

Grunnlagsdata for behovsvurdering

**Ytelser innenfor tverrfaglige spesialiserte
somatiske habiliterings- og
rehabiliteringstjenester
Helse Nord**

Innhold

1	Befolkningen i Nord-Norge	4
2	Love, forskrifter, sentrale dokumenter og helsepolitiske føringer	6
3	Samhandling med kommunene	9
4	Rehabilitering i helseregion nord i nasjonalt perspektiv	11
5	Nærmere om spesialisert rehabilitering	12
6	Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	13
	Rettighetsvurdering og prioritering til rehabilitering i privat institusjon	14
7	Rehabilitering i sykehus	14
	Oversikt over rehabiliteringstilbudet i sykehusene i nord.....	17
	Justering av rehabiliteringskapasitet i sykehusene i Helse Nord.....	20
8	Rehabiliteringstilbud i private institusjoner som har avtale med regionalt helseforetak.....	21
8.1	Ytelse A - Brudd og slitasjeskader i skjelett	21
8.2	Ytelse B - Inflammatoriske revmatiske sykdommer	21
8.3	Ytelse C – Amputasjoner	22
8.4	Ytelse D - Kronisk utmattelsessyndrom (CFS / ME)	22
8.5	Ytelse E – Kreftsykdom	23
8.6	Ytelse F - Hjerneslag og ervervet hjerneskade	23
8.7	Ytelse G - Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer	23
8.8	Ytelse H – Hjertesykdommer	24
8.9	Ytelse I – Lungesykdommer	24
8.10	Ytelse J - Kronisk muskel- og bløtdelssmerte	25
8.11	Ytelse K - Sykelig overvekt	25
8.12	Ytelse M - Sanseforstyrrelser (alvorlig grad)	25
8.13	Ytelse N - Barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning.....	26
8.14	Ytelse O - Komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusbehandling.....	26
8.15	Ytelse R - Arbeidsrettet rehabilitering	27
9	Øvrige forhold	27
9.1	Kulturelle forhold.....	27
9.2	Ventetid	27
9.3	Oppholdstid	27
9.4	Individuelt/gruppetilbud.....	27
9.5	Institusjonenes portefølje	27

9.6	Samarbeid mellom helseforetak, institusjoner og kommuner om kompetanse	28
9.7	Samfunnsøkonomi	28

1 Befolkningen i Nord-Norge

De tre fylkene som utgjør Nord-Norge, hadde 489778 innbyggere 20. mai 2026.

Dette utgjør 8,7 % av Norges samlede befolkning. I 2040 ventes Nord-Norge å utgjøre 8,4% av Norges befolkning. Nordland fylke har tilnærmet like stor befolkning som Troms og Finnmark til sammen.

I Nord-Norge er det 80 kommuner, 41 i Nordland og 21 i Troms og 18 i Finnmark.

Innbyggertallet i kommunene varierer mellom ca. 450 og 75 000.

Tabell 1 Befolkningen i Nord-Norge 20. mai 2026. Kilde: SSB

Fylke	Antall innbyggere	Prosentandel Nord-Norge	Prosentandel Norge
Finnmark	75 288	15 %	1,3 %
Troms	171 218	35 %	3,0 %
Nordland	243272	50 %	4,3 %
Nord Norge	489778	100 %	8,7 %

I perioden 2026-2040 vil befolkningen i Nord-Norge øke med 0,8 % beregnet ut fra middels nasjonal vekst (Se tabell 2.), mens befolkningen i tre øvrige regionene ventes å øke med 10% i samme periode. Nordland fylke forventes å ha en netto nedgang i befolkningstallet i 2040 på 0,34 %, mens Troms fylke øker med 2,2 % og Finnmark øker med 1,3 %.

Tabell 2 Befolkningsutvikling Nord-Norge alle årsklasser 2026–2050 Kilde SSB

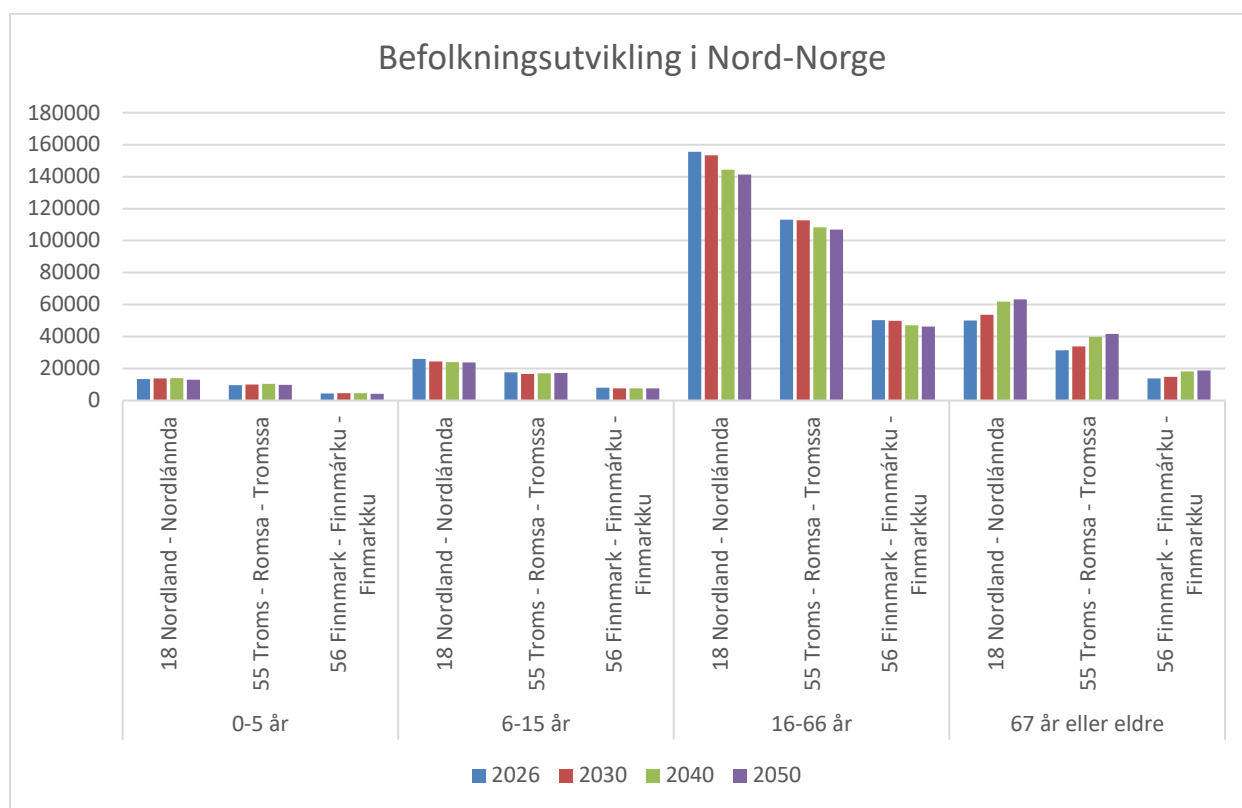
	Hovedalternativet (MMMM)			
	2026	2030	2040	2050
18 Nordland - Nordlännda	245 037	245 091	244 200	241 234
55 Troms - Romsa - Tromssa	171 826	173 237	175 618	175 548
56 Finnmark - Finnmarkku	76 268	76 821	77 270	76 810

Tabell 3 Befolkningsutvikling i sykehusområder 2025-2045 Kilde SSB

Framskrevet befolkning 2025-2045 (SSB MMMM) av 2024												
Region/opptaksområde	2025				2045				Endring			
	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt
Helse Nord	90 478	292 911	104 340	487 729	86 840	275 132	132 864	494 836	-4,0 %	-6,1 %	27,3 %	1,5 %
Finnmarkssykehuset	13 953	46 020	15 069	75 042	13 536	43 239	20 380	77 155	-3,0 %	-6,0 %	35,2 %	2,8 %
Helgelandssykehuset	14 319	44 465	17 796	76 580	12 941	39 696	21 806	74 443	-9,6 %	-10,7 %	22,5 %	-2,8 %
Nordlandssykehuset	26 505	83 424	30 679	140 608	25 488	79 092	38 833	143 413	-3,8 %	-5,2 %	26,6 %	2,0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	35 701	119 002	40 796	195 499	34 875	113 105	51 845	199 825	-2,3 %	-5,0 %	27,1 %	2,2 %

Fram mot 2040 og 2050 vil befolkningsøkningen i de eldste årsklassene (over 65 år) øke markert, mens befolkningen i den unge og yrkesaktive befolkningen viser en tilsvarende nedgang. Dette er en trend som forventes i alle tre nordnorske fylker.

