



Diakonhjemmet
sykehus



NASJONAL BEHANDLINGSTJENESTE

for revmatologisk rehabilitering
av pasienter med særlige behov

Kvalitetsrapport 2025

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	3
1. Høydepunkter fra året 2025.....	4
2. NBRR sitt behandlingstilbud	5
2.1 Individuelle opphold (standardtilbudet).....	5
2.2 Rehabiliteringstilbud 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	8
4.1 Kjønn og aldersfordeling.....	8
4.2 Sivilstand og utdanning	8
4.3 Arbeid og trygdeytelser	9
4.4 Revmatologiske diagnoser.....	10
4.5 Sykdomsvarighet	10
4.6 Aktuelle behandlingsregimer	11
4.7 Komorbiditet (tilleggsdiagnoser)	12
4.8 Kroppsmasseindex (KMI)	13
4.9 Helserelatert livskvalitet ved innledende rehabiliteringsopphold.....	14
4.10 Psykisk helse ved innledende rehabiliteringsopphold	17
4.11 Sykdomsforståelse ved innledende rehabiliteringsopphold	19
5. Mandat og resultatmål.....	21
5.1 Om mandat og resultatmål.....	21
5.2 Yte helsehjelp til alle pasienter som har behov for den høyspesialiserte behandlingen 21	
5.3 Likeverdig tilgjengelighet	22
5.4 Etablere faglige referansegrupper	24
5.5 Kunnskap og kompetansebygging	24
5.6 Pasientperspektivet	27
6. Kvalitetsmål	28
6.1 Om kvalitetsmålene	28
6.2 Svarprosent på evalueringsskjemaer.....	28
6.3 Informasjon før oppholdet.....	28
6.4 Høflighet og respekt	29
6.5 Pasientenes mål for oppholdet	30

6.6	Opplevelse av tverrfaglig samarbeid	31
6.7	Er det noe ved oppholdet du ville ønsket annerledes?	32
6.8	Er det noe ved oppholdet du er spesielt fornøyd med?	33
7.	Behandlingsresultater	35
7.1	Endring i livskvalitet.....	35
7.2	Endringer i psykisk helse	38
7.3	Endringer i sykdomsforståelse	39
7.4	Utbytte 6 måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold	40
8.	Tverrfaglig team (Personale og kompetanseoversikt)	45

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 2025. Videre beskrives pasientgruppen for 2025, resultater for resultatmål, kvalitetsmålene og tiltak for opprettholdelse og forbedring. Under behandlingsresultater fremlegges utbytte av rehabiliterings-oppholdene ved utreise. I tillegg presenteres utbytte 6 måneder etter rehabiliteringsopphold for pasienter innlagt i 2024. Til slutt fremlegges en beskrivelse av NBRR sitt tverrfaglige team.

God lesning.

1. Høydepunkter fra året 2025

Under høydepunkter nevnes sentrale prosesser for videreutvikling av NBRR som er igangsatt/ferdigstilt i 2025. Dette er prosesser som går parallelt med den kliniske driften, og flere av punktene utdypes derfor ikke videre i rapporten.

I 2025 markerte NBRR 25 års drift. Den første pasienten ble innlagt for rehabilitering 16. oktober 2020, og markeringen ble derfor holdt på dagen 25 år etter. All ved klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning var invitert, i tillegg til tidligere ledere og ansatte. Administrerende direktør Kari-Jussi Lønning ønsket velkommen. Første enhetsleder ved NBRR, nåværende HR-direktør Therese Bjor, holdt tale, og det samme gjorde seksjonsoverlege Sigrid Ødegård, som har vært med siden start. Jubileet ble omtalt i sosiale medier og med nyhetssak på både interne og eksterne nettsider.

I 2025 har NBRR fått glede av det omfattende digitaliseringsarbeidet som ble gjennomført i 2024. De digitale versjonene av pasienttilfredshetskjemaene som besvares etter alle opphold ble tatt i bruk i januar, og de første digitale forhåndsgenererte 6 måneders oppfølgingsskjemaene ble sendt ut i april 2025. Det digitale spørreskjemaet for innhenting av egenrapporterte pasientopplysninger i forkant av opphold, har blitt revidert, med mål om å bruke mindre ressurser på telefonsamtalen i forkant av opphold. I tillegg til at digitaliseringen vil være ressursbesparende, er det også en del av klimaengasjementet til NBRR.

NBRR er opptatt av likevelldig tilgang i alle helseregioner i landet. Det har derfor vært ekstra fokus på å styrke innsøking av pasienter fra helse Vest, da det over flere år har vært få henvisninger fra denne regionen. Det er også viktig å opprettholde god og jevn innsøking fra alle regioner. I 2025 har derfor alle revmatologiske avdelinger i landet blitt invitert til et digitalt samarbeidsmøte med informasjon om tilbudet til NBRR. Flere har takket ja til dette og de møtene som ikke har blitt avholdt i 2025 er planlagt utover det kommende året. Det ble også avholdt et fysisk og to digitale møter med NBRR sin referansegruppe. Referansegruppen har som oppgave å spre informasjon om NBRR innad i sine respektive helseregioner. I løpet av 2025 har NBRR hatt gleden av flere hospiteringsbesøk fra inn- og utland.

Etter flere permisjoner hos faste ansatte de siste årene, har teamet det siste året bestått av fast ansatte med lang fartstid innen revmatologisk rehabilitering. Det har skapt forutsigbarhet og gitt et godt grunnlag for tverrfaglig samarbeid, som kommer pasientene til gode.

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 for noen være hensiktsmessig med et oppfølgingsopphold på 5-10 dager for å styrke en positiv utvikling, opprettholde endringer og forebygge tilbakefall.

2.2 Rehabiliteringstilbud i gruppe

NBRR tilbyr to typer rehabiliteringsopphold i gruppe for utvalgte pasienter. De ulike formene for gruppeopphold arrangeres 1-2 ganger i året etter behov. Gruppeopphold inneholder gruppeundervisning/-samtaler om utvalgte temaer og sosiale aktiviteter, i tillegg har hver pasient et individuelt fokus med alle faggrupper basert på egne rehabiliteringsmål. Alle pasienter som kommer til et gruppeopphold, har tidligere gjennomført et individuelt innledende rehabiliteringsopphold ved NBRR. Innholdet i gruppeoppholdene videreutvikles for hvert år etter tilbakemelding fra pasienter og ansatte.

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 ulike tema relatert til etableringsfasen 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 spillekvelder og matlaging. For mange kan dette være en god anledning til å jobbe med relasjonsbygging i trygge omgivelser.

2.2.2 BiVa-NBRR

Gruppeopphold for pasienter med inflammatoriske bindevevssykdommer og vaskulitter (BiVa-NBRR) er et resultat av et strukturert arbeid over lengre tid (se under resultatmålet som omhandler pasientgruppa under punkt 5.2). 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

3. Aktivitet og nøkkeltall

3.1 Ventetid

Ventetiden regnes kun ut for nyhenviste pasienter som gjennomførte et innledende rehabiliteringsopphold i 2025. Ventetiden er tiden fra henvisningen er registrert til dato som gis i første innkalling. Fremskyndelser er tatt med i dette tallet, mens pasientbestemte utsettelse er ikke regnet med.

I 2025 var det 52 pasienter som gjennomførte et innledende rehabiliteringsopphold. Det er kun 51 pasienter som er medregnet i ventetiden fordi den ene pasienten opprinnelig ventet på et rehabiliteringsopphold. Oppholdet ble av ulike årsaker omgjort til et IRO-opphold.

Pasientene hadde en median ventetid på 60 dager fra registrert henvisning til dato for første innkalling. Ventetiden varierte fra 4 til 222 dager. Resultatet viser en stabilitet i ventetid fra 2024 da median ventetid var på 63 dager.

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.

I 2025 ble det gjennomført 109 opphold fordelt på 93 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 fordelingen mellom de ulike oppholdstypene og lengde på oppholdene:

Oppholdstype	Antall (n)	Andel (%)	Lengde på opphold i dager Median (min, maks)
Innledende rehabiliteringsopphold	52	48 %	5 (5,12)
Rehabiliteringsopphold	36	33 %	18 (6, 30)
Oppfølgingsopphold	21	19 %	5 (5, 11)
Totalt antall opphold	109	100 %	9 (5, 30)

Tabell 1: Oppholdstyper og lengde på oppholdene

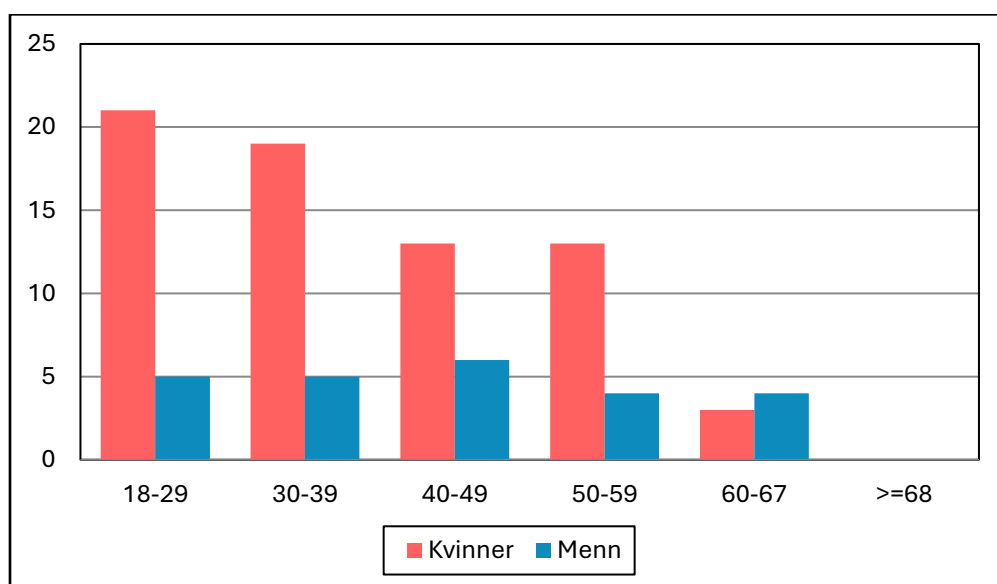
Ved kompleks rehabilitering vil det være behov for individuell tilpassing av tidspunkt og lengde for oppholdet. Innledende og oppfølgende rehabiliteringsopphold tilbys med en varighet på 5–10 dager, mens ordinære rehabiliteringsopphold normalt har en varighet på 12–19 dager. Opphold kan i enkelte tilfeller avsluttes etter pasientens eget ønske. Et av rehabiliteringsoppholdene i 2025 ble avbrutt etter 6 dager på pasientens initiativ.

Som nasjonal behandlingstjeneste er det viktig at det kun er pasienter som faktisk trenger et høyspesialisert og individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud som prioriteres. I 41 av de 52 innledende rehabiliteringsoppholdene (79 %) 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

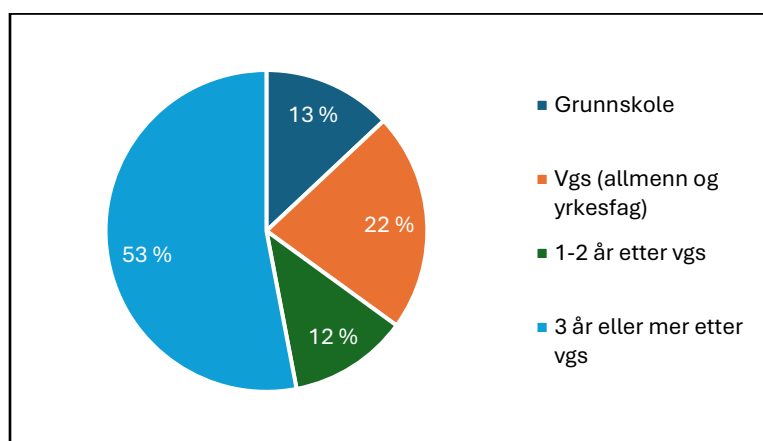
I 2025 var det innlagt 93 unike pasienter, 70 kvinner (75.3 %) og 23 menn (24.7 %). Median alder (min, maks) for kvinner var 37.0 (18, 64) år, for menn 45.0 (20, 66) år. Median alder for alle pasientene i 2025 var 38 år. I de foregående tre år har median alder vært stabil på 40-41 år. I 2025 var det en større forskjell i median alder mellom kvinner og menn sammenlignet med de tidligere år. En mulig forklaring kan være at det er flere menn enn kvinner som diagnostiseres med spondylartritt i ung alder, og den farmakologiske behandlingen for spondylartritt blir stadig bedre og bedre.



Figur 1: Fordeling kjønn av antall unike pasienter (n=93)

4.2 Sivilstand og utdanning

Av de 93 unike pasientene som fikk behandling på NBRR i 2025, er 52 % gift eller samboer, mens 48 % bor alene (skilt/singel). Andelen med mer enn tre års skolegang etter videregående skole er 53 %, mens 12 % har 1-2 år. Det er 22 % som har videregående skole som høyeste utdanning og 13 % har kun grunnskoleutdanning (Figur 2).

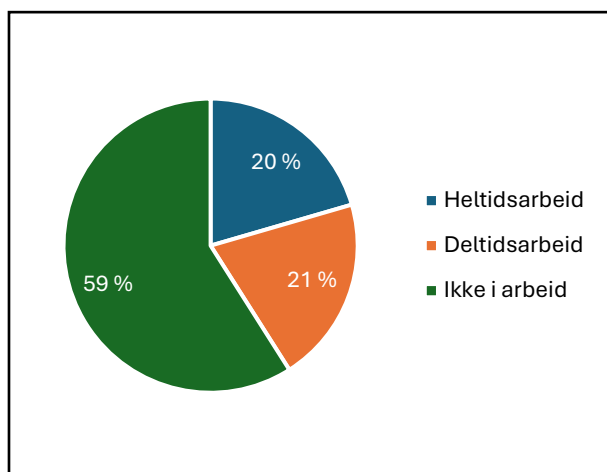


Figur 2: Utdanningsnivå i prosentandel (n=93)

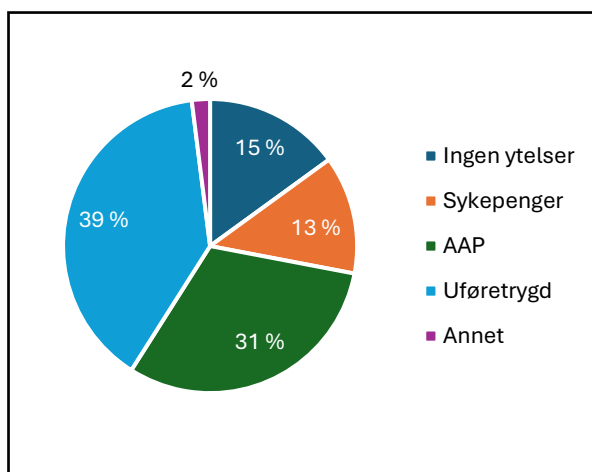
4.3 Arbeid og trygdeytelser

Arbeidsdeltakelse har effekt på fysisk og psykisk helse, og har et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er derfor et viktig rehabiliteringsperspektiv for personer i arbeidsfør alder. 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 2025 var 38 av 93 unike pasienter (41 %) i et deltid- eller heltids inntektsgivende arbeidsforhold (se figur 3), mens 36 pasienter (39 %) hadde varig trygdeytelse i form av uføretrygd (se figur 4). Ingen av pasientene i 2025 mottok alderspensjon, noe som samsvarer med at samtlige pasienter var i arbeidsfør alder. Det var 43 pasienter (46 %) som hadde en fortsatt mulig eller uavklart situasjon knyttet til fremtidig yrkesaktivitet. Denne gruppen innebærer pasienter som er mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP), sykepenger og annet (deriblant sosialhjelp). Fem av pasientene var student/skoleelev. Målrettet rehabiliteringsarbeid for å unngå arbeidsuførhet er viktig både for pasientens livskvalitet og i et samfunnsperspektiv. Andelen som mottar uføretrygd, er 39 %.



