



Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten



Tittel: Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Nummer: 8/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Komparativ statistikk og styringsinformasjon

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby
Beate.Margrethe.Huseby@helsedir.no

Sentralbord: 810 20 050

Nettsted: www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Kari Hårstad Mehus
Kari.Harstad.Mehus@helsedir.no

Forsidebilder: © [Antonio Guillem](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [Anders Ludvigson](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [leungchopan](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [HalfPoint s. r. o.](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [racorn](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [racorn](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [Andrey Popov](#) /Mostphotos (illustrasjonsbilde)

Stadig færre mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

De siste årene har det vært en gradvis reduksjon i antall pasienter som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I 2017 var det i underkant av 54 000 rehabiliteringspasienter som var fordelt omtrent halvt om halvt mellom sykehusene og de private rehabiliteringsinstitusjonene. Samlet sett er dette en nedgang på 972 pasienter eller 1,8 prosent fra 2016.

Nedgangen i antall pasienter kommer hovedsakelig for rehabilitering i sykehus, hvor det var en reduksjon på 3,4 prosent siste år. Det er de «lettere» formene for rehabilitering som går ned (primær enkel (tidligere vanlig) døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering), mens antall pasienter som mottar primær kompleks døgnrehabilitering og sekundær døgnrehabilitering har økt siste år. Disse endringene kan muligens ha sammenheng med at en del av de «lettere» rehabiliteringstjenestene gradvis overføres til kommunene, jamfør de politiske intensjonene om oppgaveoverføring av tjenester til kommunesektoren¹. Samtidig er det vanskelig å spore noen stor oppbygging av det kommunale rehabiliteringstilbudet ut i fra tilgjengelige IPLOS-tall.

Antall pasienter som har mottatt rehabilitering i de private rehabiliteringsinstitusjonene har vært relativt stabilt de siste årene. I 2017 var det omtrent 27 400 pasienter som mottok rehabilitering her, en marginal nedgang på 0,3 prosent fra året før.

Det er flest pasienter som mottar rehabilitering i Helse Midt-Norge og Helse Nord med en pasientrate på henholdsvis 12,1 og 13 pasienter per 1 000 innbyggere i 2017. Helse Vest har til sammenlikning 8 pasienter per 1 000 innbyggere og har hatt det laveste nivået i hele femårsperioden. Det er imidlertid enda større variasjon mellom bostedsområdene. Variasjonen er særlig stor for dag- og poliklinisk rehabilitering og sekundær rehabilitering i sykehus, samt døgnrehabilitering i private institusjoner. Når det gjelder døgnrehabilitering hos private har det i hele perioden vært relativt store forskjeller og det er særlig bostedsområdene i Helse Nord som har høy bruk, mens Helse Vest ligger lavere. For sekundær døgnrehabilitering i sykehus har forskjellen mellom bostedsområdene med høyeste og laveste pasientrate blitt større i femårsperioden og det er særlig bostedsområdet Helgeland som skiller seg ut med en høy bruk.

¹ Meld. St. 14 (2015-2015): Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.
Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017): Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

1. Innledning

Tilbudet om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er organisert på ulike måter. I sykehusene finnes det egne avdelinger for rehabilitering, samtidig som rehabilitering også i stor grad foregår i andre avdelinger parallelt med at pasienten mottar annen behandling. I tillegg er det et stort omfang av private rehabiliteringsinstitusjoner som utfører rehabilitering etter avtale med de regionale helseforetakene.

I sykehusene skilles det mellom primær døgnrehabilitering, sekundær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering². Primær døgnrehabilitering vil si at det er rehabiliteringen som er hovedårsak til innleggelsen. Her skilles det videre mellom primær kompleks og primær enkel (tidligere vanlig) avhengig av grad av kompleksitet. Figur 1 viser at rundt 70 prosent av pasientene som mottar disse rehabiliteringsformene er under 67 år.

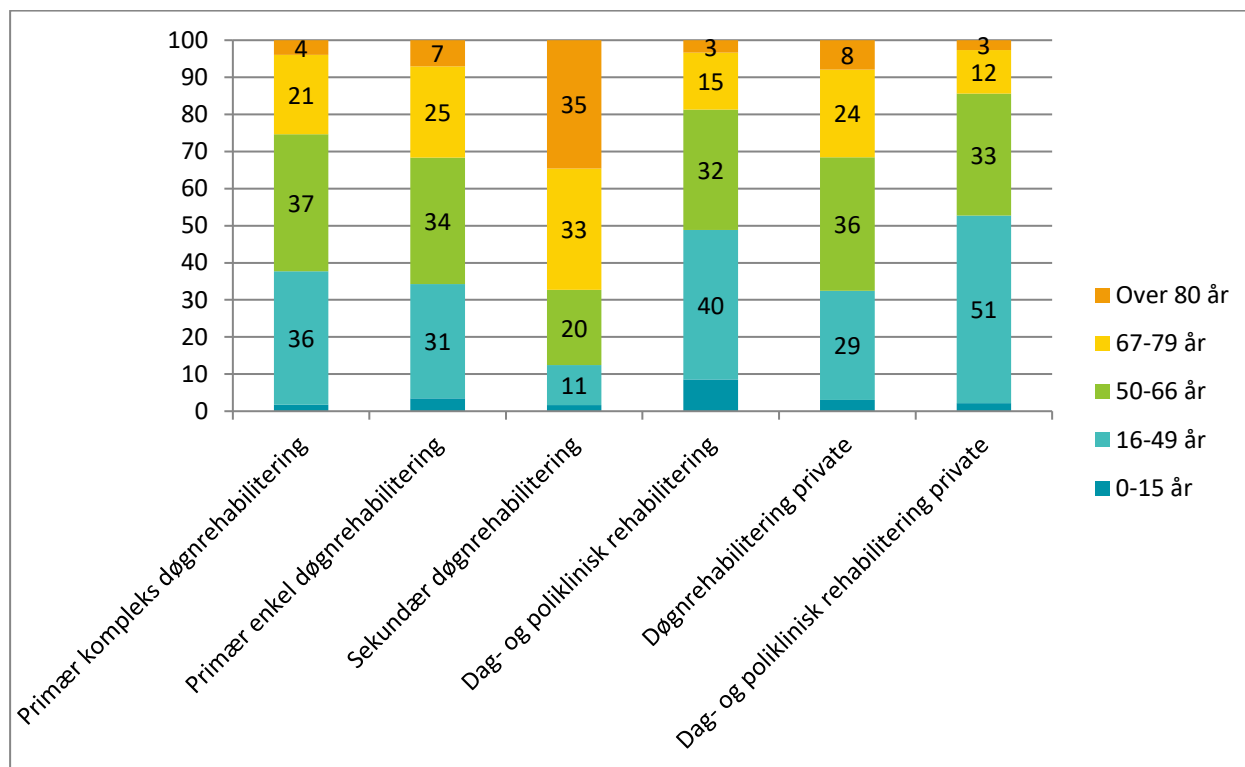
Sekundær døgnrehabilitering vil si at pasienten mottar rehabilitering ved siden av eller i direkte forlengelse av behandling for hovedårsaken til innleggelsen. Innen denne rehabiliteringsformen er sykdommer i sirkulasjonssystemet den klart største diagnosegruppen, med en andel på 42 prosent og hvor hjerneslag er den største enkeltdiagnosen. Figur 1 viser at pasientene som mottar sekundær døgnrehabilitering er eldre enn pasientene som mottar primær døgnrehabilitering. 68 prosent av pasientene innen denne rehabiliteringsformen er 67 år og eldre.

Dag- og poliklinisk rehabilitering er rehabilitering hvor pasienten ikke er innlagt, men ofte møter opp til en serie med behandlinger. Disse behandlingsseriene kan både skje individuelt og i grupper. Innen denne rehabiliteringsformen er sykdommer i muskel- og skjelettsystemet den klart største diagnosegruppen med en andel på rundt 33 prosent. Figur 1 viser at pasientene som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering er relativt unge sammenliknet med de andre rehabiliteringsformene. 81 prosent av pasientene var under 67 år i 2017.

Rehabilitering hos private institusjoner kan skje både som døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering. Den klart største diagnosegruppen er sykdommer i muskel- og skjelettsystemet for begge disse rehabiliteringsformene med en andel på rundt 30 prosent. Også hos de private rehabiliteringsinstitusjonene er pasientene som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering yngre enn de som mottar døgnrehabilitering.

² Se datagrunnlag bak i notatet for mer detaljerte definisjoner.

Figur 1: Aldersfordeling for pasienter som mottar ulike typer rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2017. Prosentandel.



I dette analysenotatet vil vi se på utvikling og variasjon i bruk av ulike typer rehabilitering de siste fem årene både i sykehusene og i de private institusjonene. I tillegg vil vi se på omfanget av bruk av ambulant virksomhet, diagnosefordeling (inkludert rehabilitering ved hjerneslag) samt om innføringen av ordningen for fritt rehabiliteringsvalg har ført til endrede pasientstrømmer.

2. Utvikling og variasjon i antall pasienter

Tabell 1 viser utviklingen i antall rehabiliteringspasienter i sykehusene og de private rehabiliteringsinstitusjonene i perioden 2013 til 2017. Samlet sett har det vært en nedgang i antall pasienter som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten de siste årene. I 2017 var det 53 848 rehabiliteringspasienter i sykehusene og de private institusjonene, noe som tilsvarer en nedgang på 972 pasienter eller 1,8 prosent fra året før. Tidligere har nivået ligget på i overkant av 59 000 pasienter³.

Nedgangen i antall pasienter kommer hovedsakelig for rehabilitering i sykehus. Fra 2016 til 2017 var det en reduksjon på 977 pasienter eller 3,4 prosent. Nedgangen kommer for primær enkel døgner rehabilitering (-14,5 prosent) og dag- og poliklinisk rehabilitering (-9,7 prosent). Antall pasienter

³ Året 2013 er litt spesielt da det ble gjort endringer i ISF-regelverket som førte til at færre pasienter som mottok poliklinisk rehabilitering ble registrert. Pasienttallet er derfor noe lavere dette året enn tidligere år.

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

som mottar primær kompleks døgner rehabilitering og sekundær døgner rehabilitering har økt med henholdsvis 2,2 og 7,8 prosent det siste året. Disse endringene kan muligens ha sammenheng med at en del av de «lettere» rehabiliteringstjenestene gradvis overføres til kommunene, jamfør de politiske intensjonene om oppgaveoverføring av tjenester til kommunesektoren⁴. I kommunesektoren har det vært en liten vekst i mottakere av rehabilitering i institusjon de siste årene. Antall mottakere av rehabilitering utenfor institusjon har også økt, men igjen gått ned fra 2016 til 2017⁵.

Antall pasienter som har mottatt rehabilitering i de private rehabiliteringsinstitusjonene har vært relativt stabilt de siste årene. Tabell 1 viser at i 2017 var det 27 393 pasienter som mottok rehabilitering her, en marginal nedgang på 0,3 prosent. I 2017 var det imidlertid færre som mottok dag- og poliklinisk rehabilitering og flere som mottok døgner rehabilitering⁶.

