

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017-2021

Rapport
IS-3052



Innhold

Sammendrag	4
2. Innledning	6
3. Rehabilitering i sykehus og ved private institusjoner	9
3.1. Antall pasienter i spesialisthelsetjenesten	9
3.2. Rehabilitering i sykehus	12
3.3. Private rehabiliteringsinstitusjoner	18
3.4. Antall pasienter samlet i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner	22
3.5. Gjennomsnittlig oppholdstid	24
3.6. Kontakter per pasient	28
3.7. Digitale kontakter og ambulant aktivitet	29
3.8. Diagnosegrupper ved rehabilitering	31
4. Rehabilitering i kommunene	40
5. Datagrunnlag	43
Vedlegg	47

Sammendrag

Fra 2020 til 2021 økte antall pasienter som mottok rehabilitering totalt i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner, men det var lavere enn før pandemien. Nedgangen i femårsperioden skyldes færre pasienter i sykehus. Det var store forskjeller mellom foretaksområdene i hvor mange pasienter som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2021, som det også har vært tidligere år.

Færre pasienter i rehabilitering enn før pandemien

Nær 48 000 pasienter mottok rehabilitering totalt i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner i 2021. Totalt ble antall rehabiliteringspasienter redusert med 11 prosent fra 2017 til 2021. Nedstengningen i forbindelse med pandemien hadde store konsekvenser for rehabiliteringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten i 2020, og antall pasienter var vesentlig lavere i 2020 enn tidligere i perioden 2017-2021.¹ I 2021 var antallet pasienter ved private institusjoner nesten på samme nivå som i 2019, mens antall pasienter i sykehus var langt lavere enn i 2019.

Færre mottakere av rehabilitering i sykehus

I 2021 mottok 15 841 pasienter rehabilitering i sykehus. Bortsett fra en økning fra 2020 til 2021 var det en årlig nedgang gjennom femårsperioden. Det var 34 prosent færre mottakere av rehabilitering i sykehus i 2021 enn i 2017. Sterkest nedgang var det for dag- og poliklinisk rehabilitering, der antall pasienter ble nesten halvert i løpet av perioden, med også en nedgang siste år (2020-2021)². Antallet som mottok døgnrehabilitering i sykehus var lavere i 2021 enn 2017, men høyere enn i 2020.

Økning i antall pasienter i private rehabiliteringsinstitusjoner

Totalt var det 33 311 pasienter som mottok rehabilitering ved private institusjoner i 2021. Det er marginalt færre enn i 2019, og høyere enn øvrige år i perioden. Det var omtrent like mange mottakere av døgnrehabilitering i private institusjoner i 2021 som i 2019. Antallet som benyttet dag- og polikliniske rehabilitering økte betydelig gjennom femårsperioden, og var på sitt høyeste i 2021.

Variasjon mellom regioner og foretaksområder

I 2021 mottok 8,8 pasienter per 1 000 innbyggere rehabilitering i sykehus og/eller i private institusjoner. Det er flere enn i 2020, men færre enn i 2017. Det var forskjeller mellom foretaksområdene i bruk av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Antall mottakere per innbygger var omtrent tre ganger høyere i området med flest (Nord-Trøndelag), enn området

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabiliteringsaktivitet-under-pandemi-i-mai-august-2020-sammenlignet-med-samme-periode-i-2019/rehabilitering-i-sykehus>

² Vi har blitt gjort oppmerksom på at det kan være noe underrapportering av dag- og poliklinisk rehabilitering i sykehus knyttet til manglende bruk diagnosekoder for rehabilitering (Z-koder).

med færrest (Stavanger-området). Ved 16 av de 21 foretaksområdene var det færre rehabiliteringspasienter per innbygger i 2021 sammenlignet 2017.

Nedgang i gjennomsnittlig oppholdstid i sykehus siste år

Pasientene som mottok døgnrehabilitering i sykehus hadde kortere gjennomsnittlig oppholdstid i 2021 enn i 2020. Det var størst nedgang for primær enkel døgnrehabilitering, som ble redusert med 2,2 døgn. Oppholdstiden for primær enkel døgnrehabilitering var også kortere i 2021 enn i 2017, mens det for primær kompleks rehabilitering og sekundær rehabilitering var en økning fra 2017 til 2021. Ved private institusjoner var gjennomsnittlig oppholdstid noe høyere i 2021 enn i 2020, men lavere enn i 2017. Det var mindre spredning mellom foretaksområdene i gjennomsnittlig oppholdstid i private institusjoner enn i sykehus.

Flere kontakter per pasient i sykehus

Det var en nedgang i antall pasienter som mottok dag- og poliklinisk rehabilitering i sykehus fra 2017 til 2021, mens antall kontakter per pasient økte. I 2021 hadde pasientene i gjennomsnitt 7,7 dag- og polikliniske kontakter ved rehabilitering i sykehus. Ved private institusjoner var antall kontakter per pasient 12,6 kontakter, noe som er lavere enn i 2020 og 2017. Det var forskjeller mellom foretaksområdene i antall kontakter per pasient både ved sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner.

Diagnosegrupper

De vanligste diagnosegruppene ved døgnrehabilitering i sykehus var «sykdom i sirkulasjonssystemet», «sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev», «sykdom i nervesystemet», samt «skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak». Ved dag- og poliklinisk rehabilitering i sykehus var de største diagnosegruppene «svulster», samt «sykdom i sirkulasjonssystemet» eller «sykdom i muskel-skjelettsystem og bindevev». I private rehabiliteringsinstitusjoner var «sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev» den vanligste diagnosen både ved døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering. En høy andel opphold og kontakter ved private rehabiliteringsinstitusjoner var imidlertid registrert uten en spesifikk hoveddiagnose.³

Rehabilitering i kommunene

I 2021 var 15 491 personer på ett eller flere tidsbegrensede institusjonsopphold med habilitering/rehabilitering i sin kommunene. Det er noen færre enn i 2017. Det var samtidig en nedgang i antall mottakere av tidsbegrensede institusjonsopphold med habilitering/rehabilitering i kommunen per innbygger blant befolkningen i 14 av 21 foretaksområder. I 2021 mottok 34 766 personer (re)habilitering utenfor institusjon i sin kommune. På grunn av endring i registreringspraksis⁴ er det vanskelig å gjøre en valid sammenligning mot resultatene for 2017.

³ Registret med «Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten».

⁴ Fra 2019 skulle (re)habilitering utenfor institusjon registreres sammen med personopplysninger, mens det tidligere ble registrert som en mottatt tjeneste. Våre tall for 2021 inkluderer også personer registrert med (re)habilitering utenfor institusjon etter gammel kravspesifikasjon i tjeneste filen i tillegg til de som er registrert etter ny kravspesifikasjon i fil med personopplysning.

2. Innledning

Formålet med rehabilitering er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.⁵ De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og yter nødvendig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten både i og utenfor institusjon.

Denne rapporten beskriver utvikling av og variasjon i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det blir presentert tall for antall pasienter, oppholdstid og antall dag- og polikliniske kontakter per pasient etter pasientens bostedsområde. Tallene er basert på pasientopphold⁶, og pasientratene er standardisert etter kjønn og alder, samt etter siste års populasjon. Rapporten viser også beskrivende statistikk over diagnoser ved rehabilitering. I tillegg er det i kapittel 4 en kort beskrivelse av rehabilitering i kommunene.

Med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019⁷ ønsket regjeringen å bidra til at kommunene kunne gi et godt tilrettelagt rehabiliteringstilbud for sine innbyggere. Helse- og omsorgsdepartementet gav Helsedirektoratet i oppdrag å evaluere opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Evalueringen viste en viss økning av kapasitet og kompetanse i kommunene, men også en uklar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det fremgår av evalueringen at kommunene kan ha utfordringer med organiseringen av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i tillegg til mangel på egne rehabiliteringsinstitusjoner.⁸

Tallgrunnlaget i denne rapporten indikerer at det for landet samlet ikke har vært en vekst i antall per innbygger som mottar rehabilitering i kommunene fra 2017 til 2021, verken i eller utenfor institusjon.⁹ Det har vært endringer i registreringsrutiner som må tas i betraktning ved tolkningen av resultatene, og i tillegg har koronapandemien hatt innvirkning på tilbudet. For noen pasienter kan et tilbud ved frisklivssentralen være et sentralt element i en (re)habiliteringsprosess.¹⁰ I datagrunnlaget for denne rapporten er det ikke inkludert rehabiliteringsaktivitet ved frisklivssentraler eller andre lavterskeltilbud. Informasjon om denne aktiviteten kunne ha bidratt til å nyansere bildet av endringer som har vært på

⁵ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

⁶ Tallgrunnlaget for døgnrehabilitering er basert på at helseforetaks-/sykehusopphold som henger sammen i tid (overføringer) er slått sammen (aggregert) til ett opphold.

⁷ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017).

⁸ Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).pdf (helsedirektoratet.no)

⁹ Se kapittel 4 i rapporten for mer informasjon.