Figur 3: Arbeidsstatus i prosentdel (n=93)

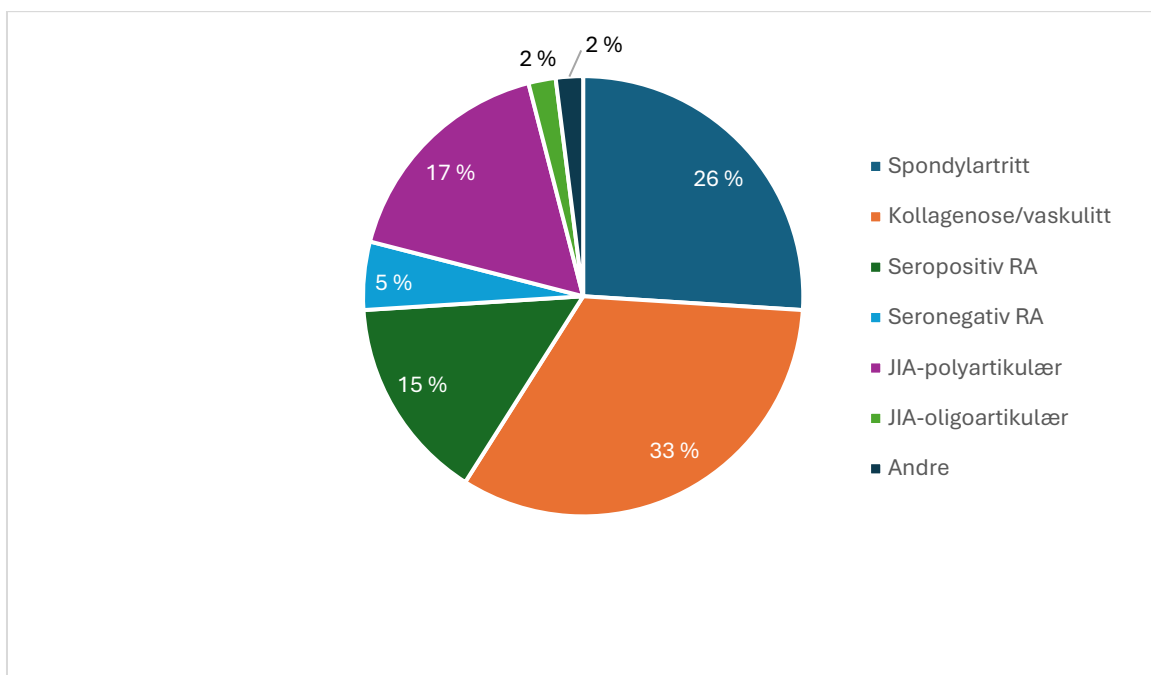


Figur 4: Inntekt og trygdeytelser i prosentandel (n=93)

4.4 Revmatologiske diagnoser

De 93 unike pasientene i 2025 fordelte seg på de seks ulike diagnosegruppene som illustrert i figur 5. Revmatoid artritt utgjorde 20 %, hvorav 15 % var seropositiv RA. Andelen pasienter med juvenile artritt var i 2025 på 19 %. I 2024 var andelen juvenile artritt 13 %. I 2025 utgjorde pasienter med diagnose innen kollagenose -og vaskulittgruppen 33 % av alle unike pasienter og var den største gruppa i 2025. I 2024 var andelen 35 % og i 2023 27 %. I årene før 2024 har pasienter med spondylartritt vært den største gruppa. Over de siste årene har det vært en trend mot at andelen pasienter med spondylartritt går ned, mens andelen pasienter med kollagenose/vaskulitt går opp. Mulige forklaringer på dette kan være at det i løpet av de siste årene har kommet nye medisinske behandlingstilbudet. NBRR har i tillegg de siste årene hatt fokus på å utvikle rehabiliteringsprogram for pasienter med kollegenoser og vaskulitter, og revmatologi-miljøene i Norge er informert gjennom ulike kanaler om dette behandlingstilbudet. De fem foregående årene har andelen spondylartritt og kollagenose/vaskulitt vært: 2020 (49 %/24 %), 2021 (33 %/23 %), 2022 (41 %/20 %), 2023 (35 %/27 %) og 2024 (31 %/35 %).

I 2025 har NBRR gitt behandling til 2 pasienter med henholdsvis systemisk sarcoidose, og uspesifisert artrittsykdom, disse er klassifisert i diagnosegruppen «andre».



Figur 5: Prosentvis fordeling av de unike pasientene (n=93) i diagnosegrupper.

4.5 Sykdomsvarighet

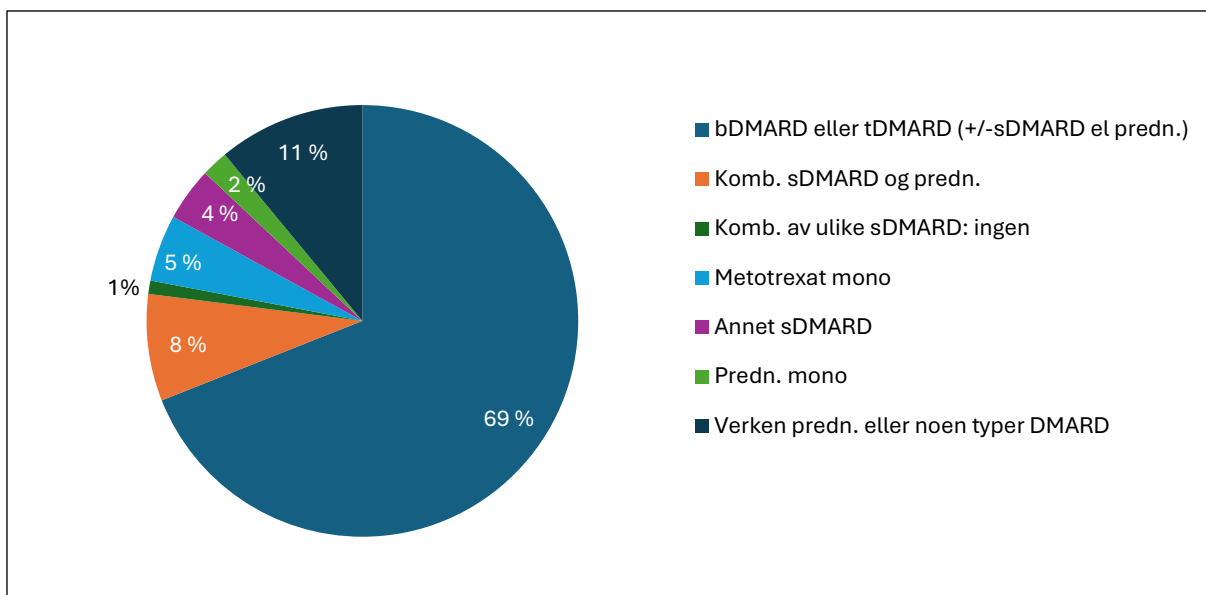
Median sykdomsvarighet for de 93 unike pasientene var 8 år, med variasjon fra 0 til 46 år. Median sykdomsvarighet i perioden 2021-2024 varierte mellom 11 og 15 år. Det er median sykdomsvarighet i diagnosegruppene kollagenose/vaskulitt og andre som bidrar til å redusere median sykdomsvarighet, se tabell 2. 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	24	8.5 (1-38)	7	6
Kollagenose/vaskulitt	31	5 (0-30)	12	8
Seropositiv RA	14	9.0 (2-14)	4	1
JIA-polyartikulær	16	21.5 (5-46)	0	9
JIA-oligoartikulær	2	20 (17-23)	0	2
Seronegativ RA	4	6.5 (3-17)	2	0
Andre	2	4.5 (3-6)	1	0
Alle unike pasienter	93	8 (0-46)	26	26

Tabell 2: Sykdomsvarighet (n=93)

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 før henvisning. Figuren under illustrerer behandlingsregimer for hovedtilstanden til de unike pasientene (n=93). Data på bruk av NSAIDs innhentes ikke.



Figur 6: Prosentvis fordeling av ulike medikamentelle behandlingsregimer for den revmatologiske sykdommen (n=93).

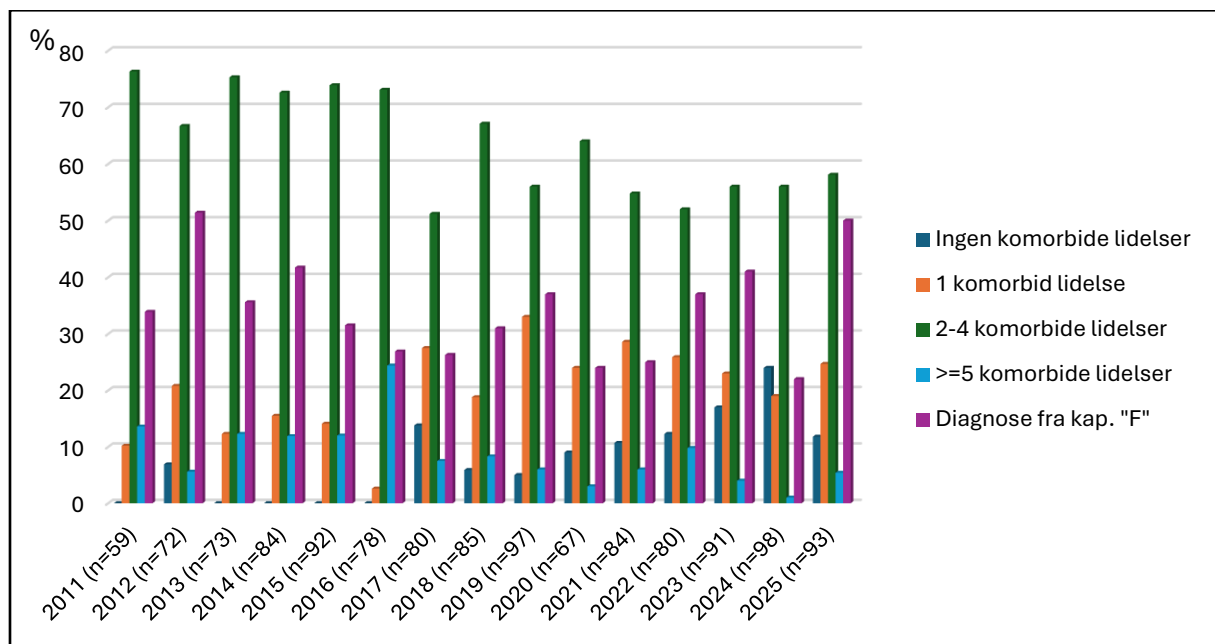
Fordelingen av ulike behandlingsregimer er i samsvar med hva som kan forventes tatt i betraktning andel pasienter i de ulike diagnosegrupper (figur 6). Behandlingsregimet bDMARD eller tDMARD

(JAK-hemmere) enten i monoterapi eller kombinert med et sDMARD eller prednisolon, brukes av 69 % 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 2025-populasjonen til sammen utgjorde 65 % av de unike pasientene.

Av de 10 pasientene (11 %) som verken bruker prednisolon eller noen form for DMARD, er det 4 med spondylartritt og 6 pasienter med kollagenose.

4.7 Komorbiditet (tilleggsdiagnoser)

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. Siden 2011 har alle tilleggsdiagnoser blitt registrert for å illustrere kompleksiteten i pasientgruppas helsetilstand og forklare pasientgruppas ressursbehov.



Figur 7: Andel tilleggsdiagnoser hos unike pasienter (n=93) fordelt på årene fra 2011 til 2025

Andelen der det i 2025 ikke er registrert noen tilleggstilstander er 12 %. Det vil si at det hos i underkant av 90 % 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 er på 58 %. Andel pasienter med 5 eller flere komorbide lidelser har variert noe i årene fra 2011, i 2025 er det fem pasienter (5.4 %) som var i denne gruppen. I 2020 var andelen 3 %, i 2023 4 % og i 2024 var det bare 1 pasient (1 %) som ble registrert med mer enn 5 tilleggslidelser.

Subanalyser har vist at andel pasienter registrert med diagnose på psykisk lidelse, kapittel F i ICD10, i 2025 var 50 % (lilla stolper) som samsvarer godt med resultatene etter utfylling av HADS-skjemaet (Hospital anxiety and depression scale), se kapitlene 4.10. og 7.2.

4.8 Kroppsmasseindex (KMI)

Siden 2020 har NBRR registrert og samlet inn data på høyde, vekt og KMI (kroppsmasseindeks) på alle pasienter innlagt. Dette ble innført fordi vi erfarte, og det er kjent, at helseutfordringer relatert til overvekt er en vanlig problemstilling. I planlegging av framtidige fagressurser på enheten er det viktig å vite 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 2025 fordeler seg i KMI-grupper. KMI-data fra 1 pasient mangler, tabellen beskriver derfor situasjonen for 92 pasienter. Andel av de 92 unike pasientene i 2025 som har en KMI ≥ 30 , definert som fedme, er 25 %. I 2022, 2023 og 2024 var andelenene henholdsvis 33 %, 27 % og 29 %.

Blant de 23 pasientene som har en KMI ≥ 30 (fedme), er det 4 pasienten som daglig bruker prednisolon for sin revmatiske sykdom. Blant disse 4 er det 1 pasient med polyartikulær JIA, 2 pasienter med bindevev/vaskulittsykdom og 1 pasient med seropositiv revmatoid artritt. Femten av 23 pasienter trenger enten prednisolonkurer, intraartikulære eller intramuskulære kortisoninjeksjoner med regelmessighet. Det mangler opplysninger om behov og bruk av kortisonpreparater for 4 pasienter. Blant de 23 pasientene som har BMI ≥ 30 er det 6 pasienter som har fedme grad III, definert som BMI >40 . Blant disse er 3 under behandling med semaglutid, 2 har vært/er under behandling med kombinasjonen bupropion/naltrexon, en pasient ble henvist til lokalt tilbud for pasienter med sykkelig overvekt.

I tillegg til allerede igangsatt farmakologisk behandling blir kosthold og måltidsrytme kartlagt hos alle pasienter. Hos 31 % av de unike pasientene ble det gjennomført tiltak rettet mot kosthold, dette inkluderer tiltak rettet mot måltidsrytme (n=18), lite inntak (n=5) og overspising (n=14).

