



## NASJONAL BEHANDLINGSTJENESTE

for revmatologisk rehabilitering  
av pasienter med særlige behov



# KVALITETSRAPPORT 2022



Diakonhjemmet  
Sykehus

## Innhold

1.	Innledning.....	3
2.	Pasientbehandling.....	4
2.1	Året 2022.....	4
2.2	Aktivitet, resultatmål og nøkkeltall.....	4
2.2.1	Ventetid.....	4
2.2.2	Opphold.....	5
2.2.3	Fordeling av oppholdstyper og lengde på opphold.....	5
2.2.4	Likeverdig tilgjengelighet for pasienter fra hele landet.....	6
2.2.5	UngNBRR.....	6
2.2.6	Bindevevssykdommer og vaskulitter.....	7
2.2.7	Samhandling med helse- og velferdstjenester lokalt.....	7
3.	Beskrivelse av pasientgruppen.....	8
3.1	Kjønn og aldersfordeling.....	8
3.2	Sivilstand og utdanning.....	8
3.3	Arbeid og trygdeytelser.....	9
3.4	Revmatologiske diagnoser.....	9
3.5	Sykdomsvarighet.....	10
3.6	Komorbiditet (tilleggsdiagnoser).....	10
3.7	Kroppsmasseindex (KMI).....	11
3.8	Aktuelle behandlingsregimer.....	12
3.9	Helserelatert livskvalitet ved innledende rehabiliteringsopphold.....	13
3.9.1	Euroqol-5 dimension 5 levels (EQ-5D-5L).....	13
3.9.2	Rheumatoid arthritis impact of disease (RAID).....	14
3.9.3	Bergen Insomnia Scale (BIS).....	15
3.10	Psykisk helse.....	16
3.11	Sykdomsforståelse.....	17
4.	Kvalitetsmål.....	18
4.1	Om kvalitetsmålene.....	18
4.2	Svarprosent på evalueringsskjemaer.....	18
4.3	Informasjon før oppholdet.....	18
4.4	Høflighet og respekt.....	19
4.5	Pasientenes mål for oppholdet.....	19
4.5.1	Eierskap til egen målsetting.....	20
4.5.2	Utbytte relatert til mål.....	20
4.6	Opplevelse av tverrfaglig samarbeid.....	21

4.7	Samhandling .....	22
4.7.1	Samarbeidsmøter .....	22
4.7.2	Individuell Plan .....	22
4.7.3	Utarbeidete henvisninger:.....	23
4.8	Fritekstkommentarer .....	23
4.8.1	Er det noe ved oppholdet du ville ønsket annerledes?.....	23
4.8.2	Er det noe ved oppholdet du er spesielt fornøyd med? .....	24
4.9	Epikriser .....	25
5.	Evaluering av utbytte ved utreise fra rehabiliteringsopphold .....	25
5.1	Utbytte i forhold til livskvalitet.....	25
5.1.1	Endringer i EQ-5D-5L .....	26
5.1.2	Endringer i RAID.....	27
5.1.3	Endringer i skår på Bergen Insomnikår (BIS).....	28
5.2	Utbytte i forhold til psykisk helse.....	29
5.3	Utbytte i forhold til sykdomsforståelse .....	29
6.	Utbytte 6 måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold .....	31
6.1	Telefonisk datainnsamling.....	31
6.2	Pasientevaluert utbytte.....	31
6.3	Endring av sykdomsforståelse i forløpet av rehabiliteringen.....	32
6.4	Endring av helserelatert livskvalitet i forløpet av rehabiliteringen .....	33
7.	Undervisning, veiledning, forskningsdeltakelse og kompetansespredning .....	34
8.	NBRRs tverrfaglige team .....	34
8.1	Personale og kompetanseoversikt .....	34
8.1.1	Revmatolog.....	34
8.1.2	Fysioterapeut.....	35
8.1.3	Rehabiliteringssykepleier .....	35
8.1.4	Sosionom .....	36
8.1.5	Psykolog.....	36
8.1.6	Ergoterapeut.....	36
8.1.7	Farmasøyt.....	36
8.1.8	Helsesekretær.....	37
8.1.9	Leder .....	37

## 1. Innledning

I 2022 har vi hatt flere spennende prosesser og prosjekter på Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR). Vi har hatt et spesielt fokus på å videreføre resultatmålet knyttet til UngNBRR. To gruppeopphold var planlagt, men bare ett ble gjennomført grunnet stort frafall i første planlagte gruppeopphold på grunn av sykdom hos pasientene. Vi fikk imidlertid gjennomført UngNBRR gruppeoppholdet høsten 2022.

Vi har i 2022 også fortsatt med fokus på vårt resultatmål knyttet til pasientgruppen med bindevevssykdommer og vaskulitter. Før sommeren 2022 startet vi dialogen med OUS Rikshospitalet ved Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer vedrørende et mulig samarbeid knyttet til rehabiliteringsopphold for denne pasientgruppen.

I 2022 har NBRRS psykologspesialist Lisa Elstad utredet og startet planlegging av et forskningsprosjekt knyttet til psykologiske faktorer og smertesensitisering. Forskningsprosjekt med prosjekttittel: «*Better understanding and cognitive functioning in people with inflammatory arthritis and its associations with pain and treatment response*» gjøres i samarbeid med seniorforsker Ida Bos-Haugen fra Forskningscenter for behandling innen revmatologi og muskelskjelettsykdommer (REMEDY) og UiO.

Det har de siste årene vært en prosess for å endre ordningen med de nasjonale kompetansetjenestene, som da har angått Nasjonal Kompetansetjeneste for Revmatologisk Rehabilitering (NKRR). I høsten 2020 startet prosessen med at Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst formidlet ønske om at NKRR og NBRR skulle bli en nasjonal tjeneste. NBRR og NKRR ble oppfordret til å sende en søknad om å innlemme NKRR i NBRR. I desember 2022 mottok NBRR og NKRR et brev fra HSØ om at budsjettet for NKRR ble videreført for 2023, men at de ønsket at prosess med å innlemme NKRR i NBRR skulle igangsettes. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal planlegge denne omstillingsprosessen i 2023.

NBRR tilhører Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning, som siden 2020 har arrangert Grønn Kongress, der høydepunktene fra The European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) - kongressen presenteres i en klimavennlig ramme. Tanken bak Grønn kongress er at vi vil bidra til et mer miljøvennlig samfunn, blant annet gjennom å videreformidle viktig kunnskap fra internasjonale konferanser lokalt. På den måten kan vi redusere reisevirksomhet. Det lokale arrangementet gjennomføres med minimalt klimaavtrykk. Grønn kongress gir mulighet til å sette miljø og klima på agendaen for det revmatologiske fagmiljøet i hele landet. NBRR er engasjert i dette feltet, og har bidratt inn i Grønn Kongress, men NBRR har også et selvstendig fokus på klima og engasjement i enheten. Vi har blant annet hatt en fagdag med et spesielt fokus på klima. Bilde på forsiden av rapporten er fra vår fagdag høsten 2022. På fagdagen ble ansatte på NBRR utfordret til å velge en grønn og mer aktiv transportmetode på vei til jobb den dagen, samtidig som vi skulle plukke med så mye søppel som mulig på vei til jobb. Teamet samlet totalt 13,7 kg søppel mens de gikk, syklet eller løp til jobb. Dette engasjementet er vi stolte av.

Her er NBRR årlige kvalitetsrapport. Hensikten med rapporten er å presentere resultater av den behandlingen vi gir våre pasienter, og på de kvalitetsindikatorerne vi har satt. Kvalitetsrapporten bygger på prosjektet «Livskvalitet og sykdomsforståelse hos pasienter innlagt til revmatologisk rehabilitering på 3.linje nivå: Status ved innleggelse og effekt av 3 ukers tverrfaglig spesialisert rehabilitering». Prosjekt bygger på at vi systematisk samler inn informasjon om pasientgruppen, behandlingsresultater, pasienttilfredshet og pasientevaluert utbytte.

Pasientene ved NBRR utgjør en selektert gruppe av pasienter over 18 år med inflammatorisk revmatisk sykdom. Les mer om våre henvisningskriterier og informasjon om oppholdene på [www.nbrr.no](http://www.nbrr.no).

## 2. Pasientbehandling

### 2.1 Året 2022

Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR) gjenoppstartet driften etter julestengt, 4.januar 2022. Situasjonen på sykehuset bar da preg av et høyt antall innleggelser med Covid-19, og NBRR ble samlokalisert med Revmatologisk sengepost. Dette medførte færre innleggelser ved NBRR de aktuelle ukene. NBRR flyttet tilbake i egne lokaler 24.januar og åpnet da opp for full drift med fem innlagte pasienter. Pasientene møtte og jobbet med NBRRs seks faggrupper (revmatolog, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog og sosionom) og fikk i tillegg samtaler med klinisk farmasøyt, likt NBRRs vanlige drift.

NBRR gjennomført 3 fagdager for det tverrfaglige teamet, henholdsvis på nyåret, etter påske og på høsten. Temaene som har vært jobbet med har blant annet vært; Motiverende Intervju, fagartikkel presentasjon fra alle faggrupper, seksualitet og samliv, mål og målprosess.

Enheten hadde som planlagt stengt i sommerukene 27-31, og hadde full drift igjen fra uke 32.

På høsten gjennomførte vi tre uker med et UngNBRR gruppeopphold. Dette gjennomføres etter innsats fra hele det tverrfaglige teamet, og med godt samarbeid med klinikken for øvrig.

Sammenstilt har året vært preget av ettervirkninger fra pandemien med Covid-19, men med betydelige lettelser knyttet til både testing, reiserestriksjoner og smitteverntiltak, sammenliknet med 2021. NBRR opplever spesielt i denne sammenhengen sårbarheten ved elektiv drift når behovet for senger i akuttdelen av sykehuset prioriteres. Spesielt i vintermånedene med ulik smitte i samfunnet må NBRR redusere drift slik at medisinsk avdeling kan benytte sengene i en presset tid med mange innlagte.

Året har også vært preget av Russlands invasjon av Ukraina, som startet 24. februar. Krig skaper uroligheter for nasjoner, samfunn, økonomi og enkeltindivider – som vi fremdeles opplever og merker ringvirkninger av.

### 2.2 Aktivitet, resultatmål og nøkkeltall

#### 2.2.1 Ventetid

Pasientene som gjennomførte et innledende rehabiliteringsopphold i 2022 hadde en median ventetid på 77 dager før de fikk tilbud om opphold. Ventetiden varierte fra 7 til 244 dager. Tidsrommet er målt fra henvisningen er registrert til dato for oppmøte i tilbud om opphold. Pasientbestemte utsettelse er ikke med i dette tallet.

Årets resultat er en positiv endring fjorårets median på 117 dager (min 7, maks 256). På NBRR jobbes det aktivt med å skreddersy tidspunktet for opphold til det som passer for pasienten, og det er stor grad av fleksibilitet i ventelisten på grunn av pasientbestemte endringer. Dette muliggjør prioriteringer og raskt inntak der dette er et behov, og ventetiden kan derfor ikke oppfattes som en fastsatt kø der pasientene gradvis nærmer seg et tilbud om opphold.

## 2.2.2 Opphold

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

I 2022 hadde NBRR totalt 101 opphold, fordelt på 80 unike pasienter. Alle unntatt ett opphold ble kodet med Z50.80 Kompleks rehabilitering. Ett oppfølgingsopphold ble omgjort til en heldigital oppfølging etter pasientens ønske, og oppfylte derfor ikke kriteriene for bruk av koden. Pasienten fikk likevel et fullverdig oppfølgingsopphold med egen oppfølgingsplan, samtaler, veiledning og kartlegging med alle faggruppene over fem dager - digitalt. Med denne forklaringen anses resultatmålet som oppnådd.

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

Det var totalt 68 henvisninger i 2022, hvorav 13 fikk avslag. Begrunnelse for avslag:

Begrunnelse for avslag	Antall
Andre årsaker	1
Ikke medisinsk indikasjon:	1
Til annen avdeling/omsorgsnivå:	7
Utfyllende opplysninger mangler:	4

Tabell 1: Begrunnelse for avslag

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

## 2.2.3 Fordeling av oppholdstyper og lengde på opphold

NBRR tilbyr to hovedtyper opphold, et innledende rehabiliteringsopphold på 5-10 dager og ett rehabiliteringsopphold som varer i 2-3 uker. Ved enkelte tilfeller er det også hensiktsmessig med et oppfølgingsopphold på 5-10 dager for å styrke en positiv utvikling, opprettholde endringer og forebygge tilbakefall. Behovet for oppfølgingsopphold vurderes i hvert enkelt tilfelle. Tabellen under viser fordeling av antall oppholdstyper og lengde på oppholdene i 2022:

Oppholdstype	Antall (n)	Andel (%)	Lengde på opphold i dager Median (min, maks)
Innledende rehabiliteringsopphold	43	43	8 (5,16)
Rehabiliteringsopphold	46	45	18 (6,19)
Oppfølgingsopphold	12	12	5 (5,12)
Totalt antall opphold	101	100%	11 (5,19)

Tabell 2: Oppholdstyper og lengde på oppholdene

Alle pasientene som henvises til NBRR får først tilbud om et innledende rehabiliteringsopphold. Som nasjonal behandlingstjeneste er det viktig at vi behandler de pasientene som faktisk trenger et høyspesialisert og individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud. Det innledende oppholdet innebærer en grundig tverrfaglig kartlegging av pasientens utfordringer og rehabiliteringsbehov, og gir et godt grunnlag for å vurdere på hvilket nivå den videre rehabiliteringen skal foregå. Av de 43 innledende rehabiliteringsoppholdene, ble det ved 33 opphold (77 %) konkludert med at det var behov for rehabilitering på 3. linje-nivå. For de resterende oppholdene 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. Det hender også at pasientene ikke ønsker et videre tilbud.

#### 2.2.4 Likeverdig tilgjengelighet for pasienter fra hele landet

**Resultatmål: Forholdet mellom andel nyhenviste pasienter og befolkningsgrunnlaget i hvert regionalt helseforetak (RHF) skal være så nær «1» som mulig.**

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. I 2021 var antall nyhenviste fordelt slik:

RHF/befolkningsandel (%)	Antall nyhenviste/andel % av nyhenvisingene	Forholdet mellom andel nyhenvisinger/befolkningsandel
Helse Sørøst / 56%	27/64.3	1.15
Helse Vest / 21%	3/7.1	0.34
Helse Midt / 14%	8/19.0	1.36
Helse Nord / 9%	4/9.5	1.0

**Tabell 3:** Nyhenviste pasienter fordelt på helseforetakene

Tallene viser som tidligere år at det er færre nyhenvisinger fra Helse Vest, men med en liten økning fra fjorårets 0.22 til årets 0.34. Vi ser en særlig økning i henvisninger fra Helse Midt med en økning fra 0.33 til 1.36, mens andel nyhenvisinger fra Helse Sør Øst og Helse Nord er noe lavere enn i fjor, men reflekterer befolkningsgrunnlaget på en tilfredsstillende måte.

Vi har hatt flere kompetansespredningstiltak direkte tilknyttet dette resultatmålet, blant annet deltakelse i planleggingskomitè, stand og innlegg på den Nasjonale Nettverkskonferansen for revmatologisk rehabilitering i Bodø i mai 2022. Dette er en god nasjonal arena for å formidle NBRR sitt behandlingstilbud til fagmiljøene i de ulike RHF'ene. Økningen fra Helse Vest kan nok ikke bare forklares med tiltak i 2022, men er nok et resultat av ulike tiltak utført over flere år, samt en naturlig variasjon i fordeling av henvisninger.