Tabell 1: Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten 2013-2017.

Institusjon	Type rehabilitering	Antall pasienter				
		2013	2014	2015	2016	2017
Sykehus	Primær kompleks døgner rehabilitering	6 275	6 415	6 485	6 504	6 645
	Primær enkel døgner rehabilitering	3 942	3 403	3 199	3 007	2 572
	Sekundær døgner rehabilitering	8 314	8 618	7 523	6 733	7 255
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	14 864	15 796	15 568	14 247	12 861
	Sykehusrehabilitering totalt	31 398	32 447	31 047	28 847	27 870
Private rehab.inst	Døgner rehabilitering	23 819	21 827	21 873	22 144	22 671
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	1 955	5 901	5 287	6 394	5 731
	Private rehab.inst. totalt	25 229	27 107	26 434	27 472	27 393
Spesialisthelsetjenesten totalt		54 993	59 195	55 970	54 820	53 848

Figur 2 og 3 viser utvikling i antall rehabiliteringspasienter etter aldersgrupper i perioden 2013 til 2017. For rehabilitering i sykehus viser figuren at det har vært en nedgang i antall pasienter for alle aldersgruppene i perioden. Den største nedgangen kommer for den yngste aldersgruppen. Fra 2013 til 2017 har det vært en nedgang på 19 prosent i antall pasienter mellom 0-15 år som har mottatt rehabilitering i sykehus. Det er antall pasienter i aldersgruppen 67-79 år som har hatt minst nedgang med en reduksjon på fire prosent i perioden. Antall pasienter over 80 år som har mottatt

⁴ Meld. St. 14 (2015-2015): Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.

Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017): Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).

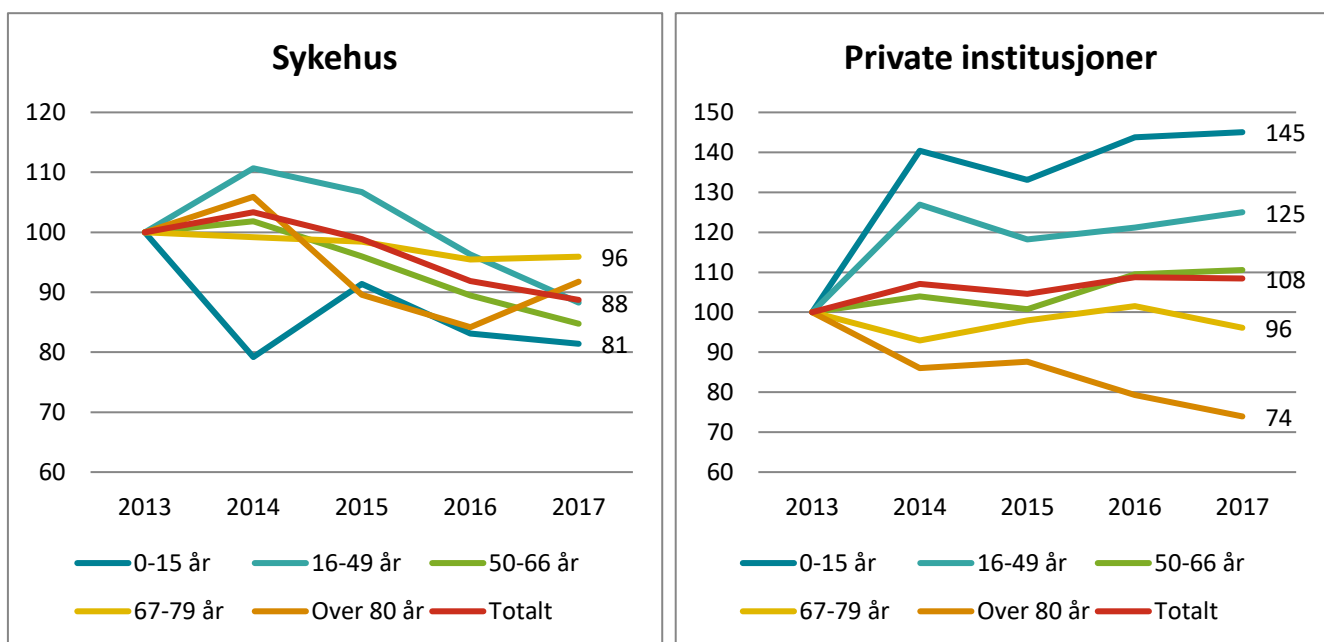
⁵ SSB Statistikkbanken: Tabell 11642: Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter alder og tenestetype (K) 2009-2017.

⁶ Den store veksten i antall dag- og polikliniske pasienter fra 2013 til 2014 skyldes delvis endret registreringspraksis (pasienter som tidligere var registrert som døgnerpasienter blir nå registrert som dag/polikliniske pasienter), samt at en ny institusjon, Diabetikersentret, rapporterte pasientdata for første gang i 2014. Denne institusjonen driver utelukkende med dag- og poliklinisk aktivitet og hadde 1 185 pasienter i 2014. I tillegg hadde Nimi Ringerike (tidl. Nimi hjelp 24) en veldig stor vekst i antall dag- og polikliniske pasienter fra 2013 til 2014 (fra 207 til 2 355 dag- og polikliniske pasienter). Vi er imidlertid usikker på kvaliteten på data som ble rapportert inn fra denne institusjonen i disse årene.

rehabilitering i spesialisthelsetjenesten har gått litt opp og ned i perioden, men siste år har det vært en vekst på ni prosent for denne aldersgruppen.

For de private rehabiliteringsinstitusjonene har utviklingen i antall pasienter i de ulike aldersgruppene fulgt forskjellige mønstre. Samtidig som det har vært en tydelig nedgang i antall pasienter mellom 0-15 år i sykehusene, har denne gruppen hatt en stor prosentvis vekst i de private institusjonene fra 2013 til 2017. Det er imidlertid et begrenset antall pasienter i denne aldersgruppen i de private institusjonene, slik at den prosentvise veksten må tolkes med forsiktighet. Også antall pasienter i aldersgruppen 16-49 år har økt relativt mye med 25 prosent⁷. Antall pasienter i aldersgruppen 50-66 år har i stor grad fulgt landsgjennomsnittet med en vekst på om lag 11 prosent. Antall pasienter i de eldste aldersgruppene har gått ned. For de mellom 67-79 år er det en nedgang på fire prosent til tross for at det er denne aldersgruppen som har hatt den største befolkningsveksten i perioden. Nedgangen er enda større for de over 80 år med 26 prosent. Samtidig har befolkningsutviklingen i denne aldersgruppen vært noenlunde stabil i perioden.

Figur 2 og 3: Prosent utvikling i antall rehabiliteringspasienter etter aldersgrupper i 2013-2017.



Figur 4 viser utviklingen i antall pasienter for ulike typer rehabilitering i perioden 2013 til 2017 kontrollert for befolkningsutvikling. Antall pasienter innen primær kompleks døgner rehabilitering har holdt seg relativt stabilt med 1,2-1,3 pasienter per 1 000 innbyggere. Samtidig har antall pasienter som har mottatt primær enkel døgner rehabilitering gått jevnt ned fra 0,8 i 2013 til 0,5 i 2017. Antall pasienter som har mottatt sekundær døgner rehabilitering gikk ned i årene 2014 til 2016, men har gått

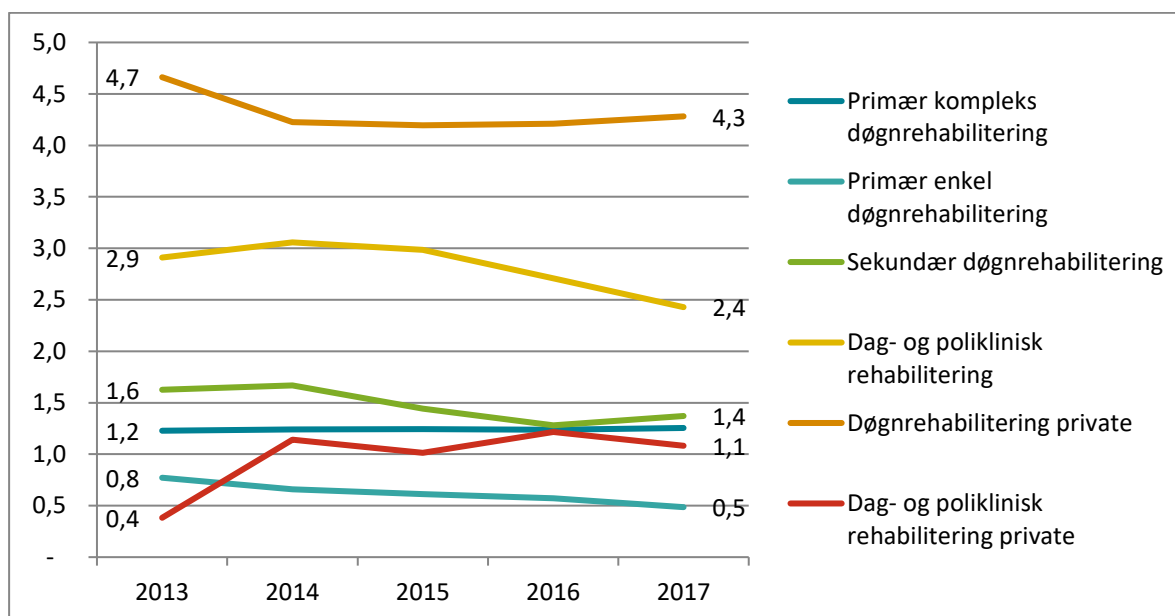
⁷ Den kraftige veksten fra 2013 til 2014 kommer særlig hos to institusjoner; Diabetikersenteret rapporterte data for første gang i 2014 (751 pasienter i denne aldersgruppen i 2014), samt at Nimi Ringerike hadde en veldig stor vekst i antall pasienter i denne aldersgruppen (fra 317 pasienter i 2013 til 1 551 i 2014). Vi er imidlertid usikre på kvaliteten på data som ble rapportert inn fra denne institusjonen i disse årene.

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

noe opp igjen siste år. I 2017 var det 1,4 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok denne typen rehabilitering. For dag- og poliklinisk rehabilitering har det vært en reduksjon i antall pasienter per 1 000 innbyggere fra 2,9 til 2,4 i perioden.

For døgner rehabilitering i private institusjoner har det vært en reduksjon i antall pasienter per 1 000 innbyggere i femårsperioden. I 2013 var pasientraten 4,7 mot 4,3 i 2017. For dag- og poliklinisk rehabilitering hos de private har pasientraten gått litt opp og ned i perioden. Siste år er det en liten nedgang⁸.