Figur 1 Framskrevet befolkningsutvikling i Helse Nord, 2026-2050. Kilde: SSB



Det er regionale demografiske forskjeller. Utkantkommunene øker minst i folketall, men får størst relativ økning av de eldste aldersgruppene og sannsynligvis et relativt større behov for omsorg-, helse- og rehabiliteringstjenester.

Bosettingsmønsteret varierer mellom fylkene. I Troms bor 60 % av befolkningen i byene Tromsø og Harstad. I de andre fylkene skjer også en tilflytting til mindre bysentra, men likevel en stor andel av spredt bosetting. Dette gjelder særlig i de mindre kommunene. Mange eldre bor langt fra by- og kommunesentra, og har derfor større vansker med å nyttiggjøre seg dagtilbud både i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Dette tilsier at geografisk avstand i stor grad betinger døgnbaserte rehabiliteringsopphold, spesielt for pasienter som i perioder har behov for intensiv trening.

For å beskrive fremtidig behov for spesialisert rehabilitering må vi ta utgangspunkt i dagens befolkningsgrunnlag med forventet økning, og samtidig vurdere behovene innen ulike sykdomsgrupper ut fra endring i sykdomspanoramaet.

Samlet antas befolkningen i Nord-Norge å ha omtrent samme alderssammensetning og samme sykkelighet, og dermed samme behov for rehabilitering som resten av befolkningen i Norge. I perioden 2009-2019 har befolkningen jevnt over blitt friskere og dødeligheten har gått ned. Folkehelse rapporten 2022¹ har sett på framtidens utfordringer for folkehelsen og

¹ Folkehelseinstituttet. (2022a). *Folkehelse rapportens temautgave 2002. Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer*. <https://www.fhi.no/contentassets/1da364574c4d46649008cd300acb4602/folkehelse rapporten---temautgave-2022.pdf>

konkluderer med at denne trenden vil snu. Dødelighet og sykkelighet vil fortsette å gå noe ned hvis man korregerer for alder, men en aldrende befolkning vil overskygge dette slik at dødelighet og sykkelighet totalt sett øker.

Dette skyldes i hovedsak sykdommer som er sterkt knyttet til alder slik som kreft, demens, fallulykker, ernæringssykdommer og infeksjoner. Sykdommer i hjerte-kar systemet er forventet å gi noe lavere dødelighet og kreft er forventet å overta som ledende dødsårsak og også øke andel helsetapjusterte leveår. Betydningen av nevrologiske sykdommer, som inkluderer Parkinson og hjerneslag, er framskrevet å øke fra 8,6 prosent til 10,3 prosent.

Muskel- og skjelettlidelser ligger på tredjeplass når det gjelder helsetapjusterte leveår og er framskrevet å øke med 28,8% (Folkehelse rapporten 2022).

Hvis en gjør framskrivninger av sykdom der en antar at sykkeligheten per aldersgruppe og bruken av rehabilitering ikke endrer seg, vil det dermed bli en markant økning i behovet for de fleste deltagere der en i dag tilbyr rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Spesielt øker de sykdomsgruppene som er tett knyttet til alder slik som brudd og slitasjeskader, men det er ikke dermed sagt at behovet for spesialisert rehabilitering vil øke i samme grad siden andre faktorer også vil virke inn. For eksempel vil bedre operasjonsmetoder, friskere eldre og bedre perioperativ behandling kunne endre dette bildet.

Andre kjente faktorer er færre røykere og økt andel som overlever kreft i tillegg til faktorer som vi kjenner delvis betydningen av, for eksempel sosiodemografiske forskjeller, klimaendringer, utdanning, innvandring, urbanisering og økende krav fra pasienter og pårørende. De siste årene har vi også sett hvordan uforutsigbare hendelser som krig og pandemi kan påvirke både folkehelsen og behovet for helsetjenester.

2 Lover, forskrifter, sentrale dokumenter og helsepolitiske føringer

Målgruppe for re-/habilitering er personer som på grunn av skade, akutt eller langvarig sykdom, har fått en varig eller langvarig funksjonsnedsettelse. Rehabilitering omhandler pasientens helsetilstand og funksjonsevne, men også forhold som angår bolig og hjelpemidler, familieliv, økonomi, utdanning, arbeid, fritid og sosiale aktiviteter. Derfor angår rehabilitering mange instanser i samfunnet, ikke bare helsetjenesten.

Helsetjenesten har likevel en sentral rolle fordi funksjonsnedsettelsen oftest oppstår etter en skade eller etter en akutt eller langvarig sykdom. Rehabilitering og rehabilitering defineres slik i rehabiliteringsforskriften²:

§ 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

Ansvar er delt mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten hvor begge nivå har et «sørge for ansvar» i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven §1 og §3 (kommunene) og Spesialisthelsetjenesteloven §2-1, nr 1. Ansvar for begge nivå er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator i §10 og §5.

Fordeling av ansvar mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan noen ganger være vanskelig å avklare, og Helsedirektoratet har utarbeidet en egen nasjonal veileder for habilitering, rehabilitering og individuell plan³ Verdens helseorganisasjon (WHO) har pekt på at rehabilitering ofte er for lite integrert i øvrige helsetjenester (World Health Organization, 2019).

I forbindelse med statsbudsjettet for 2017 la regjeringen fram en *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering*. Planen vektlegger god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er en klar målsetting om at mer av rehabiliteringsvirksomheten bør foregå i kommunene. Kommunene må derfor øke kompetansen, samordne og utvikle rehabiliteringstjenestene. Dette krever samhandling og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Helsepersonellkommisjonen har gitt oss et klart signal om at ressursbruk og bemanning i helsetjenesten ikke kan fortsette å øke til tross for at andelen eldre i befolkningen øker⁴ I en tid med aldrende befolkning, press på økonomisk bærekraft, stigende forventninger og kanskje også mangel på helsepersonell skal Helse Nord RHF fortsatt sørge for spesialiserte rehabiliteringstjenester til befolkningen.

«Sørge for ansvaret» innebærer at spesialisthelsetjenesten skal ha nødvendige spesialiserte rehabiliteringstilbud for enkeltpasienter med komplekse behov, samt tilbud om intensiv funksjonstrening og spesiell veiledning og opplæring.

I *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Nord er det lagt inn følgende tiltak som omhandler pasientgrupper med komplekse behov:

1. Organisere og koordinere samarbeidet mellom sykehus, private leverandører og avtalespesialister slik at ressursene brukes effektivt.
2. Øke andelen spesialisert rehabilitering i sykehusene og harmonisere begrunnelser for utredning og behandling (indikasjonsstilling). Kompetanse må overføres til kommunene slik at disse kan ivareta *sitt* ansvar for rehabilitering.

³ Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator Helsedirektoratet, 2012

⁴ NOU 2023: 4, 2023. Tid for handling, Helsepersonellkommisjonen

3. Sikre et tverrfaglig tilbud for personer med sansetap- og kommunikasjonsutfordringer gjennom etablerte nettverk.
4. I samarbeid med kommunene utvikle og systematisere tilbudet til pasientene som trenger og bruker helsetjenestene mest.
5. Organiser tjenestene slik at pasientene opplever kontinuitet i møtene med ansatte i løpet av sykehusoppholdet. Formaliserte pasientforløp («pakkeforløp») og kontaktlegeordningen er eksempler på tiltak som videreføres og videreutvikles.