KMI-grupper	Kvinner (n=69) n (% av kvinner)	Menn (n=23) n (% av menn)	Alle (n=92) n (% av alle)
Undervektig (<18.5)	4 (5.8)	0	4 (4.3)
Normalvektig (18.5-24.9)	30 (43.5)	10 (43.5)	40 (43.5)
Overvektig (25.0-29.9)	16 (23.2)	9 (39.1)	25 (27.2)
Fedme (≥ 30)	19 (27.5)	4 (17.4)	23 (25)

Tabell 3: KMI-grupper fordelt prosentvis på kjønn (n=92, 1 missing)

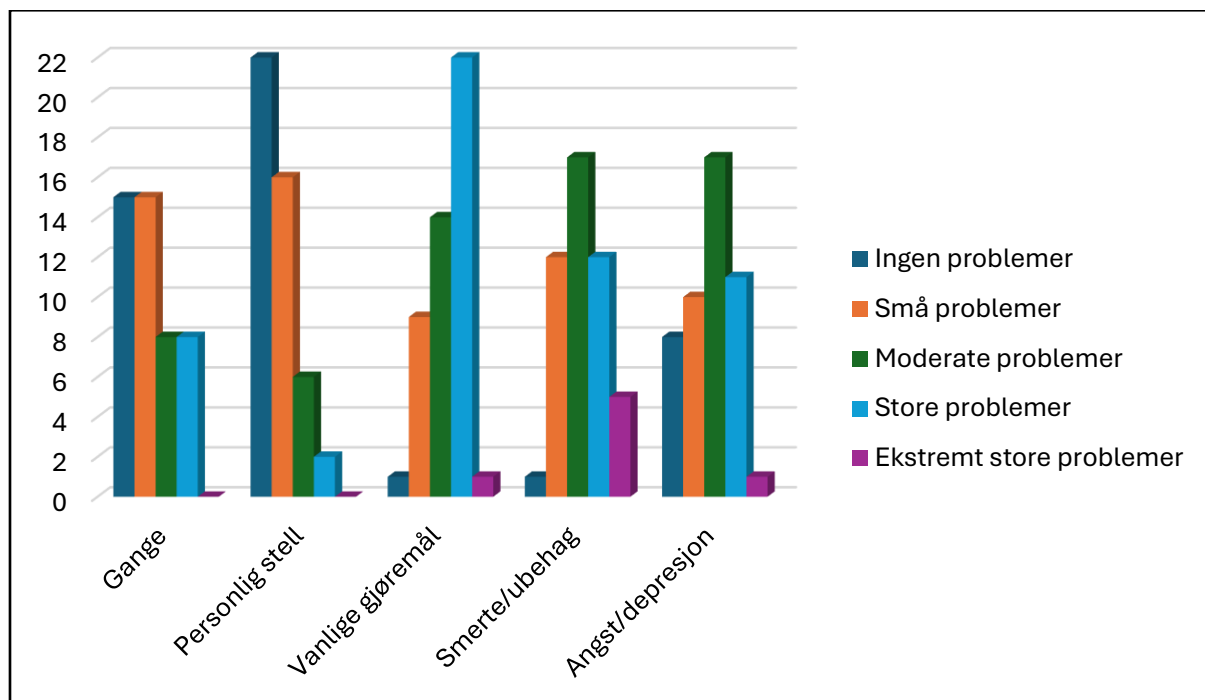
4.9 Helserelatert livskvalitet ved innledende rehabiliteringsopphold

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.

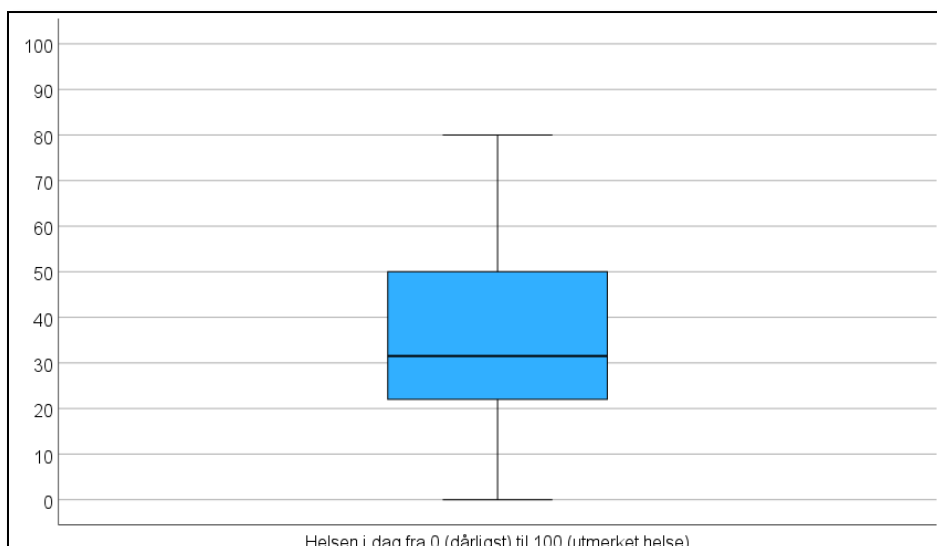
I figuren under presenteres dataene på EQ-5D-5L for de pasientene som ble innlagt til innledende rehabiliteringsopphold i 2025. Vi har data fra 47 av de 52 pasientene som kom til innledende opphold. Senere i rapporten presenteres endringer i EQ-5D-5L fra innleggelse til utreise for de som har vært innlagt til et rehabiliteringsopphold.



Figur 8: EQ-5D innledende opphold 2025 i antall (n=47, 5 missing)

Av de 47 pasientene som var innlagt på innledende rehabiliteringsopphold, og som vi har data på, har 16 (34 %) fra moderate til store problemer med gange. Det er 8 (17 %) som har fra moderate til store problemer med personlig stell. Tjuetre personer (49 %) oppgir å ha store til ekstremt store problemer med vanlige gjøremål. Når det gjelder smerter og ubehag angir 17 (36 %) å ha store til ekstremt store problemer med smerter. Tolv av 47 pasienter (25 %) svarer at de har store til ekstremt store problemer med angst/depresjon.

Andelen som i 2025 skårer store til ekstremt store problemer med smerter ligger på samme nivå som i populasjonen som kom til innledende opphold i 2024 (37 %). I 2022 og 2023 var andelen henholdsvis 53 og 42 %.



Figur 9: Egenvurdert helse på EQ-VAS, 0 (dårligst) til 100 (best), (n=47, 5 missing).

Ved besvarelse av EQ-VAS ved innledende rehabiliteringsopphold skårer 50 % av pasientene i 2025 mindre enn 31.5. Medianverdien på EQ-VAS for de som kom til et innledende opphold i både i 2022, 2023 og 2024 var noe høyere, verdi 40. Det betyr at de som kom til innledende opphold i 2025 skåret egenvurdert helse dårligere enn de 3 foregående årene. Skår på EQ-VAS 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 selvpoplevd 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 vektet smerte, fysisk funksjon og fatigue mer enn de øvrige dimensjone. Smerte vektet med faktor 0.21, fysisk funksjon vektet med 0.16, fatigue/utmattelse vektet med 0.15 og de øvrige vektet 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 ved NBRR er det tatt en beslutning om å være pragmatiske å be alle pasientene uavhengig av diagnose, fylle ut dette skjemaet.

RAID-dimensjon	Mean (95% CI)	Median (min, maks)
Smerte (0-10)	5.7 (5.0-6.5)	7.0 (0-10)
Fysisk funksjon (0-10)	5.6 (5.0-6.2)	6.0 (0-10)
Fatigue (0-10)	7.2 (6.6-7.8)	8.0 (1-10)
Søvn (0-10)	5.7 (4.8-6.6)	6.0 (0-10)
Fysisk velvære (0-10)	6.3 (5.6-6.9)	7.0 (1-10)
Følelsesmessig velvære (0-10)	5.9 (5.3-6.6)	6.0 (1-10)
Mestring (0-10)	5.4 (4.8-6.0)	5.0 (2-9)
RAID-total (0-10)	6.0 (5.5-6.5)	6.2 (2.0-9.0)

Tabell 4: Skår, både mean (95% CI) og median (min, maks) på hver av de syv ulike dimensjonene av RAID og RAID total, ved innkomst til innledende rehabilitering i 2025 (n=46, 6 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 7.2 og median 8. Sammenlignet med resultater fra 2024 er mean-skårene numerisk relativt like for de fleste dimensjoner, i 2024 var mean-skår på søvn og fysisk velvære henholdsvis 5.1 og 5.8, i 2025 var disse skårene 5.7 og 6.3. Medianverdiene i 2024 og 2025 er like for følelsesmessig velvære og mestring, henholdsvis 6 og 5. Medianverdiene for smerte, fysisk funksjon, fatigue, søvn og fysisk velvære ligger en verdi høyere i 2025 sammenlignet med i 2024. Dette samsvarer med en dårligere verdi på EQ-VAS omtalt i kapittel 4.9.1.

Av de 52 som gjennomførte et innledende rehabiliteringsopphold i 2025 har vi RAID-data på 46 pasienter, 36 kvinner og 10 menn. Det er ingen signifikante forskjeller i skår for noen av dimensjonene for kvinner og menn, men mennene skårer numerisk høyere på 4 av 7 dimensjoner. På dimensjonen søvn er mean/median skår for menn 7.2./8, kvinnene har mean skår på søvn lik 5.3, median 5.0. Fram til og med 2022 var det kvinnene som skåret høyest på alle RAID-dimensjoner. Men både i 2023, 2024 og igjen nå i 2025, skårer mennene numerisk høyere på flere RAID-dimensjoner. Det er ikke stort nok datagrunnlag til å forstå årsaken til denne utviklingen.

		2023	2024	2025
RAID-total menn	Mean (95 % CI)	6.2 (5.4-7.1)	6.3 (5.6-7.0)	6.2 (4.9-7.5)
	Median (min, maks)	6.5 (3.7-7.9)	6.7 (3.6-7.9)	6.7 (2.7-8.7)
RAID-total kvinner	Mean (95 % CI)	5.6 (5.0-6.1)	5.8 (5.1-6.1)	5.9 (5.3-6.5)
	Median (min, maks)	5.9 (1.2-8.4)	5.4 (2.4-8.7)	6.0 (1.9-9.2)

Tabell 5: Sammenlikning av skår RAID total mellom menn og kvinner.

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 6.0 på RAID-søvn ved innledende opphold (tabell 5). For å samle inn mer utfyllende opplysninger om søvnproblemene i pasientpopulasjonen har Bergen insomnikala 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 2025	
Median sumskår BIS (0-42), (min, maks)	27.5 (12,42)
Insomni, n (%)	45 (97.8)

Tabell 6: Bergen Insomnia Scale ved innkomst IRO n=46. missing 6, 36 kvinner og 10 menn

Nærmere 98 % av pasientene som innlegges til innledende rehabiliteringsopphold i 2025 fyller kriteriene for insomni i henhold til DSM-IV (tabell 6). Tilsvarende tall i 2022, 2023 og 2024 var henholdsvis 92.9 %, 94.5 % og 93 %. Disse tallene viser at de aller fleste pasienter som kommer til NBRR har store utfordringer med søvn. I tillegg til spørreskjema kartlegges søvn mer inngående av sykepleier og aktuelle tiltak igangsettes. Generelle tiltak som anvendes i pasientarbeidet er gjennomgang av søvnhygieneråd publisert på hjemmesiden til kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno), praktisk optimalisering av sovemiljøet, og anbefalinger om å se NBRRs informasjonsfilm om søvn. Filmen «Sove bedre? Gjør disse tingene først», ved psykologspesialist Lisa Elstad, er tilgjengelig på Youtube. For enkelte pasienter er det aktuelt med målrettet arbeid med søvn sammen med teamets psykolog, blant annet bruk av kognitiv adferdsterapi for insomni (CBT-I).

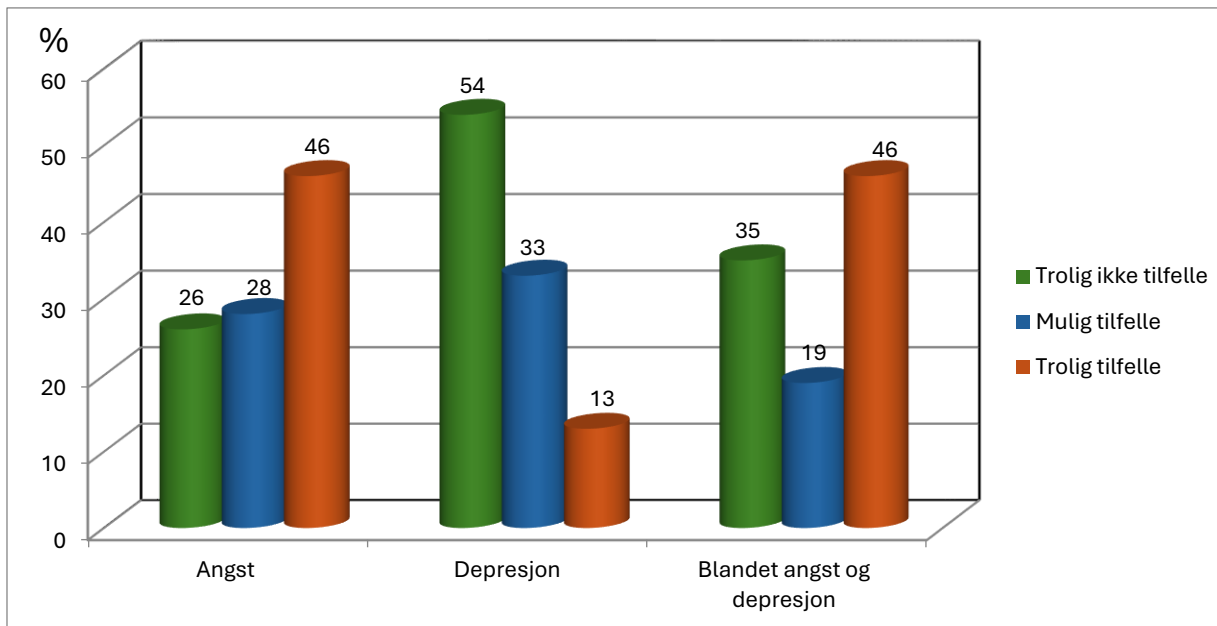
EQ-5D-5L, RAID og BIS fylles ut i begynnelsen av alle typer opphold og i tillegg på slutten av oppholdet for de som har vært innlagt til et rehabiliteringsopphold. Data på endring av livskvalitet målt med EQ-5D-5L, RAID, og for endring av søvn (BIS), rapporteres i kapittel 7, behandlingsresultater.

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=46, 6 missing).

Basert på utfylling av HADS har trolig 46 % en angstlidelse og 46 % 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 13 %. HADS er ikke et diagnostisk verktøy og HAD-skår må alltid sammenholde med klinisk vurdering, eventuelt bruk av andre kartleggingsinstrumenter. Figur 7 tidligere i rapporten viser at det for 50 % 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 i underkant av 50 % 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 1 av de 52 pasientene (2 %) som gjennomførte et innledende rehabiliteringsopphold. Mange av pasientene tilbys andre lavterskeltiltak som ikke krever henvisning fra psykolog, som for eksempel selvhjelpslitteratur og -apper eller kommunale psykiske helsetjenester. Ved rehabiliteringsopphold henvises noen flere pasienter av psykolog da det er bedre tid til å gjøre nødvendig kartlegging som bakgrunn for riktig

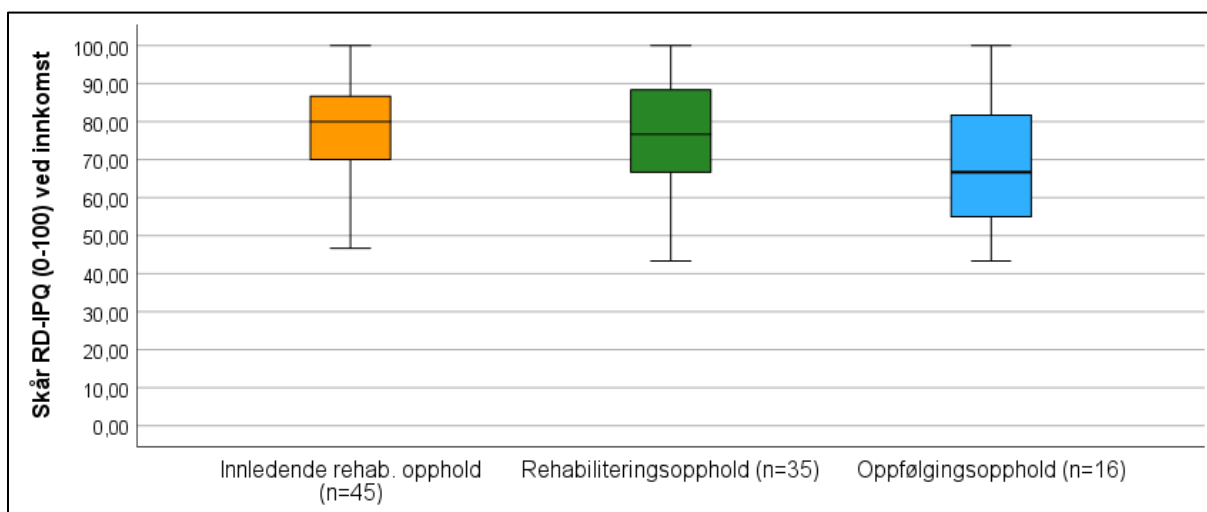
henvisning. Data på hvor mange som allerede hadde et tilbud innen psykisk helsevern da de kom til første opphold ved NBRR er ikke registrert.