¹⁰ Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud. Veileder IS-1896. Oppdatert 02/2022

rehabiliteringsområdet både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det at vi basert på tilgjengelig statistikk ikke har hatt mulighet til å kontrollere for bruk, og eventuelle endringer i bruk, av frisklivssentraler og andre lavterskeltilbud, må tas med i betraktning ved tolkningen av resultatene i denne rapporten.

Tilbudet om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er organisert på ulike måter. Ved noen sykehus er det egne rehabiliteringsavdelinger, mens ved andre sykehus foregår rehabiliteringen parallelt med annen behandling. I tillegg er det et stort omfang av private rehabiliteringsinstitusjoner som utfører rehabilitering etter avtale med de regionale helseforetakene.

For sykehusene skilles det mellom primær døgnrehabilitering, sekundær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering.¹¹ Primær døgnrehabilitering vil si at det er rehabiliteringen som er hovedårsak til innleggelsen. Her skilles det videre mellom primær kompleks og primær enkel avhengig av grad av kompleksitet. Ved sekundær døgnrehabilitering mottar pasienten rehabilitering ved siden av eller i direkte forlengelse av behandling for hovedårsaken til innleggelsen. Dag- og/eller poliklinisk rehabilitering er rehabilitering hvor pasienten ikke er innlagt, men ofte møter opp til en serie med behandlinger. Disse behandlingsseriene kan skje både individuelt og i grupper. Antall pasienter som ble registrert med en dag- og/eller en poliklinisk kontakt i sykehus var tydelig lavere i 2021 sammenlignet med 2017. Vi har blitt gjort oppmerksom på at det kan være noe underrapportering av dag- og poliklinisk rehabilitering i sykehus knyttet til manglende bruk diagnosekoder for rehabilitering (Z-koder). Vi har ikke gjort en nærmere kartlegging av omfang og hvordan dette slår ut, og vet derfor ikke hvor stor del av nedgangen i antallet dag- og polikliniske pasienter som har sammenheng med en underrapporter.

Rehabiliteringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten var påvirket av koronapandemien og perioder med nedstenging og/eller redusert kapasitet i 2020. I tillegg var det stor grad av omdisponering av rehabiliteringspersonell, samt mange pasienter som ikke møtte til behandling i frykt for smitte. Våre tall viser en betydelig reduksjon i antall pasienter som mottok rehabilitering i 2020 sammenliknet med tidligere år. I 2021 var det en svak økning i antall pasienter som mottok rehabilitering i sykehus, men antallet var fortsatt betydelig lavere enn før pandemien. I private rehabiliteringsinstitusjoner var antall pasienter kun marginalt lavere i 2021 enn 2019.

Det er en målsetning om å øke satsningen på ambulant habilitering og rehabilitering,¹² samt at en høyere andel av dag- og polikliniske konsultasjoner blir gjennomført digitalt.¹³ Denne

¹¹ Se datagrunnlag bak i rapporten (kapittel 5) for mer detaljerte definisjoner.

¹² Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> og Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017).

¹³ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

rapporten viser ingen økning i ambulant¹⁴ rehabilitering, snarere en nedgang. Målsetningen om minst 15 prosent digitale konsultasjoner i sykehus var nådd blant rehabiliteringspasientene fra Sør-Øst, men gjaldt svært få av de fra Nord.

Det var flere private institusjoner som innrapporterte aktivitet for 2019 til 2021 enn tidligere i femårsperioden. Vi har ikke gjort en fullstendig kartlegging av institusjonene som kun har innrapportert aktivitet i deler av perioden, om hvorvidt dette skyldes at institusjonene ikke har avtale for hele perioden eller om det skyldes manglede rapportering. Institusjonene som er kommet til de siste årene, og som er registrert med mye aktivitet, har i hovedsak dag- og/eller poliklinisk aktivitet. Analysene hvor dag- og poliklinisk aktivitet ved private institusjoner inngår må derfor tolkes med forsiktighet.

Private avtaleinstitusjoner som ikke er anbudsutsatte og som mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene, rapporterer aktivitet på lik måte som offentlige institusjoner. Dette gjelder også for private sykehus som genererer ISF-inntekter til de regionale helseforetakene på linje med helseforetak og avtaleinstitusjoner. Denne aktiviteten har vi i årets publikasjon plassert under private institusjoner for hele perioden. Det vil si at aktivitet ved LHL-sykehuset Gardermoen, LHL Trondheim og Unicare Friskvern inngår under private institusjoner for hele perioden fra 2017 til 2021.¹⁵ Døgnaktivitet ved LHL Gardermoen er hovedsakelig kompleks rehabilitering, og LHL Gardermoen står for en høy andel av denne aktiviteten med brukere fra hele landet. I 2021 ble f.eks. 1 930 døgnopphold registrert som kompleks rehabilitering ved LHL Gardermoen. Ved å flytte denne aktiviteten til private institusjoner påvirker det både aktivitet og oppholdstid for denne typen rehabilitering i sykehus sammenlignet med tidligere publikasjoner.

Rapporten viser at det var en reduksjon i primær kompleks døgnrehabilitering i perioden etter 2017. Mye av reduksjonen kan skyldes at enkelte helseforetak før 2018 registrerte en del opphold som primær kompleks rehabilitering uten at innholdet i behandlingen tilsa at oppholdene var det.¹⁶ Fra 2017 til 2018 kom en større reduksjon i antall opphold der nedgangen i hovedsak gjaldt to helseforetak (Innlandet og Vestfold). Avregningsutvalget¹⁷ viser at det også etter 2018 er opphold ved enkelte helseforetak som er feilregistrert som rehabiliteringsopphold.

¹⁴ I denne rapporten omfatter ambulant rehabilitering som er registrert utført hjemme hos pasienten eller på annet ambulant sted. Se kapittel 5 for nærmere spesifisering.

¹⁵ Se kapittel 5 om Datagrunnlag for nærmere informasjon om flytting av institusjoner

¹⁶ Avregningsutvalgets årsrapport 2017. November 2017 (sak 17/11400). ([Microsoft Word - \305rsrapport_avregningsutvalget_2017_trykk](#)) (helsedirektoratet.no)

¹⁷ Avregningsutvalgets årsrapport 2019. November 2019 (sak 17/11400).

3. Rehabilitering i sykehus og ved private institusjoner

3.1. Antall pasienter i spesialisthelsetjenesten

Tabell 1 viser utvikling i antall pasienter etter type rehabiliteringsopphold i sykehus og ved private rehabiliteringsinstitusjoner fra 2017 til 2021. I 2021 mottok 47 997 pasienter rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det er 6 228 flere enn i 2020, noe som tilsvarer en økning på 15 prosent. Antallet var imidlertid lavere i 2021 enn i perioden 2017- 2019. Det var en nedgang på 11 prosent i antall pasienter som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fra 2017 til 2021. Den sterkeste reduksjonen i antall pasienter sammenfaller med oppstarten av pandemien i 2020.

Tabell 1: Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten, 2017-2021.

Institusjon	Type rehabilitering	2017	2018	2019	2020	2021	Endring i prosent	
							2017-21	2020-21
Sykehus	Primær kompleks døgner rehabilitering	4 637	3 757	3 579	2 878	3 309	-29	15
	Primær enkel døgner rehabilitering	2 279	1 995	1 810	1 351	1 534	-33	14
	Sekundær døgner rehabilitering	7 499	6 554	5 917	5 924	6 075	-19	3
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	10 674	8 996	8 581	6 058	5 867	-45	-3
	Sykehusrehabilitering totalt	23 855	20 249	18 902	15 235	15 841	-34	4
Private rehab.inst	Døgner rehabilitering	24 531	25 151	24 826	19 723	24 827	1	26
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	7 918	7 858	9 635	8 620	10 734	36	25
	Private rehab.inst. totalt	31 415	31 820	33 497	27 509	33 311	6	21
Spesialisthelsetjenesten totalt		53 848	50 746	51 051	41 769	47 997	-11	15

Det var totalt 15 841 pasienter som mottok sykehusrehabilitering i 2021 Det er fire prosent flere enn i 2020, men fortsatt betydelig færre enn i perioden 2017-2019. Totalt var det en reduksjon på om lag 8 000 pasienter i sykehusrehabilitering fra 2017 til 2021, noe som tilsvarer en nedgang på 34 prosent.