#### 2.2.5 UngNBRR

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

I 2020 igangsatte NBRR prosjektet *UngNBRR*, der vi blant annet hadde fokus på hvordan jobbe med utfordringene knyttet til overgangsfasene fra skole og utdanning og/eller skole til arbeid. I den forbindelse ble det etablert en prosjektgruppe som har drevet med kompetanseoppbygging i teamet, samarbeidet med andre tjenester og instanser, og utformet innholdet til et gruppebasert tilbud for pasienter under 35 år. Prosjektgruppen har planlagt og lagt til rette for gjennomføringen av UngNBRR oppholdene i 2022.

Det har blitt gjennomført et gruppebasert tilbud for i alt 5 pasienter under 35 år i oktober 2022. Dette resultatmålet ansees som oppnådd, og videreføres til neste år.

### 2.2.6 Bindevevssykdommer og vaskulitter

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

I 2022 var 17% av alle nyhenvisninger som fikk opphold, fra denne pasientgruppen.

I 2022 startet NBRR et samarbeid med Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer ved OUS Rikshospitalet (RH), vedrørende vårt rehabiliteringstilbud for pasienter med inflammatoriske bindevevssykdommer/vaskulitter. Dette medførte at NBRR ble invitert til å holde innlegg om NBRR sitt rehabiliteringstilbud for revmatologene ved RH. NBRR har de siste årene vært opptatt av å formidle at pasienter med bindevevssykdommer og vaskulitter også kan henvises til rehabilitering ved NBRR. I 2020 etablerte vi et nytt resultatmål basert på tilbakemeldinger fra pasienter, behandlere og referansegruppen, som erfarte at dette var en gruppe som i stor grad står uten rehabiliteringstilbud og ofte kommer «for sent» til rehabilitering. Dette er et resultatmål som vi jobber strategisk med. NBRR jobber med et internt prosjekt sammen med RH, for å se på muligheten for å ha et gruppetilbud for bindevevssykdommene. Dette har blitt godt tatt imot, og vi har mottatt flere henvisninger på aktuelle pasienter til dette tilbudet.

For å nå vårt resultatmål vurderer vi dette som et nyttig tiltak for veien videre.

Det er imidlertid fortsatt et viktig fokus å spre kompetanse om vårt rehabiliteringstilbud til denne pasientgruppen til helseforetak, behandlere, pasienter og pårørende til alle RHF'ene.

Resultatmålet ansees som delvis oppnådd, og videreføres til neste år.

### 2.2.7 Samhandling med helse- og velferdstjenester lokalt

**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 som behandler våre pasienter, et viktig fokus. Dette er nødvendig for at pasientens rehabiliteringsprosess skal kunne videreføres lokalt, og for at informasjon, samkjøring og koordinering av tiltak skal kunne følges opp lokalt og i spesialisthelsetjenesten. Kontakt og samhandling er også sentralt for en nasjonal tjeneste, da kompetansespredning vedrørende rehabiliteringsfaget er en del av vårt mandat.

2022 har det i **66%** av alle opphold vært kontakt med lokalt hjelpeapparatet. Les mer om vårt kvalitetsmål om samhandling i kapittel 4.7.

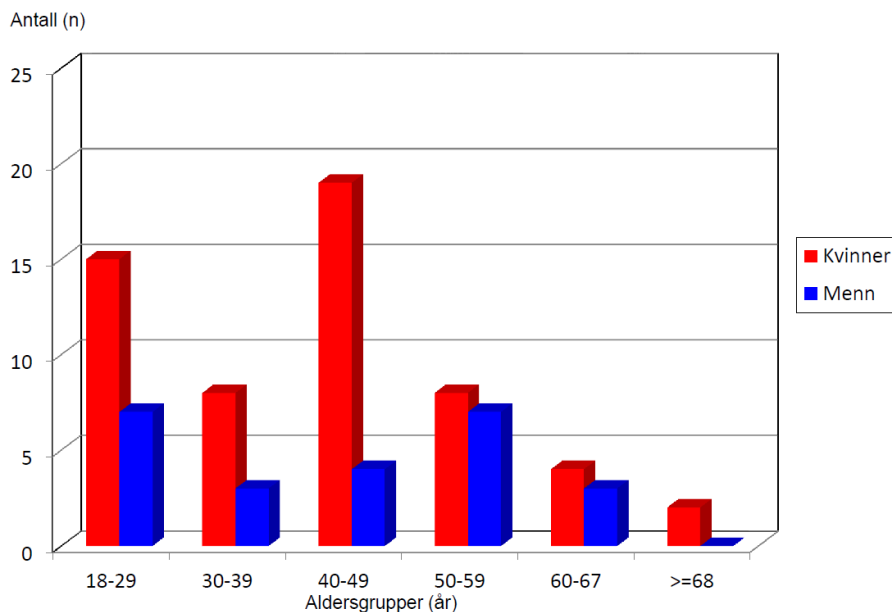
Vi er ikke helt i mål når det gjelder kontakt med det lokale hjelpeapparatet. Det tverrfaglige teamet må fortsette å jobbe strukturert med temaet innad i gruppen og med pasientene for å fremme betydningen av samhandling og involvering av det lokale hjelpeapparatet for å videreføre rehabiliteringsprosessene lokalt. Resultatmålet videreføres til neste år.



### 3. Beskrivelse av pasientgruppen

#### 3.1 Kjønn og aldersfordeling

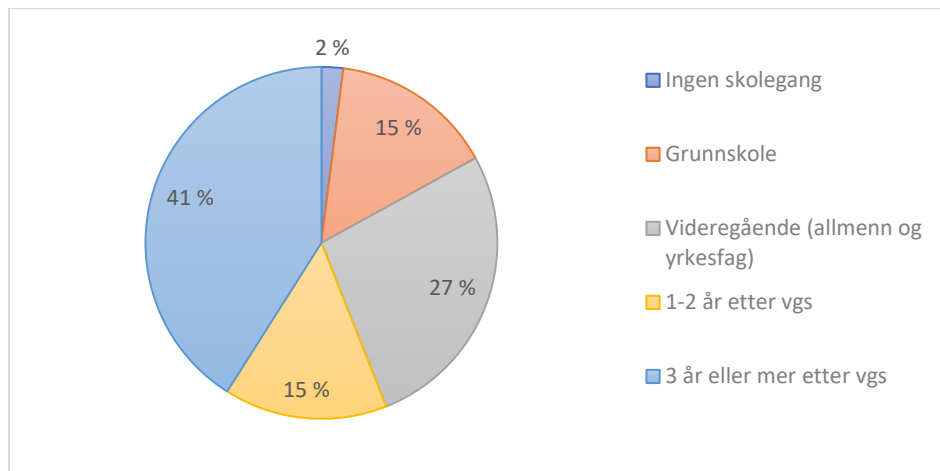
I 2022 var det innlagt 80 unike pasienter, 56 kvinner (70 %) og 24 menn (30 %). Median alder (min, maks) for kvinner i 2022 var 41.0 (18, 71) år, og for menn var median alder (min, maks) 42.0 (22, 62) år. Median alder for alle i 2022 var 41 år. I de foregående 3 år har median alder for hver årspopulasjon vært 44 år (2019), 38 år (2020) og 37.5 år (2021) med noe variasjon i median alder mellom kvinner og menn. Populasjonen i 2022 har altså vært noe eldre i 2022 sammenlignet med 2020 og 2021. Dette kan forklares med at vi i 2022 bare avholdt ett gruppeopphold i ungNBRR.



Figur 1: Fordeling på alder og kjønn i av de unike pasientene (n=80)

#### 3.2 Sivilstand og utdanning

Av de 80 unike pasientene som fikk behandling på NBRR i 2022, er 46% gift eller samboer, mens 54% bor alene (skilt/singel/enke/enkemann). Når det kommer til utdanning, har 41% av pasientene mer enn 3 år etter videregående skole, mens 15% har 1-2 år. Det er 27% som har videregående skole som høyeste utdanning, og 10% har grunnskoleutdanning. 2% har ingen skolegang.

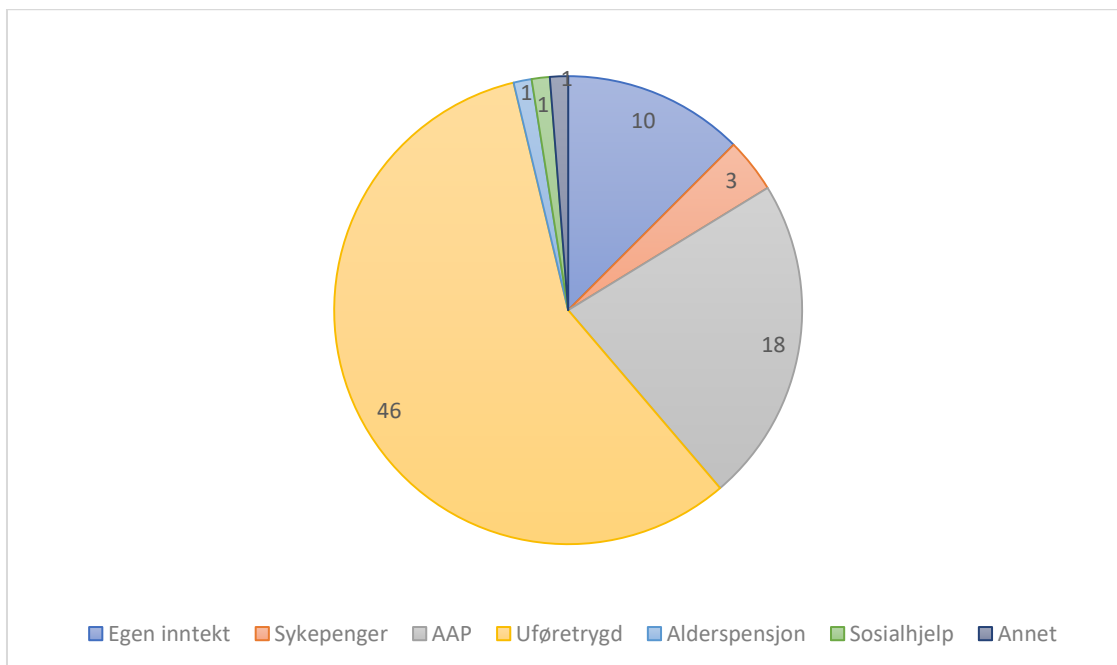


Figur 2: Utdanningsnivå (n=80)

### 3.3 Arbeid og trygdeytelser

Arbeidsdeltakelse har effekt på fysisk og psykisk helse, og har et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er derfor et viktig rehabiliteringsperspektiv for personer i arbeidsfør alder. For mange av NBRRs pasienter som er ute av arbeid eller ikke har vært i arbeidslivet, er videre arbeidsevne og/eller en avklaring på fremtidig yrkesaktivitet viktige problemstillinger. Langvarige og komplekse sykdoms- og funksjonsutfordringer, samt å ha vært utenfor arbeidslivet i lengre tid - eventuelt ikke ha erfaring fra arbeidslivet i det hele tatt, 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.

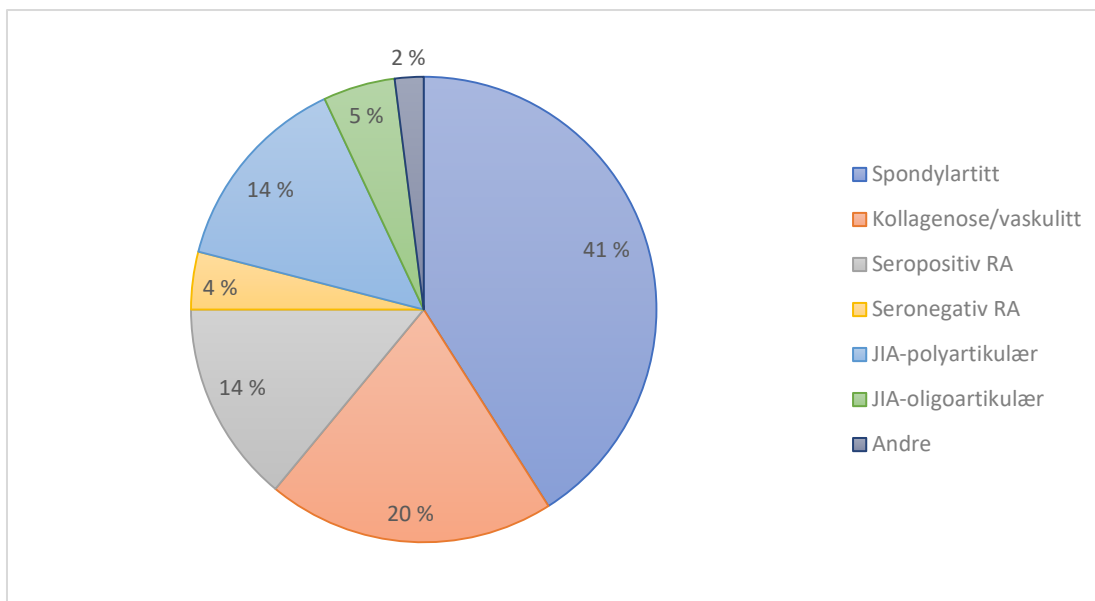
I 2022 var 19 av 80 unike pasienter i et deltid- eller heltids inntektsgivende arbeidsforhold, mens 46 pasienter hadde en varig trygdeytelse som uføretrygd eller alderspensjon. Det var 23 pasienter som hadde en fortsatt mulig eller uavklart situasjon knyttet til fremtidig yrkesaktivitet. Denne gruppen innebefatter pasienter som mottok arbeidsavklaringspenger (AAP), var sykemeldt, var aktiv arbeidssøkende, mottok sosialstønad eller som var studenter (annet).



Figur 3: Inntekt og trygdeytelse (n=80)

### 3.4 Revmatologiske diagnoser

De 80 unike pasientene i 2022 fordelte seg på de 7 ulike diagnosegruppene illustrert i figur 4. Som i tidligere år utgjør pasienter med diagnose innen spondylartritt-gruppen den største gruppa, i år 41 % av de unike pasientene. Denne gruppen inkluderer pasienter med ankyloserende spondylitt, psoriasisartritt, uspesifisert spondylartritt, juvenil spondylartritt og reaktiv artritt. I 2022 utgjorde pasienter med bindevevssykdom og vaskulitter 20%, det vil si den nest største diagnosegruppen. Revmatoid artritt utgjorde 18%, hvorav 14% var seropositiv RA. Andelen pasienter med juvenile artritter var i 2022 på til sammen 19%. I 2021 utgjorde denne gruppen 25%, mens i 2020 var andelen nede i 9%. Fordeling innenfor de ulike diagnosegruppene varierer litt fra år til år, men store variasjoner er det ikke.



**Figur 4:** Prosentvis fordeling av de unike pasientene (n=80) i diagnosegrupper

### 3.5 Sykdomsvarighet

Median sykdomsvarighet for de 80 unike pasientene var 13 år, med variasjon fra 0 til 57 år. Median sykdomsvarighet var 11 år i 2019, 2020 og 2021. Sykdomsvarighet og antall pasienter under 30 år varierer i de ulike diagnosegruppene, se tabell 4.