Siden det er aktuelt å belyse det tilbudet som ytes i spesialisert rehabilitering i helseregion Nord sammenlignet med tilbudet som gis i resten av landet, presenteres definisjonene som er brukt i nasjonale data.⁵

Primær rehabilitering

Her er en av kodene i ICD-10 (internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer) satt som *hovedtilstand* i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres ved opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen.

Sekundær rehabilitering

Her er en av rehabiliterings-kodene i ICD-10 satt som *annen tilstand* i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres når samme opphold omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering skal kodes som annen tilstand.

Enkel rehabilitering

Rehabilitering som er kodet med ICD-10-koden Z50.89 enkel rehabilitering. Dette er rehabilitering som omfatter *målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan*, samarbeid med relevante etater utenfor institusjon og *minimum fire spesialiserte helsefaggrupper* i tverrfaglige team. Arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet.

Kompleks rehabilitering

Rehabilitering som er kodet med ICD-10-koden Z50.80 kompleks rehabilitering. Dette er rehabilitering som omfatter *målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan*, samarbeid med relevante etater utenfor institusjon og *minimum seks spesialiserte helsefaggrupper* i tverrfaglig team.

⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf/isf-filer/isf-regelverk-2026.pdf/>

Tabell 4 Krav til koder for rehabilitering

Krav i henhold til rehabilitering	Z50.89 Enkel	Z50.80 Kompleks
Min. antall spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team	4	6
Målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan	Ja	Ja
Samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen	Ja	Ja

Spesialisert hjerneslagrehabilitering nivå 16

Pasienter med lette til moderate kognitive vansker og/eller kommunikasjonsvansker. Tverrfaglig team med 4-5 helseprofesjoner (lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, evt logoped, evt sosionom)

Spesialisert hjerneslagrehabilitering nivå 2

Pasienter med moderate til alvorlige vansker som krever spesiell kompetanse på kartlegging og tiltak. Tverrfaglig team med 6 eller flere helseprofesjoner (lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, nevropsykolog, sosionom, evt ortopedingeniør)

Dag- og poliklinisk rehabilitering

Opphold og kontakter med en rehabiliteringskode i ICD-10 som har null liggedager og over fem timers varighet, er definert som dagrehabilitering. Kontakter med null liggedager og under fem timers varighet eller ICD-10-kode Z50.9 er definert som poliklinisk rehabilitering.

3 Samhandling med kommunene

Kommunens ansvar for rehabilitering er lovregulert gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, samt pasient- og brukerrettighetsloven.

På bakgrunn av politiske føringer og rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*⁷ anbefaler Helsedirektoratet følgende på sine sider:

- Pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene bør som hovedregel få tilbudet i kommunene.
 - Eksempler på områder er muskel- og skjelettsykdommer, livsstilssykdommer, lettere psykiske lidelser, diabetes, KOLS og lungesykdommer, kreft og rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. Tilbudet må inkludere læring og mestring.⁸

⁶ [Hjerneslag - Helsedirektoratet](#)

⁷ Helsedirektoratet. (2012). *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*. IS-1947.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2495595/IS-1947.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁸Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019 (Helse og omsorgsdepartementet, 2016)

- Rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling.
- Kommunen bør styrke habiliterings- og rehabiliteringstilbudet til personer med sansetap, herunder logopedi og syns- og audiopedagogikk.
- Kommunen bør styrke sine tilbud innen læring og mestring og endring av levevaner.
- Kommunenes helhetlige koordineringsansvar for barn og unge med nedsatt funksjonsevne, herunder fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvar, bør tydeliggjøres i dialogen mellom nivåene
- Spesialisthelsetjenesten må sikre tidlig oppstart av rehabilitering tett integrert med medisinsk behandling i akutt fase for alle aktuelle pasientgrupper
- Spesialisthelsetjenesten bør videreutvikle og spisse sine tilbud til pasienter med behov for rehabilitering av særlig kompleks art for eksempel til pasienter med progredierende nevrologiske tilstander samt andre nevrologiske tilstander f.eks. CP, hjerneslag med komplekse utfall av f.eks. kognitiv art, spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjoner, multitraumer og sjeldne diagnoser og tilstander
- Spesialisthelsetjenesten bør tilby utredning og nødvendig oppfølging i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå til pasienter med kroniske sykdommer
- Spesialisthelsetjenesten bør styrke ambulant virksomhet, herunder tjenester til pasienter og veiledning til personell i kommunene både innen habilitering og rehabilitering

Kommunene skal sørge for at innbyggerne får tilbud om nødvendig sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering på kommunalt nivå, i samsvar med den enkelte brukers behov.

Rehabiliteringstilbudet bør ifølge forskrift omfatte:

- Døgnbasert tilbud i institusjon
- Dagtilbud
- Tilbud i brukerens hjem
- Tilbud innlemmet i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid
- Lærings- og mestringstilbud
- Hjelpemidler

Det er også gitt sentrale anbefalinger for hvilken fagkompetanse som bør være tilgjengelig i den kommunale rehabiliteringstjenesten. Fra 2020 er det et lovkrav at kommunene må ha ergoterapeut og psykolog.

Alle kommuner er lovpålagt å ha en *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering*⁹ Alle pasienter med behov for langvarige og komplekse rehabiliteringstjenester har rett til utarbeidelse av individuell plan og rett til å få oppnevnt en koordinator¹⁰. Oppgavene til den koordinerende enhet og til koordinator er beskrevet i *Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* og i *Veileder om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Det vil være behov for både spesialisert rehabilitering og kommunal rehabilitering også i kommende periode, men samhandlingen mellom nivåene kan bli bedre. Det er også flere tilbagemeldinger fra både HF og private leverandører på at kommunene har svært ulike tilbud slik at det er vanskelig å lage gode standardiserte pasientforløp som involverer fortsettelse av prosesser i kommunene.

⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

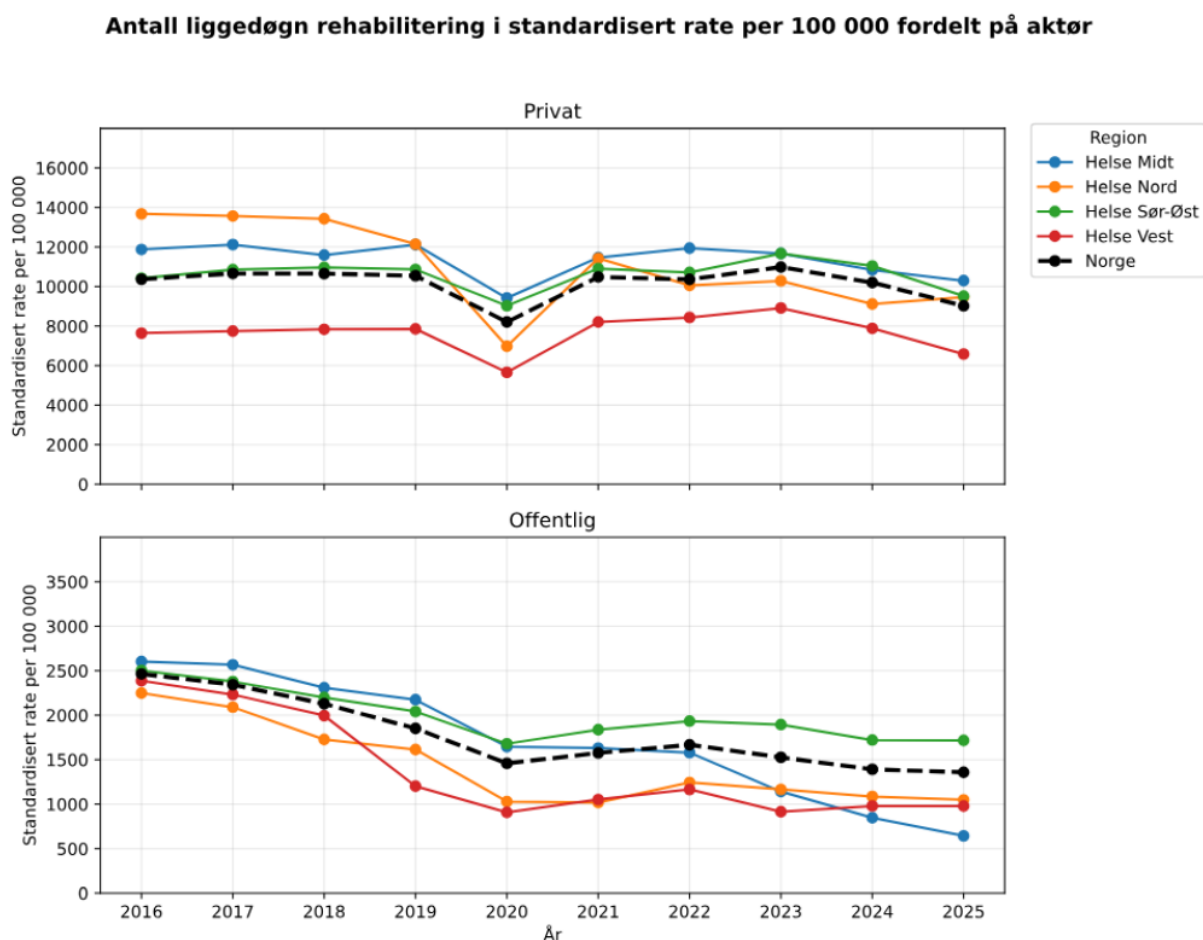
¹⁰ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Digitale tilbud

Både i Helseforetakene og hos de private institusjonene har det vært utvikling i bruk av digitale konsultasjoner, digital kartlegging og digitale supplementer til rehabiliteringa i løpet av perioden siden forrige anskaffelse. Regional utviklingsplan peker på at vi må satse på mulighetene innen digitalisering og Helse Nord skal være offensive med å ta i bruk ny teknologi og digitalisere helsetjenesten. Det er ønskelig at man også videreutvikler rehabiliteringstjenester som kan ta i bruk digitale verktøy i større grad både i kartlegging før opphold, som støtte underveis i et forløp og oppfølging i etterkant. Digitaliseringen gir også nye muligheter for bedre samhandling, og det er et mål i regional utviklingsplan at vi videreutvikler både nye og eksisterende arenaer for digital samhandling hvor spesialister kan jobbe sammen med kommunenes helsepersonell.

4 Rehabilitering i helseregion nord i nasjonalt perspektiv

Figuren nedenfor viser utviklingen i antall liggedøgn fordelt på private og i helseforetak/sykehus med opptaksområder. Samlet for Norge har antall liggedøgn hos private gått ned med 13% i perioden 2022-2025. I helseforetak og sykehus med opptaksområder har reduksjonen vært på 19%.



Figur 2 Antall liggedøgn i rehabilitering rate pr 100 000

Videreutviklingen av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fremover nasjonalt forventes å være særlig rettet mot tidlig rehabilitering etter skade/sykdom, og i mindre grad døgnrehabiliteringsopphold senere i forløpet. Det forventes i tillegg å være en utvikling med større grad av poliklinisk baserte tilbud framfor døgnbehandling i den senere fasen av pasientforløpet. I dette arbeidet er det derfor skjelnet mellom en tidlig fase (innen 6 måneder) etter et akuttforløp og forløp som ikke er direkte tilknyttet en akuttinnleggelse (senfase).

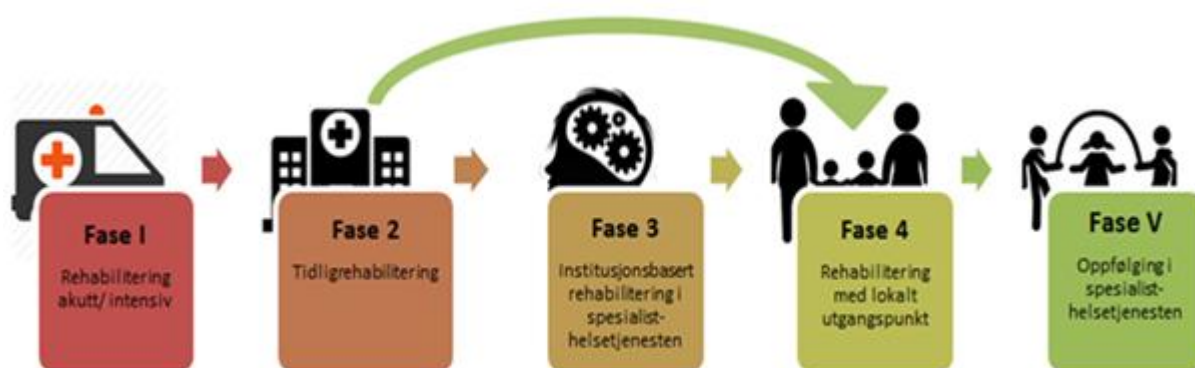
5 Nærmere om spesialisert rehabilitering

Rehabilitering er å styrke det friske og aktivere ressursene hos det enkelte menneske og i samfunnet rundt individet. I opptrappingsplan for rehabilitering (2017-2019) legger regjeringen til grunn en bred forståelse av re-/habilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenesten som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsutfall og å lære og mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelser.

Rehabilitering preges av et integrert tverrfaglig samarbeid mellom flere faggrupper. Pasienten er hovedaktøren i dette samarbeidet; rehabilitering er brukerens egen prosess.

Ved akutt oppstått skade/sykdom, kan rehabiliteringsforløpet se slik ut:

Figur 3 Rehabiliteringsforløp



Fysisk medisin og rehabilitering omfatter diagnostikk, behandling og rehabilitering av personer som har, eller står i fare for å få langvarig funksjonshemming på grunn av sykdom eller skade, vanligvis i bevegelsesapparatet eller nervesystemet. Ved prioritering av pasienter er det ikke bare diagnoser som vektlegges. Det må i tillegg vurderes hvorvidt pasienten har, eller står i fare for å få, nedsatt funksjonsevne. Funksjonsvurdering benyttes i diagnostikk og som grunnlag for senere behandling og rehabilitering.¹¹

Det må også vurderes om pasienten har *nytte* av rehabiliteringstiltak¹². Effekt/nytte kan måles ut fra mange parametere; objektive funksjonstester, selvstendighet og hjelpebehov, kunne bo hjemme i stedet for institusjon, evne til yrkesaktivitet, økt fysisk aktivitet, mindre bruk av medikamenter og helsetjenester, trivsel og livskvalitet. Pasienter med svært dårlig funksjonsnivå vil ofte ikke være i stand til å nyttiggjøre seg et rehabiliteringstilbud og trenger

¹¹ Prioriteringsveileder i fysisk medisin og rehabilitering

¹² Hjerneslag – pakkeforløp Helsedirektoratet 2025

først og fremst omsorgstilbud i tidlig fase. Spesialisert rehabilitering kan være aktuelt i senere faser dersom funksjonsnivået bedrer seg.

Opptrening er tiltak for å normalisere, bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner og aktivitetsfunksjoner. Opptrening kan være vanskelig å skille fra de øvrige tiltakene og vil være en del av og inngå som ett av flere tiltak i en rehabiliteringsprosess^{13 14}.

