
Bedre systemer for god rehabilitering

KRONIKK

FRANK BECKER

frank.becker@sunnaas.no

Frank Becker er klinikkoverlege ved Sunnaas sykehus, professor i fysikalsk medisin og rehabilitering ved Universitetet i Oslo og leder Norsk rehabiliteringsregister og fagråd for rehabilitering i Helse Sør-Øst.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er involvert i kvalitetsarbeid i rehabiliteringen gjennom ansettelser og tilhørende ulike funksjoner som fremkommer i minibiografien, men har ingen økonomiske bindinger.

Vi må bli bedre til å monitorere og forbedre kvaliteten på rehabiliteringstjenestene. En forutsetning er å etablere sentrale nasjonale definisjoner.

Rehabilitering er en sentral helsestrategi som bidrar til å bedre befolkningens funksjon, spesielt på bakgrunn av en aldrende befolkning og en økning i antall mennesker som lever med en kronisk tilstand. Per i dag vet vi imidlertid lite om omfanget og kvaliteten av tjenestene. Det er et presserende behov å få bedre oversikt over rehabiliteringsaktiviteten, for deretter, basert på denne informasjonen, redusere variasjonen og forbedre kvaliteten. En forutsetning er å skape nasjonal enighet om sentrale definisjoner. Å komme frem til nasjonal enighet om hvilke typer rehabiliteringstjenester som skal tilbys og definere sentrale kriterier for dem, bør bli en del av arbeidet med nasjonal plan for rehabilitering, som starter høsten 2025.

«Å komme frem til nasjonal enighet om hvilke typer rehabiliteringstjenester som skal tilbys og definere sentrale kriterier for dem, bør bli en del av arbeidet med nasjonal plan for rehabilitering»

Der klassisk medisinsk behandling, først og fremst i form av kirurgiske prosedyrer og legemidler, ikke kan gjøre pasienter helt friske, er rehabilitering en strategi for å bedre hverdagsfunksjon og deltakelse i samfunnet (1). Rehabilitering kan forbedre pasienters funksjonsnivå, redusere smerte og ubehag, bedre emosjonell funksjon og sosial

fungering, styrke motstandsdyktighet og mestring og forbedre livskvalitet. På samfunnsnivå kan rehabilitering forebygge kostnader ved å redusere omsorgs- og tilsynsbehovet, øke deltakelsen i familie-, arbeids- og samfunnsliv, forhindre eller minske kostnadene relatert til komplikasjoner samt redusere hjelpemiddelbehovet. Verdens helseorganisasjon (WHO) anser rehabilitering som en «essensiell helsetjeneste» som sammen med forebygging, helsefremmende arbeid, behandling og palliasjon er avgjørende for å oppnå universell helsedekning (1).

Systematisk kvalitetsarbeid for bedre rehabilitering

Rehabiliteringstjenestene i Norge er – i motsetning til i mange andre land – nokså godt utbygget, men det er også betydelige mangler. Riksrevisjonen har nylig påpekt udekkede behov og en betydelig variasjon i rehabiliteringstilbudene både mellom kommuner og mellom sykehus (2). De fant faktisk ingen positiv utvikling siden forrige revisjon i 2012. Behovet for mer systematisk kvalitetsarbeid på rehabiliteringsfeltet, er derfor stort. Riksrevisjonen anbefaler å videreutvikle tjenestene basert på økt innsamling og bruk av data (2). Nasjonal helse- og samhandlingsplan nevner behovet for «mer og bedre data om tjenestene», og slår fast at «bedre styringsinformasjon fra rehabiliteringstjenestene anses som vesentlig for utviklingsarbeid» (3).

Både WHO (1) og europeiske faglige foreninger (4) understreker viktigheten av å sørge for gode rehabiliteringstilbud og arbeide med kvaliteten av rehabiliteringstjenestene. Dette inkluderer å styrke innsamling, analyse og bruk av data om rehabiliteringstjenester, slik at de kan sammenlignes på en gyldig måte og man kan bruke informasjonen som grunnlag for beslutninger (5). For å kunne bruke data til systematisk forbedringsarbeid er det nødvendig å kategorisere dem på en meningsfull og konsistent måte.

«For å kunne bruke data til systematisk forbedringsarbeid er det nødvendig å kategorisere dem på en meningsfull og konsistent måte»

Dette er krevende når det gjelder rehabilitering (6). Hovedårsaken er at rehabilitering per definisjon består av komplekse intervensjoner. Rehabiliteringsinnsatsen for en gitt pasient består av mange tiltak, levert av en rekke fagpersoner. Den kan skje i rammen av ulike systemer som kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ofte har den ulike og samtidige formål som er rettet mot å bedre funksjon på kroppsnivå (f.eks. motorisk funksjon, urinveier, kognitive funksjoner), funksjon i hverdagsaktiviteter, som å kle på seg eller å snakke, samt bedre mulighetene for deltakelse i samfunnet, f.eks. i arbeidslivet. Fordi rehabilitering skal skje i koordinerte prosesser, er det rehabiliteringsprogrammene – ikke de enkelte intervensjonene – som bør være hovedgjenstand for kvalitetsarbeid (7).