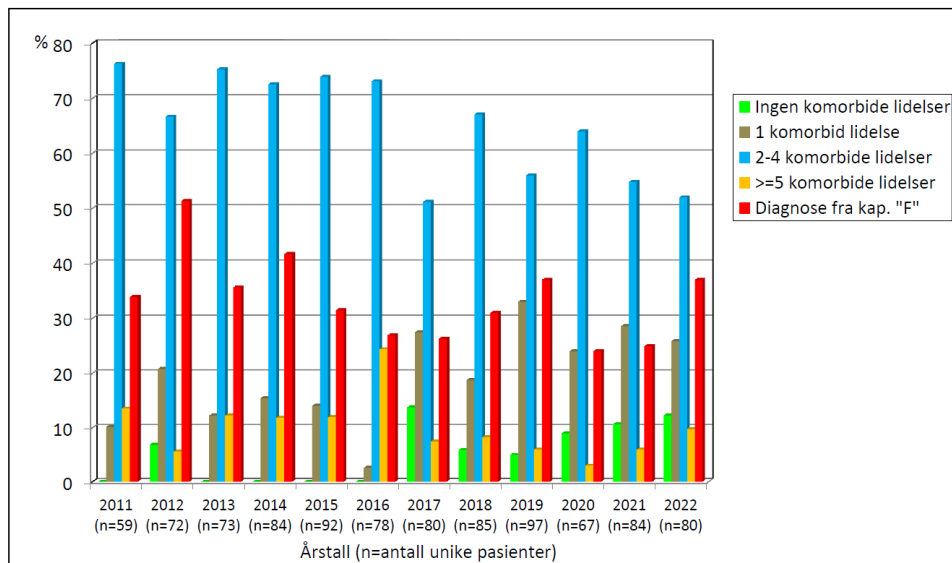
Diagnosegruppe	Antall (n)	Sykdomsvarighet (år) median (min-maks)	Sykdomsvarighet < 5 år (n)	Alder 18-29 år (n)
Spondyloartritt	33	8.0 (1-35)	9	9
JIA-polyartikulær	11	30 (14-57)	0	4
JIA-oligoartikulær	4	40.5 (30-51)	0	0
Seropositiv RA	11	12.0 (2-45)	2	2
Seronegativ RA	3	11 (3-49)	1	1
Kollagenose/vaskulitt	16	9 (0-46)	5	6
Andre	2	16.5 (16-17)	0	0
Alle unike pasienter	80	13 (0-57)	17	22

**Tabell 4:** Antall pasienter i hver diagnosegruppe, sykdomsvarighet og antall pasienter i yngste aldersgruppe fordelt på diagnosegruppe.

### 3.6 Komorbiditet (tilleggsdiagnoser)

Siden 2011 har vi med utgangspunkt i de tverrfaglige epikrisene registrert alle diagnoser som kommer i tillegg til særkoden Z50.80 Kompleks rehabilitering og diagnosekoden for den revmatologiske grunnsykdommen (hovedtilstanden). I den tverrfaglige epikrisen kodes den revmatiske grunnsykdommen som *hovedsykdommen*, mens koeksisterende sykdommer eller tilstander som observeres, undersøkes ekstra og/eller behandles under eller etter oppholdet, kodes som *bidiagnoser*. Diagnoser innenfor kapitlene M60 og M70 kodes ikke.

Presentasjon av dataene på oppførte diagnoser i epikrisene illustrerer kompleksiteten i pasientgruppen sin helsetilstand og bidrar til å forklare pasientgruppens ressursbehov:



Figur 5: Andel pasienter med en eller flere tilleggdiagnoser i tverrfaglig epikrise i perioden 2011-22.

**Resultat:** I 2022 er det kun 12% av pasientene det ikke registrert noen tilleggstilstander på. Dette betyr at det hos nærmere 90% er brukt ressurser på vurdering og/eller tiltak for andre sykdommer enn den revmatologiske sykdommen under oppholdet. Figur 5 viser videre at andelen pasienter registrert med 2-4 komorbide sykdommer var på 52%. Andel pasienter med 5 eller flere komorbide sykdommer har variert noe i 12-års perioden. I 2022 var andelen på 10 % mens den i 2020 var nede på 3%. Dette er sannsynligvis et resultat av reiserestriksjoner under pandemien som særlig fikk konsekvenser for de multimorbide pasientene.

Subanalyser har vist at andel pasienter registrert med diagnose på psykisk sykdom, kapittel F i ICD10, i 2022 var 37% (røde stolper i figur 5). Andel i 2022 med diagnose på psykisk sykdom (37%) samsvarer med resultatene etter utfylling av HADs-skjemaet (Hospital anxiety and depression scale), se kapittel 3.10. og 5.2.

### 3.7 Kroppsmasseindex (KMI)

NBRR registrerer og samler inn data på høyde, vekt og KMI på alle pasienter innlagt. Dette ble innført som fast rutine på alle pasienter fra og med 2020. Bakgrunnen for dette er at vi de siste årene stadig møter pasienter med helseutfordringer relatert til overvekt. Vi har derfor ønsket å få en oversikt over hvor stort dette helseproblemet er for vår pasientgruppe. Tabell 5 gir en oversikt over hvordan de unike pasientene i 2022 fordeler seg i KMI-grupper. Vi mangler KMI-data på 1 pasient, og tabellen beskriver derfor situasjonen for 79 pasienter. Andel av de 79 unike pasientene som tilhører gruppa «fedme» er i 2022 nær 33% sammenliknet med 26% i 2021.

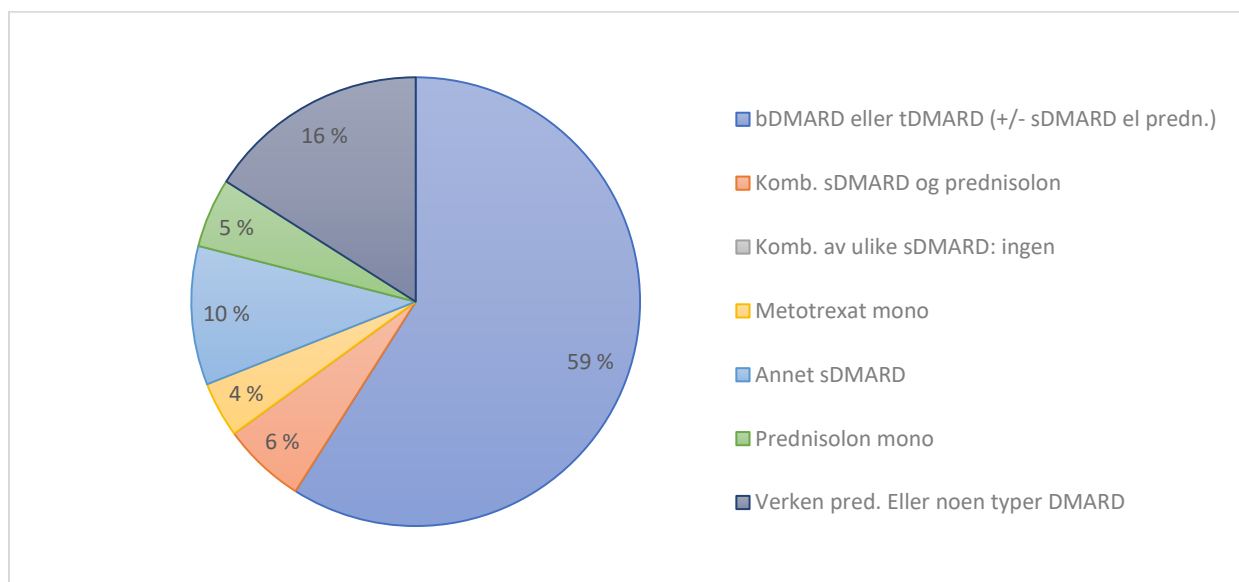
Blant de 26 pasientene med KMI  $\geq 30$  som tilsvare diagnosen fedme, var 7 under behandling med prednisolon for sin revmatiske sykdom, mens 5 pasienter hadde brukt prednisolon for sin revmatiske sykdom på et tidligere tidspunkt. Seks av pasientene hadde fått og får av og til, intraartikulære eller intramuskulære steroidinjeksjoner. Hos de siste 6 pasientene i fedmegruppen foreligger det ingen opplysninger som gir holdepunkter for at de tidligere har blitt behandlet med steroider.

KMI-grupper	Kvinner (n=55) n (% av kvinner)	Menn (n=25) n (% av menn)	Alle (n=79) n (% av alle)
Undervektig (<18.5)	3 (5.5)	2 (8.0)	5 (6.3)
Normalvektig (18.5-24.9)	22 (40.0)	8 (33.0)	30 (38.0)
Overvektig (25.0-29.9)	11 (20.0)	7 (29.2)	18 (22.8)
Fedme (>=30)	19 (34.5)	7 (29.0)	26 (32.9)

**Tabell 5:** Antall og andel av pasientene fordelt på kroppsmasseindex-grupper (KMI-grupper) for kvinner, menn og alle unike pasienter

### 3.8 Aktuelle behandlingsregimer

Alle pasienter som henvises til NBRR skal ha en inflammatorisk revmatisk sykdom som bør være så optimalt medisinsk behandlet som mulig av lokal revmatolog før start av rehabilitering. Figuren under illustrerer behandlingsregimer for den revmatologiske sykdommen til de 80 unike pasientene. Vi har her ikke registreringer på andel pasientene som bruker NSAIDs.



**Figur 6:** Prosentvis fordeling av ulike medikamentelle behandlingsregimer for den revmatologiske sykdommen (n=80).

**Resultat:** Fordelingen av ulike behandlingsregimer er i samsvar med hva som kan forventes tatt i betraktning andel pasienter i de ulike diagnosegrupper, som illustrert i figur 6. Behandlingsregimet bDMARD eller tDMARD (JAK-hemmere) enten i monoterapi eller kombinert med et sDMARD eller med prednisolon, brukes av i underkant av 60% av de unike pasientene. Med utgangspunkt i indikasjonsstillingen for disse behandlingsregimene er det et godt samsvar mellom andel pasienter på bDMARD/tDMARD-regime og andel pasienter med spondylartritt og revmatoid artritt, som i 2022-populasjonen tilsammen utgjorde 59 % av de unike pasientene.

I gruppa på 13 pasienter (16%) som verken bruker prednisolon eller noen form for DMARD, har 6 pasienter spondylartritt, 3 pasienter JIA, 2 pasient kollagenose (inkludert 1 med inklusjonslegemyositt), 1 pasient seropositiv RA og 1 pasient som var henvist med artrittdiagnose, men som det viste seg ikke hadde inflammatorisk revmatisk sykdom. Hos 8 av disse 13 pasientene er det ikke indikasjon for noen form for DMARD (5 i spondylartrittgruppa, 1 med RA, den ene med inklusjonslegemyositt og den pasienten som ikke hadde inflammatorisk revmatisk sykdom). En pasient

har hatt bivirkninger av flere DMARDs og kortvarig effekt av en annen, og hos 3 pasienter er det kontraindisert med DMARDs pga nylig ferdigbehandlet cancer eller risiko for alvorlig infeksjon.

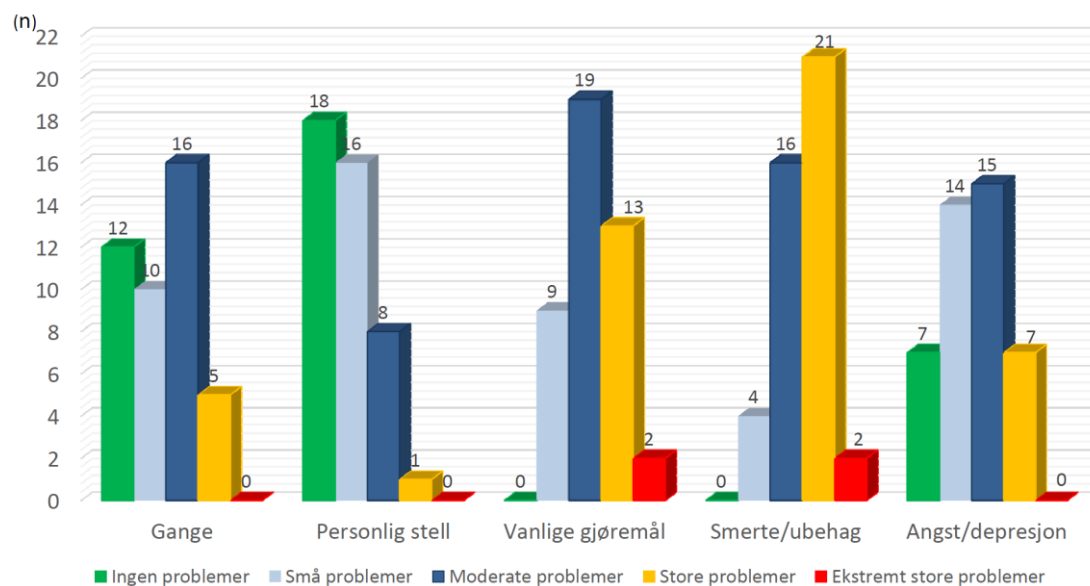
### 3.9 Helsereelatert livskvalitet ved innledende rehabiliteringsopphold

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).

#### 3.9.1 Euroqol-5 dimension 5 levels (EQ-5D-5L)

EQ-5D-5L er et standardisert, generisk instrument som måler helseutfall på fem 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 2022 (n=43). Vi har data fra alle 43 pasientene. Senere i rapporten presenteres endringer i EQ-5D-5L fra innleggelse til utreise for de som har vært innlagt til et 2-3 ukers *rehabiliteringsopphold*.

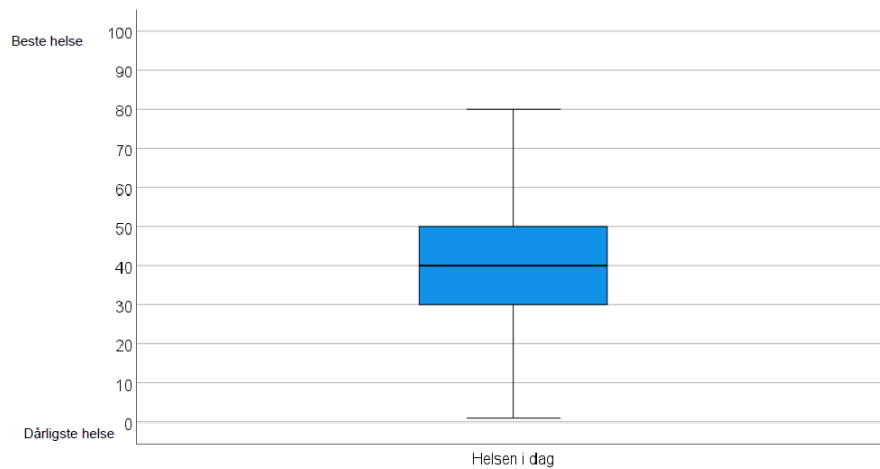


**Figur 7:** Fordeling av antall svar på hvert svaralternativ på hvert område i EQ-5D ved innkomst til innledende rehabiliteringsopphold (n=43)

**Resultater:** Litt under 50% (21 av 43) av pasientene som innlegges til innledende rehabiliteringsopphold har fra moderate til store problemer med gange. Det er 9 (21%) som har moderate til store problemer med personlig stell. Nærmere 15 (35%) oppgir å ha store til ekstremt store problemer med vanlige gjøremål. Når det gjelder smerter og ubehag svarer 23 pasienter (53%) å ha store til ekstremt store problemer med smerter. I underkant av 22 (50%) svarer at de har moderate til store problemer med angst/depresjon.

Sammenlignet med populasjonene som var innlagt ved NBRR i 2020 og 2021 er det i 2022 en større andel som skårer «store til ekstremt store problemer med smerter». I 2020 oppgav 22% «store til

ekstremt store problemer med smerter». Tilsvarende andel i 2021 var 47%. Skår på egenvurdert helse på EQ-VAS for pasientene innlagt til innledende rehabilitering i 2022 er illustrert i figur 8.



**Figur 8:** Egenvurdert helse på EQ-VAS (n=43)

**Resultater:** 50 % av pasientene i 2022 skårer mindre enn 40 på egenvurdert helse på EQ-VAS (0-100) når de kommer til et innledende rehabiliteringsopphold. Dette er et av flere mål som illustrerer NBRR-populasjonens reduserte livskvalitet og helse.

Basert på EQ-5D og EQ-VAS er livskvaliteten i NBRR populasjonen i 2022 sammenlignbar med NBRR populasjonen i 2021. Medianverdien på EQ-VAS var 40 begge disse årene. I 2020 var medianverdien på EQ-VAS 50. En sannsynlig forklaring på at populasjonene i 2021 og 2022 skårer dårligere på livskvalitet enn i 2020, er at bedre vaksinasjonsstatus mot Covid-19 har bidratt til at også de dårligste pasientene har blitt henvist til NBRR etter at det første året i pandemien var over.