Fra 2017 til 2021 ble antall mottakere av alle typer døgner rehabilitering i sykehus redusert. Prosentvis var det størst nedgang for primær enkel døgner rehabilitering med 33 prosent færre

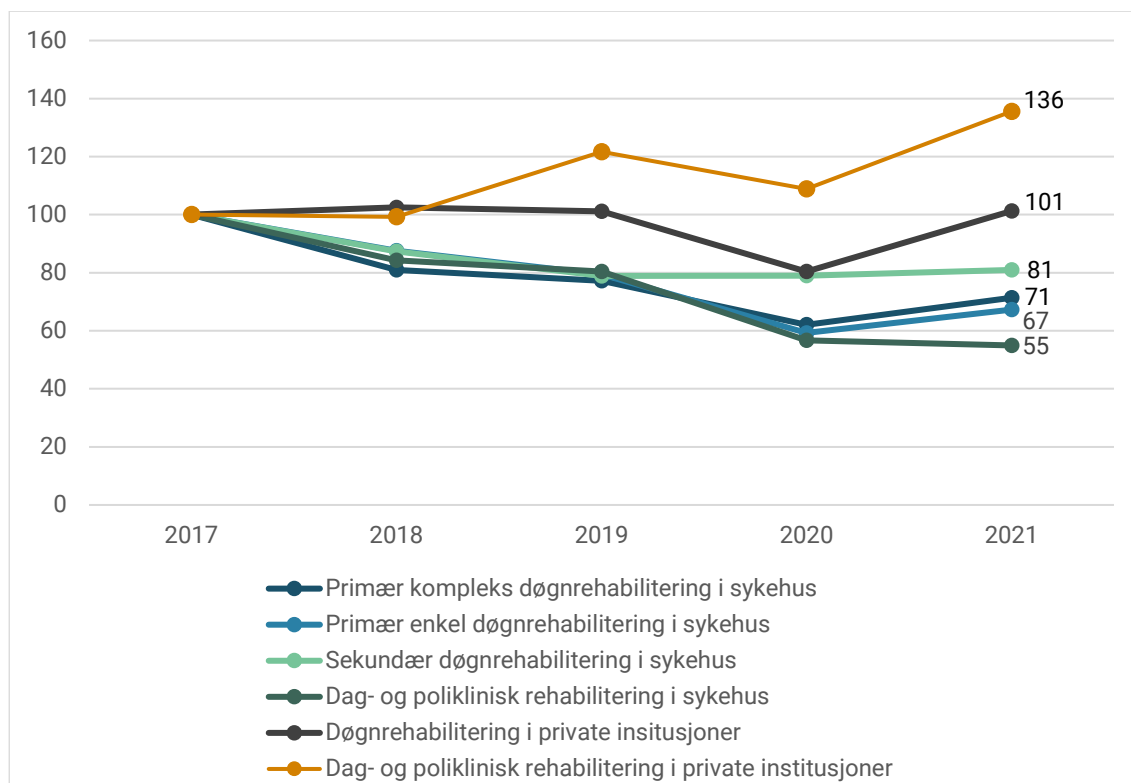
pasienter i 2021. I antall var reduksjonen sterkest for sekundær døgnrehabilitering med omtrent 1 400 færre pasienter i 2021 enn i 2017.

Antall pasienter som mottok dag- og poliklinisk rehabilitering i sykehus ble nesten halvert i løpet av femårsperioden.¹⁸ I 2021 mottok 5 867 pasienter denne typen behandling, og det er også litt færre enn i 2020. Den sterkeste reduksjonen i antall pasienter i løpet av perioden sammenfaller med pandemien i 2020, men det var også en nedgang i årene før. Det var en sterkere prosentvis reduksjon i mottakere av dag- og poliklinisk rehabilitering fra 2017-2021 enn mottakere av døgnrehabilitering i sykehus.

I 2021 mottok 33 311 pasienter rehabilitering ved private institusjoner. Antallet økte årlig frem til 2019, før en sterk reduksjon i 2020. Fra 2020 til 2021 økte antallet med 5 800 pasienter, og var nesten på nivået til 2019. I 2021 var det om lag 1 900 flere pasienter enn i 2017, noe som tilsvarer en økning på seks prosent.

Antallet som mottok døgnrehabilitering i private institusjoner var stabilt i perioden 2017-2019, før nedgangen i 2020. I 2021 mottok 24 827 pasienter døgnrehabilitering i private institusjoner, omtrent samme antall som før pandemien. Videre mottok 10 734 pasienter dag- og poliklinisk rehabilitering i private institusjoner i 2021, noe som er det høyeste i løpet av femårsperioden og 36 prosent flere enn i 2017, se figur 1.

Figur 1: Prosent endring i antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten, 2017-2021 (2017=100).

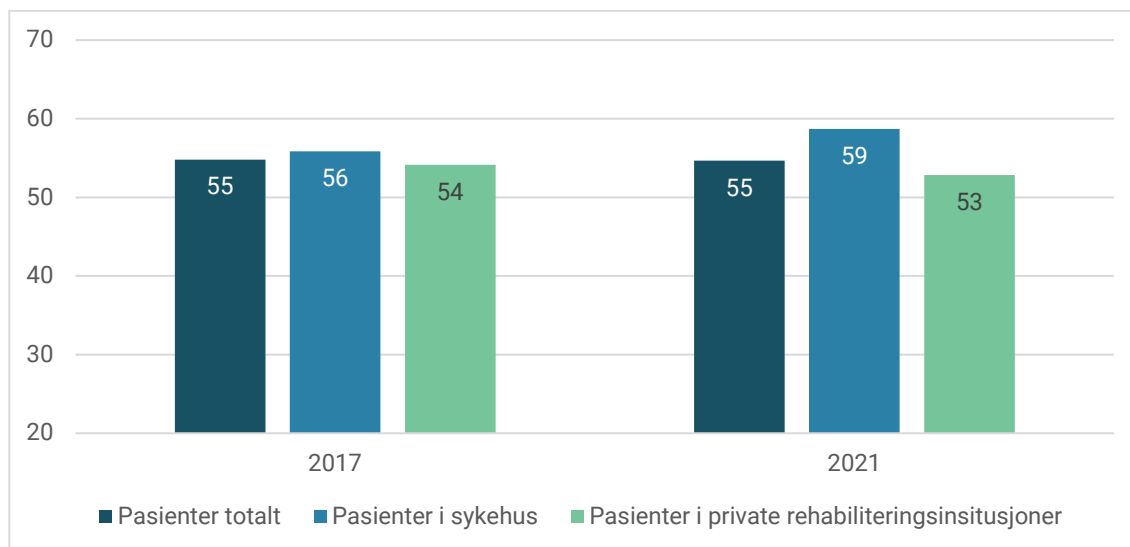


¹⁸ Det kan være noe underrapportering av dag- og poliklinisk rehabilitering i sykehus knyttet til manglende bruk diagnosekoder for rehabilitering (Z-koder). Vi vet ikke hvorvidt, og i hvilken grad, nedgangen i dag- og polikliniske pasienter har sammenheng med underrapportering.

Kjønn og aldersfordeling

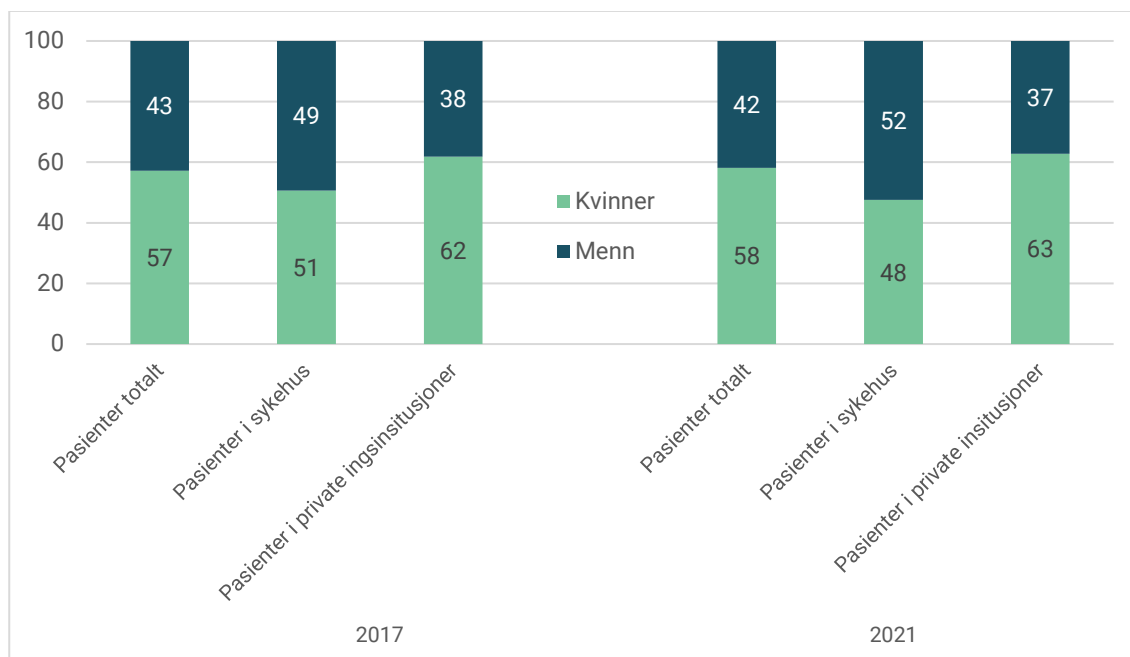
Gjennomsnittsalderen var 55 år i 2021 for pasienter som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, tilsvarende som i 2017. Det var høyere gjennomsnittsalder blant pasientene i sykehus (59 år) enn i private rehabiliteringsinstitusjoner (53 år).

