en svarprosent på 92 %. Kvalitetsmålet er oppnådd.

Bevaringstiltak: Som fast tiltak avsettes det tid til skjema utfylling i pasientenes timeplan. Prosessen med å digitalisere evalueringsskjemaet er igangsatt. Når dette er klart, vil pasienten få avsatt tid til å besvare evalueringsskjemaet på en PC under innleggelsen. Dette vil trolig bidra til å sikre høy svarprosent og færre antall manglende enkelt svar i skjemaet, siden man ikke vil kunne avslutte digital besvarelse uten å ha besvart alle spørsmålene. Det er forøvrig fortsatt en utfordring at pasienter med tolkebehov ikke får levert evalueringsskjema. Det medfører at tilbakemeldinger og mulige perspektiver fra noen av de pasientene som har en kommunikasjonsutfordring mangler.

6.3 Informasjon før oppholdet

Pasientene bør i best mulig grad være forberedt på hva et opphold ved NBRR innebærer og inneholder. Det er derfor viktig at de får tilstrekkelig informasjon før innleggelse.

Kvalitetsmål: 95 % av pasientene opplever at informasjonen de får før oppholdet i *stor* eller i *svært stor grad* er tilstrekkelig.

Resultat: 81 % (n=81) oppgir at de i *stor* eller *svært stor grad* har fått tilstrekkelig informasjon forut for oppholdet. Tallet ligger under definert målsetting, og tilsvarer resultatet fra 2022 (81%).

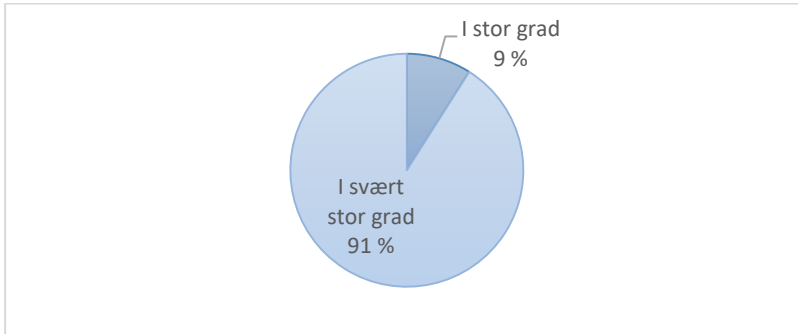
Forbedringstiltak: Pasientene får informasjon om NBRR både gjennom telefonsamtale før opphold og gjennom et informasjonsbrev som til nå har blitt sendt i posten. Prosessen med heldigitalisering av innkallingsprosessen er igangsatt. Dette medfører blant annet at informasjonsbrevet sendes elektronisk. I den forbindelse vil det bli noen endringer i innholdet i både telefonsamtalene og informasjonsbrevet. I tillegg vil det tilføres et punkt i evalueringsskjemaet som omhandler informasjon pasientene skulle ønske de hadde fått på forhånd, men som de ikke fikk, og hvilken informasjon de tror andre pasienter kan ha nytte av å få i forkant av et opphold.

6.4 Høflighet og respekt

Kjerneverdiene *Respekt, Kvalitet, Tjeneste, Rettferdighet* tilhører Diakonhjemmet sykehus, og er også NBRR sine verdier. Fokus på verdiene i daglig klinisk praksis er avgjørende for god og virksom pasientbehandling.

Kvalitetsmål: 100 % av pasientene skal oppleve at de blir møtt med høflighet og respekt

Resultat: 100 % av de som har svart sier at de i *Stor grad* eller *Svært stor grad* opplever å bli møtt med høflighet og respekt (n=101), se diagram nedenfor. Kvalitetsmålet er oppnådd.



Figur 12: Ble møtt med høflighet og respekt (n=101)

Bevaringstiltak: Veiledning og kompetanseheving innen motiverende intervju og en klientsentrert tilnærming, i tillegg vedvarende fokus på NBRRs verdier. Veiledning og debrief i situasjoner som har vært utfordrende vil bli videreført som en rutine ved NBRR.

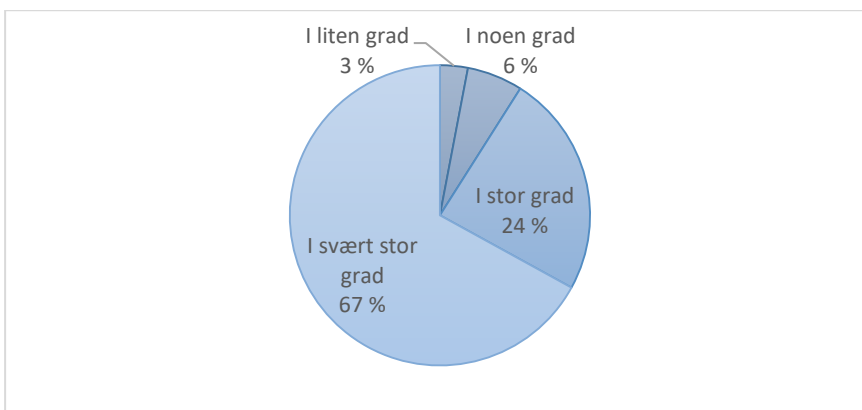
6.5 Pasientenes mål for oppholdet

Pasientene definerer selv hva som skal være fokus og konkrete mål for sitt rehabiliteringsopphold. Målene viser til områder pasienten opplever som viktige å ta tak i, og er styrende for utforming av konkrete tverrfaglige tiltak. I hvor stor grad pasientene selv opplever at rehabiliteringen har gitt et utbytte på deres egne definerte mål er derfor en viktig kvalitetsindikator. Fordi egne mål kun defineres for pasienter innlagt til 2-3 ukers rehabiliteringsopphold inkluderer denne kvalitetsindikatoren kun denne gruppen.

6.5.1 Eierskap til egen målsetting

Målene for rehabiliteringsoppholdet formuleres i et tverrfaglig møte der pasienten deltar. Hvis dette ikke er ønskelig eller hensiktsmessig utarbeides målene i samarbeid mellom fagpersonene og pasienten på en individuelt tilpasset måte.

Kvalitetsmål: 90 % av pasientene som har vært på rehabiliteringsopphold skal oppleve at målene i rehabiliteringsplanen i stor eller i svært stor grad er deres egne.



Figur 13: Opplevelse av at rehabiliteringsmålene var sine egne (n=33)

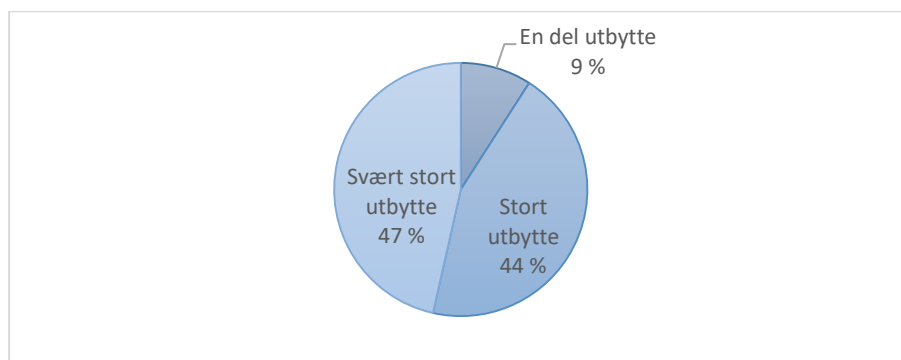
Resultat: I 2023 ble det gjennomført 37 rehabiliteringsopphold, av disse har 33 pasienter (89 %) besvart spørsmålet om målene var deres egne. 91 % av disse har svart at de i *Stor grad* eller *Svært stor grad* opplevde at rehabiliteringsmålene var deres egne. Kvalitetsmålet anses som oppnådd.

Bevaringstiltak: Det arbeides kontinuerlig med målformulering, og hvordan teamet kan bidra til at pasientene skaper gode mål de selv føler eierskap til. I 2023 har «målarbeid» vært et eget tema på fagdag. Fokus på «målarbeid» har blant annet resultert i forbedring av rutiner og utarbeidelse av prosedyrer. Malen for rehabiliteringsplan er revidert for å skape et mer oversiktlig dokument for pasient og team. Det arbeides aktivt med målformuleringer med fokus på SMART-mål: *Spesifikt, Målbart, oppnåelig (Achievable), Relevant, Tidsbasert*. Arbeidet med målformuleringer beholdes som et ukentlig fokus på teammøtene. Se også neste punkt 6.5.2.