### 3.9.2 Rheumatoid arthritis impact of disease (RAID)

Spørreskjemaet RAID måler 7 ulike dimensjoner ved selvpålevd helse/livskvalitet den siste uken, på en skala fra 0 til 10, der høyt skår betyr dårlig helse/livskvalitet. De 7 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 7 underskårene. I utregning av RAID-total vektet smerte, fysisk funksjon og fatigue mer enn de øvrige dimensjonene. 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 OMERACT (Outcome measures in Rheumatology).

RAID er validert for bruk til pasienter med RA, ved NBRR har vi valgt å være pragmatisk å be alle pasientene uavhengig av diagnose, å fylle ut dette skjemaet.

RAID-dimensjon	Mean (95% CI)	Median (min, maks)
Smerte (0-10)	6.1 (5.5-6.7)	6.0 (1-10)
Fysisk funksjon (0-10)	5.6 (4.9-6.4)	5.0 (0-10)
Fatigue (0-10)	7.7 (7.1-8.3)	8.0 (3-10)
Søvn (0-10)	6.2 (5.4-7.1)	6.0 (0-10)
Fysisk velvære (0-10)	6.3 (5.6-6.9)	6.0 (3-10)
Følelsesmessig velvære (0-10)	6.1 (5.4-6.7)	6.5 (2-10)
Mestring (0-10)	5.5 (4.8-6.2)	5.0 (1-10)
RAID-total (0-10)	6.2 (5.7-6.7)	6.1 (3.0-9.9)

**Tabell 6:** Skår, både mean (95% CI) og median (min, maks) på hver av de syv ulike dimensjonene av RAID og på RAID total, ved innkomst til innledende rehabilitering i 2022 (n=43)

**Resultat:** Pasientene ved NBRR skårer relativt høyt på hver dimensjon, her betyr høyt skår dårlig helse, gjennomsnittsverdi på alle områder ligger over 5, høyeste skår er på dimensjonen fatigue/utmattelse med gjennomsnittsverdi på 7.7 og median 8.

Blant de 43 som gjennomførte et innledende rehabiliteringsopphold i 2022 var det 28 kvinner og 15 menn. Kvinnene skårer numerisk høyere på alle dimensjoner. RAID-total for kvinner: mean (95% CI) 6.4 (5.9-7.0) og median (min, maks) 6.2 (3.5-9.7). RAID-total for menn: mean (95% CI) 5.8 (4.8-6.8) og median (min, maks) 5.6 (3.0-9.9).

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 5.1.1. og kapittel 5.1.2.

### 3.9.3 Bergen Insomnia Scale (BIS)

Som det går fram av tabell 6 over skårer 50% av pasientene som innlegges ved NBRR for første gang dårligere enn 6 på RAID-søvn. Vi har ønsket å samle inn mer utfyllende opplysninger om søvnproblemene i pasientpopulasjonen, og har fra 2020 valgt å bruke Bergen Insomnia Scale. Denne skalaen ble utviklet og validert basert på DSM-IV-kriteriene for insomni og består av 6 spørsmål. De første 3 spørsmålene omhandler innsovningsvansker, oppvåkning under søvn og tidlig morgenoppvåkning. Spørsmål 4 spør om pasienten føler seg utvilt 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  $\geq 3$  på ett eller flere av de fire første spørsmålene, kombinert med en skår på  $\geq 3$  på ett eller begge av de to siste spørsmålene fyller kriteriene for insomni i henhold til DSM-IV.

	Ved innkomst IRO 2022, n=42
Sumskår BIS (0-42), median (min, maks)	26.5 (1, 42)
Insomni, n (%)	39 (92.9)

**Tabell 7:** Sumskår Bergen Insomnia Scale (BIS) og andel som fyller kriteriene for insomni ved innkomst til innledende rehabiliteringsopphold (IRO) i 2022 (n=42, 1 missing)

**Resultater:** Nær 93% av pasientene som innlegges for et innledende rehabiliteringsopphold i 2022 fyller kriteriene for insomni i henhold til DSM-IV. Både i 2020 og i 2021 var det over 90% som fylte kriteriene for insomni, i 2020 var andelen 90.6% og i 2021 94.7%. Disse tallene viser at de aller fleste



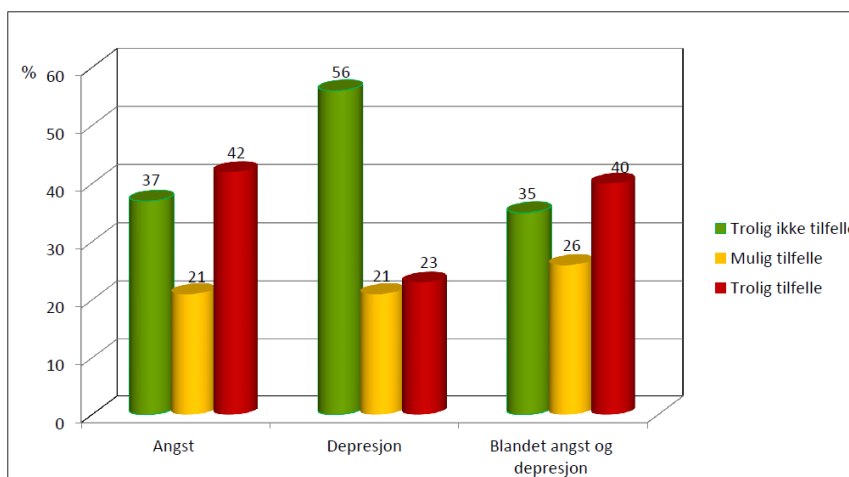
pasienter innlegges på NBRR har store utfordringer med søvn. Generelle tiltak som anvendes i pasientarbeidet er gjennomgang av søvnhygieneråd publisert på hjemmesiden til kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno), og anbefalinger om å se vår psykolog Lisa Elstads film «Sove bedre? Gjør disse tingene først». Denne filmen ligger på youtube. Ved mistanke om søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser utarbeides henvisning til utredning med polygrafi eller polysomnografi.

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 5.1.3.

### 3.10 Psykisk helse

Personer med kronisk sykdom har større risiko for å utvikle psykiske plager enn personer uten kronisk sykdom. Angst og depresjon kan påvirke helse relatert adferd på en negativ måte ved en høyere risiko for ikke å følge helsepersonells råd og anbefalinger, i tillegg vet vi at depresjon ofte fører til inaktivitet og isolasjon. Angst og depresjon kan også forverre opplevelsen av kronisk smerte. 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.

Ved NBRR brukes spørreskjemaet Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for kartlegging av pasientens psykiske plager som et supplement til en generell klinisk kartlegging av psykisk helse. HADS-skjemaet fylles ut i begynnelsen av alle typer opphold, de som er innlagt til et rehabiliteringsopphold fyller også 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 se 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 9:** Prosentvis fordeling av symptomtrykk for angst, depresjon og blandet angst/depresjon ved innkomst til innledende rehabiliteringsopphold (n=43)

**Resultat:** Basert på HADS-skåren har trolig litt over 40 % en angstlidelse og samme prosentandel en blandet angst og depressiv lidelse, ved innkomst til innledende rehabiliteringsopphold. Tilsvarende andel som trolig har en depresjon ved innkomst til det innledende rehabiliteringsoppholdet, er 23%. HADS er ikke et diagnostisk verktøy og HAD-skår må alltid sammenholde med klinisk vurdering, ev.

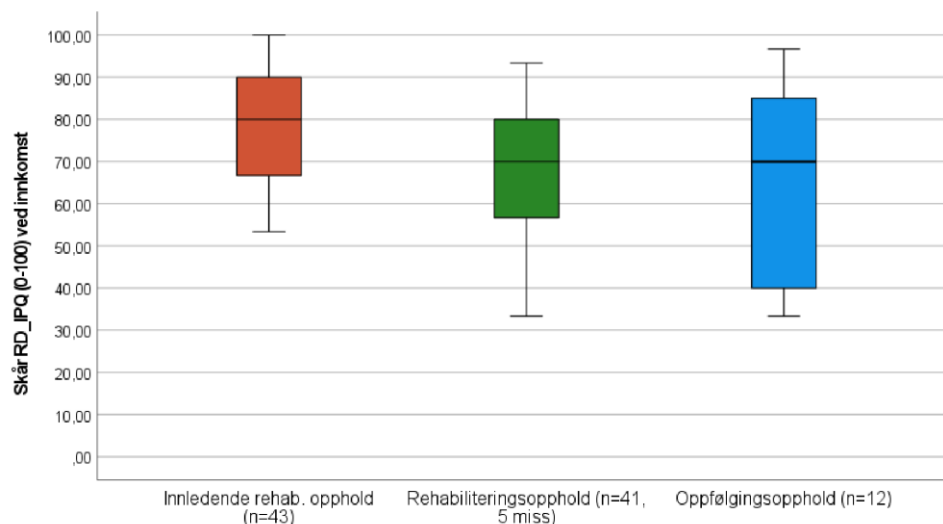
bruk av andre kartleggingsinstrumenter. Figur 5 lenger framme i rapporten viser at 37 % av pasientene har en diagnose på psykisk lidelse i epikrisen etter opphold ved NBRR, altså er det et rimelig godt samsvar mellom resultat ved kartlegging med HADS og klinisk diagnose.

På bakgrunn av HAD-skårene har 40% 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, og 3) tverrfaglige tiltak som er tilpasset pasientens psykiske helse.

Endring i selvrapportert psykisk helse fra innkomst til utskrivelse i et rehabiliteringsopphold omtales senere i rapporten, se kapittel 5.2.

### 3.11 Sykdomsforståelse

Med sykdomsforståelse menes pasientens tanker og oppfatninger om sin sykdom og om hva hun/han mener vil bidra til bedring, alternativt forverring, av sykdommen. Dette er viktig informasjon for helsepersonell for å kunne forstå pasientens utgangspunkt og ut i fra det vurdere hensiktsmessige tiltak. I en ren klinisk setting handler helsepersonellets evne til å forstå pasientens perspektiv, først og fremst om gode kommunikasjonsferdigheter. Ved NBRR er vi nysgjerrige på om vår kommunikasjon med pasientene og tiltak under et rehabiliteringsopphold, kan endre pasientenes sykdomsforståelse i en positiv retning. Spørreskjemaet Rheumatic Disease Illness Perspective Questionnaire (RD-IPQ) er tilpasset pasienter med revmatisk sykdom og validert for norske forhold.<sup>1</sup> Seks av 10 spørsmål danner grunnlag 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-verdi for hva som er god og dårlig sykdomsforståelse.



**Figur 10:** Boksplot av RD-IPQ (median, kvartiler, maks og min-verdi) ved innkomst til de tre ulike oppholdstypene i 2022.

**Resultat:** Median (min, maks) RD-IPQ ved innledende opphold (n=43) er 80.0 (53.3, 100). De som kommer inn til rehabiliteringsopphold (n=41, 5 missing) har median (min, maks) RD-IPQ på 70.0 (33.3, 93.3), og de som kommer inn til oppfølgingsopphold (n=12) skårer median (min, maks) RD-IPQ 70.0

<sup>1</sup> 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. PMID: 22325016.

(33.3, 96.7). Disse verdiene på RD-IPQ kan tolkes som uttrykk for at pasientene som innlegges ved NBRR tenker at sykdommen har relativt store negative konsekvenser for dem, med negativ påvirkning på identitet og følelser. I og med at det er 3 ulike pasientpopulasjoner kan det her ikke trekkes noen konklusjon om at gjennomført innledende rehabiliterings opphold bedrer sykdomsforståelse.

RD-IPQ fylles ut ved innkomst til alle oppholdstypene og ved utreise fra rehabiliteringsopphold. Endring av sykdomsforståelse fra innkomst til utskrivelse ved rehabiliteringsopphold er beskrevet i kapittel 5.3. Fra og med 2019 har vi også innhentet svar på RD-IPQ 6 måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold. Disse resultatene formidles i årets kvalitetsrapport under kapitel 6.3.

## 4. Kvalitetsmål

### 4.1 Om kvalitetsmålene

Kvalitetsmål er parametere som sier noe om kvaliteten på behandlingen og utbyttet pasientene opplever at rehabiliteringen gir. Målene gir også en indikator for hva som fungerer godt og hvor forbedringsfokusert bør være. Resultatene på alle kvalitetsmålene er hentet fra evalueringsskjemaer som pasientene besvarer ved innkomst og utreise. Alle pasienter besvarer spørreskjema ved innkomst, mens det kun er pasienter som har vært på et rehabiliteringsopphold som besvarer skjema ved utreise (se mer om ulike oppholdstyper under pnkt. 2.2.3).

### 4.2 Svarprosent på evalueringsskjemaer

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

**Kvalitetsmål: Pasienttilfredshetsskjemaene er besvart ved 90 % av innleggelsene.**

**Resultat:** Av 101 opphold ble det mottatt 92 evalueringsskjemaer. Dette gir en svarprosent på 91%. Kvalitetsmålet er oppnådd.

**Tiltak for opprettholdelse:** Tiltak har vært å avsette tid til skjemautfylling i pasientens timeplan samt å etterspørre utfylte skjemaer i pasientenes avslutningsmøter. Dette videreføres i 2023. Vi ser en utfordring i at pasienter som trenger tolk ikke får levert evalueringsskjema. Det gjør at vi mangler tilbakemeldinger og mulige perspektiver fra noen av de pasientene som har en kommunikasjonsutfordring.

### 4.3 Informasjon før oppholdet

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

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

**Resultat:** 81% (n=74) oppgir at de i stor eller svært stor grad har fått tilstrekkelig informasjon forut for oppholdet. Tallet ligger under definert målsetting, men er en positiv utvikling fra i fjor (76%).

**Kommentar:** Det har over flere år vært en rutine ved NBRR at det tas telefonisk kontakt med pasientene 3 uker før planlagt opphold. Den positive utviklingen i resultatet kan kanskje sees i sammenheng med at vi har revidert innholdet i denne samtalen.

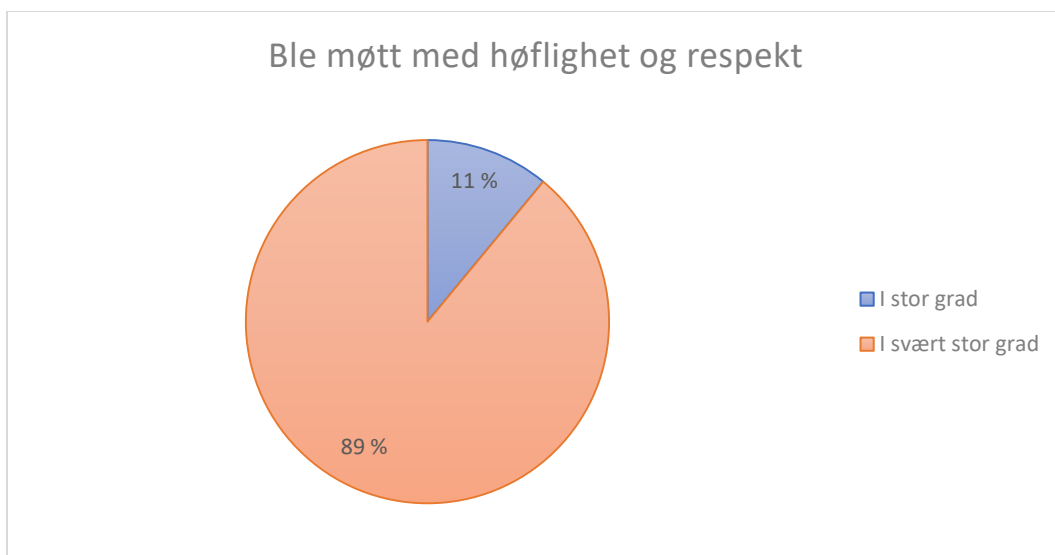
**Tiltak for forbedring:** Telefonsamtale med informasjon før opphold videreføres. Det skal også tilføres et punkt i evalueringsskjemaet som handler om informasjon pasientene skulle ønske de hadde fått på forhånd, men som de ikke fikk. I tillegg skal informasjonsarket som sendes til pasientene i forkant av oppholdene revideres.