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 deretter vurdere hensiktsmessige tiltak. Helsearbeiderens evne til å få tak i pasientens perspektiv handler først og fremst om gode kommunikasjonsferdigheter. NBRR ønsker å undersøke om ansattes kommunikasjon med pasientene, og tiltak som settes i gang under rehabiliteringsopphold, endrer pasienters sykdomsforståelse i en positiv retning. Spørreskjemaet Rheumatic Disease Illness Perspective Questionnaire (RD-IPQ) er tilpasset pasienter med revmatisk sykdom og validert for norske forhold ^[1].

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 2025.

Median (min, maks) RD-IPQ ved innledende opphold (n=45, 7 missing) er 80.0 (46.7, 100). De som kommer inn til rehabiliteringsopphold (n=35, 1 miss) har median (min, maks) RD-IPQ på 76.7 (43.3, 100), mens de som kommer inn til oppfølgingsopphold (n=16, 5 missing) har median (min, maks) RD-IPQ 66.7 (43.3, 100). 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 innkøst til alle oppholdstypene og ved utreise fra rehabiliteringsopphold. Endring av sykdomsforståelse fra innkøst til utskrivelse ved rehabiliteringsopphold er beskrevet i kapittel 7, behandlingsresultater.

Fra og med 2019 har det også blitt innhentet svar på RD-IPQ 6 måneder etter avsluttet rehabiliterings-opphold. Resultatene etter 6 måneder for pasienter innlagt til rehabilitering i 2025 formidles også i kapittel 7.3.

^[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.

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. I 5.2 er mandatene satt opp 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 2025 var det total 63 henvisninger, hvorav 12 fikk avslag. Begrunnelser for avslag sees i tabellen under.

Feilregistrering	2
Til annen avd/omsorgsnivå	2
Ikke medisinsk indikasjon	2
Utfyllende opplysninger mangler	4
Andre årsaker	2

Tabell 7: Begrunnelse for avslag i antall

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.

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 2025 innfridde alle 109 opphold kriteriene for særkode Z50.80 for kompleks rehabilitering.

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 et mål om å gjennomføre gruppebaserte tilbud for pasienter under 35 år med fokus på arbeid og utdanning.

Resultat: Det ble planlagt for, og gjennomført, ett ungNBRR-gruppeopphold i 2025. Det var kun 4 pasienter som deltok på gruppeoppholdet, grunnet en avlysning på kort varsel relatert til sykdom. Det vurderes årlig hvor mange opphold det skal planlegges for aktuelt år. Denne vurderingen er basert på antall nyhenviste pasienter som er i målgruppen. Resultatmålet er nådd og videreføres.

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

Mennesker med inflammatoriske bindevevssykdommer og vaskulitter har lenge hatt få tilgjengelige rehabiliteringstilbud. NBRR har siden oppstart tilbudt rehabilitering for denne pasientgruppen, men for å bidra til et enda bedre tilbud etablerte NBRR i 2022 et eget gruppetilbud for pasienter med bindevevssykdommer og vaskulitter (BiVa-NBRR). Resultatmålet er et viktig mål for å sikre økt tilgjengelighet og et tilpasset behandlingstilbud.

Resultat: Andelen nyhenviste pasienter med inflammatoriske bindevevssykdommer/vaskulitter var 32 % i 2025 og utgjør den største andelen nyhenviste. Siden 2023 har NBRR nådd resultatmålet med god margin, med over 30 % av nyhenviste fra denne pasientgruppen. Det ble gjennomført ett BiVa-gruppeopphold for pasientgruppen i 2025. 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

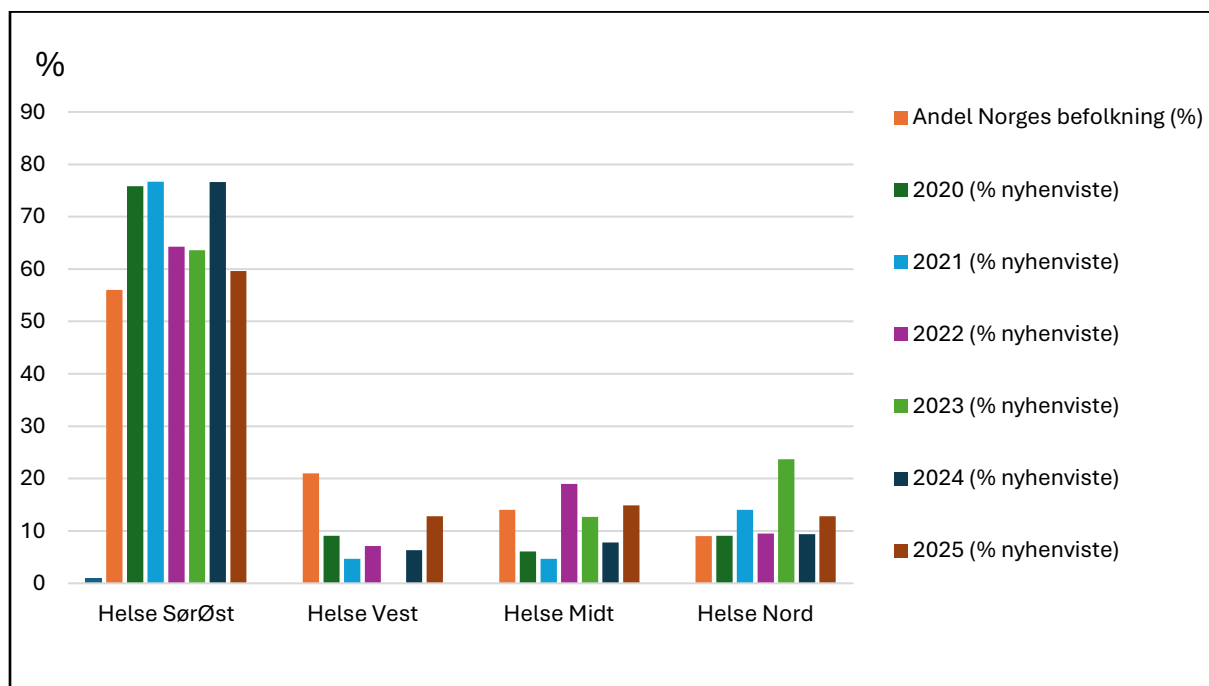
Som nasjonal behandlingstjeneste skal pasienter fra hele landet som tilhører vår målgruppe, ha likeverdig tilgang til NBRRs rehabiliteringstilbud. Det betyr at antall pasienter som søkes til NBRR fra de ulike regionale helseforetakene (RHF) skal reflektere befolkningsgrunnlaget i de respektive

RHF`ene. Andel (%) av nyhenviste pasienter fra hver helseregion skal ideelt sett være lik befolkningsandelen (%) i hver helseregion. Tallene som presenteres er nyhenviste pasienter som fikk et innledende rehabiliteringsopphold ved NBRR i 2025. Tilsvarende tall for 2024 presenteres for sammenlikning.

Befolkningsandel per helseforetak i prosent	Antall nyhenviste (%) 2025	Antall nyhenviste (%) 2024
Helse SørØst (56 %)	28 (59,6 %)	49 (76,6 %)
Helse Vest (21 %)	6 (12,8 %)	4 (6,3 %)
Helse Midt (14 %)	7 (14,9 %)	5 (7,8 %)
Helse Nord (9 %)	6 (12,8 %)	6 (9,4 %)
Totalt:	47 (100 %)	64 (100 %)

Tabell 8: Nyhenviste pasienter som ble behandlet i 2025 og 2024 fordelt på de fire helseregionene

Resultat: Det totale antallet nyhenviste som er behandlet er lavere i 2025 sammenliknet med fjoråret, da det var 64 nyhenviste som fikk behandling. Det samsvarer med fordelingen av opphold nevnt tidligere i rapporten, med færre innledende rehabiliteringsopphold og en høyere andel oppfølgingsopphold sammenliknet med fjoråret. Det kan se ut til at målrettet arbeid for å øke henvisninger fra Helse Vest over flere år har gitt resultater. I 2023 var ingen av de nyhenviste pasientene fra Helse Vest, mot 6,3 % i 2024 og 12,8 % i 2025. Andelen nyhenviste fra HelseSørØst er redusert fra 76,6 % i 2024 til i underkant av 60 % i 2025, som er tilnærmet lik befolkningsandelen. I 2025 har alle revmatologiske avdelinger i landet fått invitasjon til et samarbeidsmøte for å få informasjon om enhetens tilbud. Informasjonsspredning generelt er viktig for å sikre god kjennskap om tilbud ved NBRR, og for å sikre likeverdig tilgang nasjonalt. Som et ledd i dette utarbeidet NBRR i 2025 en kommunikasjonsstrategi med et årshjul med tid og arena for kommunikasjon.



Figur 12: Nyhenviste pasienter relatert til befolkning fra 2020 til 2025

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 delene av landet, forventinger til en nasjonal tjeneste, innsikt fra et brukerperspektiv og gir verdifull kontakt inn i fagmiljøene i de ulike RHF.

Resultat: I 2025 har det vært avholdt tre møter med referansegruppen, et fysisk møte og to digitale møter. Det fysiske møtet ble avholdt på Diakonhjemmet sykehus slik at representantene fikk anledning til å se lokalene og fasilitetene til NBRR. Det ble også god tid til dialog og diskusjon. Dessverre hadde ikke alle representantene anledning til å delta.

5.5 Kunnskap og kompetansebygging

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. Som et supplement til Kompetansespredningsplanen har NBRR i 2025 utarbeidet en kommunikasjonsstrategi for internt bruk.

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 2025](#). På nettsiden finner man kontaktinformasjon ved ønske om foredrag fra en av NBRRs faggrupper 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. I 2025 ble det gjennomført fire fagdager fordi fagdagen for januar 2026 ble flyttet til desember 2025. Motiverende intervju (MI), som er et viktig arbeidsverktøy for hele det tverrfaglige teamet, har som tidligere år vært tema på majoriteten av fagdagene. Tema det har vært forelest om har vært molekylære mekanismer for smerte, søvn, overvekt, trening i et kvinneperspektiv og trening gjennom livet. I tillegg har teamet jobbet med temaene arbeidsmiljø, hvordan man ivaretar hverandre på jobb, miljø og bærekraft, brannsikkerhet, praktisk HLR-trening og mindfulness.

NBRR deltar også i forskning og etablering av forskernettverk knyttet til det nasjonale oppdraget. Ansatte ved NBRR har i 2025 vært involvert i følgende forskningsprosjekter:

- Cognitive aspects of pain in people with inflammatory joint diseases: Psykologspesialist Lisa Elstad er i forskningspermisjon fra NBRR som stipendiat i Nor-Smerte-studien. Studien kartlegge faktorer som påvirker smerte hos pasienter som starter opp med biologisk medisin, med langsiktig mål å bedre og person-tilpasse behandlingen av smerte hos denne gruppen. Datainnsamlingen i studien startet opp november 2025.
- Treningsintervensjoner ved Spondyloartritt - systematic review: Fysioterapeut Kristine Røren Nordén er prosjektleder i studien.
- Forskningsprioriteringer revmatoid artritt: Fysioterapeut Kristine Røren Nordén var hovedforfatter i artikkelen som ble publisert i 2025. Studien ble gjennomført i samarbeid med Oslo universitetssykehus (OUS) og Norsk revmatikerforbund.
- ReMonit - Remote monitoring in specialist healthcare: Fysioterapeut Emil Eirik Kvernberg Thomassen var stipendiat i studien og forsvarte sin doktorgradsavhandling "Remote care and monitoring in rheumatology care: Willingness, facilitators and barriers, adherence and feasibility to the use of digital health technology" tilknyttet ReMonit-studien i juni 2025.
- Digital Rehabilitation – scoping review: Emil Eirik Kvernberg Thomassen er forsker og medforfatter i det internasjonale prosjektet som ledes fra Universitetet i Paris.
- Incidence and risk factors in JIA: Lege Sigrid Valen Hestetun er stipendiat i Prevent JIA-studien ved OUS.

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 som gjelder rehabiliteringsfaget er en del av mandatet.

Det er i 2025 registrert direkte kontakt med eksterne behandlere og tjenester i 54 av 109 opphold. Omfanget i enkeltsaker varierer fra en til seks kontaktpersoner og instanser. Av de 109 oppholdene i 2025 ble det i 47 av oppholdene opprettet kontakt med 1-2 kontakter eksternt, for 6 av oppholdene 3-4 kontakter eksternt og ved 1 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 2025 ble det lokale hjelpeapparat kontaktet i 58 % av alle oppholdene. Resultatet tilsvarer tidligere år (57 % i 2024), men er under resultatmål. 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 planlagt samarbeidsmøter med behandlere og relevante tjenester lokalt for 4 pasienter i 2025. To av møtene ble ikke gjennomført, det ene møtet ble avlyst av lokale behandlere og det andre ble ikke gjennomført som avtalt. Det er en kjent utfordring at lokalt hjelpeapparat ikke alltid følger opp som avtalt, og NBRR har i begge tilfellene tatt direkte kontakt med de respektive behandlerne for å minne om møtene som har uteblitt, uten suksess.

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 2024
IP igangsatt under innleggelse	1
IP igangsatt før innleggelse	2
IP ikke vurdert som aktuelt nå	93

Tabell 9: Oversikt antall pasienter med Individuell plan

Antall pasienter der NBRR har initiert til utarbeidelse av IP er lav, men stabil de siste to årene. Antall pasienter med igangsatt IP før/under innleggelse var i 2024 noe høyere, 4.

Erfaringsvis hender det dessverre at kontakt med kommuner og lokal koordinator som gjelder 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 2025 utarbeidet NBRR totalt 31 henvisninger til for eksempel ulike medisinske spesialiteter, psykisk helsevern på ulike nivåer, og rehabiliteringsinstitusjoner. 18 var utarbeidet av revmatolog, 7 av psykolog og 6 av andre faggrupper (ergoterapeut, sosionom eller fysioterapeut). I 2024 ble det utarbeidet 35 henvisninger fra NBRR og i 2023 var det 42.

I en god 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.

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. Fra 2025 er det tydeliggjort i registreringen om kontakt med pårørende gjelder voksne, barn eller både voksne og barn. I 40 av alle 109 opphold (43 %) har det vært kontakt med pårørende. For 1 pasient har det vært møte med kun barn som pårørende, og for 3 pasienter har det blitt gjennomført møter med både voksne og barn som pårørende. Det er en økning fra 2024 da det ble registrert kontakt med pårørende i 35 %.

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 elektronisk 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 forbedringsfokuset bør være. Kvalitetsmålene er utarbeidet av NBRR og tar utgangspunkt i mandatet *pasientperspektivet* (se kapittel 5.6 ovenfor). Evalueringsskjemaet besvares anonymt av pasientene ved utreise.

6.2 Svarprosent på evalueringsskjemaer

En høy andel besvarte evalueringsskjemaer er svært viktig for å kunne anvende tilbakemeldingene systematisk. Fra januar 2025 tok NBRR i bruk digital besvarelse, som erstattet den tidligere papirbaserte løsningen.

Kvalitetsmål: Pasienttilfredshets skjemaene er besvart ved 90 % av innleggelsene

Resultat: Av 109 opphold ble det mottatt 106 evalueringsskjemaer. Dette gir en svarprosent på 97 %. Kvalitetsmålet er oppnådd.