Figur 2: Gjennomsnittsalder blant rehabiliteringspasienter totalt, i sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner. 2017 og 2021.



Pasientene som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten besto i 2021 av 57 prosent kvinner og 43 prosent menn, omtrent tilsvarende som i 2017. Det var høyere andel kvinner blant pasientene i private rehabiliteringsinstitusjoner enn i sykehus. Det var også tilfellet i 2017, men differansen var noe større i 2021.

Figur 3: Kjønnfordeling blant rehabiliteringspasienter totalt, i sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner. Prosent. 2017 og 2021.



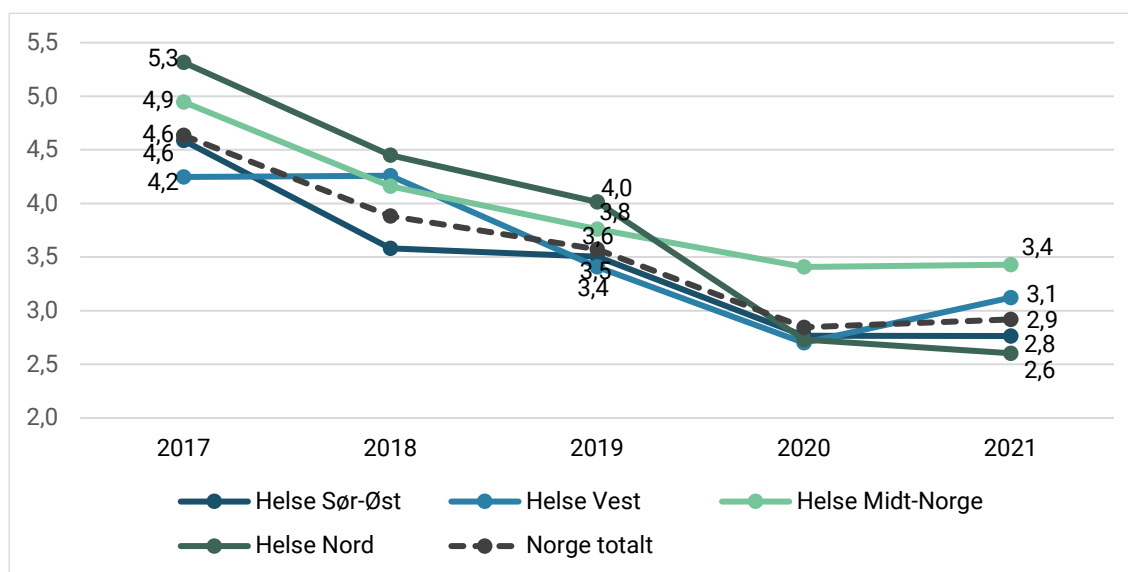
3.2. Rehabilitering i sykehus

Totalt antall rehabiliteringspasienter

Figur 4 viser utvikling og variasjon i antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok rehabilitering i sykehus i perioden 2017 til 2021. I 2021 var det 2,9 pasienter per 1 000 innbyggere som fikk rehabilitering i sykehus. Det er omtrent tilsvarende som i 2020 (2,8), men betraktelig færre enn de foregående årene. Det var en årlig nedgang fra 2017 til 2020. Antall mottaker per 1 000 innbyggere av rehabilitering i sykehus ble redusert med 1,7 i løpet av femårsperioden.

I samtlige regioner var det reduksjon i antallet som mottok rehabilitering i sykehus fra 2017 til 2020, med sterkest nedgang per innbygger i Nord. Fra 2020 til 2021 økte raten med 0,4 i Vest, mens raten for de andre regionene var uendret eller gikk svakt ned. Det var flest mottakere per innbygger i 2020 og 2021 blant befolkningen i Midt-Norge, mens antallet tidligere i perioden var høyest i Nord. I perioden fra 2017 til 2021 gikk befolkningen i Nord fra å ha flest mottakere per innbygger til færrest av regionene. Det var liten endring i variasjonen mellom regionene i 2021 og 2017.

Figur 4: Antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere totalt i sykehus, 2017-2021.



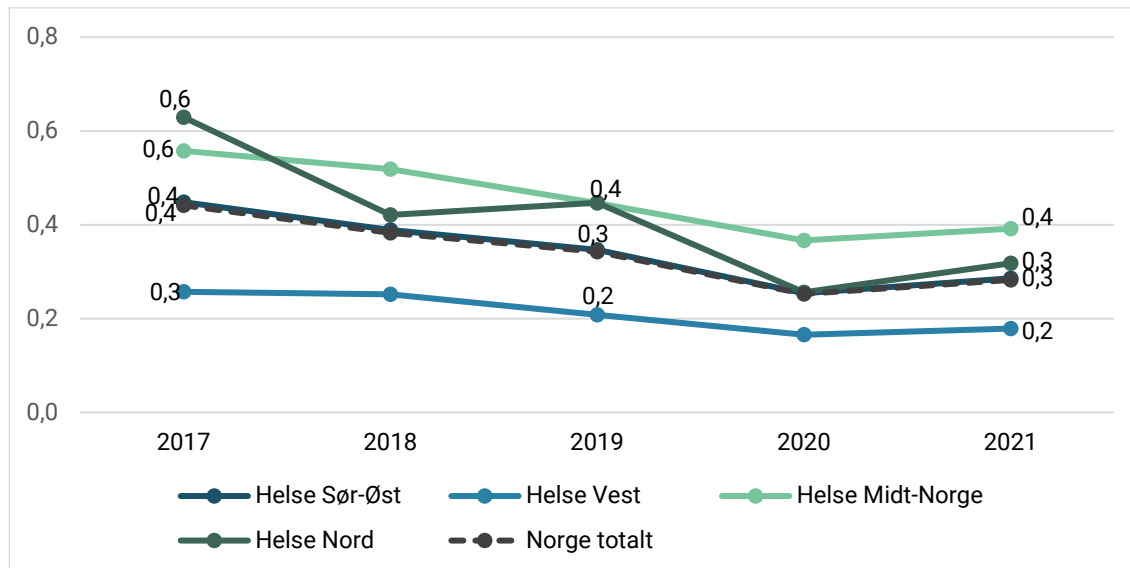
Pasienter som mottok primær enkel døgnrehabilitering

Figur 5 viser antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok primær enkel døgnbehandling etter bostedsregion i perioden 2017-2021. I 2021 fikk totalt 0,3 pasienter per 1 000 innbyggere primær enkel døgnbehandling. Det er tilsvarende som i 2020, men litt lavere enn i 2017.

I alle regionene var det nedgang i antall mottakere per innbygger fra 2017 til 2020, men lite endring fra 2020 til 2021. Det var størst nedgang blant befolkningen i Nord, med en reduksjon på 0,3 i raten i løpet av femårsperioden, mens det var minst endring blant befolkningen i Vest.

I 2021 var antall mottakere per 1 000 innbyggere høyest i Midt-Norge (0,4), mens befolkningen i Vest hadde færrest (0,2). Dette mønsteret var stabilt gjennom femårsperioden, med unntak av at raten i Nord var høyest i 2017. Variasjonen mellom regionene har endret seg lite over tid, men var noe høyere i 2017 enn de fire siste årene.

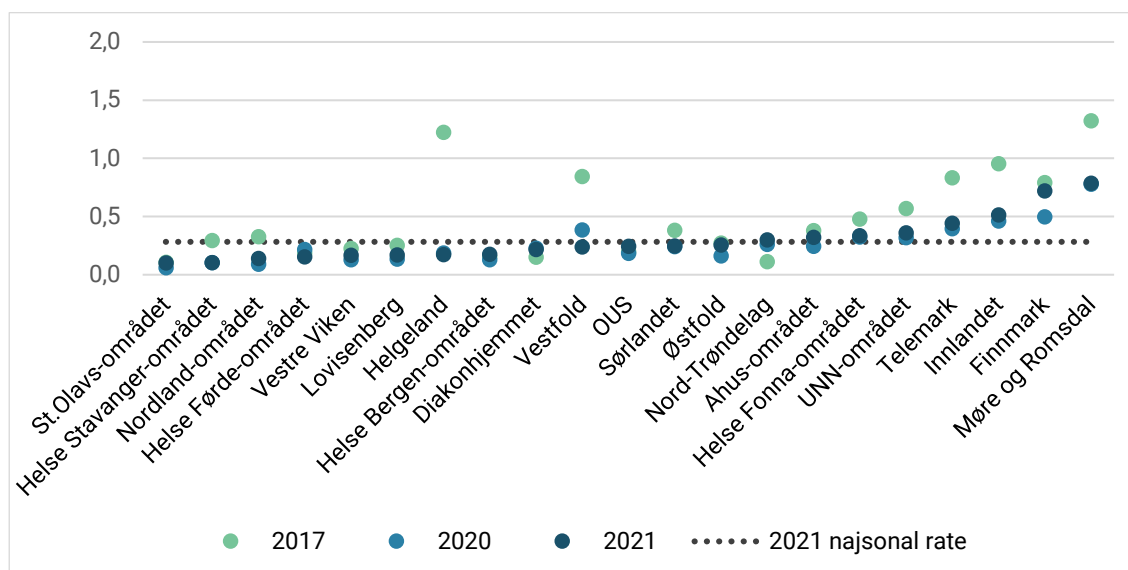
Figur 5: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok primær enkel døgnerhabilitering i sykehus etter bostedsregion, 2017-2021.