Spesialisert rehabilitering består av både utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging. Behovet for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil variere ut fra pasientens kompleksitet. Kompleksiteten påvirkes av kombinasjoner av flere forhold:

- Helsetilstand, både forhold ved tilstanden og kombinasjon av tilstander (sykdom/skade)
- Endringer i kroppsfunksjoner (fysiologiske) og strukturer (anatomiske)
- Påvirkning av aktivitet og deltakelse (evne til å gjøre oppgaver)
- Miljøfaktorer (forhold i det fysiske og sosiale miljøet som har hemmende eller fremmende virkning på funksjon)
- Personlige faktorer (kjønn, alder, livserfaring etc.)

Spesialisert rehabilitering ytes i spesialisthelsetjenesten enten i sykehus eller ved privat rehabiliteringsinstitusjon. Spesialisert rehabilitering kan være en del av et akuttforløp eller gis senere i forløpet hvor det er behov for kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Behov for spesialisert rehabilitering er særlig aktuelt der det foreligger: høy kompleksitet og behov for tverrfaglighet, behov for spisskompetanse, eller behov for intensitet for å oppnå effekt.

- Høy kompleksitet jmf ICF modell¹⁵
- Behov for spisskompetanse hos helsepersonell
- Behov for sammensetning av et bredt tverrfaglig team med spisskompetanse på ulike fagfelt
- Behov for intensitet for å oppnå effekt
- Medisinsk kompleksitet med behov for innleggelse i sykehus for nær tilgang til andre spesialiteter
- Utredning og diagnostisering

6 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten omfatter den rehabilitering som gis av sykehusene og av de private rehabiliteringsinstitusjoner som har inngått avtale med det regionale helseforetaket. Det regionale helseforetaket skal sørge for at innbyggerne i helseregionen tilbys nødvendig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten -i og utenfor institusjon. Helseforetakene skal ha en koordinerende enhet, som skal ha en generell oversikt over rehabiliteringsbehov og tilbud i sine opptaksområder.

Rehabiliteringsforskriften pålegger også spesialisthelsetjenesten å samarbeide med kommunene og gi råd og veiledning om rehabilitering av enkeltpasienter og gi råd og veiledning til ansatte i kommunen.

¹³ St.prp. nr 1 (2007 – 08)

¹⁴ Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011. Kap 9, s. 307

¹⁵ WHO- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom det er gode faglige vurderinger for dette.

Rettighetsvurdering og prioritering til rehabilitering i privat institusjon

Regionale vurderingsenheter i hver helseregion rettighets vurderer og prioriterer henvisninger til habilitering og rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner. Hovedoppgaven til vurderingsenhetene er å vurdere om pasienter oppfyller kravene for rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Regional vurderingsenhet (RVE) rettighetsvurderer alle henvisninger til rehabiliteringsopphold fra fastleger, avtalespesialister, leger i sykehusavdelinger og poliklinikker i regionen, også om det søkes til en institusjon utenom regionen. For barn og unge kan også helsesykepleier henvise.

Figur 4Utvikling i antall rehabiliteringspasienter Kilde: SAMDATA



7 Rehabilitering i sykehus

Rehabilitering i sykehus kan deles inn i ulike kategorier, basert på bemanning og organisering av tilbudene:

- Fysikalsk-medisinske rehabiliteringsavdelinger er bemannet med flere faggrupper, som fysioterapeuter, leger, ergoterapeuter, sosionomer, sykepleiere, vernepleiere, psykologer, logopeder og brukerkonsulenter. Tjenestetilbudet er tverrfaglig organisert og ledes av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. Avdelingene kan ha sengeposter for dag-/døgnopphold samt poliklinikker. Mange har også ambulante team tilknyttet.
- Rehabiliteringstilbud kan også være integrert i avdelinger som har annen hovedvirksomhet. Et eksempel er pasienter med hjerneslag som får sin første rehabilitering i nevrologiske avdelinger.
- Pasient- og pårørendeopplæring i sykehus

Pasient og pårørendeopplæring i regi av Lærings- og mestringssentrene skal være en integrert del av pasientforløpet. For de fleste pasienter som får en kronisk diagnose vil LMS tilbud være aktuelt i første omgang.

Siden tilbudet er ulikt organisert med stort innslag av private tilbydere og et faglig ønske om å videreutvikle rehabilitering relatert til akuttinnleggelser, vises antall liggedøgn i relatert til akuttforløp og senfaserehabilitering (standardiserte rater per 100 000) over opptaksområde (inkl. private) i tabell nedenfor.

Tabell 5 Antall liggedøgn rehabilitering rate pr 100 000 i 2025 fordelt på akutfase og senfase i opptaksområder uavhengig av aktør

Antall liggedøgn rehabilitering relatert til akuttinnleggelser og sendfase uavhengig av aktør 2025 standardisert rate pr 100 000				
Opptaksområder	Standardiserte rater		Avvik til gjennomsnitt	
	Akutfase	Senfase	Akutfase	Senfase
Akershus universitetssykehus	3 616	8 458	13,7 %	7,8 %
Diakonhjemmet Sykehus	3 538	6 680	11,3 %	-14,9 %
Finnmarksykehuset	3 431	9 787	7,9 %	24,7 %
Helgelandssykehuset	2 655	6 422	-16,5 %	-18,2 %
Helse Bergen	3 370	5 759	6,0 %	-26,6 %
Helse Fonna	2 379	8 124	-25,2 %	3,5 %
Helse Førde	2 216	5 767	-30,3 %	-26,5 %
Helse Møre og Romsdal	2 617	8 942	-17,7 %	13,9 %
Helse Nord Trøndelag	3 648	11 219	14,8 %	42,9 %
Helse Stavanger	1 804	4 542	-43,2 %	-42,1 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	4 321	7 809	35,9 %	-0,5 %
Nordlandssykehuset	4 306	8 658	35,5 %	10,3 %
Oslo universitetssykehus	4 833	9 526	52,0 %	21,4 %
St. Olavs hospital	3 423	7 428	7,7 %	-5,4 %
Sykehuset i Vestfold	2 422	6 374	-23,8 %	-18,8 %
Sykehuset Innlandet	3 504	13 878	10,2 %	76,8 %
Sykehuset Telemark	2 806	8 878	-11,7 %	13,1 %
Sykehuset Østfold	3 281	7 838	3,2 %	-0,1 %
Sørlandet Sykehus	2 684	7 819	-15,6 %	-0,4 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	3 889	7 588	22,3 %	-3,3 %
Vestre Viken	3 033	7 320	-4,6 %	-6,7 %
Norge	3 179	7 849		

Oversikt over rehabiliteringstilbudet i sykehusene i nord

Tabell 6 Rehabiliteringssenger i sykehus

	Antall normerte senger (Okt 2025 - Mar 2026)	Liggedøgn 2025	Beleggsprosent i 2025	Ubenyttet kapasitet med 100 % belegg	Ubenyttet kapasitet med 85 % belegg
FIN	9	1 446	44 %	1 839	1 346
FMR post Kirkenes	9	1 446	44 %	1 839	1 346
UNN	30	7 368	67 %	3 582	1 939
Rehabiliteringspost Harstad	11	2 679	67 %	1 336	734
Rehabiliteringspost Tromsø	16	3 902	67 %	1 938	1 062
Rehabpost Finnsnes*	0	661			
Rehabpost Storslett	3	127	12 %	968	804
NLSH	4	909	62 %	551	332
Medisinsk enhet Vesterålen	4	909	62 %	551	332
HSYK	5	943	52 %	882	609
Rehabpost Sandnessjøen	5	943	52 %	882	609
Totalsum	48	10 666	61 %	7 515	4 887

*Rehabpost Finnsnes ble nedlagt fra oktober 2025. Rehabpost Storslett ble nedlagt fra 1. mars 2026. Disse er ikke inkludert i videre beregning av kapasitet. Kilde: DIPS

Ved alle helseforetak er det senger for slagpasienter med akutt slagrehabilitering