#### 4.4 Høflighet og respekt

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

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

**Resultat:** 100% av de som har svart sier at de i *Stor grad* eller *Svært stor grad* opplever å bli møtt med høflighet og respekt (n=92), se diagram nedenfor. Kvalitetsmålet anses som oppnådd.



**Figur 11:** Ble møtt med høflighet og respekt (n=92)

**Tiltak for opprettholdelse:** Fortsatt veiledning og kompetanseheving innen motiverende intervju og en klientsentrert tilnærming og stadig fokus på NBRRs verdier.

#### 4.5 Pasientenes mål for oppholdet

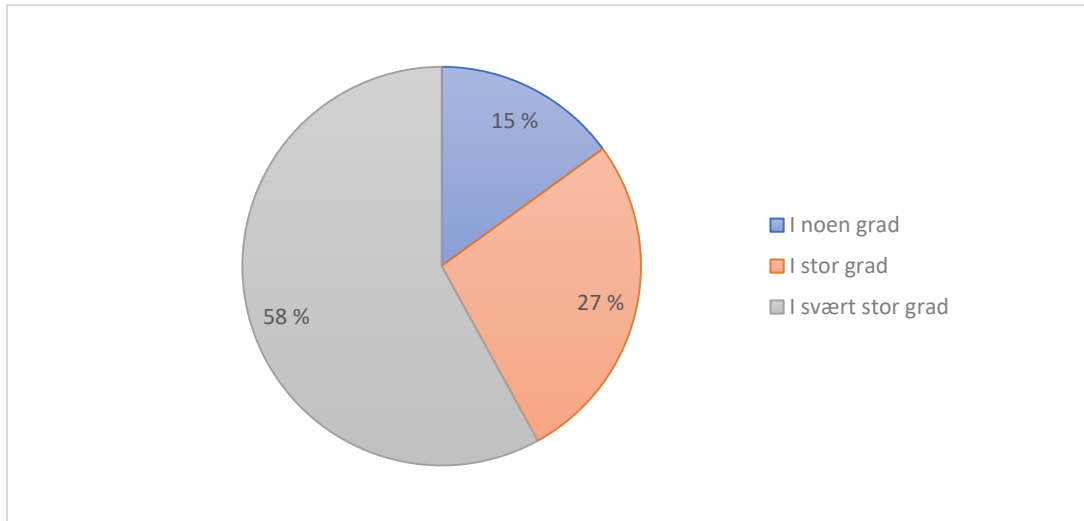
Pasientene definerer selv hva som skal være fokus og konkrete mål for sitt rehabiliteringsopphold. Målene viser til områder pasienten opplever som viktige å ta tak i, og er styrende for utforming av konkrete tverrfaglige tiltak. I hvor stor grad pasientene selv opplever at rehabiliteringen har gitt et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

#### 4.5.1 Eierskap til egen målsetting

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

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

**Resultat:** 85% av de som har svart sier at de i *Stor grad* eller *Svært stor grad* opplevde at rehabiliteringsmålene var deres egne.



**Figur 12:** Opplevelse av at rehabiliteringsmålene var sine egne (n=41)

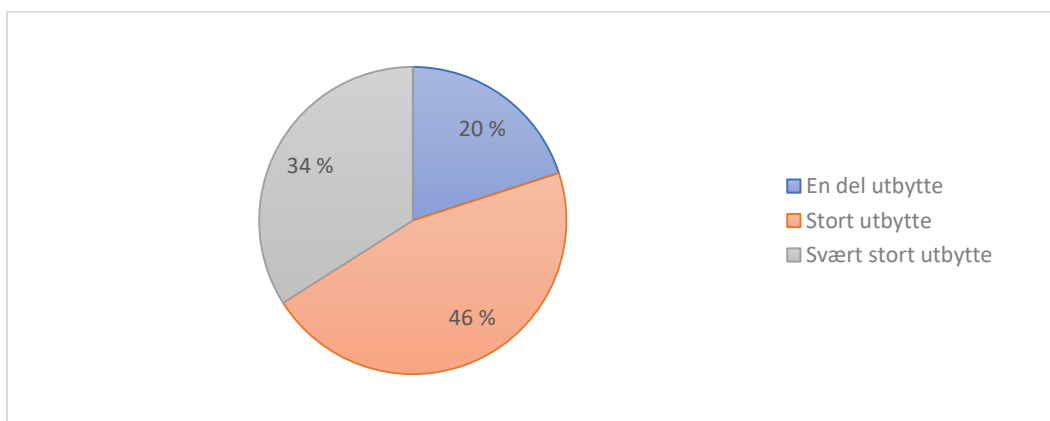
**Kommentar:** Vi er nær måloppnåelse, men ser at vi må fortsette å ha fokus på dette.

**Tiltak for forbedring:** Det arbeides kontinuerlig med målformulering, og dette beholdes som et ukentlig fokus på teammøtene. Se også neste punkt 4.5.2.

#### 4.5.2 Utbytte relatert til mål

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

**Resultat:** 80% av pasientene innlagt til rehabiliteringsopphold oppgir utbytte relatert til egne mål som *Stort* eller *Svært stort*.



**Figur 13:** Pasientenes evaluering av utbyttet relatert til egne mål etter rehabiliteringsopphold (n= 41)

**Kommentar:** Det er ikke usannsynlig at utbytte av mål er tilknyttet opplevelse av å eie sine egne mål. Resultatet kan derfor ha sammenheng med at 85% av pasientene som opplevde stort til svært stort eierskap til målene (se pkt 4.1.1).

**Tiltak for forbedring:** Det vil i 2023 være et fortsatt fokus på hvordan fagpersoner kan skape gode mål i samarbeid med pasientene. Det arbeides aktivt med målformuleringer med fokus på SMART-mål: *Spesifikt, Målbart, oppnåelig (Achievable), Relevant, Tidsbasert*. Det arbeides også med en systematisk oppfølgingssamtale av målene underveis i oppholdet som fokuserer på om pasienten opplever målene som påvirkelige for endring ved egeninnsats og/eller samarbeid med helsepersonell.

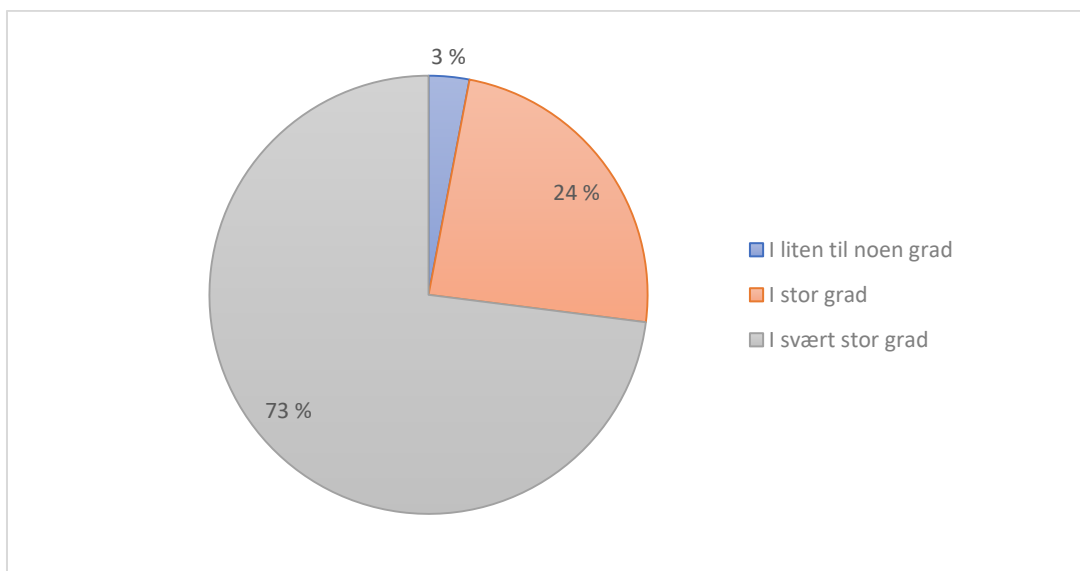
#### 4.6 Opplevelse av tverrfaglig samarbeid

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

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

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

**Resultat:** 97% av de som har svart sier at de i *Stor grad* eller *Svært stor grad* opplevde at behandlerne samarbeidet godt om innholdet i oppholdet (n=92). Kvalitetsmålet anses som oppnådd.



**Figur 14:** Erfart tverrfaglig samarbeid (n=92)

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

## 4.7 Samhandling

Som beskrevet i kapittel 2.2.7 *Samhandling med helse- og velferdstjenester lokalt*, er samhandling med det lokale hjelpeapparatet en viktig del av å videreføre rehabiliteringsprosessen til den enkelte pasient. Vi vet at kontakt, kunnskapsoverføring og samarbeid med lokale kontakter vil støtte den enkelte pasient, sikre kontinuitet i rehabilitering og gi økt trygghet for den enkelte.

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

**Resultat: 66%** av alle rehabiliteringsopphold vært kontakt med lokalt hjelpeapparatet.

Det er i 2022 registrert direkte kontakt med eksterne behandlere og tjenester i 67 opphold. Omfanget i enkeltsaker varierer fra en til fire kontaktpersoner og instanser. For de 46 rehabiliteringsoppholdene som var i 2022 ble det i 27 opphold kontaktet mellom 1-2 kontakter eksternt, og for 8 opphold ble det gjort mellom 3-6 kontakter eksternt.

Det har for noen pasienter også vært behov for kontakt med offentlige tjenester og systemer, som for eksempel NAV. Ressursbruken i denne type arbeid er betydelig, men er en bevisst prioritering for å sikre helhetlige, koordinerte og sammenhengende rehabiliteringsprosesser.

Det bemerkes at pasientene, i flere tilfeller, ikke ønsker at behandlere på tjenesten skal ta kontakt med behandlere lokalt. Dette begrunnes ofte med at de kan ivareta informasjonen selv, og bruker den tverrfaglige epikrisen fra NBRR som verktøy.

### 4.7.1 Samarbeidsmøter

Det ble registrert samarbeidsmøter med behandlere og relevante tjenester lokalt i 3 tilfeller. Til sammenligning deltok behandlere fra NBRR på samarbeidsmøter i 7 tilfeller i 2021. Vi har derfor hatt en reduksjon i 2022. Det er grunn til å tro at den synkende trenden på dette punktet henger sammen med er mindre mulighet for å gjennomføre såpass ressurskrevende tiltak både for NBRR og kommunalt. I slike tilfeller blir det foretrukket av de ulike faggruppene å bruke alternative kontaktpunkt, som avtalt telefonmøte, brev eller en direkte telefon.

### 4.7.2 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 2022
IP igangsatt under innleggelse	2
IP igangsatt før innleggelse	4
IP ikke vurdert som aktuelt nå	95

Tabell 8: Oversikt antall Individuell plan

Vi ser av antall pasienter der NBRR har initiert til utarbeidelse av IP er relativt lav, men stabil siden i fjor. Det er en naturlig variasjon i pasientenes behov for IP fra år til år, men det er imidlertid vår erfaring at tilbudet og oppfølgingen tilknyttet IP varierer.

Erfaringsvis hender det dessverre at kontakt med kommuner og lokal koordinator vedrørende pasientens behov for IP ikke følges opp som avtalt eller ikke følges opp i det hele tatt. Dette medfører at terskelen for å ta kontakt blir høy, med fare for å gi pasientene våre forhåpninger som ikke følges opp.

#### 4.7.3 Utarbeidete henvisninger:

I 2022 har vi registret utarbeidete henvisninger. Henvisninger sier oss noe om hva slags behov pasientene har for videre behandling eller oppfølging lokalt.

I 2022 utarbeidet NBRR totalt 35 henvisninger. 10 var utarbeidet av revmatolog, 23 av psykolog og 2 av andre faggrupper (ergoterapeut, sosionom eller fysioterapeut).

I en henvisning ligger det mye arbeid. Antall utarbeidete henvisninger fra NBRR viser oss et bilde om pasientgruppen, som trenger mer medisinsk utredning og/eller oppfølging og i stor grad oppfølging vedørende sin psykiske helse.

Dette korrelerer godt med det kliniske inntrykket vi har av vår pasientpopulasjon. I tråd med at flere pasienter fremstår friskere, medisinsk sett, strever en stor andel med sin psykiske helse og muligheten til adekvat hjelp til å håndtere dette.

**Tiltak for forbedring:** Samhandling med det lokale hjelpeapparatet er et viktig fokus. Samhandling er et punkt som både er inkorporert i malen for tverrfaglig møte og stadig blir løftet opp. Vi anerkjenner at for å sette av tid i en klinisk hverdag at det må være et fokus fra ledelsen om viktigheten av samhandling. Videre fokus på kvalitetsmålet i tverrfaglige møter vil være et nødvendig tiltak.

Vi opplever at vi bruker mye ressurser og kapasitet på å utforme henvisninger for pasientene våre. Når vi vurderer at det er behov for henvisning, er ikke dette etablerte kontakt vi kan engasjere. Våre behandlere på NBRR nedlegger mye tid på å kartlegge, beskrive og utforme gode henvisninger til andre instanser. Videre fokus på å utforme gode henvisninger og registrering av antall henvisninger som utarbeides fra NBRR, vil fortsette å være et satsningsområde.

Vi har i sammenheng med punktet om samhandling blitt stadig mer klar over hvilken ressurs samhandling med pårørende (ektefeller/samboere, foreldre) og barn som pårørende er for våre pasienter, og hvilken grad de også spiller en betydelig rolle for videreføring av gode rehabiliteringsprosesser etter endt opphold. Vi vil derfor i 2023 registrere antall kontakter og samtaler gjennomført med pårørende, for å sette et tydeligere fokus på viktigheten av sosial støtte og betydningen av samhandling med det sosiale «hjelpeapparatet» for pasientene.

## 4.8 Fritekstkommentarer

Evalueringsskjemaene gir rom for kommentarer i fritekst som svar på to spørsmål; (1) *er det noe ved oppholdet du ville ønsket annerledes*, og (2) *er det noe ved oppholdet du er spesielt fornøyd med*.

### 4.8.1 Er det noe ved oppholdet du ville ønsket annerledes?

56 pasienter (61% av de som svarte, n=92) benyttet seg av muligheten til å svare på om de skulle ønske noe var annerledes, og gav til sammen 109 tilbakemeldinger. De aller fleste bemerket flere ting under flere kategorier. Tilbakemeldingene er organisert i 5 kategorier. Kategoriene er presentert i tabellen under med eksempler i parentes.



Tilbakemeldinger	Antall
<b>Aktiviteter og innhold</b> (bedre fordeling i timeplan, flere samtaler og fellesaktiviteter)	36
<b>Fasiliteter</b> (nattlampe, bedre tilrettelagt sengerom og oppholdsrom)	23
<b>Plassering/flytting i helger</b> (mer egnede lokaler, unngå flytting i helg)	20
<b>Mat og renhold</b> (sunnere og mer variert kosthold, grundigere renhold)	16
<b>Diverse</b> (Informasjon, tidspress)	14

Tabell 9: Fritekstkommentarer om hva pasientene kunne ønsket annerledes i 2021

**Utdyping:** På lik linje med 2020 og 2021 er også årets største gruppe tilbakemeldinger tilknyttet *Aktiviteter og innhold*. En gjentakende tilbakemelding er jevnere fordeling av aktiviteter. Noen dager blir for intense, mens andre dager oppleves som litt for tomme og kunne hatt mer program. Til tross for dette svarer 80% (n=92) at de i *stor til svært stor grad er fornøyd med ukeplanen under oppholdet*. Ukeplanen er pasientens oversikt over ukens aktiviteter dag for dag.