Figur 6 viser antall mottakere av primær enkel døgnerhabilitering per 1 000 innbyggere i sykehus etter foretaksområde i 2017, 2020 og 2021. I 2021 hadde Møre og Romsdal flest pasienter per 1 000 innbyggere (0,8), mens St. Olavs-området hadde færrest (0,1). 16 av 21 foretaksområder hadde lavere pasientrate i 2021 enn 2017. Sterkest nedgang i løpet av femårsperioden var det på Helgeland, i Vestfold og Møre og Romsdal. Sistnevnte hadde den høyeste raten gjennom hele perioden. Det var jevnt over liten forskjell fra 2020 til 2021 i alle foretaksområder. Størst endring, med en økning på 0,2 i raten, var det i Finnmark. Variasjonen mellom foretaksområdene var noe mindre i 2021 og 2020 enn de tidligere årene.¹⁹

¹⁹ Variasjonskoeffisienten beregnes som standardavvik/gjennomsnitt*100, og er et mål på relativ variasjon i forhold til gjennomsnittet (prosent variasjon).

Figur 6: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok primær enkel døgnerhabilitering i sykehus etter foretaksområde, 2017, 2020 og 2021.



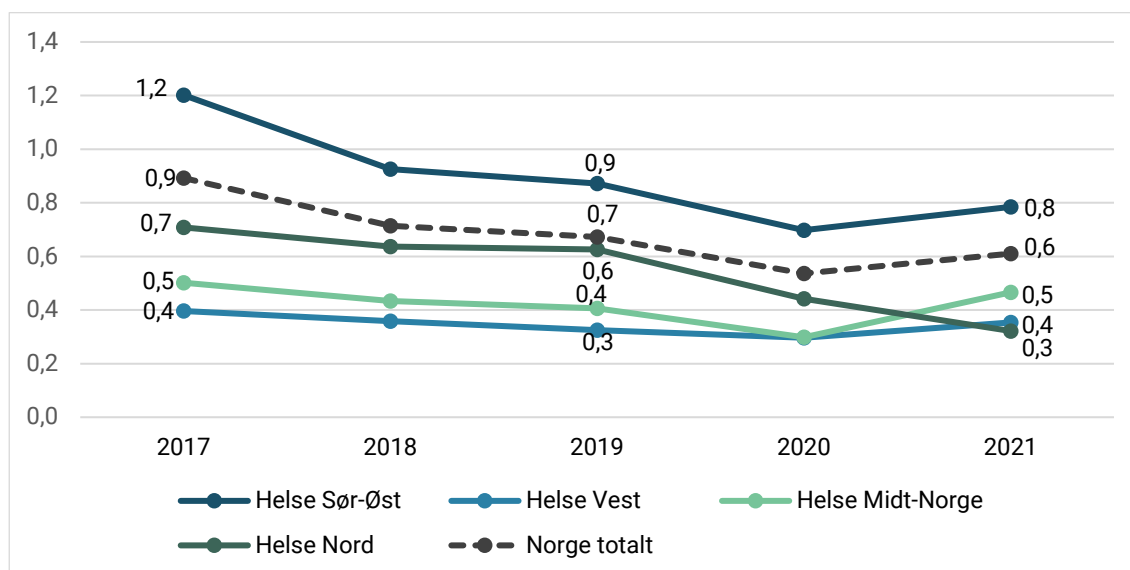
Pasienter som mottok primær kompleks døgnerhabilitering

Figur 7 viser antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok primær kompleks døgnerhabilitering etter bostedsregion fra 2017 til 2021. Totalt mottok 0,6 pasienter per 1 000 innbyggere primær kompleks døgnerhabilitering i sykehus i 2021. Det er 0,3 færre pasienter enn i 2017, og 0,1 flere enn i 2020. Det var en nedgang i raten fra 2017 til 2020 i alle regionene. Deretter var det en økning fra 2020 til 2021 for alle regionene med unntak av Nord. Noe av reduksjonen tidlig i perioden, før 2018, er knyttet til at noen foretaksområder (Innlandet og Vestfold) registrerte døgnopphold som kompleks rehabilitering uten at innholdet i behandlingen tilsa at oppholdene var det.²⁰

Befolkningen i Sør-Øst hadde flest mottakere per 1 000 innbyggere av primær kompleks døgnerhabilitering i 2021 (0,8), et mønster som vedvarte gjennom hele femårsperioden. I perioden 2017-2020 var det Vest som hadde færrest mottakere av denne tjenesten, mens Nord hadde lavest rate i 2021. Både i Sør-Øst og Nord ble antall mottakere per 1 000 innbyggere redusert med 0,4 fra 2017-2021. For de to andre regionene var det liten endring mellom 2021 og 2017. Variasjonen mellom regionene var stabil fire siste år, men noe høyere i 2017.

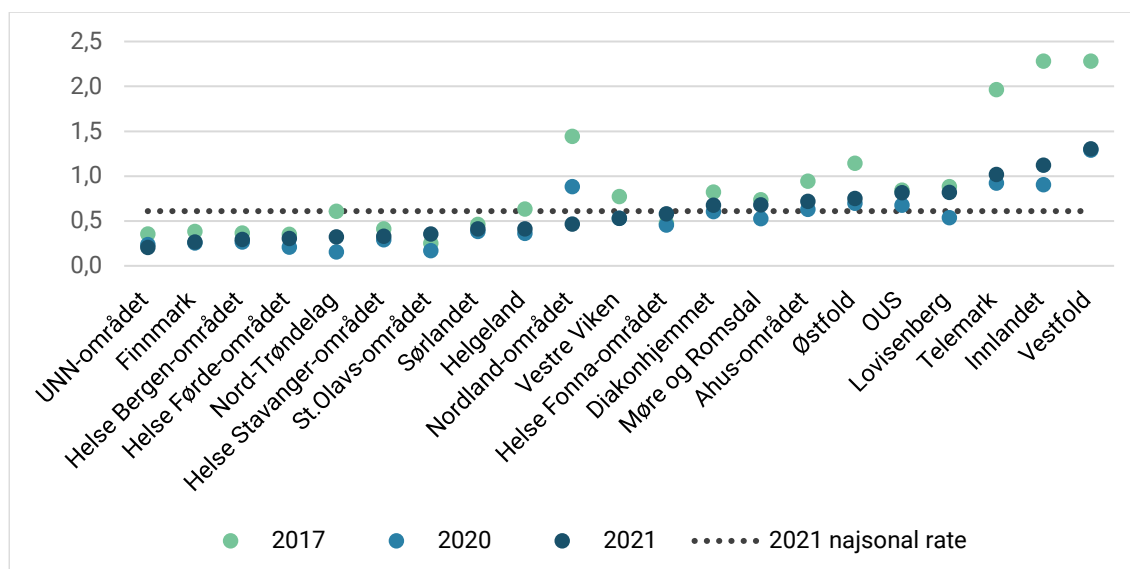
²⁰ Avregningsutvalgets årsrapport 2017. November 2017 (sak 17/11400). https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/avregningsutvalget/%C3%85rsrapport%20avregningsutvalget%202017.pdf/_/attachment/inline/afd86465-e62a-420f-91b3-ac30c87cc954:1dc996fe60e79f99120a83cc9560f549417d42a7/%C3%85rsrapport%20avregningsutvalget%202017.pdf

Figur 7: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok primær kompleks døgnerhabilitering i sykehus etter bostedsregion, 2017-2021.



Figur 8 viser antall mottakere per 1 000 innbyggere av primær kompleks døgnerhabilitering i sykehus etter foretaksområde i 2017, 2020 og 2021. Vestfold hadde flest mottakere per innbygger i 2021, med en rate på 1,3 per 1 000 innbyggere. Det er 1,1 per 1 000 innbyggere flere enn ved UNN, som var området med lavest rate. I 17 av 21 foretaksområder var antall mottakere per innbygger lavere i 2021 enn 2017. Variasjonen mellom foretaksområdene var mindre i 2021 enn i 2017, men skiller seg lite fra 2018-2020.²¹

Figur 8: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok primær kompleks døgnerhabilitering i sykehus etter foretaksområder, 2017, 2020 og 2021.