6.5.2 Utbytte relatert til mål

Kvalitetsmål: 90 % av pasientene innlagt til rehabiliteringsopphold skal svare at utbyttet relatert til egne mål var *Stort* eller *Svært stort*.

Resultat: Av de 37 rehabiliteringsoppholdene som ble gjennomført, har 32 pasienter (86 %) besvart spørsmålet. Av disse angir 91 % *Stor* eller *Svært stort* utbytte av egne mål (se figur under). Dette er en positiv økning fra 80 % i 2022 og kvalitetsmålet anses som oppnådd.



Figur 14: Pasientenes evaluering av utbyttet relatert til egne mål etter rehabiliteringsopphold (n= 32).

Bevaringstiltak: For høyere måloppnåelse er det viktig å sikre at pasienten jobber mot mål som er viktig for den enkelte, og som de har tro på at de har ressurser og forutsetninger for å klare. Rutine for systematisk oppfølgingssamtale av målene underveis er videreutviklet til å også omhandle vekting av mål. Det innebærer at pasienten får anledning til å spesifisere hvor viktig hvert enkelt mål er og om de opplever målene som påvirkelige for endring ved egeninnsats og/eller samarbeid med helsepersonell. Ved behov justeres målene i etterkant av samtalen. Se for øvrig forbedringsforslaget til kapittelet ovenfor som også er tett knyttet til utbytte av mål.

6.6 Opplevelse av tverrfaglig samarbeid

Alle pasientene som innlegges til opphold ved NBRR vil møte fagpersoner fra minimum 6 ulike faggrupper. De ulike fagpersonene gjennomfører hver sin del av en bred tverrfaglig utredning, og samarbeider gjennom jevnlig teammøter og målrettede behandlingstiltak.

For at tilbudet skal ha den ønskede effekten er det viktig at teamet fremstår på en enhetlig måte for pasientene. Tiltak for å nå dette er felles overordnede faglige perspektiver og samtaler knyttet til intervensjoner overfor den enkelte pasient. Vår tilnærming bygger på en biopsykososial forståelse, mens kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju er verktøy som anvendes for å fremme endringsprosesser. Dette innebærer en empatisk og klientsentrert kommunikasjon.

Kvalitetsmål: 100 % av pasientene skal oppleve at behandlerne i stor eller svært stor grad samarbeider godt om innholdet i deres opphold.

Resultat 2023: 98 % av pasientene (n=100) som besvarte spørreskjemaet angir at de i *Stor grad* eller *Svært stor grad* opplevde at behandlerne samarbeidet godt om innholdet i oppholdet. Kvalitetsmålet anses som oppnådd.



Figur 15: Opplevelse av tverrfaglig samarbeid (n=100)

Bevaringstiltak: Det arbeides kontinuerlig med koordinering og tilpasning av tiltak og tilnærming, og aktiv bruk av tverrfaglige møter for å tydeliggjøre pasientens mål. Kvalitetsmålet er stadig viktig å fokusere på da pasientens motivasjon for endring i stor grad er basert på opplevelsen av å bli forstått og tatt på alvor. Dette arbeidet videreføres.

6.7 Er det noe ved oppholdet du ville ønsket annerledes?

Dette spørsmålet gir rom for pasienten å svare i fritekst. Femti pasienter (50 % av de som besvarte spørreskjemaet, n=101) benyttet seg av muligheten til å svare på om de skulle ønske noe var annerledes. Til sammen ga de 88 tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene er organisert i 6 kategorier, og de fleste av pasientene hadde kommentarer under flere kategorier. Kategoriene er presentert i tabellen under med eksempler på kommentarer i parentes.

Tilbakemeldinger	Antall tilbakemeldinger
Aktiviteter og innhold (fordeling i timeplan, flere samtaler, fellesaktiviteter)	23
Fasiliteter (bedre seng, hyggeligere innemiljø, flere hjelpemidler)	23
Måltider (sunnere og mer variert kosthold)	14
Fornøyd (nei, fornøyd med oppholdet slik det var)	11
Lokaler (mer egnede lokaler)	9
Diverse (Informasjon om tilbud og organisering, tidspress)	8

Tabell 9: Fritekstkommentarer om hva pasientene ville ønsket annerledes

Utdyping: Kategoriene *Aktiviteter og innhold* og *Fasiliteter* utmerker seg med aller flest tilbakemeldinger. Under *Aktiviteter og innhold* er en gjentakende tilbakemelding et ønske om en mer individualisert fordeling av aktiviteter. Enkelte opplever at dagene blir for intense, mens andre fokuserer mer på dager som oppleves litt tomme og kunne hatt mer program. Til tross for dette svarer 85 % (n=86) av pasientene at de i *stor til svært stor grad er fornøyd med ukeplanen under oppholdet*. Ukeplanen er pasientens oversikt over ukens aktiviteter dag for dag og utarbeides i samarbeid med pasienten. Flere savner muligheten til flere eller lengre enkeltsamtaler med behandlerne mens andre ønsker flere fellesaktiviteter som gruppeundervisning og felles kveldsaktiviteter. Dette er tilbakemeldinger som kan sammenliknes med resultatene fra 2022.

Under kategorien *Fasiliteter* er hovedfokusert mykere og større seng, et hyggeligere innemiljø, større utvalg av små hjelpemidler og tilgang til kjøkkenredskaper. De fleste tilbakemeldinger under *Lokaler* påpeker at det er ugunstig at NBRR er samlokalisert med en medisinsk sengepost, og at det hadde vært bedre med roligere omgivelser og uten sterke assosiasjoner til «sykehus». Under *Måltider* ønsker flere

seg et mer variert og sunnere kosthold og mer informasjon om det faktiske tilbudet. Tilbakemeldingene er oversendt NBRR sitt lederteam, og vil også bli presentert for det tverrfaglige teamet.

6.8 Er det noe ved oppholdet du er spesielt fornøyd med?

Dette spørsmålet gir rom for pasienten å svare i fritekst. Av 101 pasienter var det 72 (71 %) som kommenterte hva de var spesielt fornøyd med. Til sammen gav de 114 tilbakemeldinger.

Tilbakemeldingene er samlet i fem kategorier, med eksempler fra kommentarene i parentes:

Tilbakemeldinger	Antall tilbakemeldinger
Godt tverrfaglig samarbeid (kommunikasjon, bli tatt på alvor, kvalitet)	31
Omsorg og ivaretagelse (helhetlig, hørt og sett, imøtekommende, respekt)	31
Organisering: (Sosialt samvær, programinnhold)	25
Personalet (hyggelig/imøtekommende, kompetanse, lyttende, hjelpsom)	20
Rammer: (måltid, beliggenhet)	7

Tabell 10: Fritekstkommentarer om hva pasientene var spesielt fornøyd med

Utdyping: De mange gode tilbakemeldingene på godt tverrfaglig samarbeid samsvarer godt med at 98 % av pasientene har besvart at de i stor til svært stor grad opplever godt tverrfaglig samarbeid (se punkt 6.6). En av pasientene har beskrevet samarbeidet slik;

Makan til fantastisk team og enkelt ansatte som jobber iherdig, grundig, oppløftende, møtende, støttende og opplysende med å møte akkurat meg på en god og tverrfaglig måte finner du ingen andre steder, tror jeg! Ulike fagpersoner oppdatert på hva jeg hadde sagt i møte med andre fagpersoner bare 15-30 min tidligere. De er utrolige til å møte meg på helt riktig måte, og de tenker både utenfor boksen og eget fagfelt, og de oppdager og løser medisinske problem (...). De er en livline jeg håper å få komme tilbake til! (pasient)

Det er også svært mange gode tilbakemeldinger på den omsorgen og ivaretagelsen pasientene opplever. Ivaretagende, hørt og sett, helhetlig, respekt og aksept er ord som går igjen.

Fantastisk å endelig komme et sted hvor de ser hele menneske, tar meg på alvor, er nøyaktige, ærlige, støttende og motiverende. Man føler seg sett, respektert og verdifull her. Jeg er evig takknemlig. (pasient)

Tilbakemeldingene samsvarer godt med at 100 % av pasientene opplevde å bli møtt med høflighet og respekt (se punkt 6.4). Flere av pasientene som kommer til NBRR har på grunn av flere uheldige opplevelser i helsevesenet, utviklet mistillit til helsevesenet. I en rehabiliteringsprosess er tillitt til personalet og det å bli anerkjent og sett som et helt menneske helt vesentlig for behandlingen. Dette er derfor en viktig kvalitetsparameter for NBRR, og kommentarer som bekrefter at pasienten opplever denne kvaliteten på NBRR er av stor betydning.