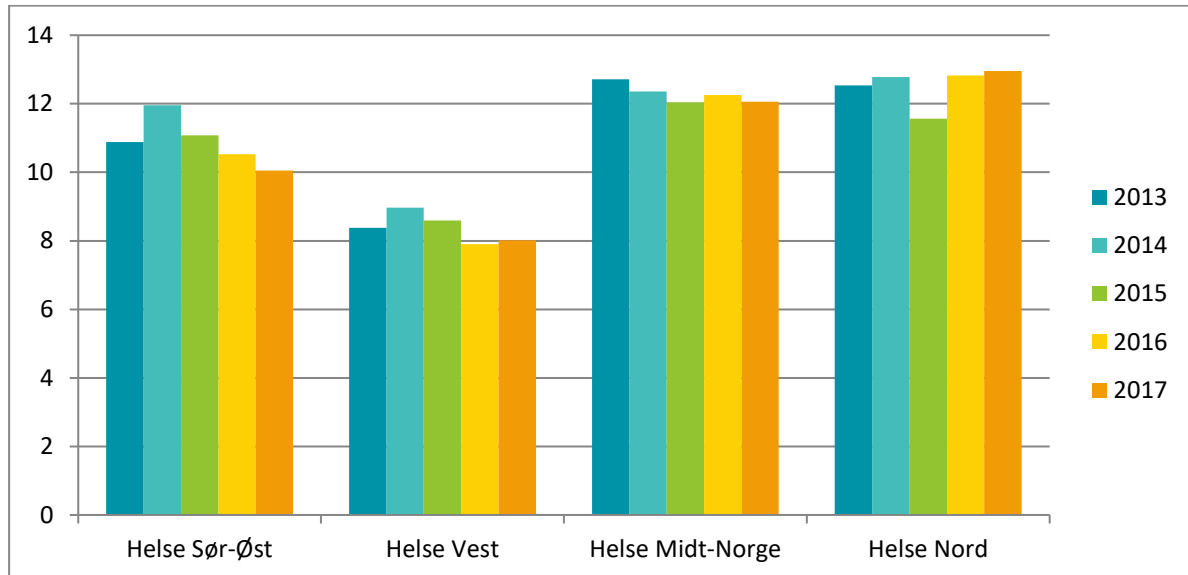
Figur 4: Antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer rehabilitering i 2013-2017.



Figur 5 viser forskjeller mellom regioner i antall rehabiliteringspasienter totalt i spesialisthelsetjenesten (sykehus + private institusjoner) i 2013 til 2017. Figuren viser at det er Helse Midt-Norge og Helse Nord som har høyest nivå med henholdsvis 12,1 og 13 pasienter per 1 000 innbyggere i 2017. Helse Vest har til sammenlikning 8 pasienter per 1 000 innbyggere og har hatt lavest nivå i hele perioden. Helse Sør-Øst har hatt en jevn nedgang i pasientraten siden 2014 og har også en reduksjon siste år. I de andre regionene er det mindre endringer siste år.

⁸ Den kraftige veksten fra 2013 til 2014 skyldes delvis forbedringer i registreringspraksis, samt at en ny institusjon begynte å rapportere pasientdata i 2014. I tillegg er vi usikre på datakvaliteten ved en annen institusjon med svært stor vekst i antall dag- og polikliniske pasienter.

Figur 5: Antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten totalt (sykehus + private institusjoner) etter region i 2013-2017.



Tabell 2 viser at antall pasienter som mottar ulike typer sykehusrehabilitering varierer mellom regionene når vi kontrollerer for befolkningsgrunnlag⁹. For primær døgnerhabilitering har det vært en reduksjon i antall pasienter for alle regioner i perioden 2013 til 2017. Det er flest pasienter som mottar denne typen rehabilitering i Helse Sør-Øst med 2,2 pasienter per 1 000 innbyggere i 2017. Det er særlig bostedsområdene Innlandet og Vestfold som har et høyt nivå med en pasientrate på henholdsvis 4 og 3,7. Dette er en liten nedgang fra året før. Helseforetakene i begge disse bostedsområdene har store rehabiliteringsavdelinger, men ifølge en tidligere kommentar fra Helse Sør-Øst er det satt i gang prosesser med å overføre noe av denne virksomheten til kommunene. Det er færrest pasienter som mottar primær døgnerhabilitering i Helse Vest med 0,7 pasienter per 1 000 innbyggere.

Når det gjelder sekundær døgnerhabilitering, har regionene hatt en noe ulik utvikling i antall pasienter i femårsperioden. Det har vært en reduksjon i Helse Sør-Øst og Helse Vest, mens Helse Nord har hatt en tydelig vekst. Helse Nord er også regionen hvor flest pasienter mottar denne typen rehabilitering med 2,9 pasienter per 1 000 innbyggere i 2017. Det er særlig Helgeland og UNN-området som drar opp snittet for regionen. Til sammenlikning er det kun 1 pasient per 1 000 innbyggere i Helse Sør-Øst som mottar sekundær rehabilitering.

For dag- og poliklinisk rehabilitering har det vært en nedgang i antall pasienter for alle regionene, med unntak av Helse Vest hvor det har vært en gravis økning. Det er flest pasienter som mottar denne typen rehabilitering i Helse Midt-Norge med 3,5 pasienter per 1 000 innbyggere. Det er særlig

⁹ Tallene i tabellen er ikke korrigert for forskjeller i kjønns- og alderssammensetning, men analyser viser at disse faktorene ikke kan forklare variasjon mellom regionene.

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

St. Olavs-området (som inkluderer FysMed-klinikken¹⁰) som har et høyt nivå. Det er færrest pasienter som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering i Helse Nord med et nivå på 1,4 pasienter per 1 000 innbyggere.

Tabell 2: Antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer sykehusrehabilitering etter region i 2013-2017.

Region	Primær døgner Rehabilitering			Sekundær døgner Rehabilitering			Dag- og poliklinisk rehabilitering			Totalt sykehusrehabilitering		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Helse Sør-Øst	2,3	2,2	2,2	1,2	1,1	1,0	3,1	3,4	2,4	6,2	6,4	5,3
Helse Vest	1,2	1,1	0,7	2,3	1,7	1,3	1,9	2,1	2,2	5,2	4,7	4,1
Helse Midt-Norge	1,7	1,4	1,3	2,0	1,8	2,1	4,7	4,0	3,5	7,9	6,8	6,7
Helse Nord	1,8	1,7	1,5	2,0	2,4	2,9	1,6	1,1	1,4	5,2	4,9	5,6
Totalt	1,9	1,8	1,7	1,6	1,4	1,4	2,9	3,0	2,4	6,1	6,0	5,3

Tabell 3 viser forskjeller mellom regionene i antall pasienter som mottar rehabilitering i de private institusjonene¹¹. Tabellen viser at det er flest pasienter som mottar rehabilitering hos private institusjoner i Helse Nord med 7,9 pasienter per 1 000 innbyggere i 2017. Det er færrest pasienter som mottar rehabilitering i private institusjoner i Helse Vest med 4,1 pasienter per 1 000 innbyggere i 2017. Dette er en vekst fra 3,5 tidligere i perioden. I Helse Sør-Øst kan det se ut som at det er vanligere å gi dag- og poliklinisk rehabilitering i de private institusjonene enn i de andre regionene.

Vi ser også at de private institusjonene ikke kan sies å jevne ut forskjellene i bruk av rehabilitering mellom regionene. Det er Helse Nord og Helse Midt-Norge som har flest pasienter både innen sykehusrehabilitering og rehabilitering i private institusjoner. Samtidig ligger Helse Vest lavest både i sykehus og hos de private.

¹⁰ FysMed-klinikken er en privat institusjon som har avtale med Helse Midt-Norge RHF om poliklinisk rehabilitering av pasienter med bant annet muskel- og skjelettlidelser og overvektspromatikk. I tillegg er den med i ordningen «Raskere tilbake».

¹¹ Tallene i tabellen er ikke korrigeret for forskjeller i kjønns- og alderssammensetning, men analyser viser at disse faktorene ikke kan forklare variasjon mellom regionene.

Tabell 3: Antall pasienter per 1 000 innbyggere i private rehabiliteringsinstitusjoner etter region i 2013-2017.

Region	Døgnrehabilitering private inst			Dag- og polikliniskrehabilitering private inst			Totalt private institusjoner		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Helse Sør-Øst	4,6	3,9	3,9	0,5	1,2	1,3	5,0	5,0	5,0
Helse Vest	3,3	3,6	3,6	0,4	0,7	0,7	3,5	4,1	4,1
Helse Midt-Norge	4,9	4,8	5,0	0,3	0,8	0,9	5,1	5,5	5,7
Helse Nord	7,7	6,3	7,0	0,0	0,8	0,9	7,7	7,0	7,9
Totalt	4,7	4,2	4,3	0,4	1,0	1,1	4,9	5,1	5,2

Figur 6 viser forskjeller mellom bostedsområder i antall pasienter per 1 000 innbyggere for rehabilitering i sykehus, private institusjoner og samlet. For rehabilitering i sykehus varierer pasientraten fra 2,4 i Lovisenberg-området til 10,8 pasienter per 1 000 innbyggere i Helgeland i 2017. Forskjellen mellom bostedsområde med laveste og høyeste pasientrate ser ut til å ha økt noe i perioden. For private rehabiliteringsinstitusjoner ser det ut til å være noe mindre forskjeller mellom bostedsområdene i 2017 enn i 2013. I 2017 varierer det fra 2,5 pasienter per 1 000 innbyggere i Stavanger-området til 10,2 i Finnmark.

Til slutt viser figur 6 variasjon mellom bostedsområdene når vi ser på antall pasienter i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner samlet. Er det slik at bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner er med på å redusere variasjonen mellom bostedsområdene? Av figur 6 ser vi at det fortsatt er relativt store forskjeller mellom bostedsområdene i samlet bruk av rehabilitering. Likevel viser analysene at variasjonskoeffisienten for rehabilitering samlet (27,6) er mindre enn for kun sykehusrehabilitering (58,9). Dette tyder på at bruk av private institusjoner er med på å utjevne forskjellene noe. For eksempel ser vi at bostedsområdet Vestfold, som har en veldig høy bruk av sykehusrehabilitering, ligger blant de laveste i bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner. Finnmark har en lav bruk av sykehusrehabilitering, men ligger til gjengjeld høyest i bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner. Denne sammenhengen gjenfinnes ikke hos alle bostedsområder; noen områder har høy eller lav bruk av begge typer rehabilitering, men det ser altså likevel ut til at bruk av private er med på å jevne ut forskjellene noe.