Flere savner muligheten til flere enkeltsamtaler med behandlerne. Det er ønske om flere fellesaktiviteter som felles undervisning, gruppesamtaler og sosialt samvær gjennom felles trening, aktivitetstilbud og hobbyaktiviteter. Det er også ønskelig med flere aktiviteter på kveld og helg.

Flere kommentarer tilknyttet felles oppholdsrom handler om størrelse på rommet og behov for hvilestoler til hele gruppen. Mange kommenterer også avdelingens plassering og opplever samlokaliseringen med en medisinsk sengepost som et forstyrrelsesmoment.

Flere ønsker seg mer/tidligere informasjon om sykehusets kostalternativer og et bredere og sunnere matutvalg.

Tilbakemeldingene er oversendt NBRR sitt lederteam, og vil også bli presentert for det tverrfaglige teamet.

#### 4.8.2 Er det noe ved oppholdet du er spesielt fornøyd med?

Av 92 pasienter var det 68 (74%) som kommenterte det de var spesielt fornøyd med. Til sammen gav de 115 tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene er samlet i fem kategorier, med eksempler i parentes:

Tilbakemeldinger	Antall
<b>Personalet</b> (hyggelig/imøtekommende, kompetanse, lyttende, hjelpsom)	43
<b>Godt tverrfaglig samarbeid</b> (kommunikasjon, bli tatt på alvor, kvalitet)	20
<b>Bli sett som et helhetlig menneske:</b> (Individuelt fokus, sett og tatt på alvor, ivaretatt)	20
<b>Rammer:</b> (enerom/bad, morgentur, god mat, sosialt)	21
<b>Diverse:</b> (rask hjelp, oppholdet som forventet)	11

Tabell 10: Fritekstkommentarer om hva pasientene var spesielt fornøyd med

**Utdyping:** Det er svært mange gode tilbakemeldinger på personalets kompetanse og væremåte. Hyggelig og imøtekommende, lyttende og faglig kompetanse er ord som går igjen.

*«Spesielt fornøyd med måten jeg ble tatt imot av alle i det tverrfaglige teamet, og hver enkelt behandler. God hjelp til å oppnå rehabiliteringsmålet og videre mål etter opphold».*

Kommentarene samsvarer godt med at 100% av pasientene opplever å bli møtte med høflighet og respekt (se punkt 4.4). Kommentarene på godt tverrfaglig samarbeid korrelerer også godt med at 97% av pasientene har besvart at de i stor til svært stor grad opplever godt tverrfaglig samarbeid.

Flere av pasientene kommenterer at de opplever å bli ivaretatt, lyttet til og tatt på alvor. Det individuelle fokuset er også kommentert som betydningsfullt.

*«Det å føle seg så sett og trodd og tatt alvorlig på alle områder, det gjør noe med selvfølelsen. Føler meg alltid trygg medisinsk sett»*

Flere av pasientene som kommer til NBRR har opplevd å miste tillitten til helsevesenet. I en rehabiliteringsprosess er tillitt til personalet og det å bli anerkjent og sett som et helt menneske helt vesentlig for behandlingen. Dette er derfor en viktig kvalitetsparameter for NBRR, og av stor betydning at kommentarene hentyder at pasientene opplever denne kvaliteten hos oss.

#### 4.9 Epikriser

NBRR sine epikriser inkluderer bidrag fra seks faggrupper, samt fra øvrige interne spesialisthelsetjenester der det er relevant. Data for dette kvalitetsmålet er hentet fra sykehusets ledelses- og informasjonssystem.

**Kvalitetsmål:** Alle epikriser (100%) skal være godkjent og sendt innen 7 dager fra avsluttet opphold.

**Resultat:** 99% av alle epikrisene var sendt innen 7 dager. I antall betyr det at en epikrise ble sendt ut etter fristen. Kvalitetsmålet anses som oppnådd.

## 5. Evaluering av utbytte ved utreise fra rehabiliteringsoppholdet

### 5.1 Utbytte i forhold til 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 (mean 16 dager), bli presentert. Viser til tidligere omtale av spørreskjemaene EQ-5D-5L og RAID henholdsvis i kapittel 3.9.1 og 3.9.2.

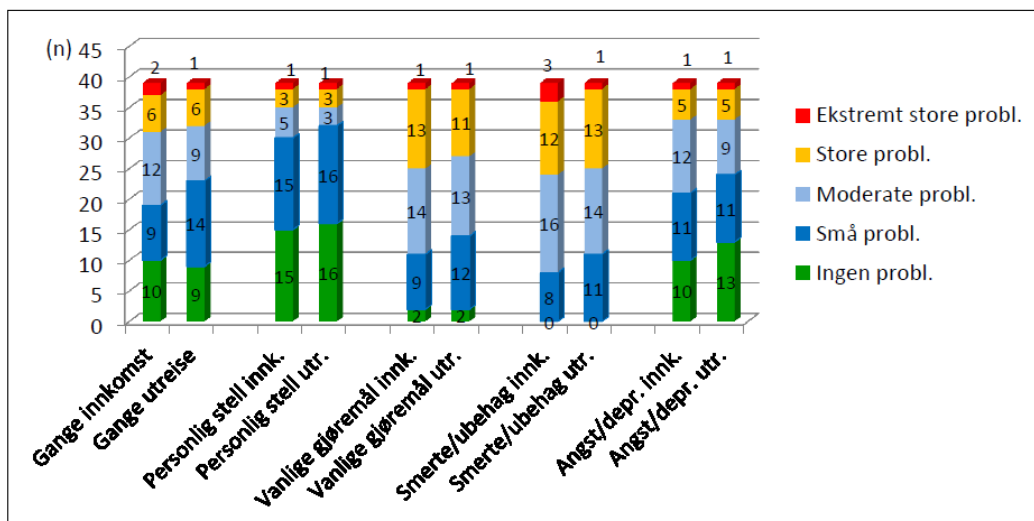
**Kvalitetsmål: Et rehabiliteringsopphold ved NBRR bør gi en bedring i pasientens livskvalitet.**

Fra tidligere års analyser vet vi at de fleste pasienter oppnår bedring i livskvalitet i løpet av rehabiliteringsoppholdet, men for noen pasienter kan et 2-3 ukers rehabiliteringsopphold gi en forverring av smerter, utmattelse og andre sider ved pasientens helse. Forklaring på hvorfor noen opplever forverring i symptomer kan for eksempel 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. Vi har svar på begge tidspunkt fra 39 av de 46 pasientene som var innlagt til rehabiliteringsopphold. Dette gjelder både for EQ-5D-5L og RAID.

### 5.1.1 Endringer 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 15:** Antall svar på hver kategori innenfor hvert område i EQ-5D-5L, ved innkomst og ved utreise for pasienter innlagt til rehabilitering (n=39, 7 missing)

**Resultater:** Det er relativt små endringer i skår på de 5 ulike områdene i EQ-5D fra første måling ved start av rehabiliterings-oppholdet til måling like før utreise. På området «gange» er det 23 som ved utreise skårer innenfor svaralternativene «ingen til små problemer» med gange vs 19 ved start av oppholdet, tilsvarende tall for «moderate gangproblemer» er 9 vs 12. Det er 1 færre som skårer «store til ekstremt store problemer med gange» ved utreise sammenlignet med ved første måling. Det er helt ubetydelige endringer i skår på området personlig stell. Det er 3 flere som skårer små problemer på «vanlige gjøremål» ved utreise sammenlignet med ved start av oppholdet, det er 2 færre som skårer store problemer ved utreise vs ved start av oppholdet, mens det er 1 som skårer ekstremt store problemer med vanlige gjøremål både ved innkomst og ved utreise. På området «smerte/ubehag» er det 11 ved utreise mot 8 ved innleggelse, som skårer innenfor kategorien små problemer, 2 færre som skårer moderate smerter ved utreise vs ved innleggelse, og det er en 1 mindre som ved utreise skårer «store til ekstremt store problemer» med smerter. På området «angst/depresjon» er det 3 flere som skårer ingen problemer og 3 færre som skårer moderate problemer ved utreise vs ved start av oppholdet. Det er uendret antall (6) som skårer «store til ekstremt store problemer» med angst/depresjon fra innkomst til utreise

EQ-VAS (0-100) er besvart på begge tidspunkt hos 39 av 46 pasientene som var innlagt til rehabiliteringsopphold. Som beskrevet i 3.9.1. er skår på «0» på EQ-VAS den dårligste helsen du kan tenke deg og «100» er den beste helsen du kan tenke deg.

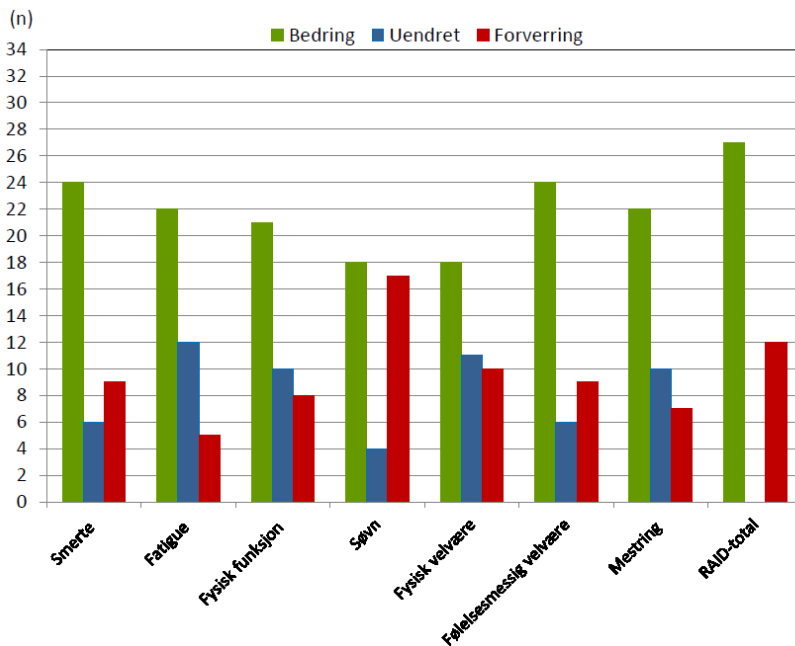
EQ-VAS (0-100)	Median (min, maks)
Innkøst (n=39)	50 (15, 80)
Utreise (n=39)	45 (8, 80)

**Tabell 11:** Endring av medianverdien for EQ-VAS i løpet av rehabiliteringsoppholdet.

**Resultat:** I 2022 skårer pasientpopulasjonen som helhet numerisk litt dårligere på EQ-VAS (0-100) ved utreise vs ved innleggelse, medianverdien ved innkomst er 50, tilsvarende medianverdi ved utreise er 45. Tidligere år har det alltid vært numerisk bedre skår ved utreise vs ved innleggelse. Blant de 39 pasientene som har besvart EQ-VAS på begge tidspunkt er det 13 menn og 26 kvinner. Subanalyser av EQ-VAS for hvert kjønn viser at mennene skårer bedre ved utreise sammenlignet med ved innleggelse, median 45 (10, 78) ved utreise vs median (min, maks) EQ-VAS 32 (15, 80) ved innkomst. Kvinnene (n=26) har samme median både ved innkomst og utreise, median (min, maks) EQ-VAS 50 (20, 80) ved innkomst vs 50 (8, 80) ved utreise. Oppsummert rapporterer mennene bedring av livskvaliteten fra innkomst til utreise på dette instrumentet, kvinnene rapporterer omtrent uendret livskvalitet fra innreise til utreise. Ved å samle gruppen under ett er medianverdien noe dårligere ved utreise sammenlignet med ved innkomst, mean-verdien er uendret.

### 5.1.2 Endringer i RAID

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



**Figur 16:** Antall pasienter som i løpet av 2-3 ukers rehabilitering opplever bedring av RAID, uendret RAID og forverring av RAID (n=39).

Supplerende analyser er utført på de pasientene som oppnår bedring i de ulike dimensjoner i RAID i løpet av 2-3 ukers rehabilitering (gjennomsnittlig 16.3 dager), se tabell x.

RAID-dimensjon	Antall (av n=39) som oppnår bedring (% av rehab. pas.)	Mean (CI*) ved start av 2-3 uker rehab.	Mean (CI*) ved slutten av 2-3 uker rehab.	Forbedring (mean %) i.l.a. 2-3 uker rehab.
Smerte (0-10)	24 (61%)	6.0 (5.0-6.9)	4.7 (4.0-5.5)	22%
<b>Fatigue (0-10)</b>	22 (56%)	6.6 (5.6-7.5)	4.4 (3.3-5.5)	33% #
<b>Fys funksjon (0-10)</b>	21 (54%)	6.1 (5.2-7.0)	4.2 (3.4-5.1)	31% #
Søvn (0-10)	18 (46%)	5.7 (4.5-6.9)	3.6 (2.6-4.6)	37%
<b>Fys velvære (0-10)</b>	18 (46%)	6.3 (5.6-7.0)	3.9 (3.1-4.7)	38% #
<b>Følelsesmessig velvære (0-10)</b>	24 (61%)	6.1 (5.1-7.0)	3.4 (2.5-4.3)	44% #
<b>Mestring (0-10)</b>	22 (56%)	5.8 (5.0-6.6)	3.5 (2.6-4.4)	40% #
RAID-total (0-10)	27 (69%)	5.6 (5.0-6.2)	4.4 (3.8-5.0)	25%

\*CI (confidense intervall)

**Tabell 12:** Antall og andel pasienter som oppnår bedring av livskvalitet i de ulike dimensjoner av RAID, og størrelsen på denne bedringen etter et rehabiliteringsopphold.

**Resultat:** En varierende andel fra 46 til 61 % av pasientene innlagt til rehabilitering oppnår en forbedring på ulike sider ved livskvalitet målt med RAID. Det er størst andel (61%) som opplever bedring i følelsesmessig velvære. Gjennomsnittlig forbedring varierer fra 31 % i fysisk funksjon til 44% % i følelsesmessig velvære i løpet av rehabiliteringsoppholdet. For utmattelse/fatigue er det 56 % som oppnår en gjennomsnittlig forbedring på 33 %. Bedringen i hver dimensjon unntatt for smerter og søvn, er statistisk signifikant (#), d.v.s. konfidensintervallene for mean verdien ved innkomst og utreise overlapper ikke. Vi har ikke brukt tid på å reorganisere dataene slik det kan gjøres en parret t-test med tilhørende p-verdi.

### 5.1.3 Endringer i skår på Bergen Insomniskår (BIS)

Bergen Insomniskala er tidligere omtalt i kapittel 3.9.3. Kort oppsummert er BIS utviklet og validert basert på DSM-IV-kriteriene for insomni (søvnløshet) og består av 6 spørsmål knyttet til søvn og tretthet de siste 3 månedene. Dette betyr at BIS egentlig ikke er et egnet instrument for å måle ev. bedring av søvn i løpet av 2-3 uker. Med det forbeholdet presenteres allikevel resultatene for pasientene innlagt til et rehabiliteringsopphold i 2022.