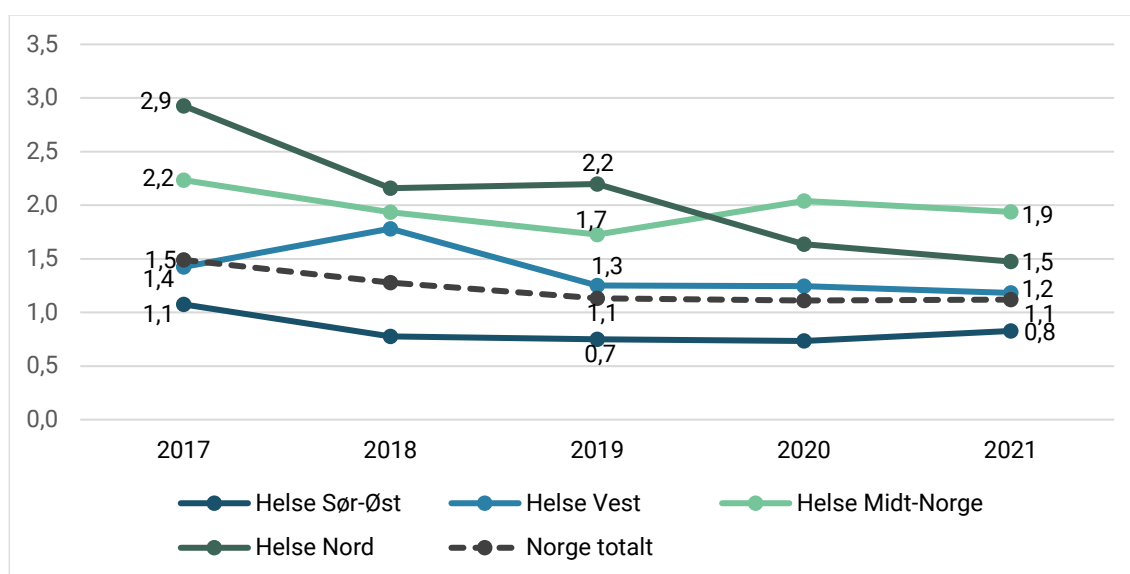


²¹ Variasjonskoeffisienten beregnes som standardavvik/gjennomsnitt*100, og er et mål på spredningen/variasjonen i verdiene.

Pasienter som mottok sekundær døgnerhabilitering

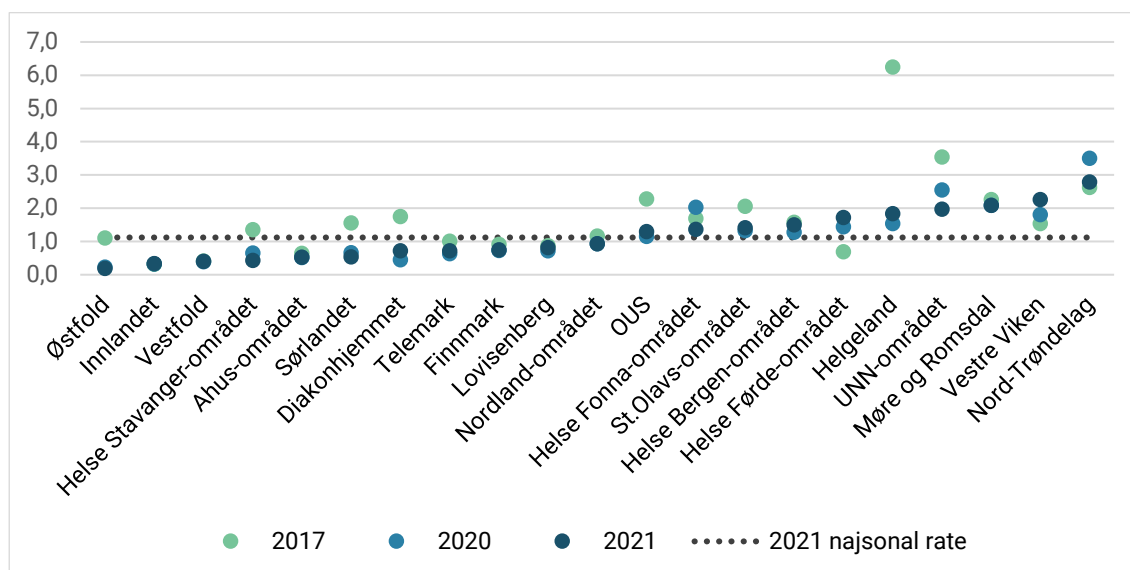
Figur 9 viser antall pasienter per 1 000 innbyggere som fikk sekundær døgnerhabilitering etter bostedsregion i perioden 2017-2021. I 2021 mottok 1,1 pasienter per 1 000 innbyggere i Norge sekundær døgnerhabilitering i sykehus. Raten for Norge var stabil de tre siste årene, men ble redusert fra 1,5 til 1,1 fra 2017 til 2019. I samtlige regioner var antall mottakere per innbygger lavere i 2021 enn 2017, og med unntak av Sør-Øst var det også en svak nedgang fra 2020 til 2021. De to siste årene var antall mottakere av sekundær døgnerhabilitering per innbygger høyest i Midt-Norge, mens Nord hadde høyest antall fra 2017 til 2019. Gjennom hele femårsperioden var raten lavest blant befolkningen i Sør-Øst. Det var noe mindre variasjon mellom regionene i 2021 enn i 2017.

Figur 9: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok sekundær døgnerhabilitering i sykehus etter bostedsregion, 2017-2021.



Figur 10 viser antall mottakere per 1 000 innbyggere av sekundær døgnerhabilitering i sykehus etter foretaksområde i 2017, 2020 og 2021. I 2021 var raten høyest blant befolkningen i Nord-Trøndelag (2,8) og lavest i Østfold (0,2). Det var en nedgang i antall mottakere per innbygger i alle foretaksområdene fra 2017 til 2021, bortsett fra i Innlandet, Førde-området, Vestre Viken og Nord-Trøndelag. Størst nedgang var det blant befolkningen på Helgeland, med en reduksjon på 4,4 i raten fra 2017 til 2021. Fra 2020 til 2021 var antall mottakere per innbygger stabil eller økte svakt i 16 av 21 foretaksområder. Det var mindre spredning mellom foretaksområdene i 2021 enn i 2017.

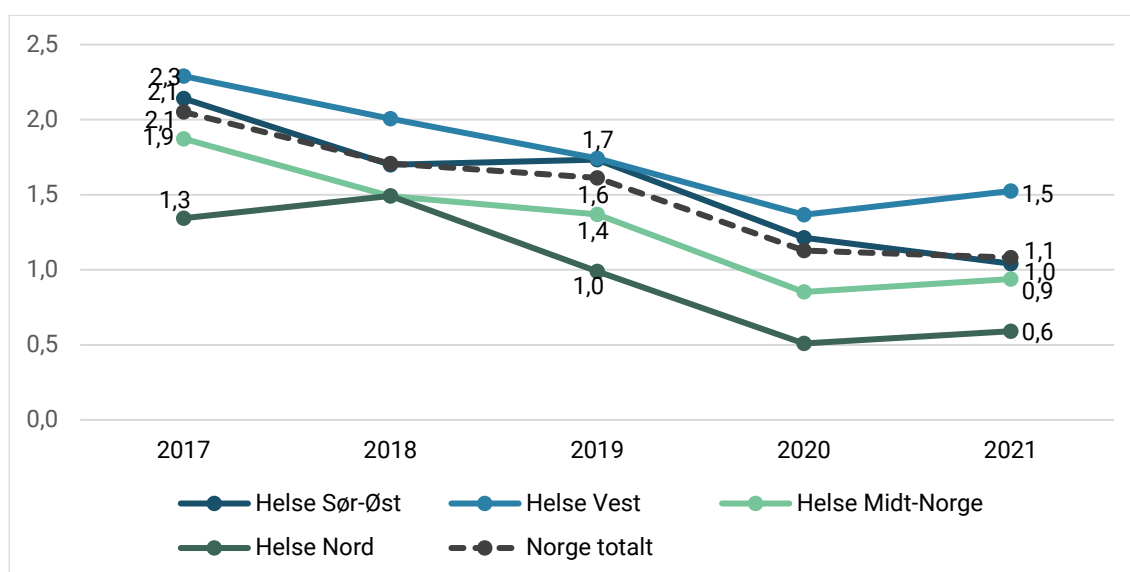
Figur 10: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok sekundær døgner rehabilitering i sykehus etter foretaksområde, 2017, 2020 og 2021.