Tabell 7 Direkteoverførte fra sykehus ytelse A, O, F

ID	Delytelse	Behandlingssted	Antall opphold - totalt	Liggedøgn - totalt	Antall opphold - direkteoverførte	Liggedøgn - direkteoverførte
O	Pasienter med kompleks, sammensatt	Vigør rehabiliteringssykehus AS	17	406	6	180
O	Pasienter med kompleks, sammensatt	Stiftelsen Nordtun helse rehab	33	659	16	334
F	Hjemeslag	Unicare Helsepartner Alta	24	500	12	303
F	Hjemeslag	Stiftelsen Nordtun helse rehab	45	948	1	26
F	Hjemeslag	Vigør rehabiliteringssykehus AS	102	2 100	14	287
A	Brudd eller slitasjeskader i skjellett	Vigør rehabiliteringssykehus AS	71	1 125	6	114
A	Brudd eller slitasjeskader i	Unicare Helsepartner Alta	109	1 659	54	811
A	Brudd eller slitasjeskader i skjellett	Stiftelsen Nordtun helse rehab	275	4 236	169	2 699
Totalt			676	11 633	278	4 754

Tabell 8 Finnmarkssykehuset -

Klinikk	Avdeling	Døgnplasser	Pasientgrupper
---------	----------	-------------	----------------

Kirkenes	Sengepost	9- 6 i drift	Alle (diagnoseuavhengig)
	Poliklinikk		Uspesifikke muskelskjelett lidelser Arbeidsrettet rehabilitering Synsrehabilitering (synspedagog) Dysfagi Lymfødem CFS/ME
	Helse I Arbeid		
	Ambulant rehabiliteringsteam (ART)		Ervervet skade eller kronisk sykdom

Tabell 9 Universitetssykehuset Nord-Norge

NOR Rehabiliterings- avdelingen	Sengepost Harstad	11	Alvorlig traumatisk hodeskade
	Sengepost Tromsø	14	Subarachnoidalblødning (SAB)
	UNN Finnsnes (enkel primær rehab)	6	Hjerneslag Amputasjon
	UNN Storslett (enkel primær rehab)	3	Multitraume Multippel Sklerose Muskelsyke Tverrsnittsskade Poliomyelitt Andre ervervede hjerneskader og nevrologiske tilstander som krever spesialisert rehabilitering
	Fysikalsk medisinsk poliklinikk Tromsø		Uspesifikke muskelskjelett lidelser Hypermobilitet CFS/ME sencovid
	Rehabiliterings- medisinsk poliklinikk		Kognitiv vurdering etter hjerneskade Spastisitet Vanlige psykiske plager og muskelskjelettlidelser med arbeidsfokus
	Helse I Arbeid		
	ART Tromsø ART Narvik		Pasienter med kognitive utfordringer etter hjerneskade Yrkesmessig rehabilitering

Tabell 10 Nordlandssykehuset

Klinikk	Avdeling	Døgnplasser	Pasientgrupper
HBEV/MED klinikk	Sengepost med rehab.enhet, Vesterålen	4	Tverrfaglig spesialisert rehabilitering
HBEV klinikk	Fysikalskmedisin og rehabilitering (FMR)		Smertetilstander i muskel/skjelett
	Poliklinikk, dagbehandling, behandlingstilbud i gruppe Bodø		Følgetilstander etter ervervet hjerneskade Tilstander der det er behov for utredning av funksjonsnivå/funksjonsnedsettelse og rehab.behov
	ART Bodø, ART Lofoten og ART Vesterålen		Pasienter med sammensatte rehab. behov (uavhengig av diagnose), bistår pårørende og det lokale hjelpeapparat
HBEV	Kliniske servicefunksjoner; Bodø, Lofoten og Vesterålen		Bistår i rehabilitering av ulike pasientgrupper
HBEV	Helse I Arbeid, avklarings-poliklinikk, Bodø		Pasienter med alminnelige psykiske lidelser og muskelskjelettplager, arbeidsrettet – bedriftstiltak (iBedrift) og individtiltak

Tabell 11 Helgelandssykehuset

Klinikk	Avdeling	Døgnplasser	Pasientgrupper
	Sengepost	5	- Ervervede hjerneskader (hjerneslag og traumatiske hodeskader) og andre nevrologiske tilstander. Pasienter med langvarig sykdomsforløp. - Poliklinikk. - Ambulant rehabiliteringsteam (ART). Oppfølging av tidligere pasienter og etter henvisning oppfølging av andre pasienter.
	Poliklinikk		- Fysikalsk medisin. - HelseIArbeid-senter. (Poliklinikken har også Lysbehandlingsavdeling, i

			samarbeid med hudlege ved Helgelandssykehuset Mosjøen.)
	Annet		Ansatte ved seksjon for FMR deltar i arbeidet ved Hjerteredisinsk poliklinikk ved HS Sandnessjøen og ved Lærings- og mestringssenterets aktiviteter ved Helgelandssykehuset HF. Seksjon for FMR organiserer Kliniske servicefunksjoner (KSF) ved HS Sandnessjøen.

Justering av rehabiliteringskapasitet i sykehusene i Helse Nord

Styret i Helse Nord RHF (*Styresak 83-2024*) foreslo å styrke tidligrehabilitering i helseforetakene, og fra januar 2028 ikke inngå avtaler om kjøp av spesialisert rehabilitering hos private leverandører for tre delytelser hvor pasienter henvises direkte fra helseforetak. Dette gjelder ytelsene subakutt hjerneslag (F), kompleks rehabilitering (O) og enkelte nyopererte ortopedipasienter (A) som har behov for spesialisert rehabilitering postoperativt. (Tabell 7)

Forarbeidene har vist at dagens kapasitet i egne helseforetak er god og med noe ledig kapasitet. Ved å styrke rehabiliteringstilbudet i Nordlandssykehuset med totalt 10 senger, vil regionen totalt sett sannsynligvis ha tilstrekkelig kapasitet i egne foretak til tidligrehabilitering og rehabilitering til pasienter som overføres direkte fra akutt sykehusopphold til spesialiserte rehabilitering.

Tabell 12 Forslag til justert dimensjonering fra 2028

Antall normerte senger	Jan 2024 - Sep 2025	Okt 2025 - Mar 2026	Styrevedtak 083-2024	2028 (forslag)	Merknad
FIN	9	9	9	9 (6)	HF kan vurdere å redusere til 6
FMR post Kirkenes	9	9	9		
UNN	34	30	34	31	
Rehabiliteringspost Harstad	11	11	14	13	
Rehabiliteringspost Tromsø	14	16	20	18	
Rehabpost Finnsnes	6	0	0		
Rehabpost Storslett	3	3	0		
NLSH	4	4	15-17	10	
Lokalisasjon?	0	0	15-17	10	
Vestrålen	4	4			Ikke nivå 2 rehabilitering
HSYK	5	5	8	9 (5-6)	Ikke del av styrevedtak 83-2024
Rehabpost Sandnessjøen	5	5	8		
Totalsum	56	52	66-68	53-59	

8 Rehabiliteringstilbud i private institusjoner som har avtale med regionalt helseforetak

Private rehabiliteringsinstitusjoner har avtaler om rehabiliteringsytelser med det regionale helseforetaket. De tjenestene som ytes gjennom disse avtalene defineres som rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, og inngår i det regionale helseforetakets «sørge for ansvar». Det regionale helseforetaket har ansvar for at tjenestene som kjøpes er faglig forsvarlige.

De private institusjonene kan også inngå avtaler med kommunene om rehabilitering som faller inn under det kommunale ansvaret, men dette har i liten grad skjedd. Noen institusjoner tilbyr også rehabiliteringstilbud som betales av pasient, forsikringsselskap eller andre.