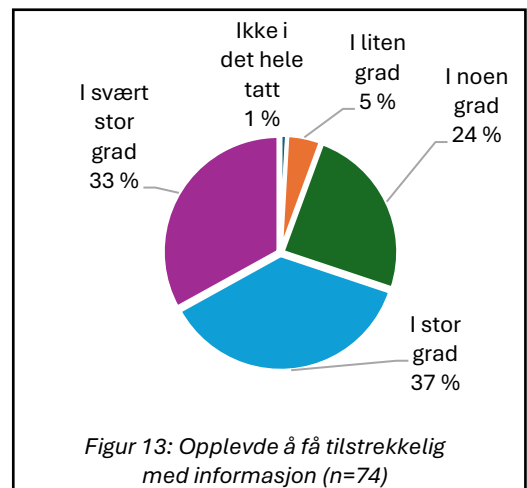
Bevaringstiltak: Som fast tiltak avsettes det tid til skjema utfylling i pasientenes timeplan, og hver pasient får tilbud om å besvare skjemaet. Dette har bidratt til å opprettholde høy svarprosent og færre manglende enkelt svar i skjemaet. Vi ser at digitalisering av skjemaet har ført til økt bruk av fritekstkommentarer, og mer utfyllende informasjon.

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. Spørsmålet pasientene besvarer er: *Fikk du tilstrekkelig informasjon før du kom til NBRR.* Svaralternativene er *ikke i det hele tatt*, *i liten grad*, *i noen grad*, *i stor grad* og *i svært stor grad*.

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

Resultat: 70 % (n=74) av pasientene oppgir at de i *stor* eller *svært stor grad* har fått tilstrekkelig informasjon forut for oppholdet. Tallet ligger under definert målsetting, men er litt høyere enn resultatet fra 2024 (68 %).



6.3.1 Ønsket informasjon før oppholdet

Som et forbedringstiltak har NBRR i 2025 innført to nye punkter med fritekst i pasientevalueringen med ønske om å få mer innsikt i hvordan pasientene kan bli bedre forberedt til oppholdet. Det ene

punktet er *Er det noe informasjon du ønsker skulle vært sendt ut på forhånd*. 25 pasienter har benyttet seg av fritekstfeltet, der 15 av svarene var nei. Flere fritekstkommentarer løfter frem telefonsamtalen med NBRRs helsesekretær i forkant av oppholdet som positivt. Over en lenger periode i 2025 var NBRR uten helsesekretær og det kan forventes at noe av den manglende tilfredsheten er relatert til at telefonsamtalen før oppholdet ikke ble gjennomført.

Øvrige tilbakemeldinger kan samles i to kategorier. Den første kategorien omhandlet praktisk informasjon som å ta med drikkeflaske, mulighet for lån av elsykkel, ikke behov for utejoggesko, og hva de fysiske/sosiale tilbudene faktisk er.

Den andre kategorien omhandlet rehabiliteringsprosessen. Pasientene ønsket i større grad informasjon om hvilken kompetanse man møter, forslag til ting man kan ta opp, hvordan ukene gjennomføres og utarbeidelse av rehabiliteringsplan og målsetting. Det begrunnes med å kunne starte arbeidet med å tenke ut mål i forkant og med det møte mer forberedt til oppholdet.

En pasient trekker frem at det manglet informasjon om samlokalisering med revmatologisk sengepost i helgene, og at pasienter som reiser langt og ønsker å benytte seg av muligheten til helgepermisjon vil trenge god tid på å planlegge dette. Forslaget var å tydeliggjøre dette i innkallingsbrevet.

6.3.2 Innspill informasjon før oppholdet

Det andre punktet innført som fritekstfelt i pasientevalueringen er *Hvilken informasjon tror du andre pasienter vil ha nytte av å få i forkant av oppholdet*. Pasientene trekker frem rehabiliteringsprosessen og informasjon om organisering av oppholdet. Av det kan man tolke at noen av pasientene ønsker å komme i gang med rehabiliteringsprosessen før oppholdet, blant annet ved å reflektere rundt aktuelle mål.

Igjen trekkes også telefonsamtalen med helsesekretær som nyttig, og en oppfordring om å fortsette med dette som et tiltak til å forberede pasientene på sitt kommende opphold.

Forbedringstiltak: Pasientene fremhever telefonsamtalen som viktig for å ha tilstrekkelig informasjon før oppholdet, og bør derfor videreføres. NBRR ønsker også å utarbeide en informasjonsfilm, tilgjengelig på NBRRs nettsider, som viser struktur og innhold i de ulike oppholdene.

6.4 Høflighet og respekt

Kjerneverdiene ved Diakonhjemmet sykehus er *Respekt, Kvalitet, Tjeneste og Rettferdighet*. Disse verdiene er avgjørende for god og virksom pasientbehandling. Spørsmålet pasientene blir stilt er *Ble du møtt med høflighet og respekt av det tverrfaglige teamet*. Svarsalternativene er *ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad*.

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

Resultat: Av de 106 pasientene som besvarte skjemaet opplevde alle (100 %) at de ble møtt med høflighet og respekt i stor eller svært stor grad. Hele 87 % opplevde å bli møtt med høflighet og

respekt i *svært stor grad*, mens resten (13 %) besvarte i *stor grad*. Kvalitetsmålet er oppnådd. En pasient gir denne tilbakemeldingen:

Jeg er svært fornøyd med hvordan bemanningen har møtt meg gjennom oppholdet. De har vært imøtekommende, åpne og tålmodige, og jeg har opplevd trygt miljø uten dømming. I situasjoner der vi har vært uenige, har fagpersonene likevel anerkjent mitt perspektiv og jobbet videre med utgangspunkt i begge synspunkter. Noen ganger har de også tatt ekstra hensyn til mine ønsker, selv om de faglig sett vurderte situasjonen annerledes. Det har vært veldig positivt å erfare at uenighet kan håndteres på en respektfull måte, og at godt samarbeid likevel står i sentrum. Jeg føler meg både sett og hørt som bruker, uten å bli overkjørt av "fagpersonen vet best"-holdningen.

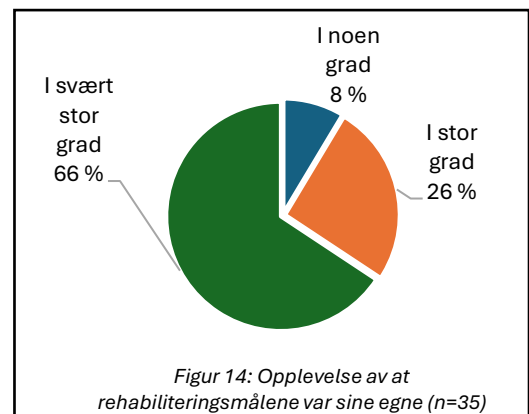
Bevaringstiltak: Veiledning og kompetanseheving innen motiverende intervju og en klientsentrert tilnærming, i tillegg vedvarende fokus på NBRRs verdier. Refleksjon og veiledning i etterkant av situasjoner som har vært utfordrende vil bli videreført som en rutine ved NBRR.

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. Spørsmålet pasientene besvarer er *Opplevde du at målene for oppholdet ditt var dine egne mål*. Svartalternativene er *ikke i det hele tatt*, *i liten grad*, *i noen grad*, *i stor grad* og *i svært stor grad*.



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.

Resultat: I 2025 var 36 pasienter innlagt for et rehabiliteringsopphold, 35 pasienter (97 %) har besvart spørsmålet om målene var deres egne. Av disse har 92 % svart at de i *Stor grad* eller *Svært stor grad* opplevde at rehabiliteringsmålene var deres egne. Kvalitetsmålet er oppnådd.

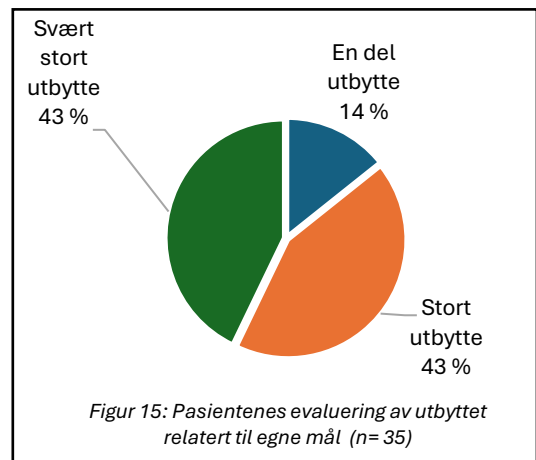
Bevaringstiltak: Det arbeides kontinuerlig med målformulering, og hvordan teamet kan bidra til at pasientene skaper gode mål de føler eierskap til. Det arbeides aktivt med målformuleringer med utgangspunkt i SMART-mål: **S**pesifikt, **M**ålbart, **o**ppnåelig (**A**chiveable), **R**elevant, **T**idsbasert. Dette beholdes som et ukentlig fokus på tverrfaglige møter.

6.5.2 Utbytte relatert til mål

Spørsmålet pasientene besvarer i evalueringen er *Sett ut ifra det som var dine rehabiliteringsmål; hvilket utbytte har du hatt av oppholdet?* Svartalternativene er: *ikke noe utbytte, lite utbytte, en del utbytte, stort utbytte og svært stort utbytte.*

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

Resultat: Av de 36 rehabiliteringsoppholdene som ble gjennomført, har 35 pasienter (97 %) besvart spørsmålet. Av disse angir 86 % *Stor* eller *Svært stort* utbytte av egne mål (se figur under). Til tross for at dette målet ikke er nådd har 100 % av pasientene hatt noe utbytte (figur 15).



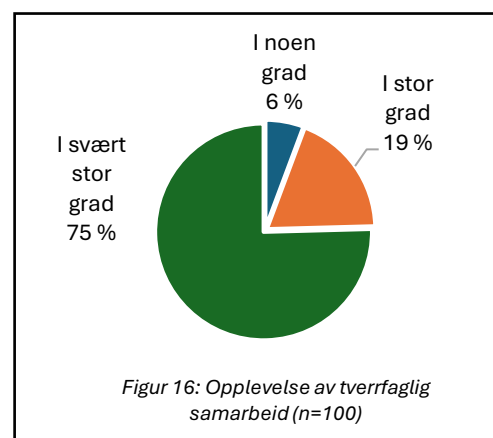
Forbedringstiltak: For å oppnå høy grad av måloppnåelse er det viktig å sikre at pasienten jobber mot mål som er viktig for seg, og som de har ressurser og forutsetninger for å klare. Systematisk oppfølgings samtale av målene underveis er standard rutine på NBRR. Her vektet også målene. Dette innebærer 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. Dette er et bevaringstiltak det satses videre på.

6.6 Opplevelse av tverrfaglig samarbeid

Alle pasientene som innlegges til opphold ved NBRR vil møte fagpersoner fra minst 6 ulike faggrupper. De ulike fagpersonene gjennomfører hver sin særfaglige 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 verdier og faglige perspektiver, og samtaler knyttet til intervensjoner for den enkelte pasient. NBRR sin tilnærming bygger på en biopsykososial forståelse, med kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju som verktøy for å fremme endringsprosesser. Dette innebærer en empatisk og klientsentrert kommunikasjon.

I evalueringsskjemaet besvarer pasientene spørsmålet *Opplevde du at behandlerne samarbeidet godt om innholdet i oppholdet ditt.* Svartalternativene er *ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad.*



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

Resultat: 94 % 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. I 2024 var andelen 99 %.

Forbedringstiltak: Tverrfaglig møte to timer pr uke er en viktig arena for å sikre godt tverrfaglig samarbeid. Høsten 2025 ble det etablert et nytt fast møtepunkt for det tverrfaglige teamet. Vaktrommet benyttes av alle faggrupper, og det er kultur for å diskutere pasientutfordringer fortløpende, og ved behov avtales det korte teammøter for enkelte pasienter.

6.7 Er det noe ved oppholdet du ville ønsket annerledes?

Spørsmålet *er det noe ved oppholdet du ville ønsket annerledes*, besvares i fritekst. Av de 106 pasientene som besvarte spørreskjemaet, valgte 74 pasienter (68 %) å bruke fritekstfeltet hvorav 13 pasienter oppga at de ikke ønsket noe annerledes, og 61 pasienter ga konkrete forbedringsforslag. Til sammen ga de 146 innspill som er blitt kategorisert, og de fleste av pasientene hadde innspill under flere kategorier. Kategoriene er presentert i tabellen under med eksempler på kommentarer i parentes. Kategorien behandling og organisering hadde en stor andel tilbakemeldinger, og er delt opp i underkategorier.

Tilbakemeldinger	Antall tilbakemeldinger
Behandling og organisering:	53
Aktiviteter og innhold (undervisning, yoga, mindfulness, gruppetrening)	20
Timeplan (fordeling av samtaler i timeplan, fritid)	21
Annet (sosialt, tur)	12
Fasiliteter (hyggeligere innemiljø, bedre senger, basseng, solskjerming)	22
Lokaler (mer egnede lokaler)	11
Kosthold (mer variert kosthold, valgmuligheter, tidspunkt)	20
Diverse (informasjon om opphold, renhold, andre pasienter)	26

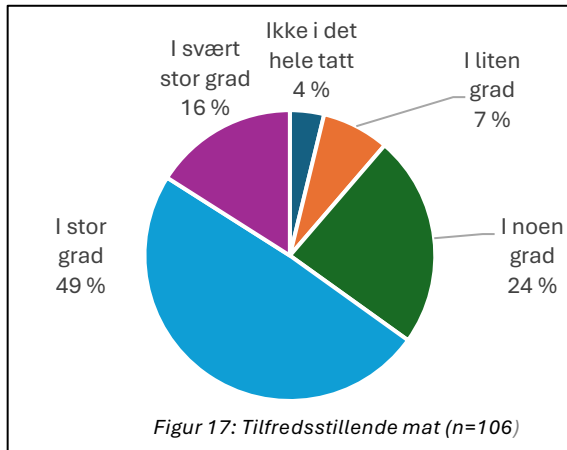
Tabell 10: Fritekstkommentarer om hva pasientene ville ønsket annerledes

Utdyping: Kategorien *behandling og organisering* omfatter tilbakemeldinger som omhandler NBRRs drift og er den kategorien med flest innspill. Under *aktiviteter og innhold* gir flere av pasientene uttrykk for behandlingstilbud de ønsket mer eller mindre av, samt andre typer behandling de gjerne skulle hatt under oppholdet. Som tidligere år etterspør pasientene jevnere fordeling av avtaler på timeplanen. Enkelte opplever dagene som intense, men andre synes det er for lite som skjer. Timeplanen er pasientens oversikt over ukens aktiviteter dag for dag, og utarbeides i samarbeid med pasienten. Under *annet* ønsker pasientene organisert flere turer utendørs og flere sosiale aktiviteter.

I kategorien *fasiliteter* peker pasientene særlig på behovet for et hyggeligere innemiljø, bedre senger, bedre solskjerming på rom, og ønske om basseng. Mange beskriver ønske om et mindre «sykehuspreg» i lokalene, noe som har vært gjentatt over tid. For å svare ut dette har NBRR etablert en arbeidsgruppe internt som skal se på løsninger for å skape et hyggeligere innemiljø. Gruppen har utarbeidet budsjett og igangsatt planlegging av oppgraderinger i oppholdsrom. I november 2025 ble det også installert kunstfotografier på alle pasientrom. Tiltaket fra 2024, der NBRR

anskaffet hyller til dusjen og flere knagger på badene etter pasientenes tilbakemeldinger, ser ut til å ha hatt god effekt ettersom det ikke har kommet kommentarer om mangler på badene i 2025.