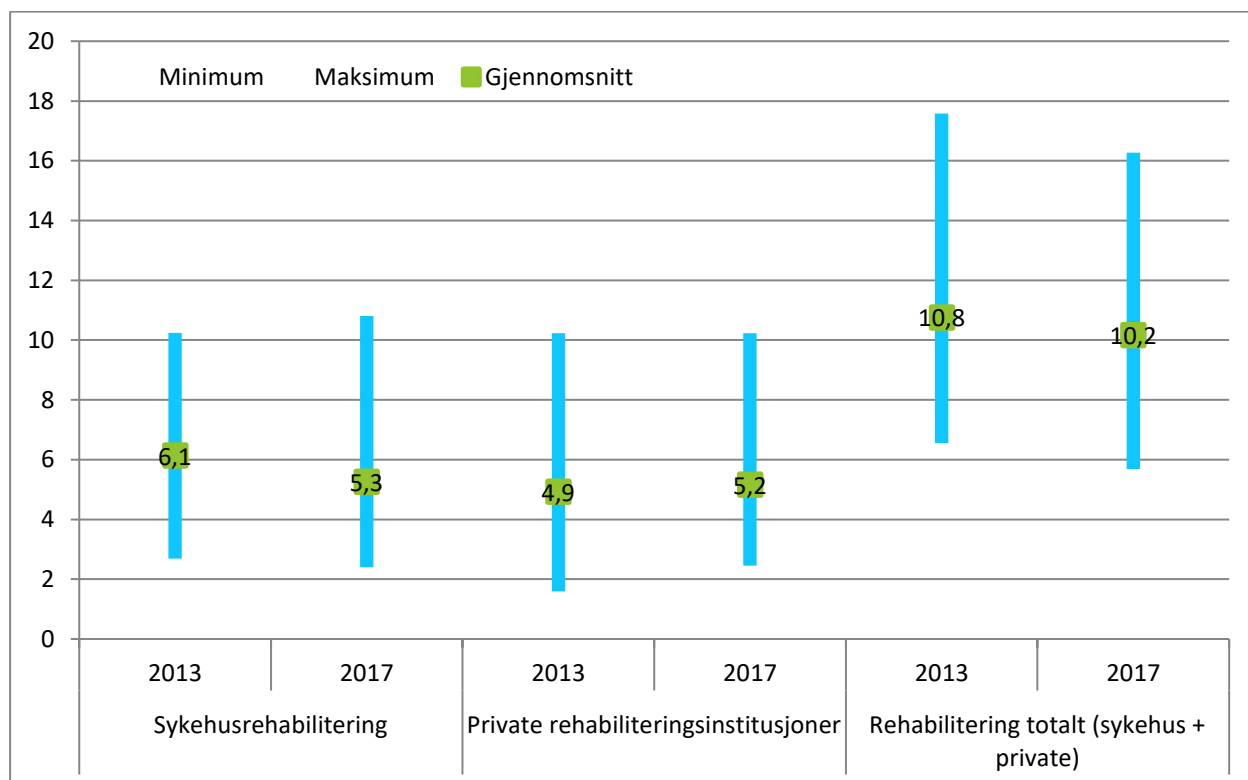
Figur 7 viser variasjon mellom bostedsområder i antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer rehabilitering. For primær kompleks døgnrehabilitering varierer pasientraten fra 0,5 i Helse Stavanger-området til 3 pasienter per 1 000 innbyggere i Innlandet i 2017. Dette omtrent likt slik det var i 2013. For primær enkel døgnrehabilitering er forskjellen mellom bostedsområdene blitt mindre i perioden fra 2013 til 2017. I 2017 varierte antall pasienter per 1 000 innbyggere fra 0,1 i Nord-Trøndelag til 1,5 i Møre og Romsdal. For sekundær døgnrehabilitering har imidlertid forskjellen mellom bostedsområdene med høyeste og laveste pasientrate blitt større i femårsperioden. I 2017 ligger Innlandet lavest med 0,3 pasienter per 1 000 innbyggere, mens Helgeland ligger høyest med 6,7. For dag- og poliklinisk rehabilitering er det relativt stor forskjell mellom bostedsområdene i

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

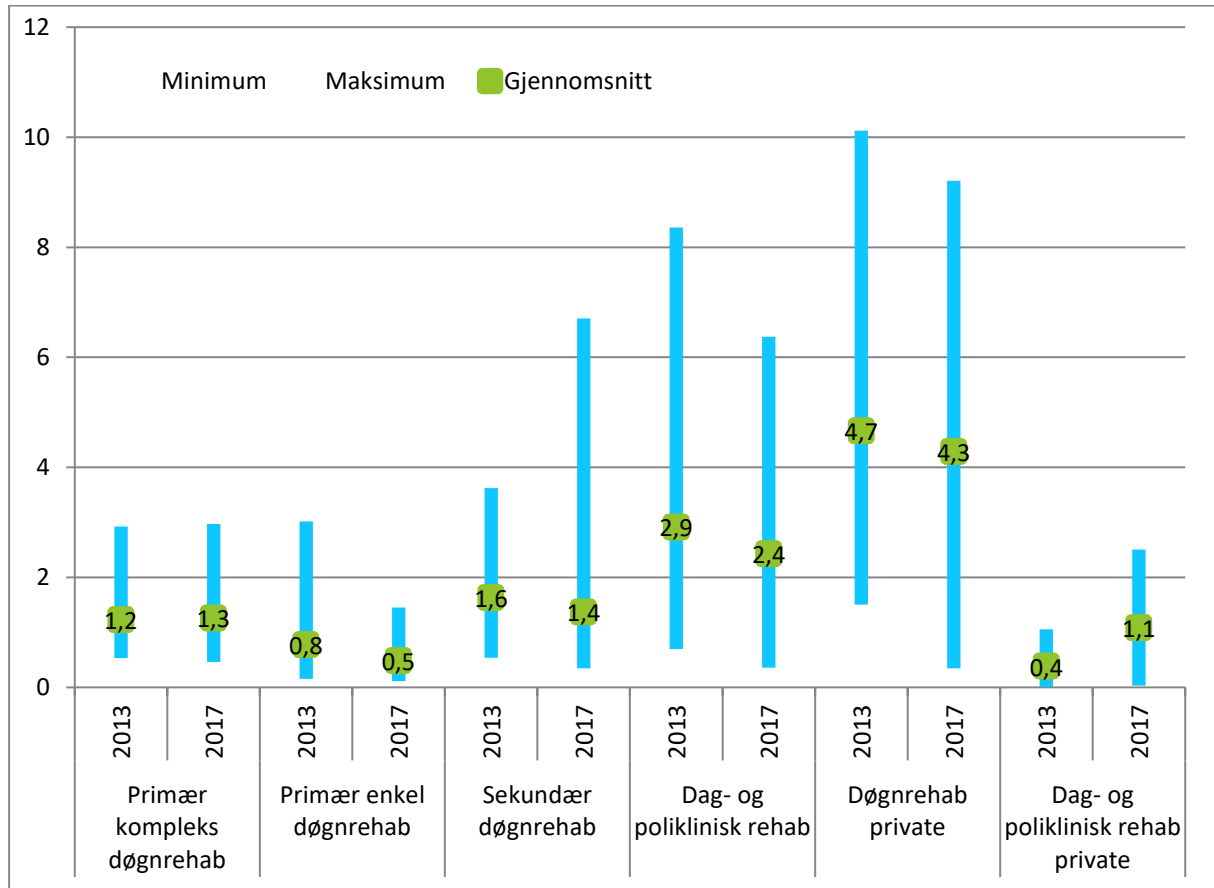
pasientratene. Vestfold ligger høyest med 6,4 pasienter per 1 000 innbyggere, men Østfold har et tilsvarende nivå på 0,4.

Det er også til dels store forskjeller mellom bostedsområdene i hvor mange pasienter som mottar døgner rehabilitering hos de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det er bostedsområdene i Helse Nord som har flest døgnpasienter hos de private, og det er Nordland-området som ligger høyest med 9,2 pasienter per 1 000 innbyggere. Til sammenlikning har Stavanger-området en døgnpasientrate på 1,8 hos de private. Når det gjelder dag- og poliklinisk rehabilitering hos de private, har variasjonen mellom bostedsområdene blitt noe større i femårsperioden. 2013-tallene må imidlertid tolkes med forsiktighet da det var en del feilregistrering av dag- og poliklinisk aktivitet. I 2017 varierte pasientraten dag- og poliklinisk behandling fra 0,03 i Møre og Romsdal til 2,5 i Finnmark.

Figur 6: Forskjeller mellom bostedsområder i antall pasienter per 1 000 innbyggere for rehabilitering i sykehus, private institusjoner og totalt i 2013 og 2017.



Figur 7: Forskjeller mellom bostedsområder i antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer rehabilitering i 2013 og 2017.



3. Oppholdstid

Tabell 4 viser at det er pasienter som mottar døgnerhabilitering i private institusjoner som i gjennomsnitt har lengst liggetid. Gjennom hele perioden har den gjennomsnittlige liggetiden vært på om lag 21 dager eller tre uker. Dette gjelder både Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Nord har noe kortere gjennomsnittlig liggetid på i underkant av 18 dager.

I sykehusene er det ikke overraskende pasienter som mottar primær kompleks døgnerhabilitering som har lengst gjennomsnittlig liggetid med 15,7 dager i 2017. Dette er en nedgang fra 18 dager i 2013. Det er imidlertid relativt stor variasjon mellom regionene. Pasientene i Helse Midt-Norge har en gjennomsnittlig liggetid på 20 dager for primær kompleks døgnerhabilitering, mens den tilsvarende liggetiden i Helse Nord er 13,2 dager. I Helse Nord er det Nordland-området som ligger lavest med et gjennomsnitt på 9,2 dager.

For primær enkel døgnerhabilitering har den gjennomsnittlige liggetiden nasjonalt ligget på omtrent 11 dager i hele perioden 2013 til 2017. I 2017 var den 11,4 dager. Også for primær enkel

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

døgnrehabilitering er det relativt stor variasjon mellom regionene, og igjen er det pasientene i Helse Midt-Norge som har lengst gjennomsnittlig liggetid med 17,3 dager. Dette er en økning fra 13,8 i 2013. Det er imidlertid stor variasjon innad i regionen. I 2017 hadde bostedsområdet Møre og Romsdal en gjennomsnittlig liggetid på 18,3 dager, mens Nord-Trøndelag kun hadde 5,8 dager. I fjorårets Samdata-analyser fant vi at pasientene som mottar primær enkel døgnrehabilitering i Nord-Trøndelag er mye yngre enn de tilsvarende pasientene i Møre og Romsdal. I Møre og Romsdal var om lag 40 prosent av pasientene over 67 år, mens dette kun gjaldt 21 prosent i Nord-Trøndelag. Regionen med kortest gjennomsnittlig liggetid for primær enkel døgnrehabilitering er Helse Sør-Øst med i underkant av ni dager. I Helse Nord ser vi at gjennomsnittlig liggetid for enkel døgnrehabilitering faktisk er noe lengre enn for kompleks døgnrehabilitering.

Tabell 4: Gjennomsnittlig liggetid for ulike typer døgnrehabilitering etter region i 2013-2017.