7. Behandlingsresultater

7.1 Endring i livskvalitet

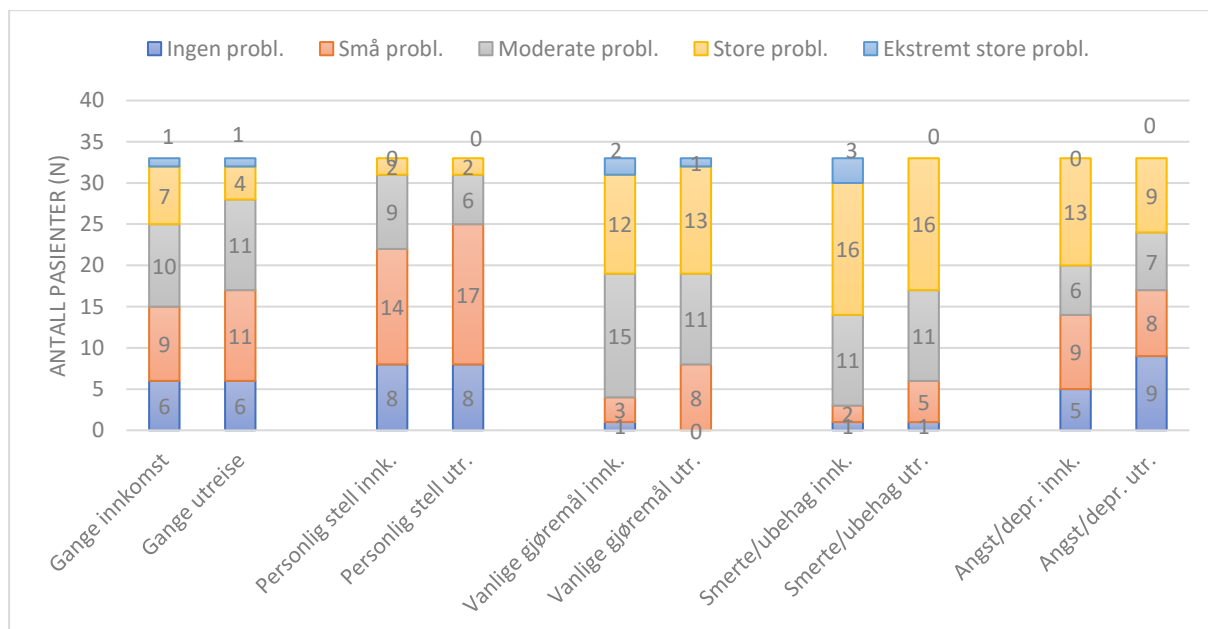
I dette kapittelet vil endring i livskvalitet basert på endring i skår på EQ-5D-5L og RAID i løpet av et 2-3 ukers rehabiliteringsopphold bli presentert. Mean varighet av rehabiliteringsoppholdene i 2023 var 18 dager, median 19 dg (min 7 dg, maks 25 dg). Viser til tidligere omtale av spørreskjemaene EQ-5D-5L og RAID i kapittel 4.9.

Fra tidligere års analyser er det kjent at de fleste pasienter oppnår bedring i livskvalitet i løpet av rehabiliteringsoppholdet, men for noen pasienter kan et 2-3 ukers rehabiliteringsopphold gi en forverrelse av smerter, utmattelse og andre sider ved pasientens helse. Forklaring på hvorfor noen opplever forverrelse i symptomer kan være økte muskel-skjelett-smerter på grunn av påbegynt trening og nye treningsøvelser. Noen pasienter erfarer at søvnen blir dårligere på sykehuset på grunn av endring i sengekvalitet og fremmede lyder i omgivelsene. Dårlig søvn under oppholdet vil i neste omgang kunne gi en negativ påvirkning på smerter, utmattelse og følelsesmessig velvære. For andre kan gjennomgang av privatøkonomien avsløre større økonomiske utfordringer enn personen forventet, dette kan igjen gi en negativ påvirkning på flere sider ved livskvaliteten. Nødvendig endring av pågående medikasjon kan hos noen også gi bivirkninger som forbigående påvirker livskvaliteten negativt.

Med dette som bakgrunn presenteres først resultatene for endring i skår på EQ-5D-5L, deretter dataene på RAID. Det foreligger svar på begge tidspunkt både på EQ-5D-5L og RAID fra 33 av de 36 pasientene som var innlagt til rehabiliteringsopphold.

7.1.1 Endring i EQ-5D-5L

Først presenteres resultatene for EQ-5D-5L som antall pasienter (n, på y-aksen) på hver gradering og innenfor hvert av de 5 områdene, ved innkomst (en søyle) og ved utreise (søyle ved siden av).



Figur 16: Antall svar på hver kategori innenfor hvert område i EQ-5D-5L, ved innkomst og ved utreise for pasienter innlagt til rehabilitering (n=33, 3 missing).

Resultater: Det er relativt små endringer i skår på de 5 ulike områdene i EQ-5D fra første måling ved start av rehabiliterings-oppholdet til måling like før utreise. På området «gange» er det 17 som ved utreise skårer innenfor svaralternativene «ingen til små problemer» med gange mot 15 ved start av oppholdet, tilsvarende tall for «moderate gangproblemer» er 10 mot 11. Det er 3 færre som skårer

«store problemer med gange» ved utreise sammenlignet med ved første måling. Det er helt ubetydelige endringer i skår på området personlig stell. Det er 4 flere som skårer små problemer på «vanlige gjøremål» ved utreise sammenlignet med ved start av oppholdet, men det er totalt sett uendret antall som skårer innenfor kategoriene store til ekstremt store problemer, en færre som har ekstremt store problemer med vanlige gjøremål ved utreise sammenlignet med ved innkomst.

På området «smerte/ubehag» er det 16 ved utreise mot 19 ved innleggelse, som skårer innenfor kategorien store til ekstremt store problemer med smerter og ubehag. Det er 3 flere som skårer ingen til små problemer med smerter/ubehag ved utreise sammenlignet med ved innkomst.

På området «angst/depresjon» er det 4 flere som skårer ingen problemer og 4 færre som skårer store problemer med «angst/depresjon» ved utreise sammenliknet med ved start av oppholdet.

EQ-VAS (0-100) er besvart på begge tidspunkt av 33 av 36 pasientene som var innlagt til rehabiliteringsopphold. Som beskrevet i kapittel 4.9 er skår på «0» på EQ-VAS den dårligste helsen du kan tenke deg og «100» er den beste helsen du kan tenke deg.

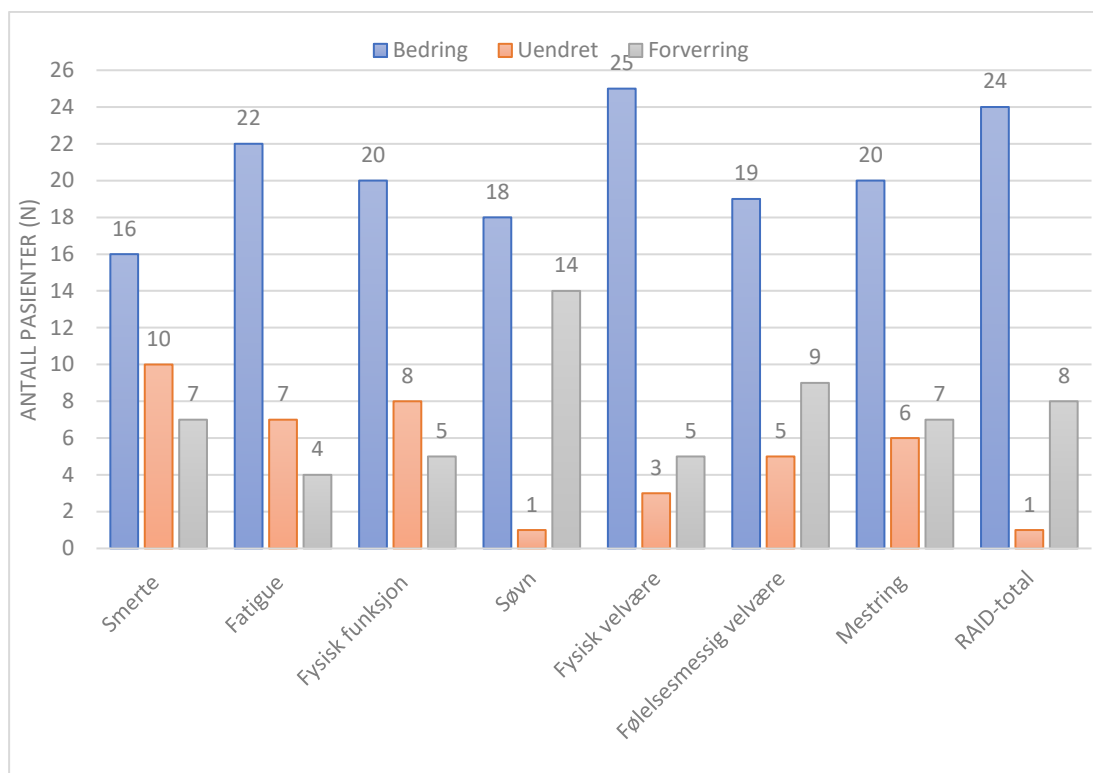
EQ-VAS (0-100)	Median (min, maks)
Innkomst alle (n=33)	40.0 (14-97)
Utreise alle (n=33)	40.0 (19-87)
Innkomst kvinner (n=22)	40.0 (14-84)
Utreise kvinner (n=22)	45.0 (27-71)
Innkomst menn (n=11)	31.0 (20-97)
Utreise menn (n=11)	40.0 (19-87)