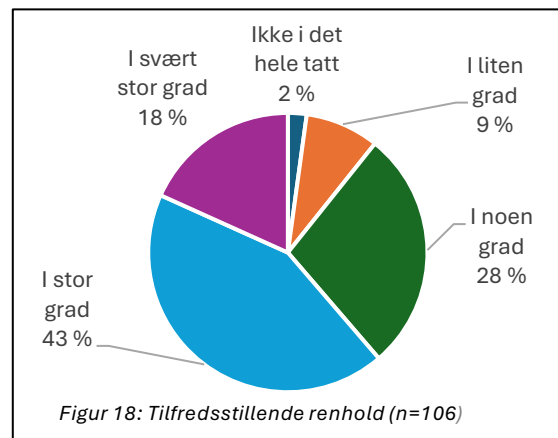
De fleste tilbakemeldinger under *lokaler* påpeker at det er ugunstig at NBRR er samlokalisert med en medisinsk sengepost, og at det hadde vært bedre med roligere og mindre sykehuspregede omgivelser. Dette er en kjent utfordring. Per dags dato finnes det ikke et alternativt lokale for NBRR på Diakonhjemmet sykehus.



Under *kosthold* ønsker flere et mer variert kosthold. Noen uttrykker også misnøye rundt serveringstider. Det gis også tilbakemeldinger knyttet til endrede serveringstider i helger, sommer og høytider, der middagen serveres kl. 13 i stedet for kl. 16. I evalueringsskjemaet besvarer pasientene spørsmålet *Var følgende (mat) tilfredsstillende ved NBRR*. Svaralternativene er *ikke i det hele tatt*, *i liten grad*, *i noen grad*, *i stor grad* og *i svært stor grad*. Andelen som svarte *stor grad* og *svært stor grad* utgjør 65 % av pasientene.

I 2025 ble det utnevnt et kostombud ved NBRR som vil delta på jevnlig samarbeidsmøter med kjøkkenavdelingen på sykehuset for å styrke dialogen og bidra til forbedringer i mattilbudet.

Fokuset under *diverse* er ønske om tidligere og/eller tydeligere informasjon før opphold, tilbakemeldinger på andre pasienter, og renhold. I evalueringsskjemaet besvarer pasientene spørsmålet *Var følgende (renhold) tilfredsstillende ved NBRR*. Svaralternativene er *ikke i det hele tatt*, *i liten grad*, *i noen grad*, *i stor grad* og *i svært stor grad*. Funnene og tilbakemeldingene som ikke er i tråd med sykehusets retningslinjer for renhold vil rapporteres inn til avdeling for renhold i form av avviksmelding.



Alle 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?

Spørsmålet *er det noe ved oppholdet du er spesielt fornøyd med*, besvares i fritekst. Av 106 pasienter var det 87 (82 %) som benyttet seg av fritekstfeltet. Til sammen gav de 168 tilbakemeldinger som under er samlet i 3 kategorier med eksempler fra tilbakemeldingene i parentes. Kategorien «personalet» er delt inn i underkategorier for enklere å fremstille budskapet i tilbakemeldingene.

Tilbakemeldinger	Antall tilbakemeldinger
Personalet:	127
Faglig styrke (kompetanse, engasjement, godt tverrfaglig samarbeid, tar seg tid, oppfølging)	57
Omsorg og ivaretagelse (personalet, hørt og sett, helhetlig tilnærming, vennlighet, forståelse, hyggelig)	59
Personalet (det pasienten er fornøyd med, er «personalet»)	11
Organisering (målplan, gruppeopphold, tilpasset opphold, gruppeopphold, kondisjonstest)	20
Diverse (matsservering, morgentur, privatliv, fasiliteter)	21

Tabell 11: Fritekstkommentarer om hva pasientene var spesielt fornøyd med

Utdyping: I 5 av tilbakemeldingene trekker pasientene frem kardiopulmonal belastningstest (CPET) som noe de er spesielt fornøyd med. Tilbakemeldingene understøtter tidligere funn fra vårt arbeid og forskning, som viser at dette er et sentralt og motiverende verktøy for pasienter med revmatologisk diagnose i en rehabiliteringsprosess.

Hele 127 av kommentarene var ulike positive tilbakemeldinger rettet mot personalet. Disse tilbakemeldingene er delt inn i undergruppene faglig styrke, omsorg og ivaretagelse, og personalet. Imøtekomende, hørt og sett, helhetlig, forståelse, og respekt er ord som går igjen. Fire av pasientene oppsummerer sine opphold på NBRR slik:

«At flere faggrupper har kartlagt situasjonen min, det er veldig nyttig med en bred tilnærming til en kompleks situasjon. Lege har tatt seg god tid til å gi informasjon, samt lytte. Det har hjulpet mye å møte fagpersoner som har lang erfaring med og god kunnskap om revmatiske lidelser. Nyttige råd fra flere faggrupper. Grundig oppfølging- det føles trygt å ha kartlagt hjerte/lungefunksjon ved belastningstest. Ellers har det vært nyttig med jevn måltidsrytme. God start på dagen med morgentur uansett form».

«Fint å få oppfølging på arbeidet igangsatt og råd til prosessen videre. Jeg synes oppfølgingsoppholdet har gitt motivasjon til det videre arbeidet som må gjøres. Det er en lang prosess videre, men totalt sett, alle ukene inkludert, har rehabiliteringsoppholdet gitt meg mange verktøy og innsikter jeg kan bruke i denne videre prosessen. Det er en fantastisk personalgruppe, og man kan tydelig merke at de er engasjert og vil det beste for oss. Jeg liker også ærligheten mange har, da ærlighet også er med på å skape endring».

«Jeg har blitt møtt på en veldig god og trygg måte, som har gjort det lett å være åpen til å prøve ut nye ting og dele ting. Det har vært fint å høre de andre pasientenes erfaringer, da jeg har følt meg forstått og at jeg ikke er alene om det. Det har også vært veldig fint at pårørende også har blitt inkludert i prosessen, da det gjør at overgangen fra oppholdet og hjem kan bli lettere, og mer motiverende å være flere om det».

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. NBRR har derfor dette som et sentralt tema, og for enkelte pasienter er relasjonsbygging det viktigste fokuset under det innledende oppholdet.

7. Behandlingsresultater

7.1 Endring i livskvalitet

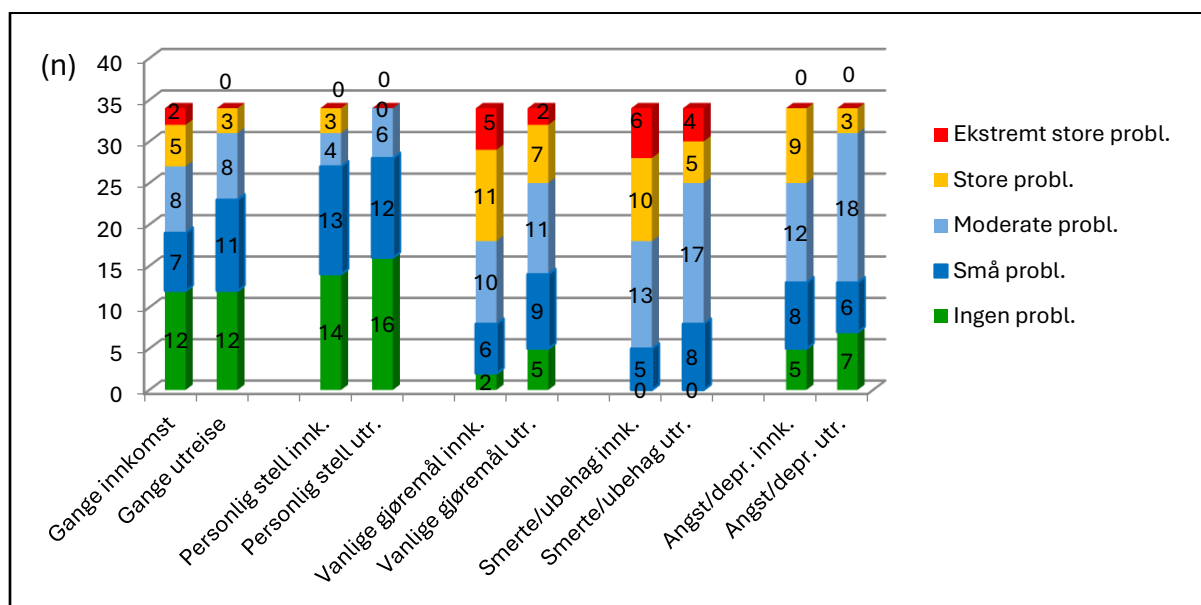
I dette kapittelet vil endring i livskvalitet basert på endring i skår på EQ-5D-5L og RAID i løpet av et 2-3 ukers rehabiliteringsopphold bli presentert. Median varighet av rehabiliteringsoppholdene i 2025 var 18 dager, (min 6 dg, maks 30 dg). Viser til tidligere omtale av spørreskjemaene EQ-5D-5L og 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 34 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 19: Endring i pasienters skår på EQ-5D fra inn til ut Rehab-opp samlet 2025 (N=34, 2 missing), y-akse antall

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 3 som ved utreise skårer “store problemer” med gange, ved start av oppholdet er det 5 som skårer innenfor sammen skåralternativ og i tillegg 2 som skårer “ekstremt store problemer”. Det er helt ubetydelige endringer i skår på området personlig stell. Det er 7 færre som skårer innenfor svaralternativene “store” og “ekstremt store problemer” på «vanlige gjøremål» ved utreise sammenlignet med ved start av oppholdet.

På området «smerte/ubehag» er det 9 ved utreise mot 16 ved innleggelse, som skårer innenfor kategorien store til ekstremt store problemer med smerter og ubehag. Det er 7 flere som skårer ingen til små problemer med smerter/ubehag ved utreise sammenlignet med ved innkomst.

På området «angst/depresjon» er det 6 færre som skårer innenfor alternativet “store problemer” med «angst/depresjon» ved utreise sammenliknet med ved start av oppholdet.

EQ-VAS (0-100) er besvart på begge tidspunkt av 34 av de 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.

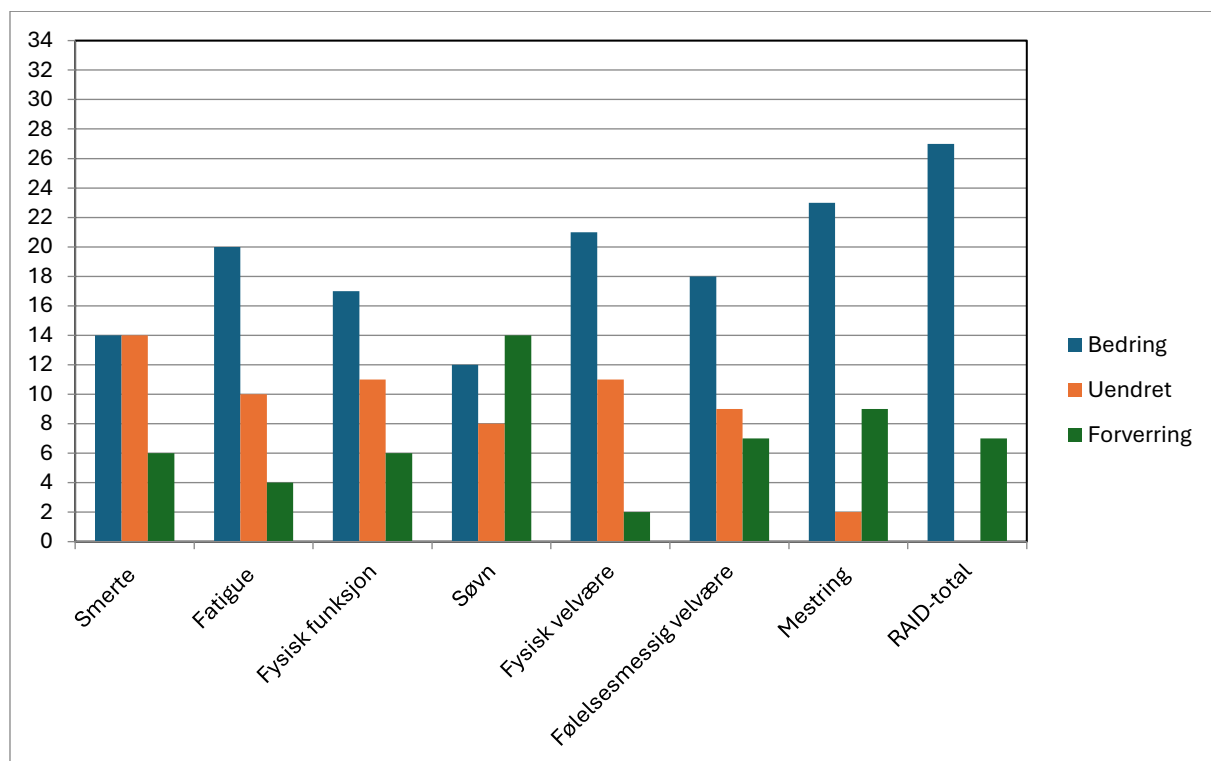
EQ-VAS (0-100)	Median (min, maks)
Innkomst alle (n=34)	32.5 (0-70)
Utreise alle (n=34)	49.0 (10-83)
Innkomst kvinner (n=24)	39.5 (0-70)
Utreise kvinner (n=24)	49.0 (10-80)
Innkomst menn (n=10)	30.0 (10-60)
Utreise menn (n=10)	46.0 (11-83)

Tabell 12: Endring av medianverdien for EQ-VAS i løpet av rehabiliteringsoppholdet hos alle, hos kvinner (n=24) og hos menn (n=10).

Resultater EQ-VAS: For de 34 pasientene innlagt til rehabilitering i 2025 er det en forbedring av livskvalitet fra innkomst til måling gjort like før utreise, medianverdi på EQ-VAS (0-100) bedres fra 32.5 til 49.0. Medianverdien ved innkomst er lavere, enn for pasientene innlagt i 2023 og 2024, medianverdi EQ-VAS var henholdsvis 40 i 2023 og 39 i 2024. Selv om det bare var 10 menn som var innlagt til rehabilitering i 2025 er det gjort subanalyser på kvinner og menn hver for seg. Det foreligger svar på EQ-VAS på begge tidspunkt for 24 kvinner. Medianverdien ved innkomst for kvinnene er 39.5, medianverdi ved utreise er 49. Medianverdien for menn (n=10) ved innkomst er 30, ved utreise er median EQ-VAS 46. Både kvinner og menn skårer 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 innkommst.



Figur 20: RAID-respons i løpet av 2-3 uker n=34

Supplerende analyser er utført på de pasientene som oppnår bedring i de ulike dimensjoner i RAID i løpet av 2-3 ukers rehabilitering (median 18 dager), se tabell 13.

RAID-dimensjon	Antall (av n=34) 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)	14 (41%)	7.1 (6.0-8.1)	5.1 (3.9-6.3)
Fatigue (0-10)	20 (59%)	7.6 (6.6-8.7)	5.0 (3.8-6.1) #
Fys funksjon (0-10)	17 (50%)	6.1 (4.8-7.4)	4.0 (2.7-5.2)
Søvn (0-10)	12 (35%)	6.1 (4.5-7.6)	3.4 (2.2-4.8)
Fys velvære (0-10)	21 (62%)	6.4 (5.3-7.6)	4.3 (3.2-5.4)
Følelsesmessig velvære (0-10)	18 (53%)	6.7 (5.4-8.0)	3.9 (2.7-5.1) #
Mestring (0-10)	23 (68%)	6.0 (5.1-6.8)	3.7 (2.7-4.7) #
RAID-total (0-10)	27 (79%)	6.1 (5.4-6.9)	4.9 (4.1-5.6)

Tabell 13: Subanalyser på de som oppnår bedring i RAID (%) i løpet av rehabiliteringsoppholdet 2025, *CI (confidence intervall), # signifikant bedring

Resultat: En varierende andel fra 41 til 79 % av pasientene innlagt til rehabilitering oppnår en numerisk forbedring på ulike sider ved livskvalitet målt med RAID. Det er størst andel (79 %) som opplever en numerisk bedring i skår i RAID-total. For 3 av 7 dimensjoner oppnås det statistisk signifikant forbedring av mean-verdien fra innkomst til utreise, det gjelder for dimensjonene fatigue, følelsesmessig velvære og mestring. Meanverdien for fatigue reduseres fra 7.6 til 5.0 med adskilte konfidensintervaller. For følelsesmessig velvære reduseres meanverdien fra 6.7 til 3.9, tilsvarende verdier for mestring er 6.0 til 3.7, det er for begge disse domene adskilte konfidensintervaller. Sett bort fra populasjonene innlagt til rehabilitering i 2023, har det vært statistisk signifikant forbedring på flere RAID-dimensjoner de fleste tidligere år.