Region	Primær kompleks døgnrehabilitering			Primær enkel døgnrehabilitering			Døgnrehabilitering private institusjoner		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017	2013	2015	2017
Helse Sør-Øst	17,1	16,2	15,1	9,0	9,0	8,8	22,3	22,4	21,3
Helse Vest	20,1	17,9	19,4	13,6	11,9	12,6	20,2	20,4	20,8
Helse Midt-Norge	22,5	20,5	20,0	13,8	15,9	17,3	20,8	19,7	20,8
Helse Nord	17,7	13,1	13,2	13,2	14,2	13,8	19,4	17,8	17,8
Totalt	18,0	16,5	15,7	10,9	11,2	11,4	21,3	21,0	20,6

4. Dagopphold og konsultasjoner per pasient

Figur 8 viser variasjon mellom regioner og bostedsområder i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per rehabiliteringspasient i sykehusene i 2017. På landsbasis fikk hver rehabiliteringspasient i gjennomsnitt 7,6 dagopphold eller konsultasjoner. Dette er en liten økning fra tidligere år da nivået har ligget ganske stabilt på sju. Regionen hvor pasientene får flest dagopphold/konsultasjoner er Helse Vest med et snitt på 9,5. Dette er en endring fra tidligere år, hvor Helse Midt-Norge alltid har hatt det høyeste nivået. Det er først og fremst Helse Bergen-området som har hatt en stor vekst siste år fra 9,4 til 11,9 dagopphold/konsultasjoner per pasient. I den andre enden har Helse Nord færrest dagopphold/konsultasjoner per pasient med et gjennomsnitt på 6,4.

I Helse Sør-Øst er det særlig ett bostedsområde som skiller seg ut med å ha svært mange dagopphold/konsultasjoner per pasient; i Vestre Viken fikk hver pasient i gjennomsnitt 15,6

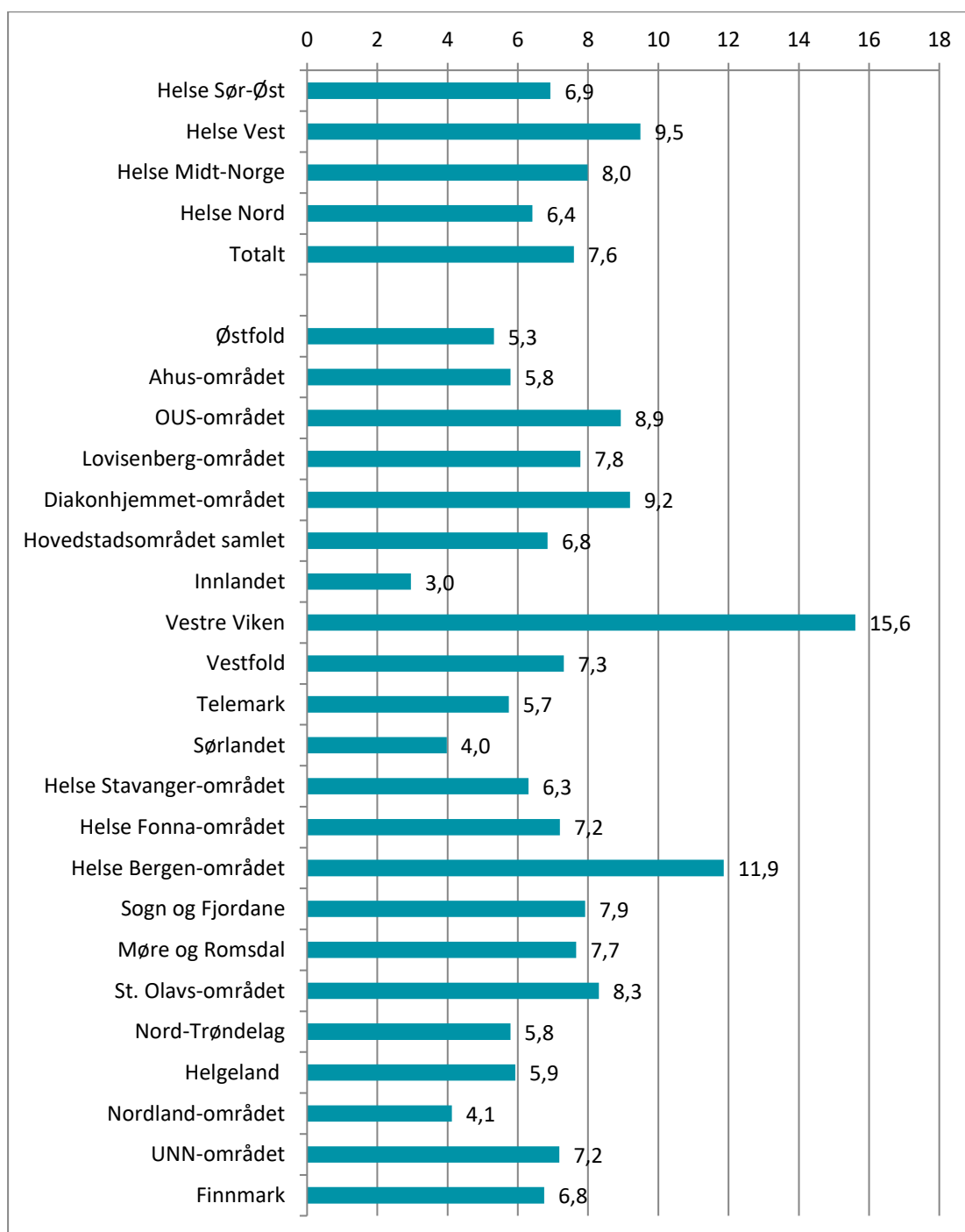
dagopphold/konsultasjoner i 2017. Forklaringen på dette er at Unicare Friskvernklubben AS¹² inngår her, og ved denne institusjonen fikk hver pasient i gjennomsnitt 18,9 dagopphold/konsultasjoner i 2017, noe som drar opp snittet for hele bostedsområdet.

For de private rehabiliteringsinstitusjonene viser figur 9 at hver pasient i gjennomsnitt fikk 13,6 dagopphold/konsultasjoner i 2017. Dette er en økning fra 11 i 2016. Det er imidlertid store forskjeller mellom regionene og bostedsområdene. Helse Midt-Norge er regionen som har flest dagopphold/konsultasjoner per pasient med et gjennomsnitt på nesten 19, men også Helse Nord ligger relativt høyt med i overkant av 17 dagopphold/konsultasjoner per pasient. Innad i Helse Nord varierer det imidlertid fra 4,8 i Finnmark og 5,7 i Helgeland til 22,7 i Nordland-området og 28,9 i UNN-området. Den sterke veksten i de to sistnevnte bostedsområdene skyldes en stor vekst i dagopphold/konsultasjoner i institusjonene Stamina Helse Bodø og Stamina Helse Tromsø uten at pasienttallet har økt tilsvarende.

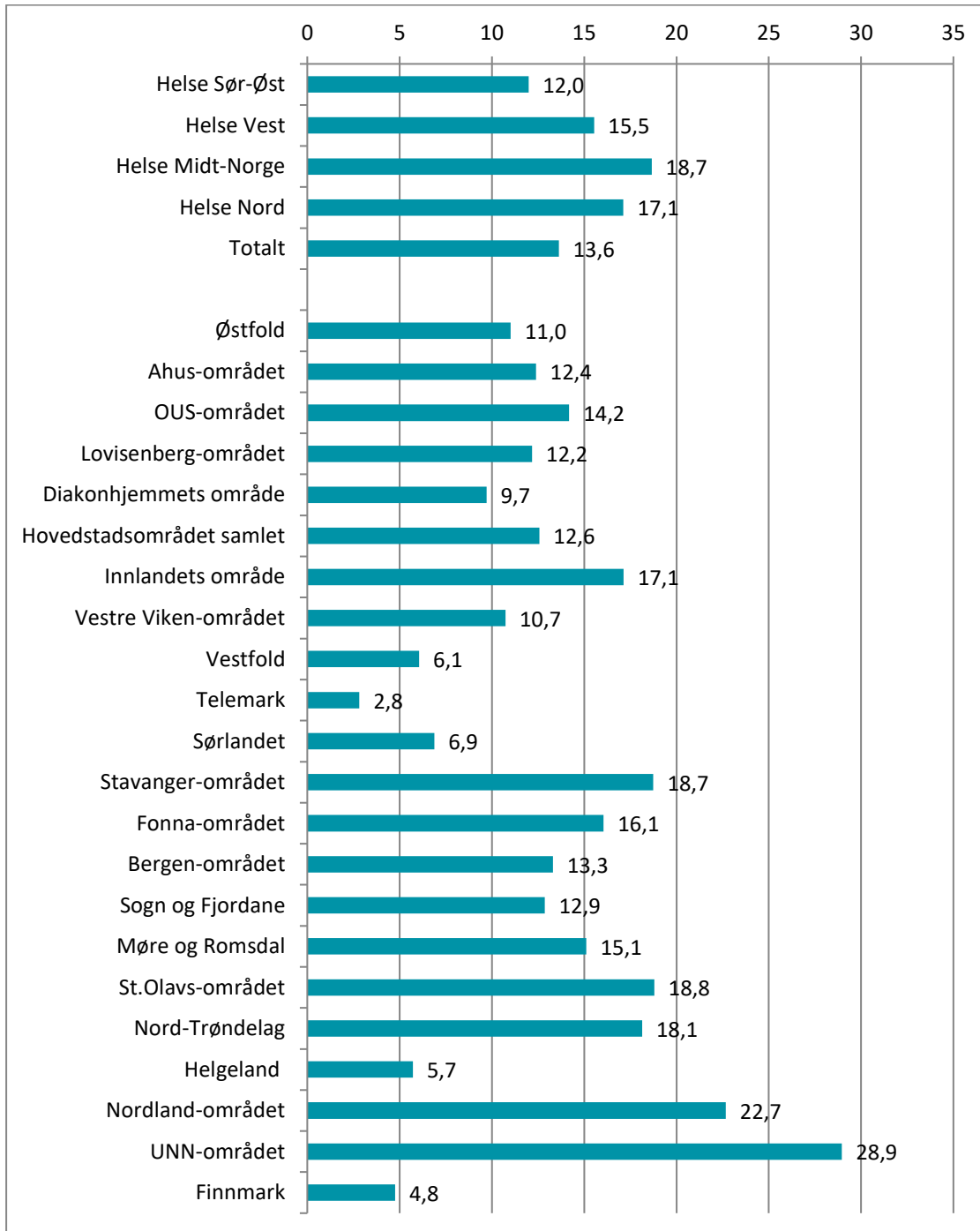
¹² Unicare Friskvernklubben AS er en privat institusjon som har avtale med Helse Sør-Øst RHF om poliklinisk rehabilitering av pasienter med blant annet muskel- og skjelettlidelser, CFS/ME og overvektsproblematikk. I tillegg er den med i ordningen «Raskere tilbake».

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Figur 8: Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient i sykehusene etter bostedsområder i 2017.



Figur 9: Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient i de private rehabiliteringsinstitusjonene etter bostedsområder i 2017.