Tabell 11: Endring av medianverdien for EQ-VAS i løpet av rehabiliteringsoppholdet hos alle, hos kvinner (n=22) og hos menn (n=11)

Resultater EQ-VAS: I 2023 er det uendret medianverdi på EQ-VAS (0-100) ved utreise sammenliknet med ved innleggelse når kvinner og menn vurderes samlet, da er medianverdien 40. Med dette resultatet for samlet populasjon innlagt til rehabilitering er det interessant å gjøre subanalyser på kvinner og menn for seg. Det foreligger svar på EQ-VAS på begge tidspunkt for 22 kvinner. Medianverdien ved innkomst for kvinnene er 40, medianverdi ved utreise er 45. Det er 11 menn som har svart på EQ-VAS både ved innkomst og ved utreise. Medianverdien for menn ved innkomst er 31, ved utreise er median EQ-VAS 40. Med separate analyser for hvert kjønn skårer både kvinner og menn høyere på EQ-VAS ved utreise som betyr at de opplever at helsen har bedret seg i løpet av rehabiliteringsoppholdet.

7.1.2 Endringer i RAID

Dataene for RAID presenteres som antall pasienter som har oppnådd bedring av skår på de 7 RAID-spørsmålene, antall pasienter som skårer uendret og antall pasienter som skårer dårligere ved utreise, sammenlignet med ved innkomst.



Figur 17: Antall pasienter som i løpet av 2-3 ukers rehabilitering opplever bedring av RAID, uendret RAID og forverring av RAID (n=33, 3 missing).

Supplerende analyser er utført på de pasientene som oppnår bedring i de ulike dimensjoner i RAID i løpet av 2-3 ukers rehabilitering (gjennomsnittlig 18 dager), se tabell 12.

RAID-dimensjon	Antall (av n=33) som oppnår bedring (% av rehab. pas.)	Mean (CI*) ved start av 2-3 uker rehab.	Mean (CI*) ved slutten av 2-3 uker rehab.
Smerte (0-10)	16 (49%)	6.3 (5.5-7.0)	5.7 (5.0-6.4)
Fatigue (0-10)	22 (67%)	7.45 (6.8-8.1)	6.4 (5.5-7.3)
Fys funksjon (0-10)	20 (61%)	6.3 (5.6-7.0)	5.3 (4.7-6.0)
Søvn (0-10)	18 (55%)	5.4 (4.3-6.5)	5.1 (4.1-6.1)
Fys velvære (0-10)	25 (76%)	6.6 (5.9-7.4)	5.7 (5.1-6.4)
Følelsesmessig velvære (0-10)	19 (58%)	6.0 (5.1-6.9)	5.3 (4.5-6.1)
Mestring (0-10)	20 (61%)	5.6 (4.7-6.5)	4.6 (3.8-5.4)
RAID-total (0-10)	24 (73%)	6.3 (5.7-6.9)	5.5 (4.9-6.0)

Tabell 12: Antall og andel pasienter som oppnår bedring av livskvalitet i de ulike dimensjoner av RAID, og mean-verdi på hver dimensjon ved start og slutt av rehabiliteringsoppholdet (n=33, 3 missing).

Resultat: En varierende andel fra 58 til 76 % av pasientene innlagt til rehabilitering oppnår en numerisk forbedring på ulike sider ved livskvalitet målt med RAID. Det er størst andel (76 %) som opplever en numerisk bedring i skår på fysisk velvære. Det oppnås ikke statistisk signifikant forbedring fra innkomst til utreise på noen av RAID-dimensjonene for 2023-populasjonen. Det er overlappende konfidensintervaller på alle de ulike RAID-dimensjonene mellom mean-verdien ved innkomst inn og mean-verdien ved utreise. Tidligere år har det alltid vært noen RAID-dimensjoner der det har vært adskilte konfidensverdier på inn- og utverdi.

Årsaken til at det i 2023 ikke oppnås statistisk signifikant forbedring fra innkomst til utreise på noen av RAID-dimensjonene er vanskelig å svare på. En forskjell i 2023-populasjonen sammenlignet med tidligere er at det er en større andel pasienter innenfor diagnosegruppa kollagenose/vaskulitt. I 2021

og 2022 var henholdsvis 24 % og 15 % av pasienter innlagt til rehabiliteringsopphold innenfor diagnosegruppa kollagenose/vaskulitt, i 2023 utgjorde denne diagnosegruppa innlagt til rehabiliteringsopphold 28 %.

7.1.3 Endringer i skår på Bergen Insomnikår (BIS)

I kapittel 4.9.3. er Bergen Insomnikår tidligere omtalt. Kort oppsummert er BIS utviklet og validert basert på DSM-IV-kriteriene for insomni (søvnløshet) og består av 6 spørsmål knyttet til søvn og tretthet de siste 3 månedene. Dette betyr at BIS egentlig ikke er et egnet instrument for å måle ev. bedring av søvn i løpet av 2-3 uker. Med det forbeholdet presenteres likevel resultatene for pasientene innlagt til et rehabiliteringsopphold i 2023.

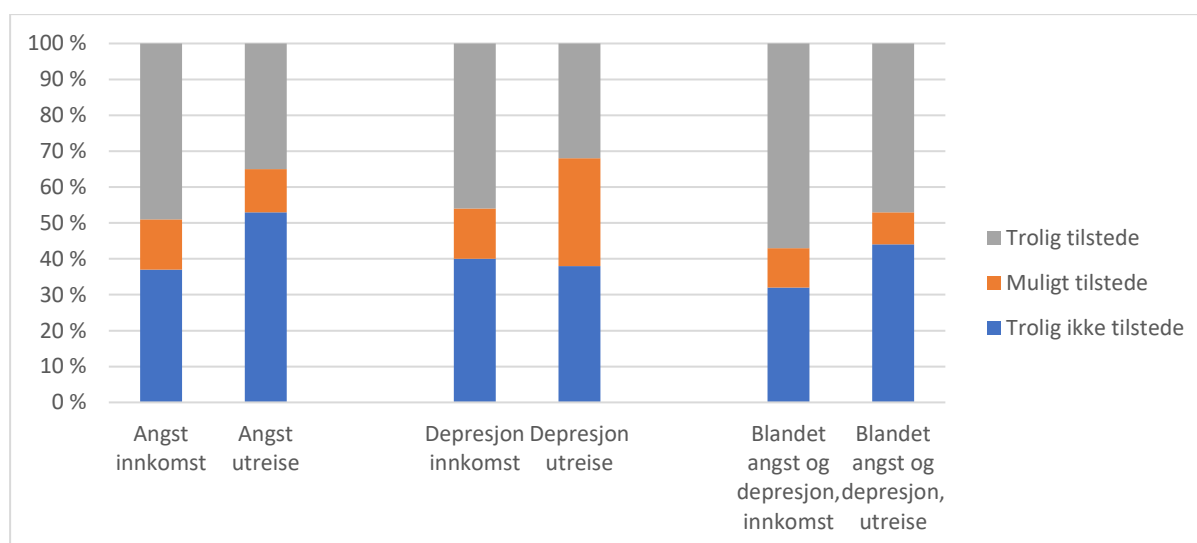
	Rehabiliteringsopphold n=33	
	Innkomst	Utreise
Sumskår BIS (0-42), median (min- maks)	29.0 (3-42)	28.0 (1-42)
Insomni, n (%)	29 (87.9)	29 (87.9)

Tabell 13: Endring av medianverdien for Bergen Insomnikår (0-42) og endring i andel med insomni i løpet av rehabiliteringsopphold i 2023

Resultater: Som forventet er det minimale endringer i BIS i løpet av 2-3 ukers rehabiliteringsopphold. Medianverdien av sumskåren ved innkomst til utreise endres fra 29 til 28. Andel med insomni er helt uendret, 87.9 % både ved innkomst og ved utreise.