7.1.3 Endringer i skår på Bergen Insomniskår (BIS)

I kapittel 4.9.3. er Bergen Insomniskår 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 eventuell bedring av søvn i løpet av 2-3 uker. Med det forbeholdet presenteres likevel resultatene for pasientene innlagt til et rehabiliteringsopphold i 2025.

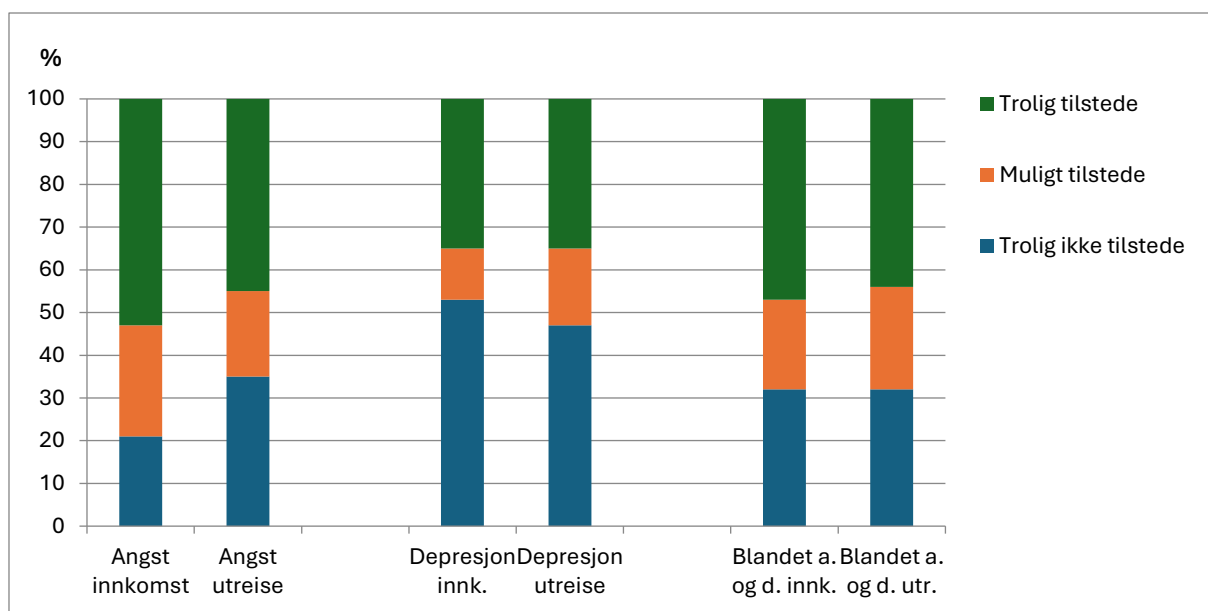
BIS-skår	Innkomst	Utreise
Median sumskår BIS (0-42), (min- maks)	24.5 (9-42)	24.0 (9-42)
Insomni, n (%)	31 (91.2)	31 (91.2)

Tabell 14: Endring av medianverdien for Bergen Insomniskår (0-42) og endring i andel med insomni i løpet av rehabiliteringsopphold i 2025, n=34 (2 missing).

Resultater: Ikke uventet er det nærmest uendrede skår i BIS i løpet av 2-3 ukers rehabiliteringsopphold. Medianverdien av sumskåren ved innkomst til utreise er henholdsvis 24.5 og 24.0. Andel med insomni er 91.2 %, ingen endring fra innkomst til utreise.

7.2 Endringer 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 18 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 21: 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 (n=34, 2 missing).

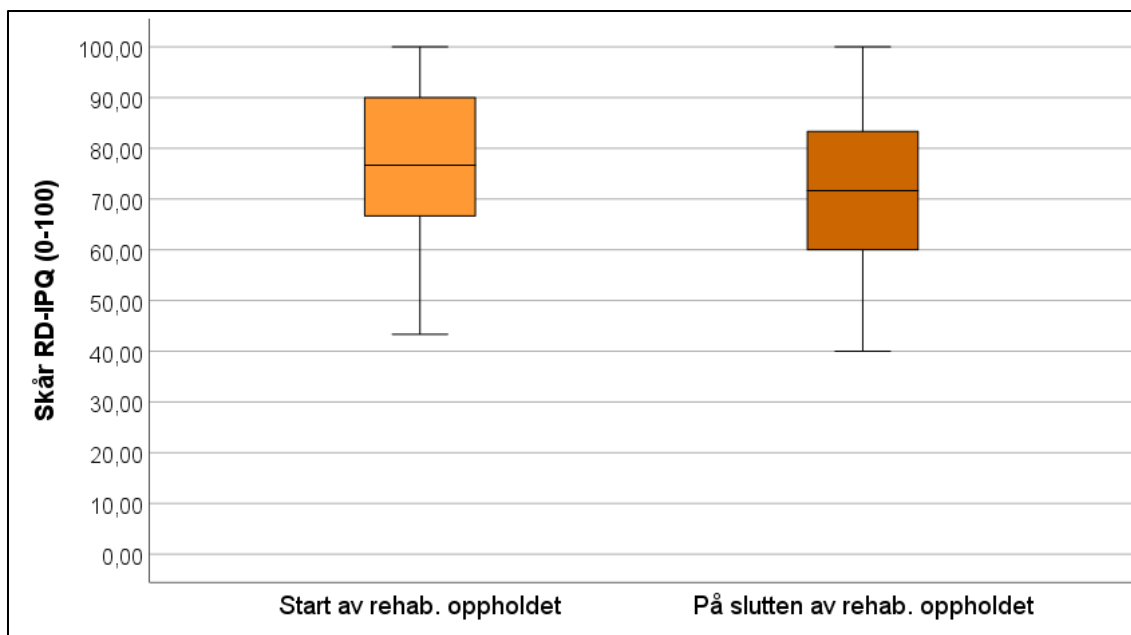
Resultat: Det er 34 av 36 pasienter som har svart på HADS både ved start av rehabiliteringsoppholdet og ved utreise. Andelen som trolig har en angsttilstand reduseres fra 52.9 % ved innkomst til 45.5 % ved utreise, og tilsvarende øker andelen som trolig ikke har en angstlidelse fra 20.6 % ved innkomst til 35.3 % ved utreise. Ved innkomst har 35.3 % «trolig depresjon», og denne andelen er lik ved utreise. Andelen som mulig har en depresjon øker fra 11.8 % til 17.6 %. Andelen som trolig har en blandet angst og depresjonslidelse reduseres fra 47.1 % til 44.1 %. Sammenlignet med i 2024 er det i 2025 en større andel pasienter som trolig har angst og depresjon. I 2024 hadde 34 % trolig angst ved innkomst og 16 % hadde trolig depresjon ved innkomst. Andel med angst og depresjon varierer fra år til år, noen som tallene fra 2023 viser da 49 % trolig hadde en angsttilstand ved innkomst og tilsvarende tall for depresjon var i 2024 lik 46 %.

7.3 Endringer 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 22: Boksplot (median, kvartiler, min og maks) av RD-IPQ ved innkomst og ved utreise for de som gjennomførte et rehabiliteringsopphold (n=34, 2 missing)

Resultat: 34 av 36 pasienter har fylt ut RD-IPQ både ved start av, og på slutten av, rehabiliteringsoppholdet. Figur 22 over viser reduksjon i median og IQR- verdien for RD-IPQ sumskår fra innkomst til utreise. Median RD-IPQ ved start av rehabiliteringsoppholdet er 76.7, tilsvarende medianverdi ved utreise er 71.7. Gjennomsnittlig sumskår på RD-IPQ går ned fra 75.4 (95 % CI 69.8-81.0) ved innkomst til 69.9 (95 % CI 64.6-75.2) ved utreise. Det er en numerisk forbedring i mean-verdien for RD-IPQ på 5.5 i løpet av rehabiliteringsoppholdet, men konfidensintervallene er overlappende. Pasientene innlagt i 2025 oppnår bedring i sykdomsforståelse i løpet av rehabiliteringsoppholdet, men bedringen er ikke 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

For å vurdere hvilket utbytte rehabiliteringsoppholdet gir over tid, har det vært gjennomført datainnsamling 6 måneder etter utskrivelse. For å kunne presentere resultater for hele års-sett presenteres i årets rapport 6-måneders resultatene for pasientpopulasjonen innlagt til rehabilitering i 2024. For de som var innlagt første halvår av 2024 ble 6 måneders dataene innhentet i løpet av siste halvår av 2024, for de som var innlagt siste halvår av 2024 ble 6 måneders dataene innhentet i løpet av første halvår i 2025. I løpet av denne oppfølgingstiden har datainnsamlingen blitt endret fra telefonsamtale med innhenting av svar, til utsending av skjemaer for digital besvarelse.

7.4.1 Telefonisk/digital datainnsamling

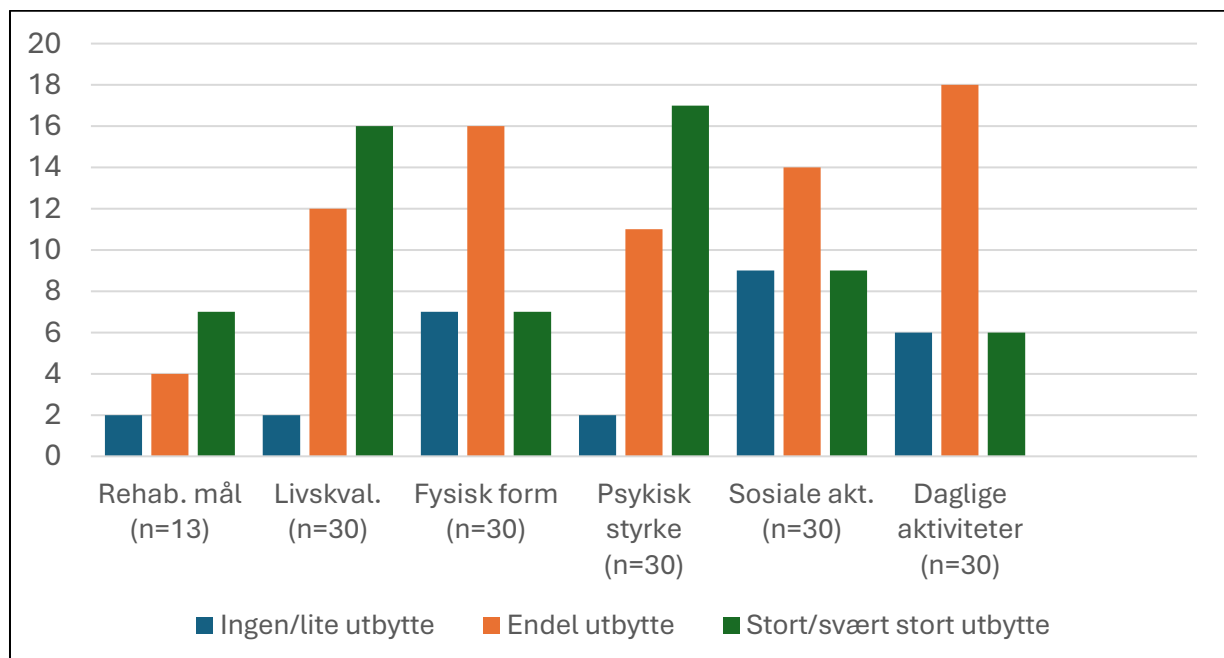
I 2024 var det 37 pasienter som gjennomførte et rehabiliteringsopphold, det er innhentet 6 måneders oppfølgingsdata av rehabiliteringen fra 30 av disse pasientene, dette gir en svarprosent på 81 %. Svarprosenten er på samme nivå som 6 måneders oppfølgingen av 2023-populasjonen, da svarprosenten var 80 %.

Seks-måneders oppfølging består av tre deler: Pasientrapportert skår på sykdomsforståelse (RD-IPQ), en skåring av helserelatert livskvalitet målt med RAID og undersøkelse av pasientenes opplevelse av utbytte av oppholdet på 6 livskvalitetsområder.

7.4.2 Pasientevaluert utbytte

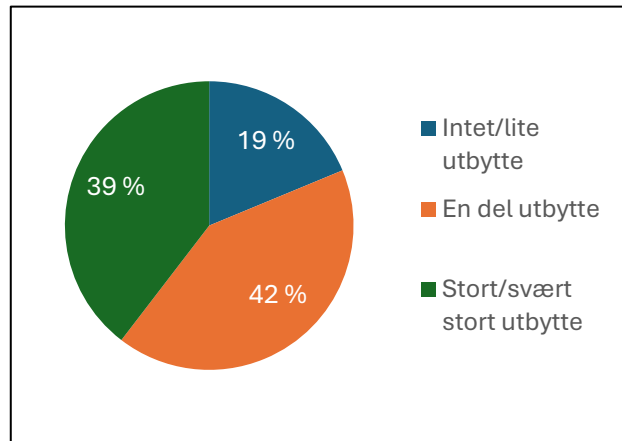
Når det gjelder vurdering av utbytte relatert til egne mål er det i løpet av 6 måneders perioden gjort følgende endringer. Pasienten har som tidligere blitt bedt om å plukke ut inntil tre av sine kortsiktige mål fra rehabiliteringsplanen. Etter overgang til digital innhenting av svar besvarer pasientene utbytte relatert til hvert enkelt mål, i stedet for generelt utbytte av alle målene. Det er 17 av 30 pasienter som har skåret etter ny metode. De øvrige 13 pasientene har gitt et skår på utbytte av sine rehabiliteringsmål generelt.

Pasienten angir eget utbytte av rehabiliteringsoppholdet på en 5-gradert skala fra *Ikke noe utbytte* til *svært stort utbytte*. I behandlingen av resultatene og i denne presentasjonen, samles svarene fra den 5-graderte skalaen til en 3-gradert skala; *ingen/lite utbytte*, *en del utbytte* og *stort/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 23).



Figur 23: Pasientevaluert utbytte 6 måneder etter rehabilitering, n=30. For rehabiliteringsmål n=13

For de 17 pasientene som har angitt utbytte av egendefinerte mål er måloppnåelse for hvert enkelt mål for alle pasientene samlet presentert i figur 24. Det var totalt 48 mål fordelt på de 17 pasientene. Ved 19 av målene (39 %) anga pasientene stort/ svært stort utbytte og ved 20 mål (40 %) anga de en del utbytte. Det er kun 9 mål (19 %) pasientene samlet vurderer intet/lite utbytte. I løpet av en periode på 6 måneder er det ikke å forvente at pasienten skal klare å ha et stort utbytte på måloppnåelse på alle mål.



Figur 24: Pasientevaluert utbytte av 2-3 egendefinerte rehabiliteringsmål etter 6 måneder. Totalt 48 besvarelser fordelt på 17 pasienter.

7.4.3 Endring av sykdomsforståelse i forløpet av rehabiliteringen

Det foreligger data på sykdomsforståelse fra 29 av 37 pasienter på alle tre tidspunkt, ved innkomst og ved utreise fra rehabiliteringsoppholdet, og ved oppfølging ca. 6 måneder etter utreise. Tabell 15 viser mean verdi (SD) av RD-IPQ ved de tre tidspunktene.