5. Ambulant virksomhet

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator¹³ slår i § 15 fast at habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. I Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)¹⁴ slår regjeringen fast at den ønsker mer ambulant virksomhet innenfor disse tjenesteområdene i spesialisthelsetjenesten enn det er i dag. I planen fokuseres det på at ambulante tjenester muliggjør samhandling og at spesialisthelsetjenesten får utført sin veiledningsplikt til kommunene. På denne måten kan ambulante tjenester gi kommunene tilgang på den kompetansen de trenger for å sikre at pasienter kan bo hjemme og mestre livet med sykdom.

I Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) presiseres det også at ambulant aktivitet i spesialisthelsetjenesten må synliggjøres gjennom koding og rapportering. I rapporteringen av pasientdata til Norsk pasientregister er det informasjon om hvor kontakten har funnet sted og her skiller det mellom om den har vært på egen institusjon eller et ambulant sted. Det har ikke tidligere ikke vært publisert mange analyser basert på informasjon om sted for aktivitet. Det er derfor usikkerhet knyttet til kvaliteten på denne variabelen da man ikke er sikker på i hvor stor grad institusjonene faktisk koder sted for aktivitet. Men gjennom å publisere og sette fokus på tallene kan vi få en mer korrekt rapportering.

Fra og med 2018 ble det innført en ny særkode for ambulant virksomhet. I regelverket for innsatsstyrt finansiering (ISF) står det "*Nasjonal særkode B0015 Ambulant konsultasjon særskilt begrunnet i pasientens behov kan registreres og rapporteres når behandler(e) oppsøker pasienten ambulant og dette er begrunnet i pasientens behov.*"¹⁵ Om innføringen av denne særkoden fører til bedre registrering av ambulant virksomhet, gjenstår å se.

Figur 10 viser at i 2017 var nesten 97 prosent av alle dagopphold og polikliniske kontakter kodet som at de var utført ved egen institusjon. Kun tre prosent av aktiviteten ble utført ambulant. Denne fordelingen er lik som i 2016.

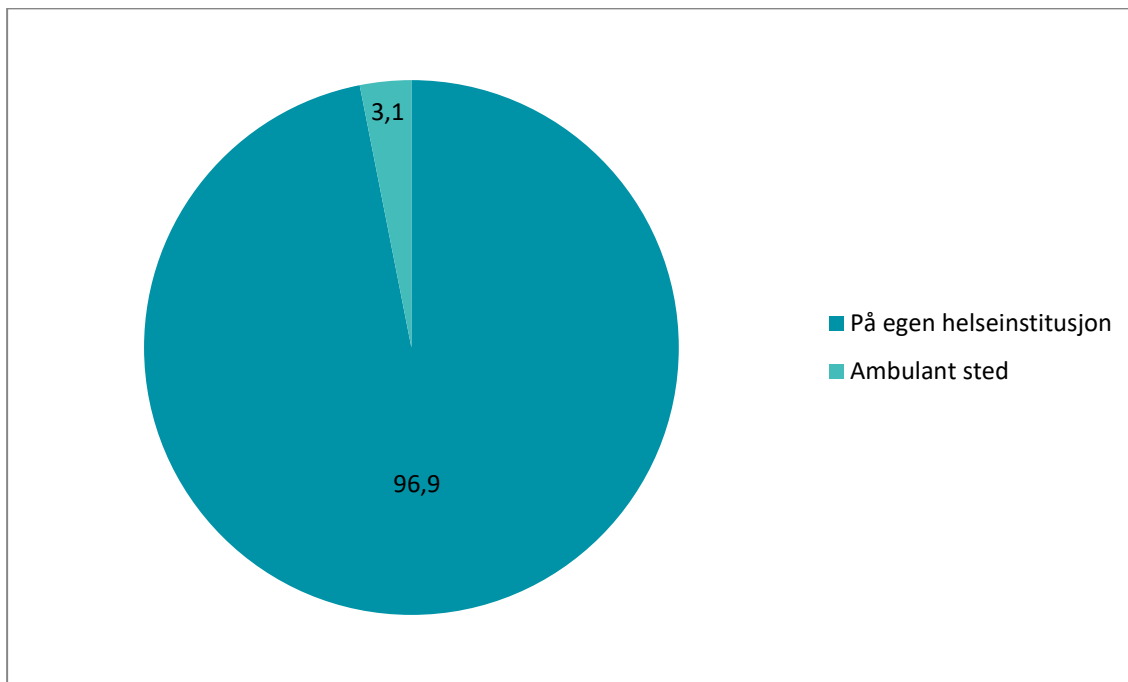
¹³ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

¹⁴ Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017).

¹⁵ Helsedirektoratet (2017): Innsatsstyrt finansiering 2018. IS-2689.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1416/ISF%20regelverket%202018%20IS-2689.pdf>

Figur 10: Sted for dag- og poliklinisk rehabiliteringsaktivitet i sykehus i 2017. Prosentandel.

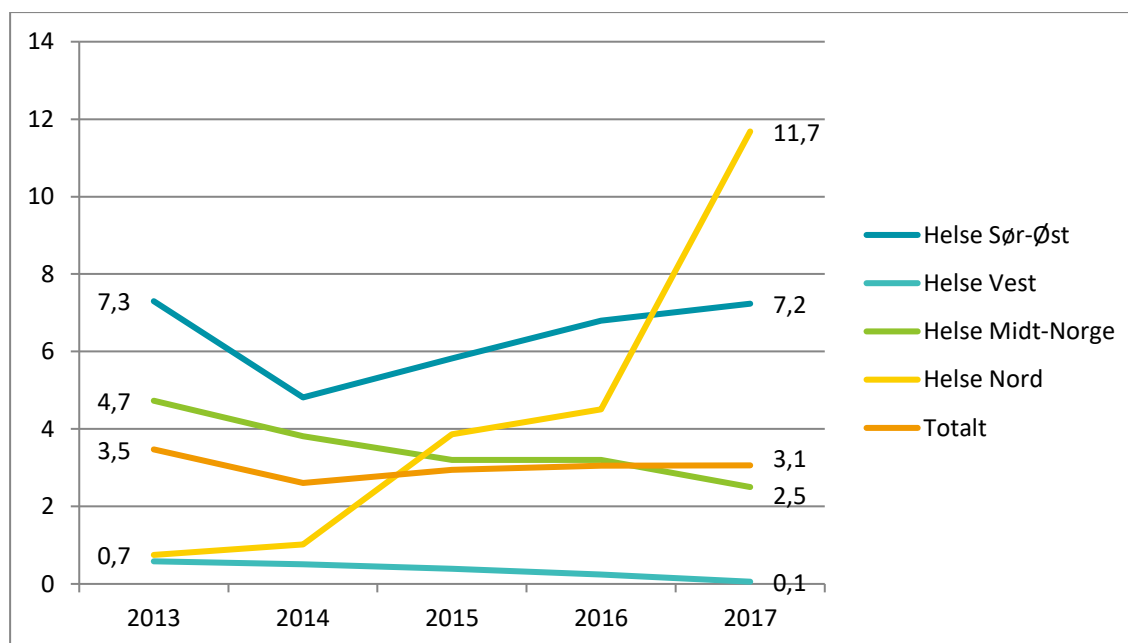


Figur 11 viser at Helse Nord har hatt en ganske markant vekst i kodet ambulant aktivitet i tidsperioden 2013 til 2017. Særlig har veksten vært stor siste år med en økning i andel ambulant virksomhet fra 4,5 til 11,7 prosent. Det er særlig UNN som har hatt en økning fra 2016 til 2017. I Helse Sør-Øst blir 7,2 prosent av all dag- og poliklinisk rehabilitering gjort ambulant, mens Helse Midt-Norge ligger under landsgjennomsnittet med 2,5 prosent. Dette er en nedgang fra 4,7 prosent i 2013. I Helse Vest er så godt som ingen aktivitet kodet som ambulant.

På regionnivå varierer det altså fra nesten ingen ambulant virksomhet i Helse Vest til nesten 12 prosent i Helse Nord. I likhet med hva fjorårets analyser viste, så er variasjonen mye større på helseforetaksnivå. Svært mange helseforetak rapporterer ingen ambulant virksomhet i det hele tatt (for eksempel store helseforetak som Helse Bergen og Oslo universitetssykehus), mens Sørlandet sykehus i andre enden har 24,5 prosent ambulant virksomhet. Dette er så store forskjeller at det er grunn til å tro at dette ikke er det reelle bildet. Det er derfor ønskelig at regionene og helseforetakene følger opp dette slik at registreringen blir mer riktig og enhetlig.

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Figur 11: Prosentandel dag- og poliklinisk sykehuserehabilitering gjort ambulant i 2013-2017.



6. Diagnoser ved rehabilitering

Figur 12 viser diagnosefordelingen for rehabiliteringsaktiviteten ved sykehusene i 2017. For primær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering er fordelingen nokså lik. Det er rehabilitering knyttet til sykdom i muskel- og skjelettsystemet som er den dominerende diagnosegruppen med en andel på rundt 30 prosent. For primær døgnrehabilitering er dette en andelsmessig økning sammenliknet med tidligere år da andelen har ligget rundt 23 prosent. Videre er det sykdom i sirkulasjonssystemet som er den største diagnosegruppen for disse rehabiliteringsformene med en andel på rundt 15 prosent. Både for primær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering er det en ganske stor andel av episodene som mangler diagnose ved siden av rehabiliteringsdiagnosen. Dette gjelder 21 prosent for primær døgnrehabilitering og 25 prosent for dag- og poliklinisk rehabilitering.