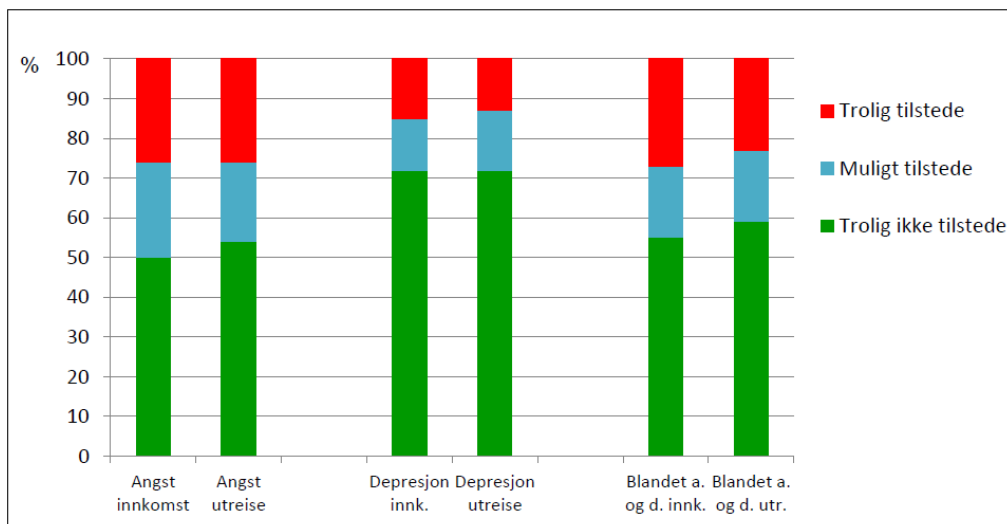
	2022, n=39 Rehabiliteringsopphold	
	Innkost	Utreise
Sumskår BIS (0-42), Median (min- maks)	22 (3-42)	22 (6-42)
Insomni, n (%)	35 (89.7)	36 (92.3)

**Tabell 13:** Endring av medianverdien for Bergen Insomniskår (0-42) og endring i andel med insomni i løpet av rehabiliteringsopphold i 2022

**Resultater:** Som forventet er det minimale endringer i BIS i løpet av 2-3 ukers rehabiliteringsopphold. Medianverdien av sumskåren er uendret fra innkøst til utreise. Andel med insomni er vel 3% høyere ved utreise sammenlignet med ved innkøst, henholdsvis 89.7% ved innleggelse og 92.3% ved utreise.

## 5.2 Utbytte i forhold til psykisk helse

I 3.10. 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 mean/median 16.5/18 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 17:** 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 innkøst og utreise fra rehabiliteringsopphold.

**Resultat:** Det er 39 av 46 pasienter som har svart på HADS både ved start av rehab. oppholdet og ved utreise. Det er ingen endring fra innkøst til utreise i andelen som trolig har en angst-tilstand, andelen er stabil på 26%. Av de som har en mulig angst tilstand, reduseres andelen fra fra 24 % til 20 % i løpet av et rehabiliteringsopphold. Tilsvarende tall for «trolig depresjon», reduseres fra 15 % til 13 %. Andelen som trolig har en blandet angst og depresjonslidelse reduseres fra 27% til 23%.

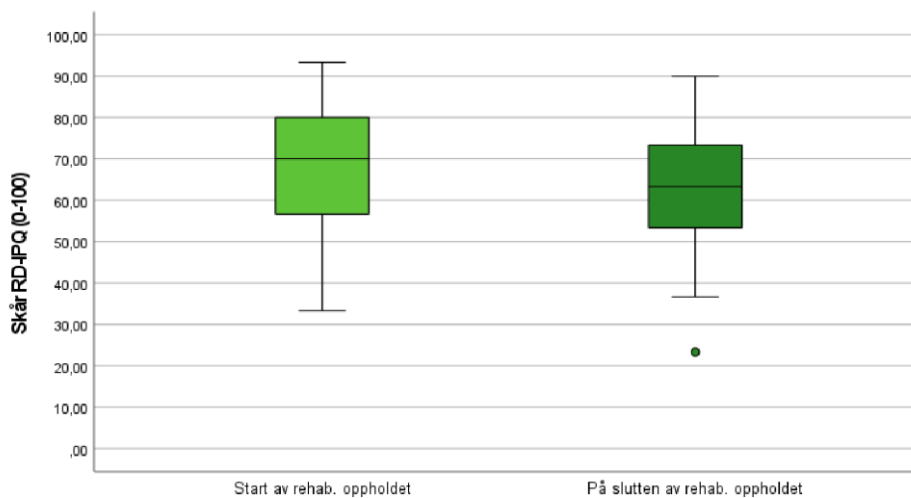
Det er små endringer i angst og depresjons-skårene i løpet av et rehabiliteringsopphold som i 2022 hadde en gjennomsnittlig varighet på 16 dager. Tidligere år har andel pasienten som trolig har en angst-tilstand sunket noe, det ser vi ikke i år, det er vanskelig å peke på faktorer som forklarer dette.

## 5.3 Utbytte i forhold til sykdomsforståelse

Begrepet sykdomsforståelse og spørreskjemaet RD-IPQ er introdusert og utdypet tidligere i rapporten. Individuelt tilpasset informasjon og skreddersyde tiltak med utgangspunkt i pasientens ønsker, mål

og behov er sentralt i rehabiliteringsprosessen ved NBRR. Et mål under et rehabiliteringsopphold er å gi pasienten faglig oppdatert informasjon om symptomer og om sykdommen(e), erfaring og kunnskap om anbefalte behandlingstiltak, og informasjon om, og erfaring med, hensiktsmessige mestringsstrategier. Alt dette vil trolig gi grunnlag for å bevege pasientenes sykdomsforståelse i en positiv og mindre truende retning. En endring i positiv retning 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, og i hvilken grad sykdommen påvirker pasienten følelsesmessig.

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



**Figur 18:** Boksplot (median, kvartiler, min og maks) av RD-IPQ ved innkomst og ved utreise for gruppa som har gjennomført et rehabiliteringsopphold

**Resultat:** 39 (av 46 pasienter) har fylt ut RD-IPQ både ved start av, og på slutten av, rehabiliteringsoppholdet. Figur 18 viser reduksjon i median og IQR- verdien for RD-IPQ sumskår fra innkomst til utreise. Gjennomsnittlig sumskår på RD-IPQ går ned fra 68.2 (95% CI 63.4-73.0) ved innkomst til 62.6 (95% CI 50.0-67.3) ved utreise. Gjennomsnittlig reduksjon i sumskår på RD-IPQ er 5.6 og konfidensintervallene er overlappende. Det er altså slik at pasientene innlagt i 2022 ikke oppnår signifikant bedring i sykdomsforståelse i løpet av rehabiliteringsoppholdet. I kvalitetsrapporten som publiseres i 2024 vil innsamlede data på sykdomsforståelse 6 måneder etter utreise for denne pasientgruppen (innlagt i 2022) bli rapportert og det blir spennende å se om det i tiden etter utreise tilkommer større bedring i sykdomsforståelse.

Fra vi begynte å analysere RD-IPQ har det de foregående år vært en statistisk signifikant bedring i RD-IPQ i løpet av et rehabiliteringsopphold. På bakgrunn av dette har vi tidligere konkludert med at intervensjoner under rehabiliteringsoppholdet har gitt en mindre truende sykdomsforståelse, og vi har tidligere konkludert med at denne bedringen i RD-IPQ har vært sentralt i opplevelse av utbyttet av et rehabiliteringsopphold.

Pasientene innlagt i 2021 skårer RD-IPQ 6 mnd etter avsluttet rehab. opphold, resultatene presenteres i neste kapittel 6.3.

## 6. Utbytte 6 måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold

### 6.1 Telefonisk datainnsamling

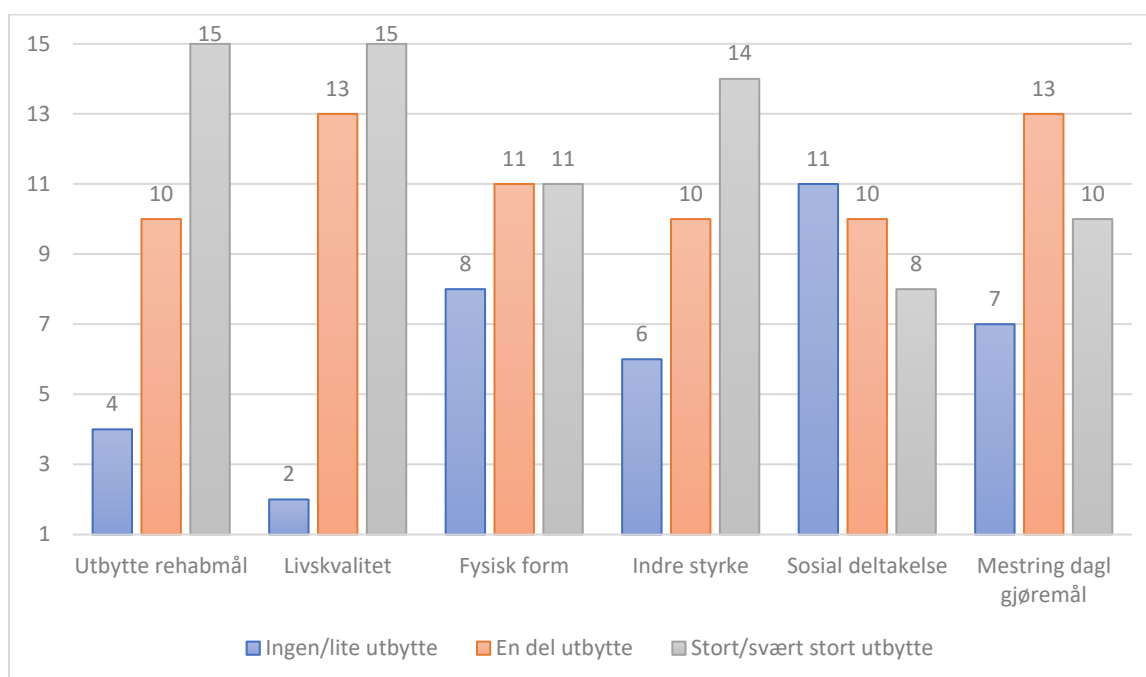
For å vurdere hvilket utbytte rehabiliteringsoppholdet gir over tid, gjennomføres telefonisk datainnsamling 6 måneder etter utskrivelse fra et *rehabiliteringsopphold*. Telefonintervjuet avtales med den enkelte pasient før utskrivelse. Det kan være forhold som gjør at inkludering ikke er aktuelt, for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

Den telefoniske datainnsamlingen består av tre deler: (1) Undersøkelse om pasientenes opplevelse av utbytte av oppholdet, (2) pasientrapportert skår på sykdomsforståelse (RD-IPQ) og (3) en skåring av helserelatert livskvalitet målt med RAID.

For å kunne presentere resultater for et helt års-sett, presenteres disse resultatene for pasientpopulasjonen innlagt på rehabiliteringsopphold i 2021. I 2021 var det 41 pasienter som gjennomførte et rehabiliteringsopphold. Av disse ble det avtalt telefonisk datainnsamling med 36 pasienter, hvorav 30 responderte. Dette gir en svarprosent på 73% av alle pasientene, og 83% av dem som ble inkludert. For 5 pasienter ble det ikke laget avtale om telefonintervju. For å sikre at alle pasienter blir forespurt, skal det innføre et sjekkpunkt for avtale om intervju i avslutningsmøtet. En planlagt endring i rutinen for inkludering vil også kunne gjøre det enklere å fange opp alle.

### 6.2 Pasientevaluert utbytte

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



Figur 19: Pasientevaluert utbytte av rehabiliteringen vurdert etter 6 måneder (n= 30)



**Resultat:** I forhold til alle områdene oppgir flertallet av pasientene å ha *En del utbytte* eller mer 6 måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold. For 3 av 6 områder er *Stort/svært stort* den største gruppen.

### 6.3 Endring av sykdomsforståelse i forløpet av rehabiliteringen

Av de 41 pasientene som var innlagt til rehabiliteringsopphold i 2021 foreligger det data på sykdomsforståelse fra 28 av 41 pasienter på alle tre tidspunkt, ved innkomst og ved utreise fra rehabiliteringsoppholdet, og på tidspunkt for telefonoppfølgingen ca. 6 måneder etter utreise.

Vi ønsker å se nærmere på endringen i RD-IPQ på disse 3 tidspunkt og gjør en parret T-test der det først gjøres en sammenligning mellom RD-IPQ ved innkomst og ved utreise, så en sammenligning mellom RD-IPQ ved utreise og ved 6 måneder telefonoppfølging og til slutt en sammenligning mellom RD-IPQ ved innleggelse med verdien ved 6 måneder telefonoppfølging.

Tabell 10 viser mean verdi (SD) av RD-IPQ ved de 3 tidspunkt. Tabell 11 viser mean differanse (SD) i RD-IPQ for hver sammenligning, 95% confidensintervall for differansen og p-verdi for sammenligningene.

RD-IPQ tidspunkt for utfylling (n)	Mean (SD)
RD-IPQ innkomst rehab. (n=28)	66.3 (18.4)
RD-IPQ utskrivning rehab. (n=27)	60.9 (18.7)
RD-IPQ 6 mnd oppfølging (n=28)	56.3 (17.6)

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

RD-IPQ	Mean (SD) differanse	95% CI for differansen	p-verdi (2-sidig)
RD-IPQ inn	5.4 (11.4)	-4.6-15.6	0.3
RD-IPQ ut			
RD-IPQ ut	4.3 (18.5)	-3.0.-11.6	0.235
RD-IPQ 6 mnd			
RD-IPQ inn	10.0 (14.7)	4.3-15.7	0.001
RD-IPQ 6 mnd			

Tabell 15: Resultatet av parret T-test for 3 sammenligninger av RD-IPQ på ulike tidspunkt

**Resultat:** Det er en numerisk forbedring i sykdomsforståelse målt med RD-IPQ fra innleggelse til utskrivning for dette utvalget, men forbedringen er ikke statistisk signifikant. Det ses også en ytterligere numerisk forbedring av RD-IPQ fra utreise til 6 måneders oppfølging, men denne endringen er heller ikke statistisk signifikant. Forbedringen i skår på RD-IPQ fra innleggelse til oppfølgingen 6 måneder etter utreise, er på 10 enheter RD-IPQ. En parret T-test der innkomstskår sammenlignes med skår ved oppfølgingen etter 6 måneder, viser at denne endringen er statistisk signifikant med en p-verdi på 0.001. Det er interessant å se at bedringen i sykdomsforståelse skjer både under innleggelsen og med en ytterligere bedring de nærmeste 6 måneder etter utreise.

## 6.4 Endring av helsereelatert livskvalitet i forløpet av rehabiliteringen

Spørreskjemaet RAID er beskrevet i kapittel 3.9.2. For pasientene innlagt til rehabilitering i 2021 er det samlet inn svar på RAID-skjemaet over telefon 6 måneder etter utreise. I RAID bes pasientene skårer sin selvopplevde helse den siste uken på en skala fra 0 til 10, der høyt skår indikerer dårlig livskvalitet. På bakgrunn av skår på hver av de 7 områdene lages en total-skår, RAID-total.

RAID-dimensjon	Skår inn rehab Mean (95% CI) Median (min-maks.) n=28	Skår ut rehab Mean (95% CI) Median (min-maks.) n=27	Skår 6 mnd tlf oppf. Mean (95% CI) Median (min-maks.) N=28
Smerte (0-10)	4.2 (3.2-5.2) 4.0 (0-10)	4.0 (3.0-5.0) 4.0 (0-9)	4.0 (2.9-5.0) 4.0 (0-10)
Fatigue (0-10)	5.9 (5.0-6.9) 6 (0-10)	5.2 (4.3-6.2) 5 (0-9)	5.9 (5.0-6.9) 6.0 (1-10)
Fys funksjon (0-10)	4.4 (3.5-5.4) 4 (0-8)	3.8 (2.8-4.8) 3.0 (0-9)	4.2 (3.0-5.3) 4.0 (0-9)
Søvn (0-10)	4.2 (3.3-5.2) 4.5 (0-8)	3.8 (2.6-5.0) 3.0 (0-9)	3.6 (2.6-4.7) 3.5 (0-10)
Fys velvære (0-10)	5.3 (4.5-6.1) 5.0 (0-10)	4.3 (3.4-5.1) 4 (0-8)	4.7 (3.7-5.7) 4.5 (0-9)
Følelsesmessig velvære (0-10)	5.0 (4.1-5.9) 5.0 (0-9)	4.0 (3.0-5.0) 3.0 (0-10)	3.8 (2.8-4.7) 3.0 (0-10)
Mestring (0-10)	4.8 (3.9-5.6) 5 (0-10)	3.6 (2.7-4.5) 4 (0-7)	4.1 (3.0-5.1) 3.5 (0-10)
RAID-total (0-10)	4.8 (4.1-5.5) 4.8 (0-8.9)	4.1 (3.4-4.9) 4.2 (0-8.3)	4.3 (3.5-5.2) 4.1 (1.2-9.6)

\*CI (confidense interval)

**Tabell 16:** Mean (95% CI) og meidan (min-maks) av RAID ved innkomst, ved utreise og ved 6 måneder etter utreise (n=28).