Pasienter som mottok dag- og eller poliklinisk rehabilitering

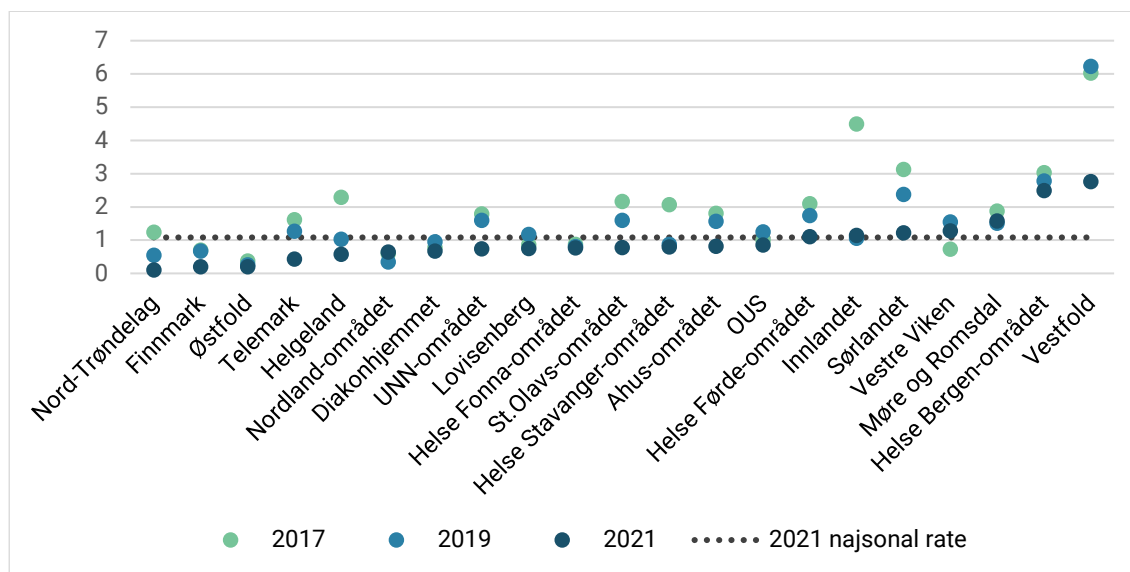
Figur 11 viser antall mottakere per 1 000 innbyggere av dag- og/eller poliklinisk rehabilitering etter bostedsregion i perioden 2017 til 2021. For landet samlet mottok 1,1 pasienter per 1 000 innbyggere dag- og/eller poliklinisk rehabilitering i sykehus i 2021, noe som er en reduksjon fra 2,1 pasienter i 2017. Siste år var det liten endring i raten for Norge totalt. Samtlige regioner hadde en nedgang fra 2017 til 2020, mens alle unntatt Sør-Øst hadde en økning fra 2020 til 2021. Gjennom hele femårsperioden hadde befolkningen i Vest flest mottakere av dag/eller poliklinisk rehabilitering i sykehus per innbygger, mens det var færrest i Nord. Det var større variasjon mellom regionene i 2020 og 2021 enn tidligere år.

Figur 11: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok dag- og eller poliklinisk rehabilitering i sykehus etter foretaksområdet, 2017-2021.



Figur 12 viser antall pasienter per 1 000 innbyggere som fikk dag- og/eller poliklinisk rehabilitering i sykehus etter foretaksområde i 2017, 2020 og 2021. Vestfold var området med høyest rate disse årene, og hadde 2,8 mottakere per 1 000 innbyggere i 2021. Nord-Trøndelag hadde lavest rate (0,1). Det var nedgang i antall mottakere per innbygger fra 2017 til 2021 blant befolkningen i alle foretaksområdene, med unntak av Vestre Viken og Nordland-området. Størst nedgang i løpet av femårsperioden, med en reduksjon på 3,3 pasienter per 1 000 innbyggere, hadde Vestfold og Innlandet. Fra 2020 til 2021 var det en økning i pasientraten i om lag halvparten av områdene. Variasjonen²² mellom foretaksområdene var litt mindre i 2021 enn de tidligere årene.

Figur 12: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok dag- og/eller poliklinisk rehabilitering i sykehus etter foretaksområde, 2017, 2020 og 2021.



3.3. Private rehabiliteringsinstitusjoner

Det var flere private institusjoner som rapporterte rehabiliteringsaktivitet i årene 2019-2021 enn tidligere i perioden. I 2021 inngikk 55 private institusjoner i tallgrunnlaget, og tilsvarende i 2017 var 52. Vi vet ikke bakgrunnen for at noen institusjoner kun har rapportert deler av perioden. Institusjonene som har kommet til de siste årene og som er registrert med mye aktivitet, har i hovedsak dag- og/eller poliklinisk aktivitet. Analysene hvor dag- og poliklinisk aktivitet ved private institusjoner inngår må derfor tolkes med forsiktighet.

Totalt antall rehabiliteringspasienter i private institusjoner

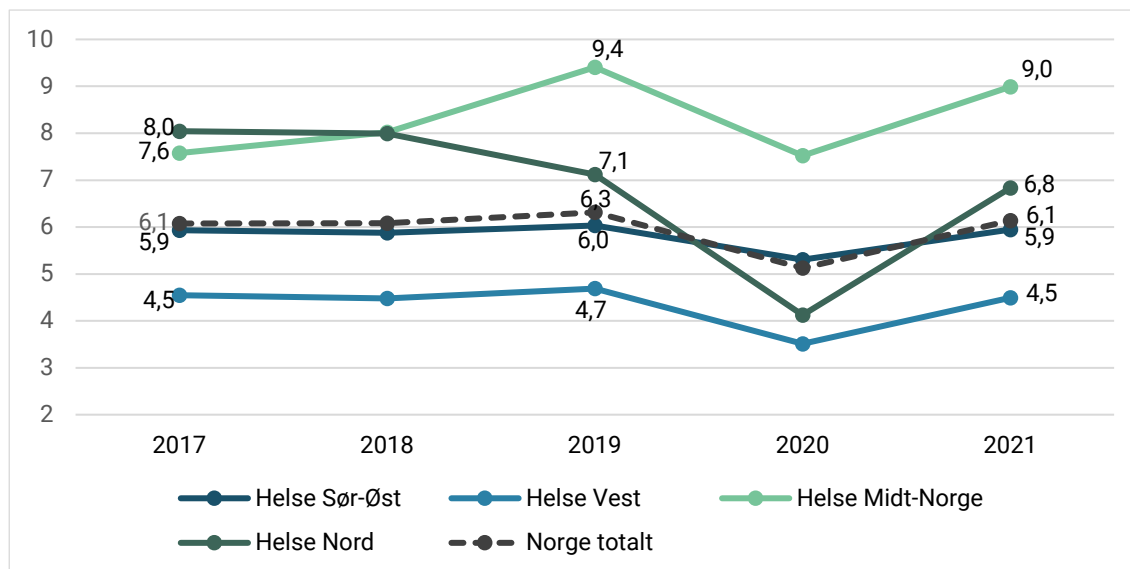
Figur 13 viser antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok rehabilitering ved private rehabiliteringsinstitusjoner fra 2017 til 2021, for Norge totalt og bostedsregionene. Det var totalt 6,1 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2021. Dette er én pasient per 1 000 innbyggere mer enn i 2020, og omtrent tilsvarende som før pandemien (2017-2019). Samtlige regioner hadde en reduksjon i raten fra 2019 til 2020. Nedgangen må ses i lys av omprioriteringer som følge av

²² Variasjonskoeffisienten beregnes ved standardavvik/gjennomsnitt*100, og er et mål på spredningen/variasjonen i verdiene.

koronapandemien. I Nord ble alle de private rehabiliteringsinstitusjonene stengt ned, med unntak av de to største. I Vest var noen private rehabiliteringsinstitusjoner stengt i perioder, samtidig som det både i Vest og Midt-Norge var noen private institusjoner i beredskap for sykehus. Det var også redusert aktivitet ved samtlige private rehabiliteringsinstitusjoner i Sør-Øst.²³

I perioden fra 2017-2019 var raten relativt stabil blant befolkningen i Sør-Øst og Vest, mens den økte i Midt-Norge og ble redusert i Nord. Fra 2020 til 2021 økte antall mottakere av rehabilitering ved private rehabiliteringsinstitusjoner per innbygger i alle regionene. Helse Midt-Norge hadde flest pasienter per innbygger i 2021, med en rate på 9 pasienter per 1 000 innbyggere. Det er dobbelt så mange som i Vest, som hadde lavest rate gjennom hele femårsperioden. Variasjonen mellom regionene var lavere i 2017 enn de tre siste årene.

Figur 13: Antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere totalt i private rehabiliteringsinstitusjoner etter bostedsregion, 2017-2021.