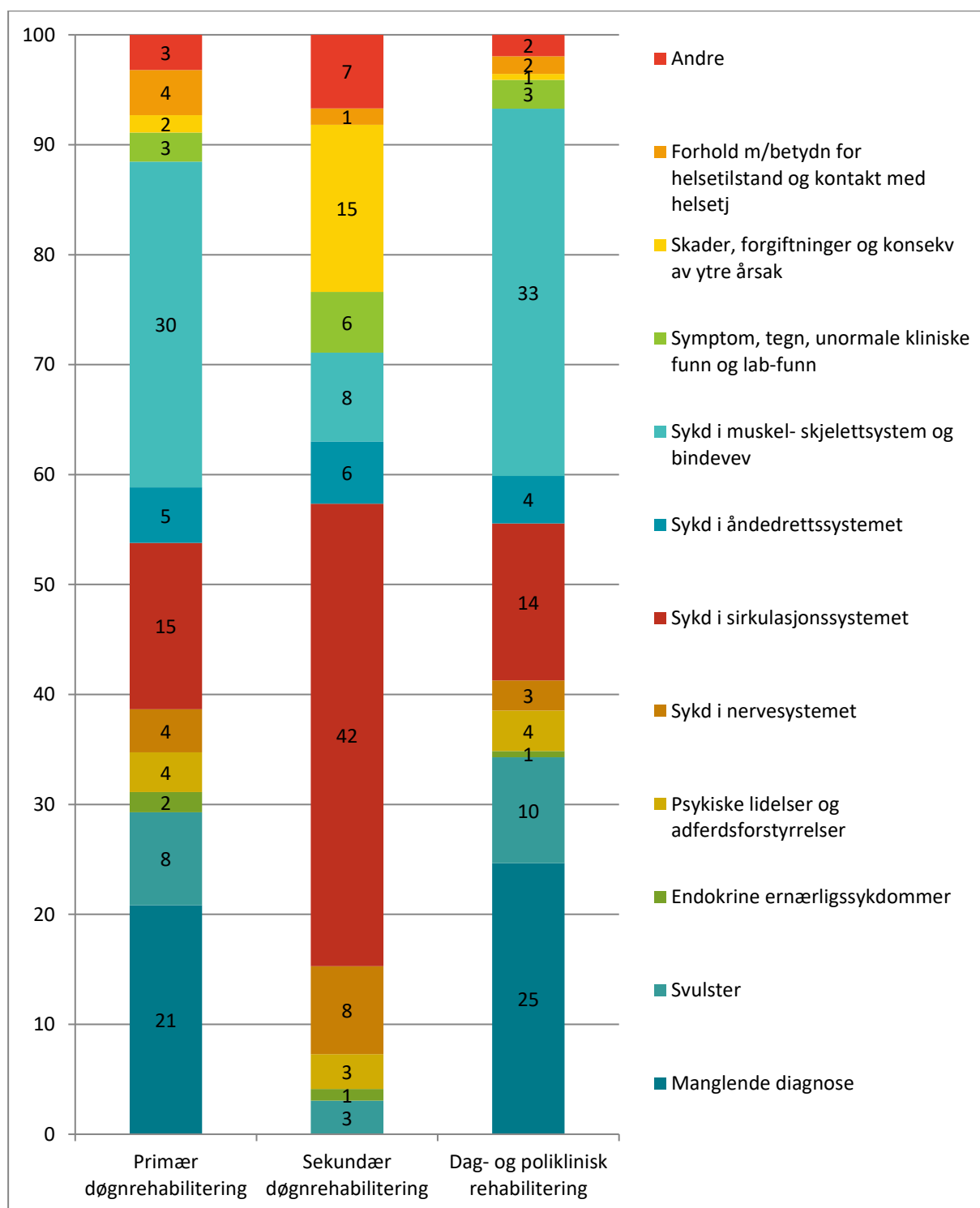
For sekundær døgnrehabilitering er det diagnosegruppen sykdom i sirkulasjonssystemet som er den desidert største med en andel på 42 prosent. Denne har andelsmessig vært stabil de siste årene. En veldig stor andel av disse igjen har hjerneslag som hoveddiagnose. Deretter utgjør diagnosegruppen skader, forgiftninger og konsekvens av ytre årsak 15 prosent av aktiviteten, mens sykdom i muskel- og skjelettsystemet og sykdom i nervesystemet begge utgjør åtte prosent.

I de private rehabiliteringsinstitusjonene er det diagnosegruppen sykdom i muskel- og skjelettsystemet som er den største diagnosegruppen både for døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering med en andel på henholdsvis 29 og 33 prosent. For døgnrehabilitering utgjør videre den noe uspesifikke diagnosegruppen forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten 16 prosent, mens sykdom i nervesystemet stod for 13 prosent av døgnaktiviteten. Endokrine ernærings sykdommer utgjorde 11 prosent.

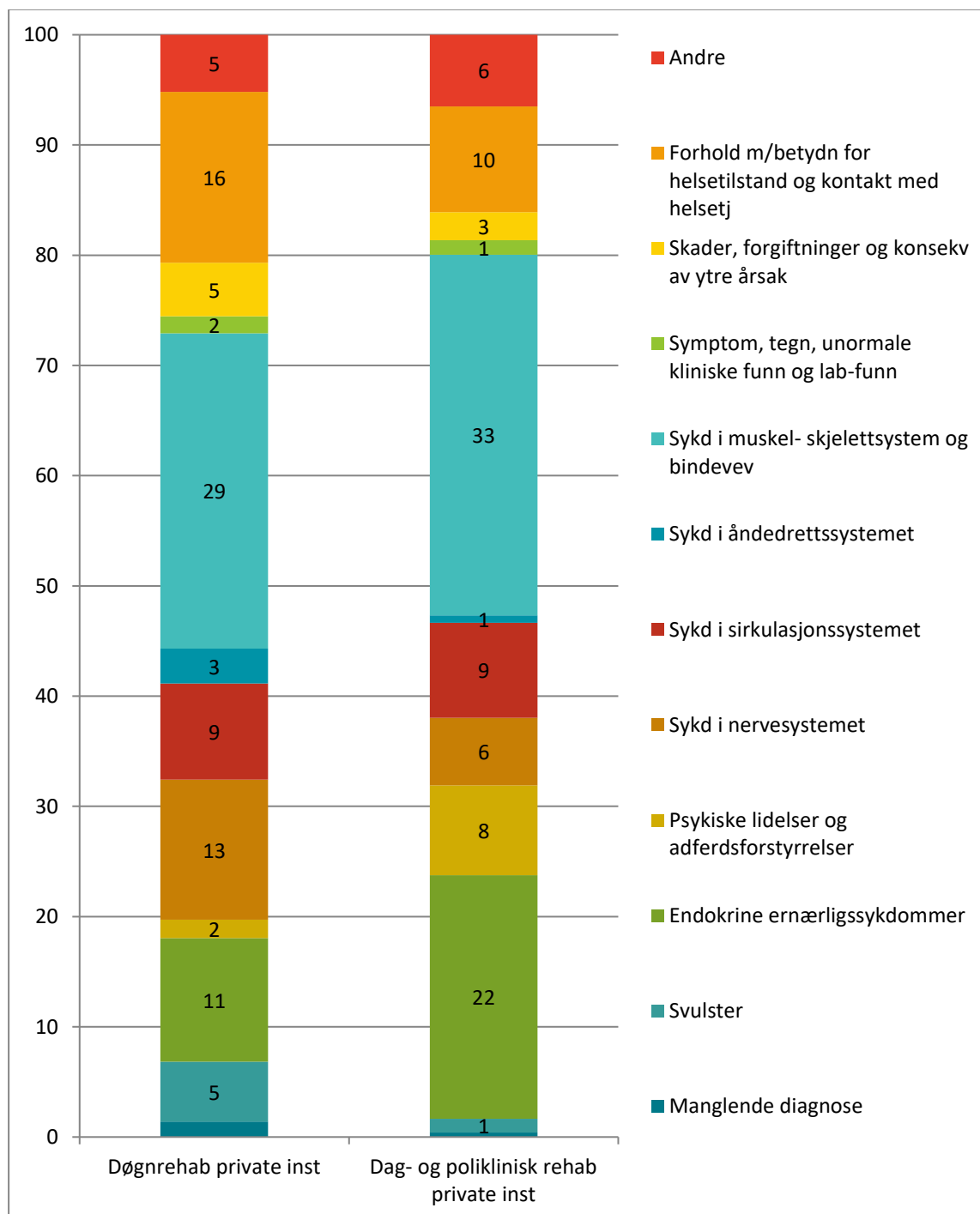
For dag- og poliklinisk rehabilitering var det endokrine ernærings sykdommer som var den største diagnosegruppen etter sykdom i muskel- og skjelettsystemet med en andel på 22 prosent. Sykdom i sirkulasjonssystemet og psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser utgjorde henholdsvis ni og åtte prosent.

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Figur 12: Diagnosefordeling for rehabiliteringsaktivitet ved sykehusene etter hovedkapittel i ICD-10. Prosentandel.



Figur 13: Diagnosefordeling for rehabiliteringsaktivitet ved de private rehabiliteringsinstitusjonene etter hovedkapittel i ICD-10. Prosentandel.



6.1 Hjerneslag

I følge Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag¹⁶ vil om lag en tredjedel av de som hvert år får hjerneslag gjenvinne full eller tilnærmet full funksjon, samtidig som en tredjedel vil dø. Den siste tredjedelen vil ha en varig funksjonshemming som påvirker dagliglivets aktiviteter. Funksjonsutfallet av et hjerneslag er avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer og hvor omfattende blødningen eller infarkt er. Tidlig behandling kan imidlertid begrense skadeområdet og tidlig stimulering/rehabilitering kan fremme reparasjons- og behandlingsprosessene. Forskning viser at tidlig og aktiv rehabilitering øker sjansene for å gjenvinne tapte funksjoner. Samtidig er det viktig at prosessen tilpasses den enkeltes behov både med tanke på mengde, intensitet og varighet, enten det dreier seg om rehabilitering i sykehus, i annen institusjon eller i hjemmet.

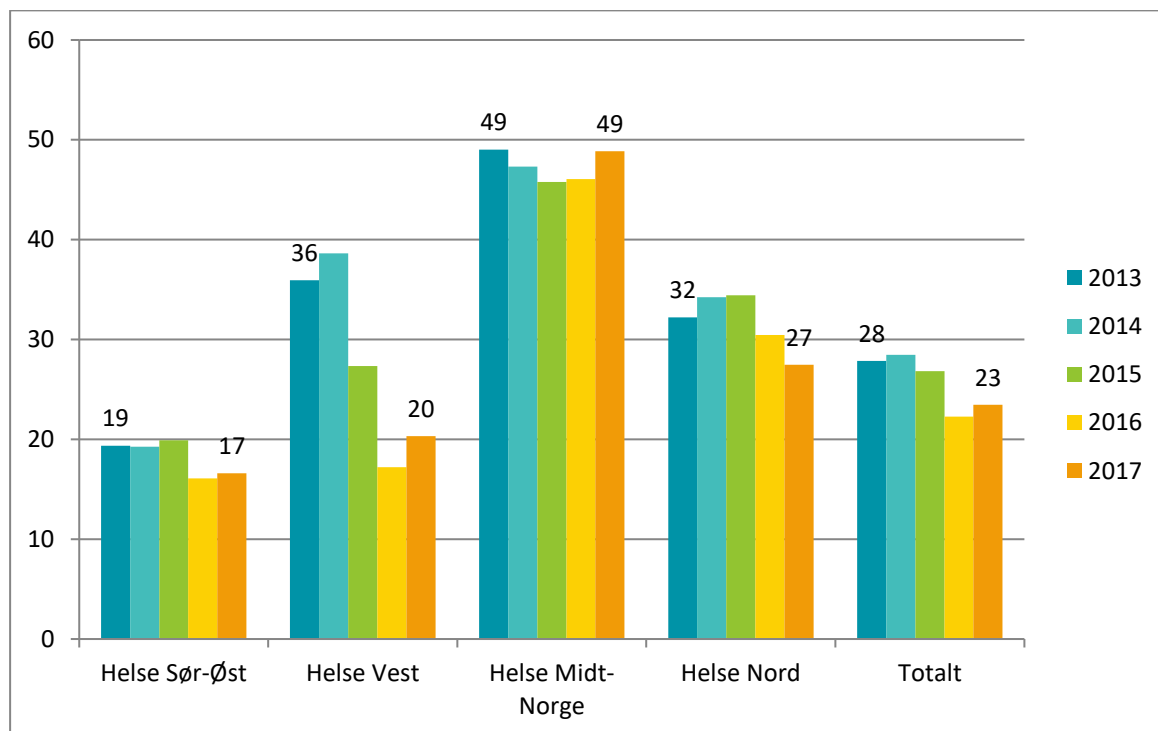
For en slagpasient betyr dette at rehabiliteringsprosessen må være målrettet og begynne allerede første dag etter slaget. For pasienter som er innlagt på slagavdeling vil derfor mange ha behov for å starte rehabiliteringsprosessen allerede mens de er innlagt. I dette avsnittet vil vi derfor se på hvor stor andel av slagpasientene som er innlagt til døgnbehandling som samtidig er registrert med at de mottar rehabilitering. Dette kan være med på å si noe om kvaliteten på behandlingen pasientene får.