7.2 Endring i psykisk helse

I kapittel 4.10 omtales spørreskjemaet HADS (Hospital Anxiety and Depression scale) som brukes ved NBRR for kartlegging av angst og depresjon. I løpet av et rehabiliteringsopphold vil intervensjonene rettes direkte og indirekte mot bedring av psykisk helse gjennom målene pasientene setter seg. Direkte gjennom pasientens eventuelle spesifikke mål relatert til bedring av psykisk helse, indirekte gjennom andre mål som kan ha bedring av psykisk helse som en sekundærgevinst. Selv om rehabiliteringsoppholdene ikke er lenger enn gjennomsnittlig/median 18/19 dager, er det et viktig mål at pasientene skal oppleve reduksjon i psykiske plager. En opplevelse av at den psykiske helsen blir bedre under oppholdet, vil kunne gi pasientene håp om at det er mulig å påvirke deres psykiske helse i positiv retning tross kronisk somatisk sykdom. Ønsket effekt av intervensjoner gjort under et rehabiliteringsopphold bør gjenspeiles med reduksjon av sumskår på HADS-angst, HADS-depresjon og HADS-blandet angst og depresjon.



Figur 18: Prosentandel av pasientene som er i kategoriene «Trolig ikke tilstede», «mulig tilstede» og «trolig tilstede» for delskårene angst, depresjon og blandet angst og depresjon ved innkomst og utreise fra rehabiliteringsopphold.

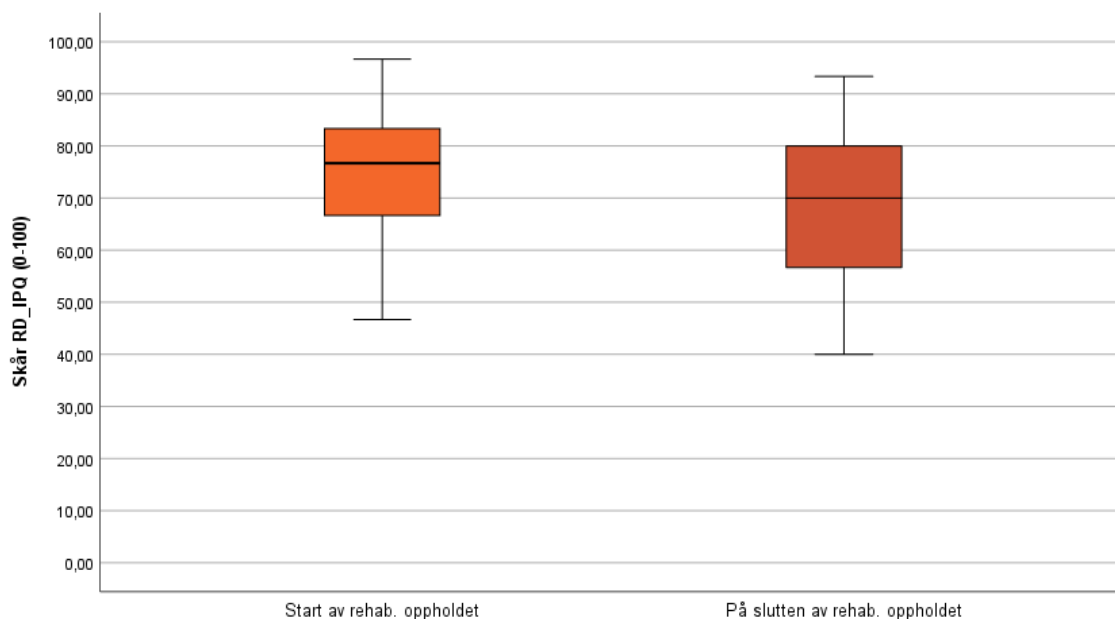
Resultat: Det er 33 av 36 pasienter som har svart på HADS både ved start av rehabiliteringsoppholdet og ved utreise. Andelen som trolig har en angsttilstand reduseres fra 49 % ved innkomst til 35 % ved utreise, og tilsvarende øker andelen som trolig ikke har en angstlidelse fra 37 % ved innkomst til 53 % ved utreise. Ved innkomst har 46 % «trolig depresjon», denne andelen reduseres til 32 % ved utreise. Andelen som trolig har en blandet angst og depresjonslidelse reduseres fra 57 % til 47 %. Sammenlignet med i 2022 er det i 2023 en større reduksjon i andel med angst og depresjon fra innkomst til utreise.

7.3 Endring i sykdomsforståelse

Begrepet sykdomsforståelse og spørreskjemaet RD-IPQ er introdusert og utdypet tidligere i rapporten, se kapittel 4.11. Individuelt tilpasset informasjon og skreddersydde tiltak med utgangspunkt i pasientens ønsker, mål og behov er sentralt i rehabiliteringsprosessen ved NBRR. Det er ønskelig at et rehabiliteringsopphold skal gi pasienten faglig oppdatert informasjon om sykdom, symptomer og behandlingstiltak og kunnskap og erfaring med gode mestringsstrategier. Alt dette vil trolig gi grunnlag for å bevege pasientenes sykdomsforståelse i en positiv og mindre truende retning. Dette kan for den enkelte pasienten innebære;

- endringer av tanker og oppfatninger om i hvilken grad de har kontroll over, og innvirkning på, symptomene
- i hvilken grad sykdommen medfører negative konsekvenser
- hvor tett sykdommen og symptomene relateres til identitet
- i hvilken grad sykdommen påvirker pasienten følelsesmessig

NBRR ønsker reduksjon i skår på RD-IPQ i løpet av rehabiliteringsoppholdet som indikerer at pasienten får en mer hensiktsmessig, og mindre truende, sykdomsforståelse.



Figur 19: Boksplot (median, kvartiler, min og maks) av RD-IPQ ved innkomst og ved utreise for gruppa som har gjennomført et rehabiliteringsopphold

Resultat: 33 av 36 pasienter har fylt ut RD-IPQ både ved start av, og på slutten av, rehabiliteringsoppholdet. Figur 18 over viser reduksjon i median og IQR- verdien for RD-IPQ sumskår fra innkomst til utreise. Gjennomsnittlig sumskår på RD-IPQ går ned fra 74.4 (95 % CI 69.6-73.3) ved innkomst til 70.1 (95 % CI 65.0-75.2) ved utreise. Gjennomsnittlig reduksjon i sumskår på RD-IPQ er 5.7 og konfidensintervallene er overlappende. Pasientene innlagt i 2023 oppnår ikke signifikant bedring i sykdomsforståelse i løpet av rehabiliteringsoppholdet.

Fra NBRR begynte å analysere RD-IPQ har det fram til og med 2021 vært en statistisk signifikant bedring med ikke-overlappende konfidens-intervaller for mean-verdien av RD-IPQ fra innkost til utreise i et rehabiliteringsopphold. På bakgrunn av dette har det tidligere blitt konkludert med at intervensjoner under rehabiliteringsoppholdet har gitt en mindre truende sykdomsforståelse, og at denne bedringen i RD-IPQ har vært sentralt i opplevelse av utbyttet av et rehabiliteringsopphold. Numerisk er det lik forbedring i Total RD-IPQ fra innkost til utreise på populasjonen i 2022 og 2023 (endring 5.6 mot 5.7), men både for 2022 og 2023 er det overlappende konfidensintervaller for mean-verdien ved innkost og utreise, altså kan det ikke konkluderes med at forskjellen er statistisk signifikant.

Pasientene skårer også RD-IPQ 6 måneders etter avsluttet rehabiliteringsopphold, resultatene presenteres i neste kapittel 7.4.3.