**Resultat:** Der er numerisk forbedring i alle dimensjonene fra innkomst til utreise, men det er bare for dimensjonen søvn og følelsesmessig velvære at det tilkommer en numerisk forbedring også fra utreise til 6 måneders oppfølging.

En parret T-test med sammenligning av RAID-følelsesmessig velvære ved innkomst med RAID-følelsesmessig velvære ved 6 måneders oppfølging gir en 2-sidig p-verdi på 0.005. Se videre i tabell 17.

Det gjøres også en parret T-test med sammenligning av RAID-total og RAID-søvn ved innkomst med tilsvarende RAID-skår ved 6 måneders oppfølging, men for disse er endringen ikke statistisk signifikant.

	Mean (SD) differanse	95% CI for differansen	p-verdi (2-sidig)
RAID-føl. velvære inn	0.93 (0.65)	-0.38-2.23	0.161
RAID-føl. velvære ut			
RAID-føl. velvære inn	1.18 (2.04)	0.39-1.97	0.005
RAID-føl. velvære 6 mnd			

**Tabell 17:** Resultat av en parret T-test for sammenligning av RAID-følelsesmessig velvære ved innkomst rehabiliteringsopphold med tilsvarende skår ved telefonoppfølging 6 måneder etter utreise (n=28).

**Oppsummert resultater av 6 måneders oppfølging for RD-IPQ og RAID:** Det ses en statistisk signifikant forbedring i sykdomsforståelse målt med RD-IPQ fra innkomst rehabiliteringsopphold til 6-måneders oppfølging og en statistisk signifikant forbedring for dimensjonen følelsesmessig velvære i RAID fra innkomst til 6-måneders oppfølging.

## 7. Undervisning, veiledning, forskningsdeltakelse og kompetansespredning

Som en del av vårt mandat som nasjonal behandlingstjeneste driver NBRR undervisning, formidling og informasjonsvirksomhet til helsepersonell på ulike nivåer i helsetjenesten, og til pasienter og pårørende. Dette gjør vi i direkte med helsepersonell og eller andre samarbeidende instanser vedrørende pasientene våre, eller i en formell setting i form av innlegg/foredrag i aktuelle fora. Nasjonale tjenester skal også delta i forskning og etablering av forskernettverk knyttet til det nasjonale oppdraget. Registrer årets vitenskapelige artikler knyttet til dette oppdraget.

En detaljert oversikt over våre formidlingsaktiviteter og forskningsdeltakelse er presentert i vår årsrapport til Helsedirektoratet: [Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering \(NBRR\) - 2022 - Forskningsprosjekter \(ihelse.net\)](#).

Den kan også leses fra vår hjemmeside [www.nbrr.no](http://www.nbrr.no). På vår hjemmeside ligger også kontaktinformasjon dersom det er ønskelig med et innlegg fra en av våre faggrupper eller tema som gjelder revmatologisk rehabilitering.

## 8. NBRRs tverrfaglige team

### 8.1 Personale og kompetanseoversikt

NBRR har i 2022 hatt 17 antall ansatte tilknyttet enheten, ikke alle har vært tilknyttet enhver tid da vi har hatt både permisjoner og endringer av stillinger. Det er en stor andel av de ansatte som jobber deltid ved NBRR, der flere har andre ansettelsesforhold på sykehuset for øvrig eller ansettelsesforhold utenfor sykehuset. NBRR har også vært heldig å ha kompetente vikarer ved fravær gjennom året.

De ansatte på NBRR utgjør et bredt tverrfaglig team med høye kompetanse og lang erfaring innen revmatologi og rehabilitering. Det tverrfaglige teamet i 2020 har bestått av:

#### 8.1.1 Revmatolog

**Sigrid Ødegård** er seksjonsoverlege og har vært revmatolog ved NBRR fra 2000. Hun har medisinsk embetseksamen fra UiT fra 1988 og ble godkjent spesialist i revmatologi i 1997. Hun fikk graden Ph.d. i 2008 etter å ha forsvart avhandlingen «Disease Course of Rheumatoid Arthritis (RA) in a 10-year perspective». Sigrid ble i 2019 tildelt Revmaprisen fra Norsk Revmatikerforbund. Sigrid har videreutdanning i Kognitiv Terapi for leger innen fysikalsk medisin og rehabilitering, og holder årlig kommunikasjonskurset «Fire gode vaner» som arrangeres for leger ved Diakonhjemmet sykehus. I 2022 kan spesielt Sigrids innsats som foredragsholder på det landsdekkende ukeskurset for fastleger på Geilo trekkes frem, i 2022 var dette kurset i sin helhet satt av til revmatologi. Videre har Sigrid hatt undervisning på Norsk revmatologisk forening med tema: «Revmatologisk rehabilitering: Hvem, hva, hvor?» i 2022.

**Vera Halsaa** er overlege ved Avdeling for revmatologi leger, og jobber primært på poliklinikken og revmatologisk sengepost på Diakonhjemmet sykehus. Hun fungerer imidlertid som NBRRs faste vikar for Sigrid, og tilfører enheten kunnskap og oppdatert informasjon fra andre deler av sykehuset. Vera er cand. Med. fra 1998, og ble godkjent spesialist i revmatologi i 2012. Hun har vært ansatt på Diakonhjemmet sykehus siden 2007. I år kan det trekkes frem at Vera har skrevet en artikkel i Spondylitten; «Revnatus-teamet følger opp gravide».

### 8.1.2 Fysioterapeut

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

**Susanne Brøndbo** er utdannet fysioterapeut ved Høgskolen i Sør- Trøndelag 2013. Hun har jobbet på NBRR siden 2016. Hun er en av få fysioterapeuter på Diakonhjemmet sykehus som gjennomfører CPET-testing - kardiopulmonal belastningsundersøkelse, hvor man kartlegger fysiologisk respons av hjerte og lunger under fysisk aktivitet på tredemølle. Susanne kom tilbake fra foreldre permisjon i mars 2022. Fra 2022 kan det trekkes frem at Susanne ledet regional møteplass for Helse Sør-Øst på den Nasjonale Nettverkskonferansen for Revmatologisk Rehabilitering.

**Kjersti Fimreite** er utdannet fysioterapeut ved Saxion University of Applied Sciences i 2012. Hun gjennomførte sin mastergrad i fysioterapi i 2014 ved Høgskolen på Vestlandet/Duke University, USA. Kjersti har jobbet på NBRR siden 2021, og går nå i vikariatet til Kristine Nordèn. Kjersti har vært i foreldrepermisjon siden mai 2022. Hun kommer tilbake i mars 2023. Fra 2022 kan det trekkes frem at Kjersti sammen med Emilie Bakke hadde undervisning for bachelorstudenter i fysioterapi ved Oslo Met.

**Emilie Bakke** er utdannet fysioterapeut ved Høgskolen i Oslo i 2016. Hun gjennomførte sin master i klinisk fysioterapi ved Høgskolen på Vestlandet i 2022. Hun har vært ansatt på NBRR fra mai 2021. Emilie har spesielt i 2022 vært involvert i ExeHeart studien gjennom å gi veiledningstimer av høyintensiv trening for de deltakerne som har vært i kontrollgruppen og er ferdig testet etter 6 mnd. Emilie gikk ut av sin rolle på NBRR i desember 2022.

### 8.1.3 Rehabiliteringssykepleier

**Catherine Thu** er utdannet sykepleier ved Betanien Sykepleierhøgskole i 1986. Hun har jobbet på Diakonhjemmet sykehus og NBRR siden 2003. Hun har en Livsstyrketrening utdanning fra 2006, og har en utdanning i treningsformen Thai Chi noe hun underviser pasientene i. I 2022 kan det trekkes frem at Catherine har vært medlem i Diakonhjemmets sykehus faggruppe for Rehabilitering.

**Kari Henriette Simensen Breilid** er utdannet sykepleier ved Høgskolen i Oslo i 2008. Hun har en videreutdanning i revmatologi; Revmatiske sykdommer i et livsløpsperspektiv fra 2014, og ble i 2015 klinisk spesialist i sykepleie innenfor Revmatologi. Henriette har jobbet på NBRR siden 2008. I 2022 kan det trekkes frem at Henriette trekker seg som verneombud på NBRR etter en fremragende innsats i mange år.

**Kjersti A. Khalili** er utdannet sykepleier ved Diakonhjemmet sykepleier høgskole i 1995. Hun har en videreutdanning fra 2003 i Livsstyrketrening. Kjersti har jobbet på NBRR siden 2003. I 2022 har Kjersti spesielt hatt fokus på å oppdatere NBRRs prosedyrer vedrørende rehabiliteringsopphold.

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

**Sylvia Marie Lieng-Opseth** er utdannet sykepleier ved Høgskolen i Buskerud i 2005. Hun har jobbet på Diakonhjemmet sykehus siden 2019, og på NBRR siden 2021.

**Ingrid Røe Brevig** ble ferdig utdannet sykepleier ved VID i 2018. Hun startet ved NBRR i september 2022. Hun har tidligere arbeidet på Medisinsk Sengepost på Diakonhjemmet sykehus før revmatologisk sengepost og infusjonsenhet i februar 2022. Hun har en videreutdanning som Kosmetisk Dermatologisk sykepleier fra april 2022. I 2022 kan det trekkes frem at hun har gjennomført enkeltemne i praksisveilederutdanning fra VID i november 2022.

**Elin Aas** er det nyeste tilskuddet til sykepleiergruppen på NBRR fra desember 2022. Hun har imidlertid lang fartstid på Diakonhjemmet sykehus, og har vært ansatt siden 2005 mye av tiden som sykepleier ved revmakirurgisk og ortopedisk avdeling. Vi gleder oss til at Elin, med all sin fagkunnskap, blir en del av den faste sykepleier-teamet på NBRR.

**Renate Røe** er fagsykepleier på NBRR siden september 2020. Hun ble ferdig utdannet sykepleier på HiST i 2010. Hun gjennomførte sin master i helsefagvitenskap i 2017. Renate har jobbet på Revmatologisk avdeling siden 2014. Hun kom tilbake fra foreldrepermisjon i april 2022. Renate har i 2022 deltatt i utarbeidelsen av Kvalitetsrapporten for 2022.

#### 8.1.4 Sosionom

**Marte Strand Rugnes** er utdannet sosionom ved VID i Oslo i 2012. Før hun startet på Diakonhjemmet sykehus hadde hun en lang fartstid på NAV (2013-2019). Marte har vært ansatt på NBRR siden 2021. I 2022 har Marte vært engasjert som enhetens barneansvarlig, og har både deltatt på konferanse om barn som pårørende og holdt intern undervisning om temaet.

#### 8.1.5 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 ACT (aksept og forpliktelsesterapi). Fra 2022 kan spesielt fremheves at Lisa har samarbeidet med seniorforsker Ida Bos-Haugen (MD PhD) fra Forskningscenter for behandling innen revmatologi og muskelskjelettsykdommer (REMEDY) og UiO vedrørende utredning og planlegging av et forskningsprosjekt med prosjektittel: Better understanding and cognitive functioning in people with inflammatory arthritis and its associations with pain and treatment response. Oppstartsår og forventet prosjektslutt: 2023/2029.

#### 8.1.6 Ergoterapeut

**Madeleine Sæthereng Strøm** er ergoterapeut på NBRR. Hun ble utdannet ergoterapeut ved Høgskolen i Oslo og Akershus i 2013. Hun hadde fra før av en bachelorgrad i idrett, individ og samfunn ved Norges idrettshøgskole fra 2008 og en videre utdanning i fysisk aktivitet og funksjonshemming ved Norges idrettshøgskole fra 2009. Madeleine har vært ansatt på sykehuset siden 2013. Spesielt i 2022 kan trekkes frem at Madeleine har gjestet podcasten «Revmapodden» med tema Lupus.

#### 8.1.7 Farmasøyt

**Kirsten Viktil** har vært NBRR faste farmasøyt i en årrekke. Hun er ikke ansatt på NBRR, men konsulterer og treffer alle våre innlagte pasienter. Kirsten er utdannet Cand. Pharm fra Farmasøytisk Institutt UiO 1983. Hun ble spesialist i sykehusfarmasi i 1998 og tok sin Phd. ved det medisinske fakultet UiO i 2007. Kirstens samarbeid med revmatolog og samarbeid med pasientene vedrørende komplekse medisinske

saker er av stor viktighet for behandlingen. I 2022 kan spesielt Kirsten og Sigrid sin artikkel «Individualisering av smertestillende medisiner ved kroniske ledd og muskelsmerter og betydningen av pasientens gener», trekkes frem som et høydepunkt.

#### 8.1.8 Helsesekretær

**Sumeyye Us** er NBRRs sekretær. Hun tar imot pasientene på posten, ordner med inntak, tar telefonen og ordner rett og slett det meste. Sumeyye er utdannet som helsesekretær ved Nydalen videregående skole i 2011 og har en videreutdannet som fagskolespesialist innen "helseadministrasjon" ved Fagskolen i Oslo og Akershus fra 2015. Sumeyye har jobbet på NBRR siden 2012. Sumeyye kom tilbake i september 2022 etter foreldrepermisjon. For 2022 kan det trekkes frem at Sumeyye har startet en Yrkesfaglærer utdanning ved Oslo Met ved siden av sin jobb på NBRR.

#### 8.1.9 Leder

**Tanja Blanck Eeg** jobber som enhetsleder på NBRR, det har hun gjort siden 2018. Tanja er utdannet sosionom fra Høgskolen i Oslo Akershus i 2009. Hun har jobbet på NBRR siden 2016. Tanja har en videreutdanning innen utredning innen barnevern og er sertifisert veileder i barnesamtaler DCM samtalemetodikk 2014. Fra 2022 kan det trekkes frem at NBRR har inngått et samarbeid med Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer ved OUS Rikshospitalet (RH), vedrørende vårt rehabiliteringstilbud for pasienter med inflammatoriske bindevevssykdommer/vaskulitter. Videre kan det nevnes at Tanja har høsten 2022 har sittet i innspillsgruppe til Fagplan fysikalsk medisin og rehabilitering etter forespørsel fra Helse Sør-Øst RHF, knyttet til tema arbeid og utdanning i rehabilitering.

**Christin Lunner Olsen** er konstituert avdelingsleder for Revmatologisk Døgn og Dagbehandling som NBRR er underlagt. Christin har også fungert som fagsykepleier på NBRR tidligere. Christin er utdannet sykepleier i 1998 fra Aker sykepleier høgskole, og ble klinisk spesialist i sykepleie i 2006. I 2009 tok Christin veilederutdanning i livsstyrketrening på ViD. Hun har en masterutdanning i helsefag vitenskap i 2015. Christin har jobbet på Diakonhjemmet sykehus siden..

I 2022 har Christin ledet både revmatologisk sengepost, dagbehandlingen og infusjon enheten til daglig, i tillegg til at hun har personalansvar for alle sykepleierne i alle enheten i avdelingen i fraværet til Elisabeth Røssum-Haaland.