Å definere rehabiliteringstjenestene er startpunktet

På bakgrunn av disse utfordringene, ulike tradisjoner i ulike fagmiljøer og sett i lys av fraværet av nasjonale retningslinjer for store deler av rehabiliteringsaktivitetene, er det fare for at man samler data som man ikke vet hva representerer. Det vil si at man «sammenligner epler med pærer». Det er behov for konkrete definisjoner som fagmiljøene er enige om. Internasjonale anbefalinger nevner derfor at en nasjonal konsensus om hvilke rehabiliteringstjenester som tilbys, er en forutsetning for kvalitetsarbeid (5, 8). Systematiske prosesser for å oppnå slike definisjoner til bruk i kvalitetsarbeid er beskrevet i litteraturen (9).

«En nasjonal konsensus om hvilke rehabiliteringstjenester som tilbys, er en forutsetning for kvalitetsarbeid»

Utfordringene som manglende definisjoner fører til, kan illustreres med to eksempler. Det første gjelder ordningen *Velg behandlingssted*, der pasienter også for rehabilitering kan velge hvor de ønsker behandling (10). I oversikten finner man mange oppføringer av ulike rehabiliteringstilbud, eksempelvis rehabilitering ved revmatologiske sykdommer eller ved multippel sklerose. Imidlertid finnes det ingen definisjonskatalog om hvilke kriterier som må være oppfylt for at et tilbud blir oppført på listen, og det er ingen beskrivelse av de ulike typene rehabilitering. Siden det heller ikke finnes nasjonale retningslinjer som setter krav til de ulike tilbudene, er det umulig for pasientene å vite detaljer om tilbudene, f.eks. hvilke faggrupper som er involvert eller hvor mange timer trening som tilbys. Ikke engang hva som er formålet med den enkelte institusjonens tilbud, får man informasjon om. Så forskjellige tilbud som gruppebasert mestringsopphold og individuell trening av hverdagsaktiviteter kan havne i samme kategori.

Et annet eksempel er de såkalte *ytelsesområdene* som er kategorier brukt av de regionale helseforetakene for å kategorisere tjenestene som kjøpes fra private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner (for å se alle kategoriene, se f.eks. på Sunnaas' side om rehabiliteringstilbud (11)). Heller ikke her finnes det definisjoner. Én av kategoriene er «pasienter med komplekst sykdomsbilde med behov for sømløs rehabilitering etter sykehusbehandling». Det er positivt at man med denne kategorien sikrer at det også gis tilbud til pasienter som ikke faller under noen av de andre kategoriene (nevrologiske sykdommer, ortopediske sykdommer osv.), men som likevel har et rehabiliteringsbehov. Men det er en utfordring at det ikke finnes definerte kriterier. Det er stor fare for at rehabiliteringsinstitusjoner har ulike fortolkninger av kategorien. Én institusjon kan registrere et rehabiliteringsopphold i denne kategorien, mens en annen institusjon kan registrere samme type rehabiliteringsopphold i en helt annen kategori. Følgelig blir det vanskelig å gjennomføre solide analyser av rehabiliteringsaktiviteten basert på ytelsesområdene.

Heller ikke for kommunebasert rehabilitering finnes det etablerte definisjoner og kriterier som grunnlag for registrering av aktivitet. Med bakgrunn i det store antallet kommuner er det antakelig enda større variasjon her enn i spesialisthelsetjenesten.

Ikke for komplisert – utvid ved behov

Mens det altså er en stor mangel på operasjonelle definisjoner som grunnlag for kvalitetsarbeid i rehabilitering, finnes det likevel noen eksempler som man kan bygge på. I pakkeforløp for hjerneslag har man definert to nivåer av rehabilitering og beskriver de respektive målgruppene, innholdet i tilbudene og kompetansebehovene (12). I Helse Sør-Øst har man nylig blitt enig om en definisjon av *tidligrehabilitering* (13). Det er bred enighet om at tidlig rehabilitering i regionen skal styrkes, men diskusjoner mellom fagmiljøene viste at det var ulike oppfatninger av hvordan man skulle forstå *tidlig* og hva denne formen for rehabilitering skulle innebære. Ved at man har etablert en enighet om en kort definisjon og noen sentrale kriterier, er det nå tydelig for sykehusene hvilke tilbud som skal styrkes. Samtidig har man lagt grunnlag for å kunne registrere aktiviteten og følge utviklingen av tilbudet over tid. Et siste eksempel er *Norsk rehabiliteringsregister* (14) som er under oppbygging som et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister, der man utarbeider relevante definisjoner som grunnlag for registreringen.