7.4 Utbytte 6 måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold

7.4.1 Telefonisk datainnsamling

For å vurdere hvilket utbytte rehabiliteringsoppholdet gir over tid, gjennomføres telefonisk datainnsamling 6 måneder etter utskrivelse. Det har vært forsøkt å avtale telefonintervjuet med den enkelte pasient før utskrivelse. Det kan være forhold som gjør at inkludering ikke er aktuelt, for eksempel behov for tolk eller aspekter ved pasientens situasjon. Dette vurderes i så fall i samråd med teamet.

Den telefoniske datainnsamlingen består av tre deler: Undersøkelse av pasientenes opplevelse av utbytte av oppholdet på 6 områder, pasientrapportert skår på sykdomsforståelse (RD-IPQ) og en skåring av helse relatert livskvalitet målt med RAID.

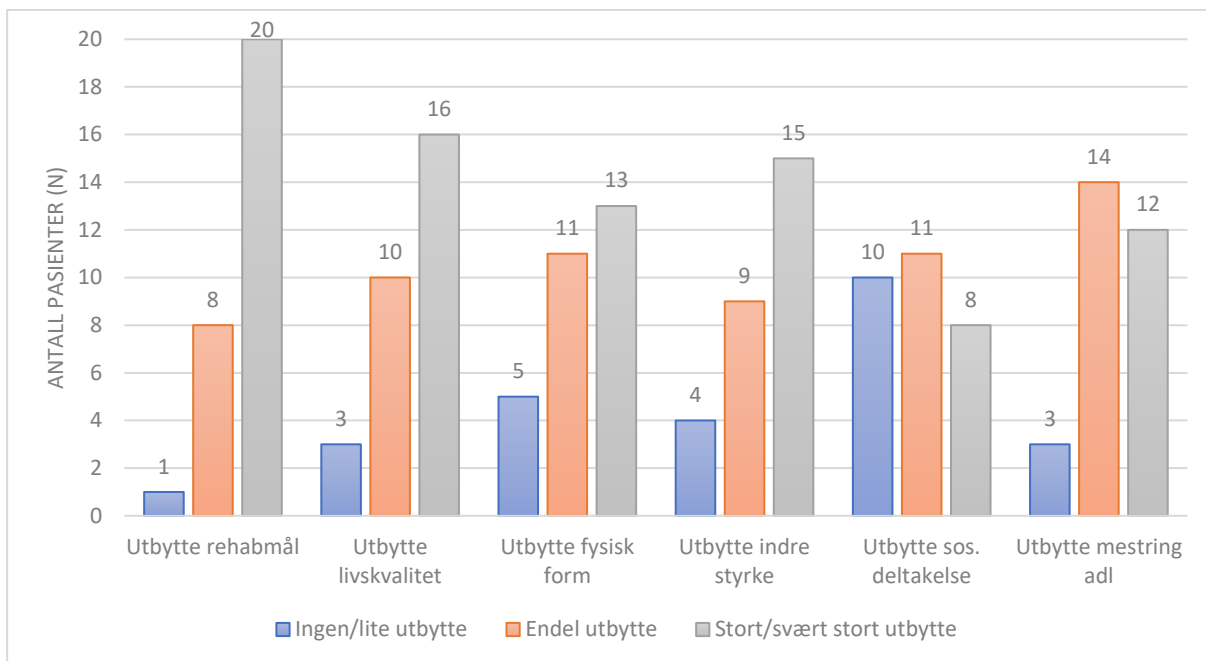
For å kunne presentere resultater for hele års-sett presenteres disse 6-måneders resultatene for pasientpopulasjonen innlagt til rehabilitering i 2022.

I 2022 var det 46 pasienter som var innlagt til rehabilitering. Av disse har 29 pasienter svart på telefonsamtalen 6 måneder etter utreise fra rehabiliteringsopphold, dette gir en svarprosent på 63 %. Dette er en dårligere svarprosent enn de siste tre årene. I de tre foregående års-sett, 2019, 2020 og 2021, var svarprosenten på henholdsvis 94 %, 75 % og 73 %. Noe av årsaken til en dårligere respons i 6 måneders telefonoppfølging av 2022-populasjonen kan være at telefonoppfølgingen de foregående år har vært gjort av en dedikert person. Grunnet endringer i personalgruppen i 2022 har ansvaret for oppfølgingen blitt delt på ulike personer. En svarprosent på 63 % gjør resultatene ved 6 måneders oppfølgingen mindre valide. Det er ikke gjort analyser for sammenligning av demografiske data og livskvalitetsdata ved innkost til rehabilitering mellom de 29 respondentene versus de 17 som ikke har svart på 6 måneders telefonoppfølging.

Forbedringsforslag: For å bedre svarprosent vil NBRR gjenoppta tidligere rutine på å avtale tidspunkt for telefonoppfølging på slutten av rehabiliteringsoppholdet. Det jobbes for øvrig også med å gjøre denne telefonoppfølgingen digital, med hensikt at det skal være enklere for pasientene å besvare oppfølgingen på det tidspunktet som passer hver enkelt pasient.

7.4.2 Pasientevaluert utbytte

I telefonsamtalen bes pasienten angi eget utbytte av rehabiliteringsoppholdet på en 5-gradert skala fra *Ikke noe utbytte* til *Svært stort utbytte*. Spørsmålene er relatert til seks områder: egne rehabiliteringsmål, livskvalitet, fysisk form, psykisk/indre styrke, deltagelse i sosiale aktiviteter og mestring av daglige gjøremål. Resultatet presenteres her som antall svar per gradering for hvert område:



Figur 20: Pasientevaluert utbytte av rehabiliteringen vurdert etter 6 måneder (n= 29)

Resultat: Mer enn 50 % av pasientene oppgir at de 6 måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold opplever stort til svært stort utbytte av rehabiliteringsoppholdet hva gjelder egne rehabiliteringsmål, livskvalitet og indre styrke. For alle områdene oppgir flertallet av pasientene å ha endel eller mer utbytte av rehabiliteringsoppholdet 6 måneder etter avsluttet opphold.

7.4.3 Endring av sykdomsforståelse i forløpet av rehabiliteringen

Det foreligger data på sykdomsforståelse fra 29 av 46 pasienter på alle tre tidspunkt, ved innkomst og ved utreise fra rehabiliteringsoppholdet, og ved oppfølging ca. 6 måneder etter utreise. Tabell 14 viser mean verdi (SD) av RD-IPQ ved de tre tidspunkt.

RD-IPQ (0-100), tidspunkt for utfylling	Mean (95% konfidens intervall)
RD-IPQ innkomst rehab. opphold (n=29)	64.7 (59.3-70.1)
RD-IPQ utreise rehab. opphold (n=29)	58.7 (53.7-63.8)
RD-IPQ 6 måneder oppfølging (n=29)	59.9.(55.8-64.0)

Tabell 14: Mean (SD) av RD-IPQ ved innkomst, utskrivning og 6 måneder oppfølging

Tallene i tabell 14 viser at denne seleksjonen av pasienter oppnår en bedring av sykdomsforståelse i løpet av rehabiliteringsoppholdet på 6 RD-IPQ enheter. I motsetning til tidligere års-sett der det er en ytterligere bedring av RD-IPQ fra utreise til 6 måneder oppfølging, er det i dette års-settet heller en liten forverrelse av RD-IPQ fra utreise til 6 måneder oppfølging. Det er dog fortsatt en klar numerisk forbedring av RD-IPQ fra innkomst til 6 måneder oppfølging. Forbedringen i skår på RD-IPQ fra innleggelse til oppfølgingen 6 måneder etter utreise, er på 4.8 enheter RD-IPQ

Det gjennomføres en parret T-test der inkomstsår RD-IPQ for utvalget på 29 respondere sammenlignes med skår ved oppfølgingen etter 6 måneder, se tabell 15.