Figur 14 viser at det er relativt store forskjeller mellom regionene i hvor stor grad de innlagte slagpasientene også er registrert med en rehabiliteringskode. Med tanke på at forskjellene er så store og at det er slagenheter i alle regioner, kan det muligens tyde på at kodekvaliteten ikke er lik ved alle helseforetakene. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Figuren viser at på landsbasis i 2017 fikk 23 prosent av de innlagte slagpasientene samtidig rehabilitering. Dette er en liten økning fra året før, men en nedgang fra 2013 da andelen var 28 prosent. I Helse Midt-Norge hadde nesten halvparten (49 prosent) av de innlagte slagpasientene også en rehabiliteringskode. Dette er en økning på tre prosentpoeng fra året før og på samme nivå som i 2013. I Helse Sør-Øst er andel innlagte slagpasienter med rehabiliteringskode til sammenlikning 17 prosent. Dette er en nedgang på to prosentpoeng fra 2013. Det er likevel store forskjeller innad i regionen; ved Diakonhjemmet sykehus er andelen slagpasienter med rehabiliteringskode 54 prosent, mens både Sykehuset Østfold og Lovisenberg sykehus har en andel på under to prosent. Helse Vest har nesten hatt en halvering i andel slagpasienter med samtidig rehabilitering i perioden, mens Helse Nord ligger litt over landsgjennomsnittet med 27 prosent.

¹⁶ Helsedirektoratet (2017): Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/>

Figur 14: Prosentandel døgnopphold for hjerneslag med sekundær rehabilitering i 2013-2017.



7. Fritt rehabiliteringsvalg – pasientstrømmer

Ordningen fritt behandlingsvalg (FBV)¹⁷ i spesialisthelsetjenesten ble innført 1. november 2015. Den innebærer at pasienter får mulighet til å velge hvor de ønsker å motta behandling – både i det offentlige og blant godkjente private virksomheter. Fritt behandlingsvalg innebærer også at de regionale helseforetakene skal kjøpe mer fra de private gjennom anbud, og at de offentlige sykehusene ikke lenger har begrensninger på hvor mange pasienter de kan behandle. Hensikten med ordningen er å redusere ventetider i helsevesenet, gi pasientene større valgfrihet samt å stimulere til konkurranse mellom offentlige og private leverandører av helsetjenester.

Ordningen med fritt behandlingsvalg er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven, samt i spesialisthelsetjenesteloven, og er presisert nærmere i forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.

Fram til 1. juli 2017 var private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale unntatt retten til fritt behandlingsvalg i Pasient- og brukerrettighetsloven. Fra 1. juli ble loven endret slik at også private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale nå er inkludert. Det betyr at pasienter med rett til

¹⁷ Fritt behandlingsvalg er en videreføring av ordningen fritt sykehusvalg som ble innført i 2001. Den innebar at pasienter kunne velge andre sykehus enn lokalsykehuset for å unngå lang ventetid.

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

rehabilitering nå kan velge mellom offentlige institusjoner og private institusjoner med avtale på nettsiden www.helsenorge.no.

I dette analysenotatet ser vi på om innføringen av fritt rehabiliteringsvalg allerede har ført til endrede pasientstrømmer for de som ble behandlet etter 1. juli 2017. Og selv om lovendringen gjaldt inkludering av de private rehabiliteringsinstitusjonene, har vi også laget en tabell som viser hvordan pasientstrømmene er for de som mottar rehabilitering i sykehus. Tabell 5 viser at på nasjonalt nivå fikk i overkant av 97 prosent av pasientene rehabilitering i egen bostedsregion - enten ved eget helseforetak eller et annet helseforetak/avtaleinstitusjon i egen region. Helse Vest er regionen hvor størst andel pasienter fikk rehabilitering ved eget helseforetak med over 91,5 prosent. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har lavere andel bruk av eget helseforetak, og bruker i større grad avtaleinstitusjoner i egen region. For Helse Sør-Øst gjelder dette i hovedsak Unicare Friskvernklinikken og i Helse Midt-Norge FysMed-klinikken. Helse Nord er regionen hvor flest pasienter får rehabilitering utenfor egen region med en andel på 6,1 prosent.

Tabell 5: Andel av rehabiliteringsepisoder totalt ved sykehusene utført i og utenfor pasientens egen bostedsregion i 2017. Prosent.

Bostedsregion	Eget HF	Andre HF/avtaleinst. i egen region	Annen region	Private sykehus	Sum egen region
Helse Sør-Øst	50,3	46,3	0,3	3,0	96,6
Helse Vest	91,5	7,2	0,8	0,6	98,6
Helse Midt-Norge	41,8	56,9	0,9	0,4	98,7
Helse Nord	80,3	12,0	6,1	1,6	92,2
Totalt	59,3	37,9	0,9	1,9	97,2

Tabell 6 viser pasientstrømmer for pasienter som har mottatt rehabilitering ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Tabellen viser at både før og etter 1. juli 2017 mottok i overkant av 96 prosent av pasientene rehabilitering ved en institusjon i egen region. Denne andelen er størst i Helse Sør-Øst med godt over 99 prosent. I Helse Vest er det noe større andel pasienter som mottar rehabilitering ved private institusjoner utenfor egen region. Forskjellen mellom pasientstrømmene før og etter 1. juli er imidlertid minimale og gir derfor ikke grunnlag for å si at ordningen har påvirket pasientstrømmene. Det er imidlertid veldig kort tid etter at ordningen ble innført og man kunne derfor kanskje heller ikke forvente å se de store endringene ennå.

Tabell 6: Andel av episoder totalt ved private rehabiliteringsinstitusjoner utført i og utenfor pasientens egen region før og etter 1. juli 2017. Prosent.

Bostedsregion	Før 1. juli		Etter 1. juli	
	Privat institusjon egen region	Privat institusjon annen region	Privat institusjon egen region	Privat institusjon annen region
Helse Sør-Øst	99,4	0,6	99,6	0,4
Helse Vest	87,2	12,8	85,6	14,4
Helse Midt-Norge	93,9	6,1	94,1	5,9
Helse Nord	97,9	2,1	96,0	4,0
Totalt	96,3	3,7	96,4	3,6

8. Datagrunnlag

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator defineres habilitering og rehabilitering slik:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Data i dette kapitlet kommer fra Norsk pasientregister (NPR). Notatet inneholder informasjon om rehabilitering som skjer i regi av de regionale helseforetakene eller ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Befolkningstall brukt til rateberegning er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år.

Sykehusrehabilitering er definert som alle opphold og konsultasjoner med hoveddiagnose Z50 i ICD-10, med unntak av Z50.1 Annen fysikalsk behandling. Dette inkluderer også private avtaleinstitusjoner som ikke er anbudsutsatte og som mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene, samt private sykehus som genererer ISF-inntekter til de regionale helseforetakene på linje med helseforetak og avtaleinstitusjoner.

I dette notatet omtaler vi primær kompleks døgnrehabilitering, primær enkel (tidligere vanlig) døgnrehabilitering, sekundær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering. Definisjonene av disse rehabiliteringsformene er:

Primær kompleks døgnrehabilitering

Primær kompleks døgnrehabilitering er rehabilitering der diagnosekoden Z50.80 står som hoveddiagnose i det pasientadministrative systemet. Denne rehabiliteringsformen omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

institusjonen og minimum seks spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. I tillegg er det krav om at arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager, at pasienten har minimum én overnatting og at pasienten i tillegg har funksjonstrening, trening i kompensere teknikker og tilpasning av hjelpemidler/miljø. Det skal også foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid eller fritid. Arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet.

Primær enkel døgnerhabilitering

Primær enkel døgnerhabilitering er rehabilitering der diagnosekoden Z50.89 står som hoveddiagnose i det pasientadministrative systemet. Denne rehabiliteringsformen omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum fire spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. Arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet.

Sekundær døgnerhabilitering

Sekundær døgnerhabilitering er opphold der en av rehabiliteringskodene Z50.80 (kompleks døgnerhabilitering) eller Z50.89 (enkel døgnerhabilitering) er satt som bitilstand i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres når samme opphold omfatter både akuttbehandling (for eksempel for hjerneslag eller skader) og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering skal kodes som bitilstand.

Dag- og poliklinisk rehabilitering

Opphold og kontakter med en rehabiliteringskode i ICD-10 som har null liggedager og over fem timers varighet, er definert som dagrehabilitering. Kontakter med null liggedager og under fem timers varighet eller ICD-10-kode Z50.9 er definert som poliklinisk rehabilitering. I analysene i denne artikkelen blir disse to kategoriene slått sammen.

Ambulant virksomhet

Analysene av andel ambulant virksomhet er basert på variabelen som heter stedAktivitet. Denne variabelen består av kategoriene «egen helseinstitusjon», «hos ekstern instans», «hjemme hos pasienten», «annet ambulant sted», «telemedisinsk behandling - der pasienten er» og «annet sted». Ambulant virksomhet er definert som de seks siste kategoriene.

Diagnoser

Analysene av diagnosefordeling er basert på hovedkapitlene i ICD-10. For primær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering er det første bidiagnose som definerer hvilken hoveddiagnosegruppe man havner i (rehabilitering er hoveddiagnose), mens for sekundær døgnrehabilitering og rehabilitering i private institusjoner er det hoveddiagnosen som er definerende.

Pasienter med hjerneslag er definert ved hjelp av hovedtilstandskodene I60.x-I64.x.

Private aktører

I 2017 var det 49 private rehabiliteringsinstitusjoner som rapporterte aktivitetsdata til NPR. Dette er en gruppe private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner som har avtaler med de regionale helseforetakene. Disse avtalene har ulik form og varighet og er anbudsutsatte. Når man i dette notatet opererer med skillet mellom sykehusrehabilitering og rehabilitering i private institusjoner, er det disse institusjonene som inngår.