RD-IPQ (0-100), tidspunkt for utfylling	Mean (95% konfidens intervall)
RD-IPQ innkomst rehab. opphold (n=29)	73.0 (68.2-77.7)
RD_IPQ utskrivning rehab. (n=29)	65.1 (60.0-70.0)
RE-IPQ 6 mnd oppfølging (n=29)	66.4 (62.5-70.4)

Tabell 15: Mean (SD) av RD-IPQ ved innkomst, utskrivning og 6 måneder oppfølging.

Tallene i tabell 15 viser at denne seleksjonen av pasienter oppnår en bedring av sykdomsforståelse i løpet av rehabiliteringsoppholdet på 7.9 RD-IPQ enheter. Fra utreise til 6 måneders oppfølging skjer det en beskjeden endring av verdien i negativ retning, men den totale numeriske forbedringen i RD-IPQ fra innkomst til 6 måneder oppfølging er på vel 6.6 RD-IPQ enheter.

Det gjennomføres en parret T-test der innkomstsår RD-IPQ for utvalget på 29 respondere sammenlignes med skår ved oppfølgingen etter 6 måneder, se tabell 16.

RD-IPQ	Mean (SD) differanse	95% CI for differansen	p-verdi (2-sidig)
Differanse RD-IPQ inkomst til 6 mnd-oppfølging	6.6 (12.7)	1.8-11.3	0.008

Tabell 16: Resultatet av parret T-test for sammenligningen av RD-IPQ ved inkomst med RD-IPQ ved 6 måneders telefonoppfølging.

Resultat: Differansen i RD-IPQ fra inkomst til 6 måneders oppfølging for aktuelle årsett er på 6.6 enheter, en parret T-test viser at bedringen er statistisk signifikant med en 2-sidig p-verdi på 0.008. Pasientene opplever altså at sykdommens konsekvenser for følelser og identitet blir mindre truende i løpet av en 6 måneders rehabiliteringsprosess.

Bedringen i sykdomsforståelse målt med RD-IPQ var for pasienter innlagt i 2019, 2020, 2021 og 2022 på mellom 14.4 og 4.8 RD-IPQ enheter, den 2-sidige p-verdien for endring av RD-IPQ fra inkomst til 6 måneders oppfølging var statistisk signifikant for disse års-populasjonene. Pasientene innlagt til rehabilitering i 2023 hadde en endring i RD-IPQ skår på 5.2 fra inkomst til 6 måneders oppfølging, men den endringen var ikke statistisk signifikant. Størrelsen på endringen i RD-IPQ skår fra inkomst rehabilitering til 6 måneders oppfølging var i årene 2019 til 2021 på mellom 10 og 14.4, de neste årene har endringen vært mindre. En mindre bedring av sykdomsforståelse målt med RD-IPQ for pasientene innlagt i 2022, 2023 og 2024 kan ha sammenheng med at det disse årene har vært en større andel pasienter med bindevevs og vaskulittsykdommer. Dette er sykdommer som for noen rammer flere organer og som kan ha alvorlige konsekvenser for livsutfoldelse og påvirke identiteten i større grad enn artritt og spondylartrittsykdommer.

7.4.4 Endring av helserelatert livskvalitet i forløpet av rehabiliteringen

Spørreskjemaet RAID er beskrevet i kapittel 4.9.2. 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.

Det er gjort sammenligning av denne populasjonens (n=29) skår på alle RAID-dimensjoner ved inkomst til rehabilitering og ved 6 måneders oppfølging.

Resultat: Det er en numerisk forbedring på alle syv RAID-områder, men for RAID-smerte, RAID-fatigue, RAID fysisk funksjon og RAID fysisk velvære er endringene minimale. For områdene søvn, følelsmessig velvære og mestring reduseres skåren med mellom 1 og 2 og en parret T-test viser at disse endringene er statistisk signifikant, noe også endringen i RAID-total er.

I løpet av tiden fra rehabiliteringsoppholdet til 6 måneders oppfølging opplever pasientene en statistisk signifikant bedring i søvn, følelsmessig velvære og mestring, se tabell 17.

RAID-dimensjon	Mean (SD) differanse	95% KI for differansen	P-verdi (2 sidig)
RAID-søvn	1.3 (2.5)	0.3-2.3	0.009
RAID-føl. velvære	1.3 (2.3)	0.4-2.1	0.006
RAID-mestring	1.9 (2.7)	0.5-0.9	0.001
RAID-total	0.8 (1.3)	0.3-1.4	0.002

Tabell 17: Differanse på RAID-søvn, RAID følelsesmessig velvære, RAID-mestring og RAID-total fra innkomst rehabilitering til 6 måneder etter utreise (n=29, av 37)

8. Tverrfaglig team (Personale og kompetanseoversikt)

Ved NBRR er det 16 ansatte inkludert ledere. Det er en stor andel av de ansatte som jobber deltid ved NBRR, der noen har andre ansettelsesforhold ved andre avdelinger på sykehuset og andre har ansettelsesforhold utenfor sykehuset. Det tverrfaglige teamet i 2025 har bestått av følgende:

8.1 Revmatolog

Sigrød 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». Sigrød ble i 2019 tildelt Revmaprisen fra Norsk Revmatikerforbund og i 2024 mottok hun Klinikerprisen til Norsk reumatologisk forening (NRF). Sigrød har videreutdanning i Kognitiv Terapi for leger innen fysikalsk medisin og rehabilitering, og tidligere holdt kommunikasjonskurset «Fire gode vaner» som ble arrangert for leger ved Diakonhjemmet sykehus. Sigrød deltar i vaktordningen ved Avdeling for revmatologi leger, og er med på alle morgenmøter og undervisningsmøter for revmatologene ved avdelingen. Fra september 2024 har Sigrød avviklet avtalefestet pensjon en dag i uka, men fra september 2025 har hun valgt å gå tilbake til en 100 % stilling. Overlege Vera Halsaa og Sigrød Valen Hestetun har delt på overlegeansvaret de dager/perioder Sigrød Ødegård har vært fraværende.

Vera Halsaa er overlege ved Avdeling for revmatologi leger, og jobber primært på poliklinikken og revmatologisk sengepost på Diakonhjemmet sykehus. Hun har over mange år i tillegg fungert som NBRRs faste vikar for Sigrød Ødegård, og fra høsten 2024 som fast revmatolog på mandager i et år. Vera er cand. Med. fra 1998, og ble godkjent spesialist i revmatologi i 2012. Hun har vært ansatt på Diakonhjemmet sykehus siden 2007. Vera er ansvarlig for oppfølgingen av gravide pasienter på revmatologisk avdeling i tett samarbeid med NKSR (Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for svangerskap og revmatiske sykdommer), gjennom registeret RevNatus. I 2025 ble hun ansatt i en 10 % stilling som Helse SørØst sin representant i NKSR med ansvar for kompetansespredning ved alle revmatologiske avdelinger i helseregionen.

Sigrød Valen Hestetun har jobbet som revmatolog ved Diakonhjemmet sykehus i 50 % stilling siden høsten 2025, 10 % på NBRR og resten av tiden på poliklinikken. I tillegg er hun stipendiat ved Oslo Universitetssykehus hvor hun forsker på risikofaktorer for utvikling av barneleddgikt. Hun fullførte medisinstudiet ved Universitetet i Bergen i 2012. Under spesialiseringen i revmatologi jobbet hun et halvt år som LIS ved NBRR i 2016.

8.2 Rehabiliteringssykepleier

Catherine Thu er utdannet sykepleier ved Betanien Sykepleierhøyskole i 1986. Hun har jobbet på Diakonhjemmet sykehus og NBRR siden starten i 2000. Hun har en Livsstyrketrening utdanning fra 2006, og har en utdanning i treningsformen Thai Chi, noe hun underviser pasientene i. Catherine er medlem i Diakonhjemmet sykehus Faggruppe for Rehabilitering.

Kjersti A. Khalili er utdannet sykepleier ved Diakonhjemmet Sykepleierhøgskole i 1995. Hun har videreutdanning i Livsstyrketrening fra 2003. 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 starten i 2000. 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 og leder ved revmakirurgisk og ortopedisk avdeling. Hun har jobbet ved NBRR siden desember 2022. Siden 2023 har Elin ivaretatt oppgaven som verneombud for både NBRR og revmatologisk sengepost og infusjonsenhet. Hun fullførte sin videreutdanning i livsstyrketrening våren 2024 og har siden det vært kursleder på Livsstyrketreningkurs på sykehusets læring- og mestringssenter.

Marit Louka ble ferdig utdannet sykepleier ved VID vitenskapelige høyskole, Oslo i 2021. Hun har vært ansatt på Diakonhjemmet sykehus siden 2019 tilknyttet medisinsk sengepost og Dagkirurgisk avdeling. Hun har jobbet ved NBRR siden høsten 2024. I 2025 gjennomførte hun Grunnkurs i helsepedagogikk.

Sedogesa Bernante Nguyen ble ferdig utdannet sykepleier ved Høgskolen Diakonova i 2017. Hun har master i avansert klinisk sykepleie med spesialisering i allmennsykepleie fra 2024. Sedogesa har vært ansatt på Diakonhjemmet sykehus siden 2020 på Medisinsk sengepost, og startet å jobbe på NBRR høsten 2025.

Renate Røe er fagsykepleier på NBRR siden september 2020. Hun ble ferdig utdannet sykepleier på Høgskolen i Sør-Trøndelag i 2010. Hun gjennomførte sin master i helsefagvitenskap i 2017. Renate har jobbet på Revmatologisk avdeling siden 2014. Renate gikk ut i foreldrepermisjon våren 2025.

Ingrid Røe Brevig ble ferdig utdannet sykepleier ved VID vitenskapelige høyskole, Oslo i 2018. Hun har jobbet på revmatologisk sengepost, infusjonsenhet og NBRR siden 2022. Hun har tidligere arbeidet på Medisinsk Sengepost på Diakonhjemmet sykehus. Hun har en videreutdanning som Kosmetisk Dermatologisk sykepleier fra april 2022. Fra våren 2025 har Ingrid fungert som fagsykepleier for NBRR og revmatologisk sengepost i Renate Røes fravær. Ingrid er sertifisert HHLR-instruktør i Norsk Resurscitasjonsråd og er HHLR-kontakt i avdelingen.

8.3 Fysioterapeut

Kristine R. Nordèn er fysioterapeut fra 2003 med mastergrad i idrettsfysioterapi fra 2015. Hun har jobbet på Diakonhjemmet sykehus og NBRR siden 2008. I 2024 forsvarte hun sin PhD-avhandling tilknyttet Exeheart-studien. I 2025 har hun påtatt seg rollen som Styremedlem i Forskerforbundet ved Diakonhjemmet sykehus. Kristine avsluttet sitt arbeidsforhold ved NBRR våren 2025 for å fortsette med forskning i klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning.

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 R.

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). Han avsluttet sitt arbeidsforhold ved NBRR våren 2025 for å jobbe fulltid i privat praksis.

Emil Eirik Kvernberg Thomassen er utdannet fysioterapeut ved Universitetet i Tromsø i 2016 og tok mastergrad i fysioterapi med fordypning i muskel og skjelettlidelser ved OsloMet i 2019. Emil ble ansatt i teamet i en 20 % stilling i september 2024 for å ivareta oppgaven med testing av pasienters fysiske form. Emil har parallelt med arbeidet på NBRR fullført sin PhD. Avhandlingen “Remote care and monitoring in rheumatology care: Willingness, facilitators and barriers, adherence and feasibility to the use of digital health technology” ble forsvart i juni 2025. Fra august 2025 har han vært fast ansatt ved NBRR i 50 % stilling.

8.4 Sosionom

Marte Strand Rugnes er utdannet sosionom ved VID vitenskapelige høyskole, Oslo i 2012 og har vært ansatt ved NBRR siden 2021. Fra tidligere har hun mange års arbeidserfaring ved NAV. Marte er barneansvarlig ved NBRR. Marte kom tilbake fra fødselspermisjon sommeren 2025.

Umami-Hafsa Fulani ble ferdig utdannet sosionom i 2009 med videre utdanning i helsepsykologi i 2018 fra Manchester, England. Umami jobbet som vikar for Marte Strand Rugnes på NBRR fra senhøsten 2024 til sommeren 2025.

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. Lisa gikk ut i forskningspermisjon i januar 2024 for å gjennomføre sin PhD i forskningsprosjekt «Cognitive aspects of pain in people with inflammatory joint diseases» i NOR-Smerte-studien. I 2025 fullførte hun utdanning i Pain Reprocessing Therapy (PRT) ved UiO/OUS.

Jeanett Pettersen er psykologspesialist på NBRR, i vikariat for Lisa Elstad. Utdannet ved University College London (UCL) i England og Syddansk Universitet i Danmark. Under studiene hadde hun særlig interesse for helsepsykologi. Hun skrev bacheloroppgave innen offentlig helse og epidemiologi (røykeslutt), og hovedoppgave om mindfulness og kognitiv terapi ved langvarige smerter. Jeanett fikk psykologautorisasjon i 2015 og ble spesialist i voksenpsykologi i 2022. Hun har bred erfaring fra ulike avdelinger i psykisk helsevern og særlig interesse for emosjonsfokuset terapi. I 2025 ble Jeanett sertifisert emosjonsfokuset parterapeut (EFT-C), og tilbyr parsamtale til aktuelle pasienter ved NBRR.

8.6 Ergoterapeut

Madeleine Sæthereng Strøm er spesialergoterapeut ved 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 videreutdanning i fysisk aktivitet og funksjonshemming ved Norges idrettshøgskole fra 2009. Madeleine har vært ansatt på sykehuset siden 2013. I 2025 har Madeleine fått godkjent tittel som spesialergoterapeut.

8.7 Farmasøyt

Kirsten Viktil har vært NBRRs faste farmasøyt siden oppstart i 2000. Hun er ikke ansatt på NBRR, men konsulterer og treffer alle enhetens 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 vedrørende komplekse medisinske saker, er av stor viktighet for behandlingen.

8.8 Helsesekretær

Stine Bringsvor jobbet som NBRRs helsesekretær fra november 2024 til februar 2025. Stine er utdannet medisinsk sekretær fra Treider Fagskoler i 2018 og har siden da jobbet som medisinsk sekretær ved Fornebuklinikken.

Maria-Therese Lundsten Olsen startet som autorisert helsesekretær ved NBRR i mai 2025. Hun tok utdannelsen ved Sinsen voksenopplæring i 2018. Hun har vært ansatt som helsesekretær ved Diakonhjemmet sykehus siden september 2020, og har i denne perioden jobbet ved de ulike medisinske og kirurgiske sengepostene, og hatt fagkoordinatoransvar.

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 i barnevernsutredning og er sertifisert veileder i barnesamtaler, DCM samtalemotodikk fra 2014. Tanja kom tilbake fra fødselspermisjon i januar 2025. I hennes fravær fra høsten 2025 har Susanne Brøndbo fungert som konstituert enhetsleder ved NBRR.

Susanne Brøndbo er utdannet fysioterapeut ved Høgskolen i Sør-Trøndelag 2013. Hun har jobbet som fysioterapeut på NBRR og avdeling for klinisk aktivitet siden 2016. I 2025 fikk hun godkjent tittel som spesialfysioterapeut. Susanne har fungert som konstituert enhetsleder ved Tanja Blanck Eegs fravær. Hun har samtidig ivaretatt rollen som fysioterapeut ved enheten i en 40-50 % stilling.

Christin Lunner Olsen er avdelingsleder for Revmatologisk Døgn og Dagbehandling som NBRR er underlagt. Christin har personalansvar for alle sykepleierne i alle enheter i avdelingen. Christin har tidligere fungert som fagsykepleier på NBRR. 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 og fullførte i 2024 en ettårig lederutdanning ved BI. Christin har jobbet på Diakonhjemmet sykehus siden 2002.