RD-IPQ	Mean (SD)differanse	95% CI for differansen	P-verdi (2 sidig)
RD-IPQ innkomst	4.8 (9.4)	1.2-8.4	0.01
RD-IPQ 6 måneder			

Tabell 15: Resultatet av parret T-test for sammenligningen av RD-IPQ ved innkomst med RD-IPQ ved 6 måneders telefonoppfølging

Resultat: Endringen i RD-IPQ fra innkomst til 6 måneders oppfølging for aktuelle årssett er på 4.8 enheter, og en parret T-test viser at endringen er statistisk signifikant med en 2-sidig p-verdi på 0.01. Bedringen i sykdomsforståelse målt med RD-IPQ var større for foregående årssett. For pasienter innlagt til rehabilitering i 2021 var bedringen i sykdomsforståelse målt med RD-IPQ fra innkomst til 6 måneders oppfølging på hele 10 RD-IPQ enheter med en 2-sidig p-verdi på 0.001. En lavere respons på 6 måneders telefonoppfølging kan være en faktor som forklarer at størrelsen på bedring av sykdomsforståelse etter utreise er lavere for pasienter innlagt i 2022 sammenlignet med tidligere år.

7.4.4 Endring av helsereelatert livskvalitet i forløpet av rehabiliteringen

Spørreskjemaet RAID er beskrevet i kapittel 4.9.2. For pasientene innlagt til rehabilitering i 2022 er det samlet inn svar på RAID-skjemaet over telefon 6 måneder etter utreise. I RAID bes pasientene skåre sin selvopplevde helse den siste uken på en skala fra 0 til 10, der høy skår indikerer dårlig livskvalitet. På bakgrunn av skår på hver av de 7 områdene lages en total-skår, RAID-total.

Kort oppsummering av resultatene. Da endringene i RAID på de 3 måletidspunktene er ubetydelige, vises ikke resultatene i tabell. Der er numerisk forbedring i alle dimensjonene fra innkomst til utreise, men det er bare for søvn og mestring at det er en liten numerisk forbedring fra utreise til 6 måneder oppfølging. Konfidensintervallene for hvert måletidspunkt for hvert domene er overlappende, altså oppnås ingen signifikant forbedring av livskvalitet målt med RAID fra innkomst til utreise i et rehabiliteringsopphold og heller ikke i et forløp som strekker seg over 6 måneder.

I 2021 ble det funnet en statistisk signifikant bedring i skår på RAID-domenet følelsesmessig velvære fra innkomst til 6 måneder oppfølging.

8. Tverrfaglige team (Personale og kompetanseoversikt)

Ved NBRR er det 17 ansatte inkludert ledere. I 2023 har NBRR hatt flere utskiftninger på personalet grunnet permisjoner og det har vært totalt 23 unike medarbeidere tilknyttet enheten. Det er en stor andel av de ansatte som jobber deltid ved NBRR, der flere har andre ansettelsesforhold på sykehuset for øvrig eller ansettelsesforhold utenfor sykehuset. NBRR har vært heldig å ha kompetente vikarer ved fravær gjennom året. Det tverrfaglige teamet i 2023 har bestått av følgende:

8.1 Revmatolog

Sigrid Ødegård er seksjonsoverlege og har vært revmatolog ved NBRR fra 2000. Hun har medisinsk embetseksamen fra UiT fra 1988 og ble godkjent spesialist i revmatologi i 1997. Hun har vært ansatt ved revmatologisk avdeling fra høsten 1996. Hun har jobbet både ved revmatologisk sengepost og ved revmatologisk poliklinikk før og etter at hun startet ved NBRR. Hun fikk graden Ph.d. i 2008 etter å ha forsvart avhandlingen «Disease Course of Rheumatoid Arthritis (RA) in a 10-year perspective». Sigrid ble i 2019 tildelt Revmaprisen fra Norsk Revmatikerforbund. Sigrid har videreutdanning i Kognitiv Terapi for leger innen fysikalsk medisin og rehabilitering, og holder årlig kommunikasjonskurset «Fire gode vaner» som arrangeres for leger ved Diakonhjemmet sykehus. Sigrid deltar i vaktordningen ved Avdeling for revmatologi leger, og er med på alle morgenmøter og undervisningsmøter for revmatologene ved avdelingen.

Vera Halsaa er overlege ved Avdeling for revmatologi leger, og jobber primært på poliklinikken og revmatologisk sengepost på Diakonhjemmet sykehus. Hun fungerer imidlertid som NBRRs faste vikar for Sigrid, og tilfører enheten kunnskap og oppdatert informasjon fra andre deler av sykehuset. Vera er cand. Med. fra 1998, og ble godkjent spesialist i revmatologi i 2012. Hun har vært ansatt på Diakonhjemmet sykehus siden 2007.

8.2 Fysioterapeut

Kristine Nordèn er fysioterapeut fra 2003 med mastergrad i idrettsfysioterapi fra 2015. Hun har jobbet på Diakonhjemmet sykehus siden 2008, og har fast stilling på NBRR. I mars 2021 påbegynte Kristine sin Phd tilknyttet Exeheart studien. Studien er en randomisert kontrollert studie. Målet med studien er tredelt: 1. Evaluere effekten av 12 ukers høyintensiv trening på fysisk form og øvrige risikofaktorer for hjerte- karsykdom hos pasienter med inflammatorisk leddsykdom. 2. Evaluere gjennomførbarhet av høyintensiv trening hos fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. 3. Undersøke om en kondisjonskalkulator er tilstrekkelig sensitiv til å fange opp endringer i fysisk form over tid.

Kjersti Fimreite er utdannet fysioterapeut ved Saxion University of Applied Sciences i 2012. Hun gjennomførte sin mastergrad i fysioterapi i 2014 ved Høgskolen på Vestlandet/Duke University, USA. Kjersti jobbet på NBRR fra 2021-2023, i vikariatet til Kristine Nordèn. Hun kom tilbake fra foreldrepermisjon i mars 2023 og avsluttet sitt arbeidsforhold ved NBRR i juni 2023.

Hans Olav Tanche-Nilssen er utdannet fysioterapeut ved Saxion University of Applied Sciences i 2012. Han startet å jobbe ved NBRR i en 50 % stilling i august 2023, i vikariatet til Kristine Nordèn. Olav har erfaring fra privat praksis og er Spesialist i Muskel og Skjelett Fysioterapi (PFF). Han har interesse innenfor undersøkelse og behandling av muskel/skjelettsystemet og opparbeidet erfaring med ultralyddiagnostikk og intervensjoner innen ortopedisk medisin (OMI).

Heidi Marie Veese er utdannet fysioterapeut ved Høgskolen i Oslo i 2004 og har jobbet på Diakonhjemmet Sykehus siden 2007. Hun har videreutdanning i helsepedagogikk fra Høgskolen i Oslo fra 2014 og gjennomførte klinisk master med fokus på fysioterapi ved muskel- skjelett, revmatiske og ortopediske helseproblem fra Høgskolen på Vestlandet i 2018. Heidi ble ansatt i teamet i august 2023 i 20 % stilling som en forsterkning av fysioterapitilbudet etter at Susanne Brøndbo gikk over i

delt stilling som konstituert enhetsleder og fysioterapeut. Heidi har fått opplæring i å gjennomføre CPET – kardiopulmonal belastningstest, og har testing av pasienter med CPET som hovedarbeidsoppgave for NBRR.

8.3 Rehabiliteringssykepleier

Catherine Thu er utdannet sykepleier ved Betanien Sykepleierhøgskole i 1986. Hun har jobbet på Diakonhjemmet sykehus og NBRR siden 2003. Hun har en Livsstyrketrening utdanning fra 2006, og har en utdanning i treningsformen Thai Chi noe hun underviser pasientene i. I 2023 kan det trekkes frem at Catherine har vært medlem i Diakonhjemmets sykehus faggruppe for Rehabilitering.

Kari Henriette Simensen Breilid er utdannet sykepleier ved Høgskolen i Oslo i 2008. Hun har en videreutdanning i revmatologi; Revmatiske sykdommer i et livsløpsperspektiv fra 2014, og ble i 2015 klinisk spesialist i sykepleie innenfor Revmatologi. Henriette har jobbet på NBRR siden 2008. Henriette har fungert som verneombud på NBRR i mange år, men avsluttet det i starten av 2023. Henriette avsluttet sitt arbeidsforhold ved NBRR i desember 2023 da hun gikk av med pensjon.

Kjersti A. Khalili er utdannet sykepleier ved Diakonhjemmet Sykepleierhøgskole i 1995. Hun har en videreutdanning fra 2003 i Livsstyrketrening. Kjersti har jobbet på NBRR siden 2003. Kjersti er smittevernsansvarlig ved NBRR.

Mona Myklebust er utdannet sykepleier ved Ullevål sykepleierhøgskole i 1996. Mona har jobbet som rehabiliteringssykepleier på NBRR siden 2003. Mona har i mange år jobbet med Motiverende intervju.