Helse Nord RHF har i dag avtaler med fire rehabiliteringsinstitusjoner i regionen. Avtalene har en varighet på fire år, med mulighet for forlengelse i inntil to + to år. Disse avtalene løper ut 31.12.2027. Fra 1.1.2024 har følgende rehabiliteringsinstitusjoner avtale med Helse Nord RHF:

- Helsepartner Rehabilitering, avdeling Alta
- Helsepartner Rehabilitering, avdeling Skibotn
- Vigør Rehabiliteringssykehus
- Valnesfjord Helsesportssenter
- Nordtun HelseRehab

I tillegg har Helse Nord RHF fra tidligere avtaler om et begrenset antall plasser for pasienter med høyspesialiserte rehabiliteringsbehov ved MS-senteret Hakadal, Lovisenberg rehabilitering og Røysumtunet.

8.1 Ytelse A - Brudd og slitasjeskader i skjelett

Målgruppe:

- Pasientgruppen skal i hovedsak få tilbud i hjemkommunen. Noen pasienter i gruppe A vil likevel ha behov for spesialisert og intensiv rehabilitering i form av døgnopphold i rehabiliteringsinstitusjon etter bruddbehandling, ved komplekse skader i muskel og skjelettsystemet, kompliserte hofte og kneprotesoperasjoner.

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
A	Brudd og slitasjeskader i skjelett	Unicare Alta	4	4	1300
A	Brudd og slitasjeskader i skjelett	Vigør rehabiliteringssykehus	5	4	1550
A	Brudd og slitasjeskader skjelett	Nordtun HelseRehab	9	8	2650

8.2 Ytelse B - Inflammatoriske revmatiske sykdommer

Målgruppe:

- Pasienter med inflammatoriske revmatiske sykdommer som har vesentlig redusert funksjonsnivå og komplekst symptombylle, for eksempel på grunn av smerter, stivhet, nedsatt leddbevegelighet og muskelkraft samt fatigue. Gruppen omfatter pasienter med artritt, spondyloartritt, bindevevssykdom og enkelte sjeldnere revmatiske sykdommer.

Moderne biologiske legemidler kan i dag i stor grad helbrede/bremse sykdomsutviklingen slik at skade og deformering av leddene i stor grad unngås.

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
B	Inflammatoriske revmatiske sykdommer	Vigør rehabiliterings sykehus	10	5	1800
B	Inflammatoriske revmatiske sykdommer	Valnesfjord H	6	6	1805

8.3 Ytelse C – Amputasjoner

Målgruppe:

- Pasienter som har fått utført amputasjoner av underekstremiteter. Rehabilitering i institusjon er aktuelt etter at pasienten har fått tilpasset protese og har behov for gangtrening.
- Nasjonalt ligger insidensen på 30-40 pr 100 000. Omtrent halvparten av amputasjonene gjøres hos personer med diabetes. I Helse Nord ble det utført 2,5 amputasjon per 1000 diabetespasient.

Kommunal helsetjeneste har ansvar for oppfølging etter amputasjonskirurgi i påvente av protesetilpasning. I særskilte tilfeller kan målgruppen likevel omfatte pasienter som ikke har fått tilpasset protese, eksempelvis ved spesiell sårproblematikk, eller andre forhold som tilsier at kommunen ikke har kompetanse til å følge opp dette selv

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
--	--------	-------------	---------------------------	---------------------------------	-------------------------------

8.4 Ytelse D - Kronisk utmattelsessyndrom (CFS / ME)

Målgruppe:

- Pasienter med redusert funksjonsnivå som følge av kronisk utmattelsessyndrom, CFS/ME diagnostisert etter anbefalte diagnosesett (Fukudakriteriene (CDC-kriteriene 1994), Canadakriterier 2003, Pediatriske kriterier 2006 (Jason 2006). Tilbudet gjelder pasienter med mild alvorlighetsgrad (aktivitetsnivå redusert med minst 50 % sammenlignet med før sykdomsdebut) og moderat alvorlighetsgrad (all aktivitet er sterkt redusert, bundet til huset og behov for søvn i løpet av dagen). Pasientene må kunne delta i gruppetrening og felles undervisningsopplegg.
- Pasienter med alvorlig (dvs. hovedsakelig sengeliggende og avhengig av rullestol) eller svært alvorlig grad (dvs. sengeliggende og pleietrengende) er vurdert å være for syke for denne type rehabilitering. Disse vil bli ivarettatt i helseforetakene.
- Døgnoophold, en kombinasjon av fysisk oppmøte og digitale løsninger etterspørres.

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
--	--------	-------------	---------------------------	---------------------------------	-------------------------------

D	Kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME	Vigør rehabiliterings sykehus	3	1	400
---	-----------------------------------	-------------------------------	---	---	-----

8.5 Ytelse E – Kreftsykdom

Målgruppe:

- Voksne med vesentlig redusert funksjonsnivå etter behandling/kirurgi og pasienter med følgevirkninger etter sykdommen, f.eks. fatigue, ernæringsunderskudd, smertetilstander og som skal lære å leve med alvorlig sykdom.

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
E	Kreftsykdom - kreftgruppe	Unicare Alta	2	2	840
E	Kreftsykdom	Vigør rehabiliterings sykehus	8	3	900
E	Kreftsykdom	Nordtun Hels	4	3	1200

8.6 Ytelse F - Hjerneslag og ervervet hjerneskade

Målgruppe:

- Tilbud til pasienter i etterkant av akutttopphold i sykehus med behov for videre rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (Subakutt).
- Pasienter med tidligere gjennomgått hjerneslag/hjerneskade med funksjonstap der tiltak i primærhelsetjenesten ikke har vært har vært tilstrekkelig (Kronisk).

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
F1	Hjerneslag og ervervet hjerneskade. Subakutt	Unicare Alta	2	2	575
F2	Hjerneslag og ervervet hjerneskade. Kronisk	Unicare Alta	2	2	685
F1	Hjerneslag og ervervet hjerneskade. Subakutt	Vigør rehabiliterings sykehus	4	3	975
F2	Hjerneslag og ervervet hjerneskade. Kronisk	Vigør rehabiliterings sykehus	3	2	800
F1	Hjerneslag og ervervet hjerneskade, subakutt	Nordtun Hels	5	4	1400
F2	Hjerneslag og ervervet hjerneskade, kronisk	Nordtun Hels	3	2	600
F2	Hjerneslag og ervervet hjerneskade. Kronisk	Valnesfjord H	5	3	800

8.7 Ytelse G - Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer

Målgruppe:

- Målgruppen omfatter et bredt spekter av sykdommer, tilstander og skader: Parkinsons sykdom, MS, post-polio og andre nevrologiske og nevromuskulære sykdommer, muskelsyke og senfaserehabilitering etter ryggmargsskade.
- Mange pasienter i denne gruppa har progredierende og komplekse lidelser som ALS, Guillan Barre, muskeldystrofier og epilepsi, og trenger tilbud med spesiell kompetanse til mestring av sitt funksjonsnivå.

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
G	Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer	Vigør rehabiliterings sykehus	15	9	3000
G	Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer	Valnesfjord H	12	9	2800
G	Enilensi	Røvsumtunet	32	1.15	419

8.8 Ytelse H – Hjertesykdommer

Målgruppe:

- Primært for pasienter som har gjennomgått kirurgi eller har alvorlig hjertesykdom med risikofaktorer som fedme, høyt blodtrykk, røyking og angstproblematikk ift. trening/aktivitet etter gjennomgått hjertesykdom osv. Aktuelt etter sykehusopphold, eller senere i forløpet avhengig av sykdomsutviklingen.