«Det viktigste er at man ender opp med noen klart definerte kategorier som man kan operasjonalisere for bruk i kvalitetsarbeid. Man kan begynne med overordnede kategorier og ved behov utvide med mer detaljerte underkategorier»

Som nevnt er det utfordrende å beskrive rehabiliteringstjenester (6). Likevel behøver slike definisjoner og beskrivelser ikke nødvendigvis å være omfattende eller kompliserte. Mens det for forskningsformål kan være ønskelig med mange detaljer (15), er dette ikke like viktig for kvalitetsarbeid. Det viktigste er at man ender opp med noen klart definerte kategorier som man kan operasjonalisere for bruk i kvalitetsarbeid. Man kan begynne med overordnede kategorier og ved behov utvide med mer detaljerte underkategorier etter hvert.

Nasjonal plan for rehabilitering

Etter flere år med påtrykk fra brukerorganisasjoner, faglige foreninger og helseaktører (16) og i tråd med internasjonale anbefalinger (5) har regjeringen gitt Helsedirektoratet i oppdrag å lage en nasjonal handlingsplan for rehabilitering. Arbeidet er en god anledning til å lage noen grunnleggende definisjoner basert på nasjonal konsensus. Dette vil være en viktig forutsetning for fremtidig kvalitetsarbeid på feltet – og dermed for bedre rehabilitering.

REFERENCES

1. WHO. Rehabilitation 2030 initiative:
<https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030> Lest 20.8.2025.

2. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene, Dokument 3:12 (2023–2024). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2023-2024/dok3-202324/dok3-202324-012/> Lest 15.9.2025.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Kortere ventetider og en felles helsetjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonale-helse-og-samhandlingsplan-2024-2027-kortere-ventetider-og-en-felles-helsetjeneste/id3028011/> Lest 15.9.2025.
4. UEMS-PRM Section and Board. The standards and tools of the European Union of Medical Specialists Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board for rehabilitation management and care: an evidence brief for rehabilitation practitioners. *Eur J Phys Rehabil Med* 2024; 60: 729–36. [PubMed]
5. Skempes D, Kiekens C, Malmivaara A et al. Supporting government policies to embed and expand rehabilitation in health systems in Europe: A framework for action. *Health Policy* 2022; 126: 158–72. [PubMed][CrossRef]
6. Røe C, Kirkevold M, Andelic N et al. The challenges of describing rehabilitation services: A discussion paper. *J Rehabil Med* 2018; 50: 151–8. [PubMed][CrossRef]
7. Sabariego C, Bickenbach J, Stucki G. Supporting evidence-informed policy making in rehabilitation: A logic framework for continuous improvement of rehabilitation programs. *Health Policy* 2022; 126: 152–7. [PubMed][CrossRef]
8. Study Group European Framework of Rehabilitation Service Types. European Framework of Rehabilitation Services Types: the perspective of the Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists. *Eur J Phys Rehabil Med* 2019; 55: 411–7. [PubMed][CrossRef]
9. Engkasan JP, Stucki G, Ali S et al. Implementation of Clinical Quality Management for Rehabilitation in Malaysia. *J Rehabil Med* 2018; 50: 346–57. [PubMed][CrossRef]
10. Helsenorge. Velg behandlingssted. <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted> Lest 20.8.2025.
11. Sunnaas sykehus. Rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/kompetansesentre-og-tjenester/Regional-koordinerende-enhet/behandlingstilbud/rehabiliteringstilbud/> Lest 20.8.2025.
12. Helsedirektoratet. Pakkeforløp hjerneslag, 8. Anbefalte kriterier for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjerneslag/anbefalte-kriterier-for-rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten#rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-med-beskrivelse-av-nivaer-tilbudet-og-kriterier-for-henvisning> Lest 20.8.2025.
13. Sunnaas sykehus. Tidligrehabilitering. <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/kompetansesentre-og-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-rehabilitering-rkr/Fagutvikling/tidligrehabilitering/> Lest 22.8.2025.

14. Sunnaas sykehus. Norsk rehabiliteringsregister. <https://www.sunnaas.no/om-oss/mer-om-oss/kvalitet-og-pasientsikkerhet/norsk-rehabiliteringsregister/> Lest 22.8.2025.

15. Røe C, Gutenbrunner C, Bökel A et al. Proposed categories for reporting of service organization in rehabilitation in clinical trials: a discussion paper. *Eur J Phys Rehabil Med* 2024; 60: 1070–7. [PubMed][CrossRef]

16. Skar T, Hjetland L.F. Norge trenger en rehabiliteringsreform. LHL 2022. <https://www.lhl.no/om-lhl/aktuelt/norge-trenger-en-rehabiliteringsreform2/> Lest 15.9.2025.

Publisert: 24. september 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0511

Mottatt 22.8.2025, godkjent 15.9.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.