Elin Aas er utdannet sykepleier ved Høgskolen i Sør-Trøndelag i 2004. Hun har vært ansatt på Diakonhjemmet sykehus siden 2005, mye av tiden som sykepleier ved revmakirurgisk og ortopedisk avdeling. Siden desember 2022 har Elin vært en del av den faste sykepleiergruppen på NBRR. I 2023 fikk Elin rollen som verneombud for både NBRR og revmatologisk sengepost og infusjonsenhet. Hun startet sin videreutdanning i livsstyrketrening høsten 2023.

Ingrid Røe Brevig ble ferdig utdannet sykepleier ved VID i 2018. Hun startet å jobbe på revmatologisk sengepost og infusjonsenhet fra februar 2022 og ved NBRR i september 2022. Hun har tidligere arbeidet på Medisinsk Sengepost på Diakonhjemmet sykehus. Hun har en videreutdanning som Kosmetisk Dermatologisk sykepleier fra april 2022. Fra våren 2023 har Ingrid vikariert som fagsykepleier ved NBRR. Ingrid er HLR-kontakt i avdelingen.

Renate Røe er fagsykepleier på NBRR siden september 2020. Hun ble ferdig utdannet sykepleier på HiST i 2010. Hun gjennomførte sin master i helsefagvitenskap i 2017. Renate har jobbet på Revmatologisk avdeling siden 2014. Renate har siste halvdel av 2023 hatt permisjon fra deler av fagsykepleierrollen ved NBRR for å bruke mer tid på fagsykepleierarbeidet ved infusjonsenheten. Hun har likevel fortsatt i sin rolle i lederteamet og inntaksteamet.

8.4 Sosionom

Marte Strand Rugnes er utdannet sosionom ved VID i Oslo i 012 og har vært ansatt på NBRR siden 2021. Før hun startet på Diakonhjemmet sykehus jobbet hun mange år på NAV. Marte har fungert som enhetens barneansvarlig frem til hun gikk ut i fødselsepermisjon våren 2023.

Hanna Christina Bergman Hole er utdannet sosionom ved Socialhögskolan ved Lunds Universitet 2021. Hun har jobbet som vikar ved Marte Strand Rugnes fravær, og også ivaretatt oppgaven som barnefaglig ansvarlig. Hun har tidligere vært barnefaglig ansvarlig på akuttmottak for flykninger Arbeidsrehabilitering for mennesker med psykiske helseutfordringer (Fontenehuset) i Malmø og Oslo.

8.5 Psykolog

Lisa Elstad er psykologspesialist på NBRR. Hun tok Psykologisk embetseksamen på universitetet i Oslo i 2012, og fikk sin Psykolog autorisasjon i 2013. I 2020 ble hun godkjent som spesialist i voksenpsykologi. Lisa har videreutdanning i Metakognitiv Terapi og Aksept og forpliktelsesterapi (ACT). I 2023 fullførte hun en ettårig utdanning innen ACT. I 2023 har Lisa vært tilknyttet forskningsprosjekt Cognitive aspects of pain in people with inflammatory joint diseases, og fikk mot slutten av året midler fra DAM-stiftelsen for å starte på sin PhD i det nevnte prosjektet. Hun går ut i forskningspermisjon fra NBRR i januar 2024.

Arnstein Finset har vikariert som psykologspesialist på NBRR i to perioder i 2023. Han tok Psykologisk embetseksamen på universitetet i Oslo i 1974, ble spesialist i klinisk psykologi i 1982, med fordypningsområde i klinisk nevropsykologi i 1987. Han har en doktorgrad fra 1989 om kognitiv funksjon hos pasienter med hjerneslag. Han har arbeidet som psykologspesialist på deltid ved NBRR i flere perioder helt fra starten i 2000 og er nå professor emeritus ved Avd. for atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo. Han har vært (med)forfatter for flere bøker og mer enn 200 vitenskapelige publikasjoner, mer enn 40 av dem innen områdene psykologiske aspekter ved revmatisk sykdom og/eller rehabiliteringspsykologi.

8.6 Ergoterapeut

Madeleine Sæthereng Strøm er ergoterapeut på NBRR. Hun ble utdannet ergoterapeut ved Høgskolen i Oslo og Akershus i 2013. Hun hadde fra tidligere en bachelorgrad i idrett, individ og samfunn ved Norges idrettshøgskole fra 2008 og en videre utdanning i fysisk aktivitet og funksjonshemming ved Norges idrettshøgskole fra 2009. Madeleine har vært ansatt på sykehuset siden 2013. Madeleine gikk ut i fødselspermisjon våren 2023.

Katy Bartschick har jobbet som ergoterapeut ved NBRR siden mai 2023 i Madeleine Sæthereng Strøms fravær. Hun er utdannet sykepleier i 1991 og ergoterapeut i 1997, begge deler i Tyskland. Katy er godkjent ergoterapispesialist i somatisk helse siden 2018. Hun har tilleggsutdanning innen flerkulturell fagforståelse og veiledning i flerkulturelt helsearbeid fra Høgskolen i Oslo og Akershus. Katy har jobbet som ergoterapeut i medisinsk rehabilitering ved Sunnaas sykehus siden 1999, og har permisjon fra den stillingen for å jobbe ved NBRR.

8.7 Farmasøyt

Kirsten Viktil har vært NBRRs faste farmasøyt i en årrekke. Hun er ikke ansatt på NBRR, men konsulterer og treffer alle våre innlagte pasienter, i tillegg til å delta på ukentlig previsitt med revmatolog og sykepleiere. Kirsten er utdannet Cand. Pharm fra Farmasøytisk Institutt UiO 1983. Hun ble spesialist i sykehusfarmasi i 1998 og tok sin Ph.d. ved det medisinske fakultet UiO i 2007. Kirstens samarbeid med revmatolog og samarbeid med pasientene vedrørende komplekse medisinske saker er av stor viktighet for behandlingen.

8.8 Helsesekretær

Sumeyye Us er NBRRs sekretær. Hun tar imot pasientene på posten, ordner med inntak, tar telefonen og ordner rett og slett det meste. Sumeyye er utdannet som helsesekretær ved Nydalen videregående skole i 2011 og har en videreutdanning som fagskolespesialist innen "helseadministrasjon" ved Fagskolen i Oslo og Akershus fra 2015. Sumeyye har jobbet på NBRR siden 2012. For 2023 kan det trekkes frem at Sumeyye har fortsatt sin Yrkesfaglærer utdanning ved Oslo Met ved siden av sin jobb på NBRR.

8.9 Leder

Tanja Blanck Eeg jobber som enhetsleder på NBRR, det har hun gjort siden 2018. Tanja er utdannet sosionom fra Høgskolen i Oslo Akershus i 2009. Hun har jobbet på NBRR siden 2016. Tanja har en videreutdanning innen utredning innen barnevern og er sertifisert veileder i barnesamtaler DCM samtalemotodikk fra 2014. Tanja gikk ut i fødselspermisjon våren 2023 og er ventet tilbake i stillingen som enhetsleder september 2024. Konstituert enhetsleder i Tanjas fravær er Susanne Brøndbo.

Susanne Brøndbo er utdannet fysioterapeut ved Høgskolen i Sør- Trøndelag 2013. Hun har jobbet på NBRR siden 2016. Susanne har siden mai 2023 vært konstituert enhetsleder for NBRR ved Tanja Blanck Eegs fravær, og samtidig jobbet som fysioterapeut ved enheten i en 40 % stilling. Hun er en av få fysioterapeuter på Diakonhjemmet sykehus som gjennomfører CPET-testing - kardiopulmonal belastningstest, hvor man kartlegger fysiologisk respons av hjerte og lunger under fysisk aktivitet på tredemølle. I 2023 har Susanne deltatt i planleggingskomiteen til Grønn Kongress 2023.

Christin Lunner Olsen er konstituert avdelingsleder for Revmatologisk Døgn og Dagbehandling som NBRR er underlagt. Christin har personalansvar for alle sykepleierne i alle enhetene i avdelingen i fraværet til Elisabeth Røssum-Haaland. Christin har også fungert som fagsykepleier på NBRR tidligere. Christin er utdannet sykepleier i 1998 fra Aker sykepleier høgskole, og ble klinisk spesialist i sykepleie i 2006. I 2009 tok Christin veilederutdanning i livsstyrketrening på ViD. Hun har en masterutdanning i helsefag vitenskap i 2015. Christin har jobbet på Diakonhjemmet sykehus siden 2002.