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
H	Hjertesykdommer	Unicare Skibotn	5	5	1515
H	Hjertesykdommer	Vigør rehabiliterings sykehus	4	2	750
H	Hjertesykdommer	Nordtun Hels	3	2	800
H	Hjertesykdommer	Valnesfjord H	5	4	1300

8.9 Ytelse I – Lungesykdommer

Målgruppe:

- Voksne pasienter med KOLS og andre luftveissykdommer med symptomer som begrenser aktivitet og livsutfoldelse, og angstproblematikk i forhold til fysisk trening.
-

Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
Lungesykdommer	Unicare Skibotn	7	7	2050
Lungesykdommer	Nordtun HelseRehab	3	2	800
Lungesykdommer	Valnesfjord Helsesportssenter	5	4	1200

8.10 Ytelse J - Kronisk muskel- og bløtdelssmerter

Målgruppe:

- Pasienter med sammensatte tilstander med smerter i muskulatur/bindevev og ofte utfordringer med å delta i arbeidsliv. Plager fra muskel-skjelett-systemet utgjør vår største gruppe uføre (ca. 33 %) og sykemeldte (ca. 45 %).
- Ca. 15 % av voksenbefolkningen har til enhver tid plager fra muskel-skjelett-systemet. Den største undergruppen er pasienter med uspesifikke ryggsmarter. Ut fra engelske beregninger har man funnet at av personer med smerter fra ryggen trenger anslagsvis 10 % kompleks tverrfaglig rehabilitering.

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
J	Kroniske muskel- og bløtdelssmerter	Unicare Alta	5	5	1895
J	Kronisk muskel- og bløtdelssmerter	Vigør rehabiliterings sykehus	10	4	1300
J	Kroniske muskel- og bløtdelssmerter	Nordtun Hels	4	3	1000
J	Kronisk muskel- og bløtdelssmerter	Valnesfjord H	12	5	1675

8.11 Ytelse K - Sykelig overvekt

Målgruppe:

- Sykelig overvekt defineres som KMI over 40, eller over 35 med følgesykdom. Tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at forekomsten av fedme er økende i alle aldersgrupper, mest hos unge voksne og betydelig mer hos menn enn hos kvinner. De mest komplekse tilfellene med behov for tverrfaglig tilnærming trenger tilbud i spesialisthelsetjenesten

Tilbudet skal gjelde for: .

1. Barn (<18 år) med sykelig overvekt (KMI større eller lik 35, eller større eller lik 25 med komplikasjoner og/eller risikofaktorer)
2. Voksne med sykelig overvekt (KMI minst 40 eller KMI minst 35 med alvorlige tilleggssykdommer)
3. Overvektsopererte som ikke har hatt tilstrekkelig nytte av LMS tilbud i helseforetakene eller kommunale tilbud

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
K2	Sykelig overvekt voksne	Unicare Skib	6	6	1815
K3	Sykelig overvekt, opererte	Unicare Skib	1	1	440
K1	Sykelig overvekt barn <18	Valnesfjord H	4	3	900
K1	Sykelig overvekt		NA	2	728

8.12 Ytelse M - Sanseforstyrrelser (alvorlig grad)

Målgruppe:

- Pasienter med Mb. Meniere, tinnitus og vestibulære sykdommer (svimmelhet og balanseforstyrrelser) der gjennomført lærings og mestringskurs ikke er tilstrekkelig og behov for spesialisert rehabilitering fortsatt foreligger. Pasientene skal være utredet av spesialisthelsetjenesten og må kunne delta i gruppetrening og fellesundervisning.

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
M	Sanseforstyrrelser (alvorlig grad)	Unicare Alta	3	3	1100
M	Sanseforstyrrelser (alvorlig grad)	Nordtun Hels	2	1	500

8.13 Ytelse N - Barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning

Tilbudet gis til barn og unge voksne med komplekse habiliterings-/rehabiliteringsbehov med behov for tverrfaglig tilnærming og døgnbaserte opphold. Det er spesielt tilpasset fysisk aktivitet/mestringsopphold som trekkes frem.

Målgruppe:

- Målgruppene har alvorlig nedsatt funksjonsevne som følge av alvorlig sykdom/tilstand, store traumer, medfødt og ervervede, Pasientene skal være utredet av lokalt helseforetak (f.eks. HABU, habiliteringstjeneste for barn og unge).
 1. Barn (<18 år)
 2. Unge voksne (18-30 år)

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
N1	Tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning, barn	Vigør rehabiliterings sykehus	3	3	1100
N2	Tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning, voksne	Vigør rehabiliterings sykehus	2	2	750
N1	Barn (<18 år)	Valnesfjord H	10	6	2000
N2	Unge voksne (Uavhengig av diagnose) (18-30 år)	Valnesfjord H	4	3	995

8.14 Ytelse O - Komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusbehandling

Målgruppe:

- Pasienter med komplekse og sammensatte sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter behandling/akutte funksjonstap for eksempel etter langvarige sykehusopphold, følgetilstander etter operasjoner og tilstander i indre organer. Annen problematikk kan være underernæring, dekondisjonering og redusert allmenntilstand. Diagnoseuavhengige og individuelle opphold.

Søkes direkte fra helseforetak eller inntil 4 uker etter utskrivelse.

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
O	Komplekst sykdomsbilde. Rehab. etter sykehusbehandling	Vigør rehabiliterings sykehus	3	2	700
O	Komplekst sykdomsbilde. Rehabilitering etter sy	Nordtun Hels	2	1	500

8.15 Ytelse R - Arbeidsrettet rehabilitering

Målgruppe:

- Pasienter som har arbeid/utdanning som primær målsetting for rehabiliteringen.
- Målgruppen har ofte sammensatte helseplager i tillegg til sosiale og økonomiske utfordringer, ofte med særskilte utfordringer knyttet til arbeidsplass, der NAV og andre må bistå i problemløsningen.
- Lokale tiltak i regi av arbeidsgiver og NAV skal være forsøkt. Formålet er ikke arbeidsevnevurdering f. eks knyttet til uføretrygdgrad.
- Oppdragsgiver etterspør ikke helse i arbeid eller vurderingsopphold

	Ytelse	Institusjon	Totalt antall døgnplasser	Antall døgnplasser avtalt HNRHF	Antall liggedøgn avtalt HNRHF
--	--------	-------------	---------------------------	---------------------------------	-------------------------------

9 Øvrige forhold

9.1 Kulturelle forhold

På grunn av at befolkningen er blitt mer multikulturelt sammensatt er det økende behov for differensiert rehabilitering til folk med forskjellig etnisk bakgrunn. Dette krever nye metoder for tilnærming på mange plan, både språklig og kulturelt.

9.2 Ventetid

Det er et mål å få kortest mulig ventetid før overføring til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten etter at søknad er sendt.

9.3 Oppholdstid

Selv om oppholdstiden i de private rehabiliteringsinstitusjonene ikke er ulik landsgjennomsnittet, vil kortere oppholdstid være et mål og et virkemiddel for å få større gjennomstrømning. Kombinasjon med digitale tilbud.

9.4 Individuelt/gruppetilbud

Gruppeaktivitet bør i mange henseende være rullerende slik at pasientene kan få sine individuelle behov dekket med henblikk på oppholdstid.

9.5 Institusjonenes portefølje

Det vil være et mål at de private institusjonene spesialisere seg på færre diagnosegrupper.

9.6 Samarbeid mellom helseforetak, institusjoner og kommuner om kompetanse

God kommunikasjon og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene vil være viktig for å skape et helhetlig tilbud. Begge nivå har et lovfestet krav om kompetansedeling og informasjonsutveksling. Dette er viktig for å ivareta det helhetlige pasientforløpet.

9.7 Samfunnsøkonomi

Spesialisert rehabilitering har høye behandlingskostnader, men kan også gi store samfunnsgevinster. En rapport fra Oslo Economics¹⁶ konkluderer med at samfunnsnyttien som følge av unngått behandling og arbeidsdeltakelse er stor og kan forsvare stor ressursbruk i spesialisert rehabilitering, men sier også at det er et problem av gevinstene for samfunnet i form av økt funksjon og yrkesdeltakelse kommer på et annet budsjett enn helsetjenestene.

¹⁶ Economics, O., & Spekter. (2020). *Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering - utredning for Spekter*. <https://www.spekter.no/getfile.php/133232-1643960650/Dokumenter/Rapporter%20og%20analyser/Rapporter/Oslo%20Economics%3A%20Samfunns%C3%B8konomisk%20verdi%20av%20rehabilitering%20%282020%29.pdf>