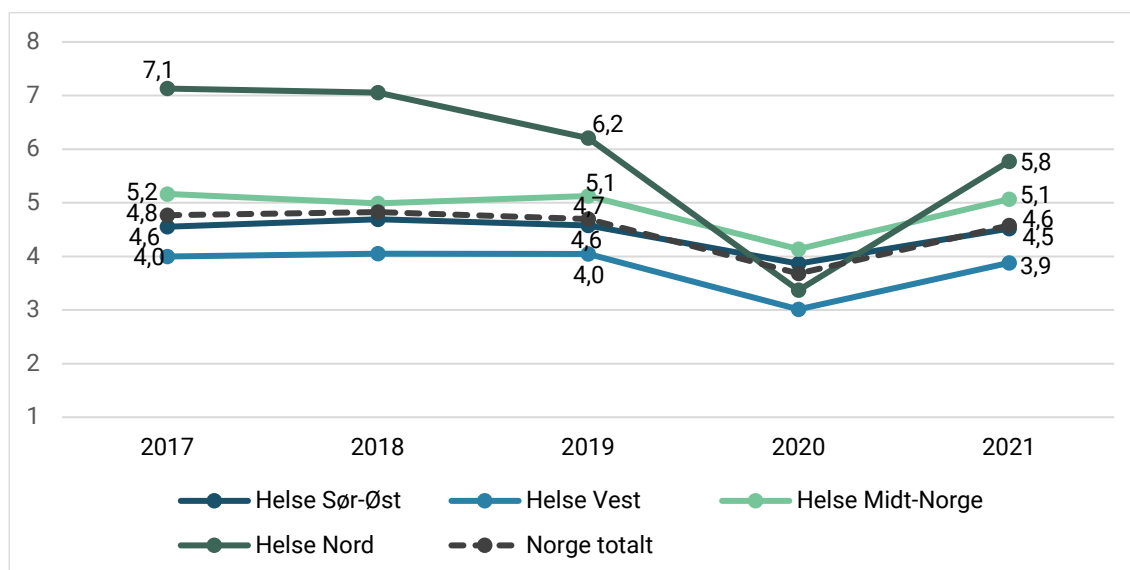


Pasienter som mottok døgner rehabilitering i private institusjoner

Figur 14 viser antall mottakere per 1 000 innbyggere som fikk døgner rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner etter bostedsregion fra 2017 til 2021. I 2021 mottok 4,6 pasienter per 1 000 innbyggere døgner rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er en økning fra 3,7 pasienter i 2020, og kun svakt lavere enn i årene før pandemien. Blant befolkningen i Sør-Øst, Vest og Midt-Norge var det ingen store endringer i pasientraten i 2021 sammenlignet med 2017. Nord hadde, med unntak av fra 2020 til 2021, en årlig nedgang i antall mottakere per innbygger. Selv om det var en vekst i regionen siste år, var antall mottakere lavere i 2021 enn for perioden fra 2017 til 2019. Det var mindre variasjon mellom regionene i 2021 og 2020 enn tidligere år, som følge av at antall pasienter per innbygger i Nord skilte seg mindre fra de andre regionene.

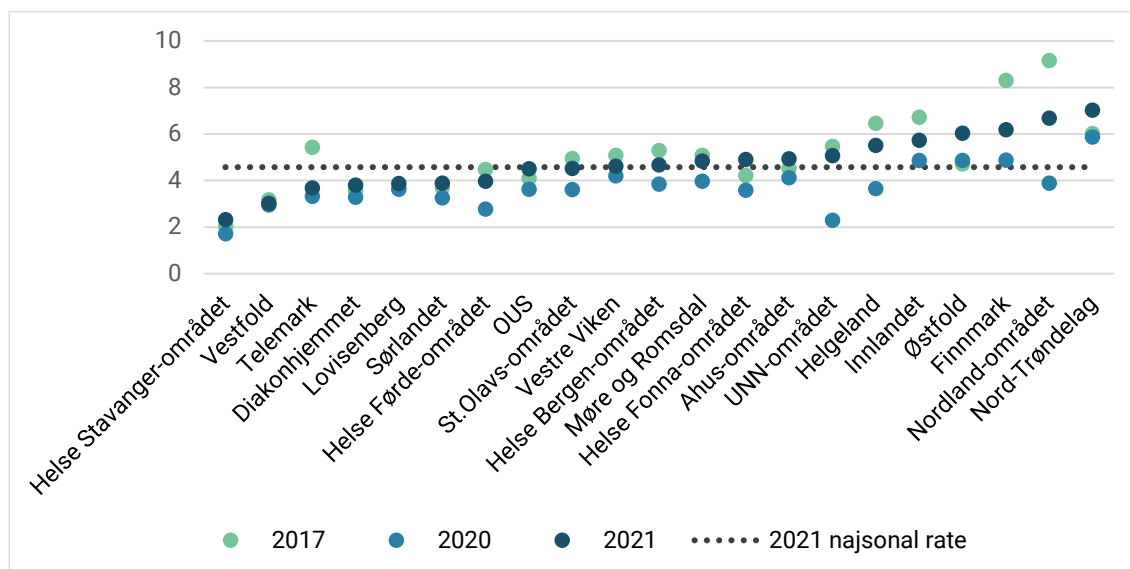
²³ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabiliteringsaktivitet-under-pandemi-i-mai-august-2020-sammenlignet-med-samme-periode-i-2019/rehabilitering-i-sykehus>

Figur 14: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok døgner rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner etter bostedsregion, 2017-2021.



Figur 15 viser at samtlige foretaksområder hadde flere pasienter per 1 000 innbyggere som mottok døgner rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2021 enn i 2020. Sammenlignet med 2017 hadde om lag halvparten en høyere rate i 2021, og økningen var størst i Østfold. Den største nedgangen fra 2017 til 2021 var i Nordland-området med en reduksjon på 2,5 i pasientraten. I 2021 var pasientraten høyest blant befolkningen i Nord-Trøndelag med 7 per 1 000 innbyggere. Det er tre ganger så mange som i Stavanger-området, som hadde lavest rate med 2,3. Variasjonen mellom foretaksområdene var noe mindre i 2021 enn i 2017.

Figur 15: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok døgner rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner etter foretaksområde, 2017, 2020 og 2021.

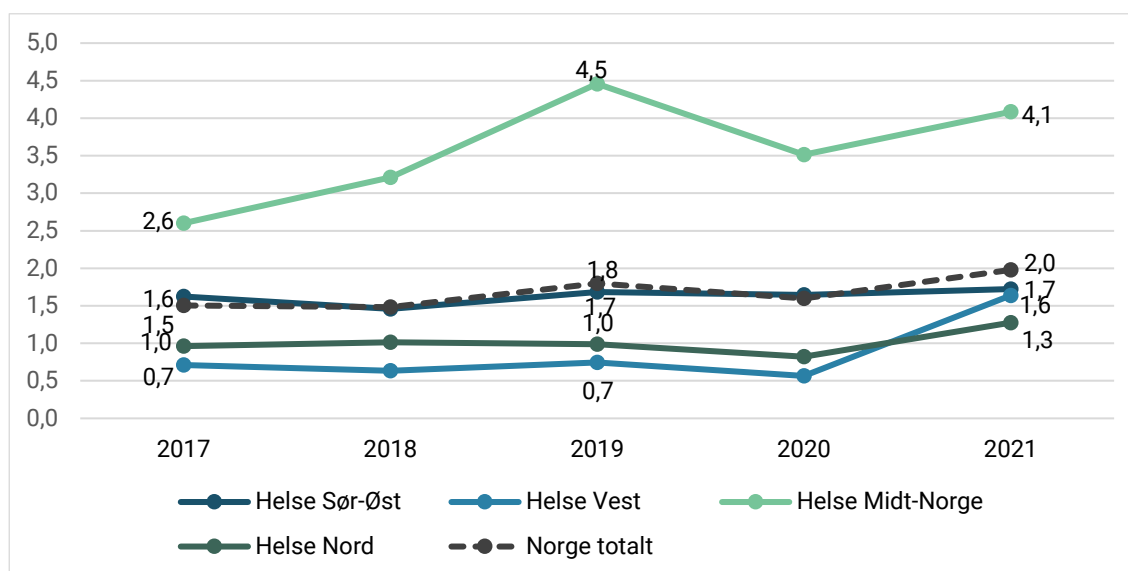


Pasienter som mottok dag- og/eller poliklinisk rehabilitering i private institusjoner

Figur 16 viser antall mottakere av dag- og/eller poliklinisk rehabilitering per 1 000 innbyggere i private institusjoner etter bostedsregion for perioden fra 2017 til 2021. Totalt fikk to pasienter per 1 000 innbyggere dag- og/eller poliklinisk rehabilitering i private institusjoner i 2021. Det er en økning fra 1,5 pasienter i 2017.

Det var en økning i antall mottakere av dag- og/eller poliklinisk rehabilitering i private institusjoner per innbygger i alle regionene både fra 2020 til 2021 og fra 2017 til 2021. Midt-Norge hadde størst vekst gjennom hele femårsperioden, og var også regionen var med flest mottakere per 1 000 innbyggere alle årene.²⁴ I 2021 hadde Midt-Norge over tre ganger så mange mottakere per innbygger som regionen med lavest rate (Helse Nord). Variasjonen mellom regionene var høyest i 2019, hovedsakelig på grunn av at Midt-Norge skilte seg mye fra de andre regionene.

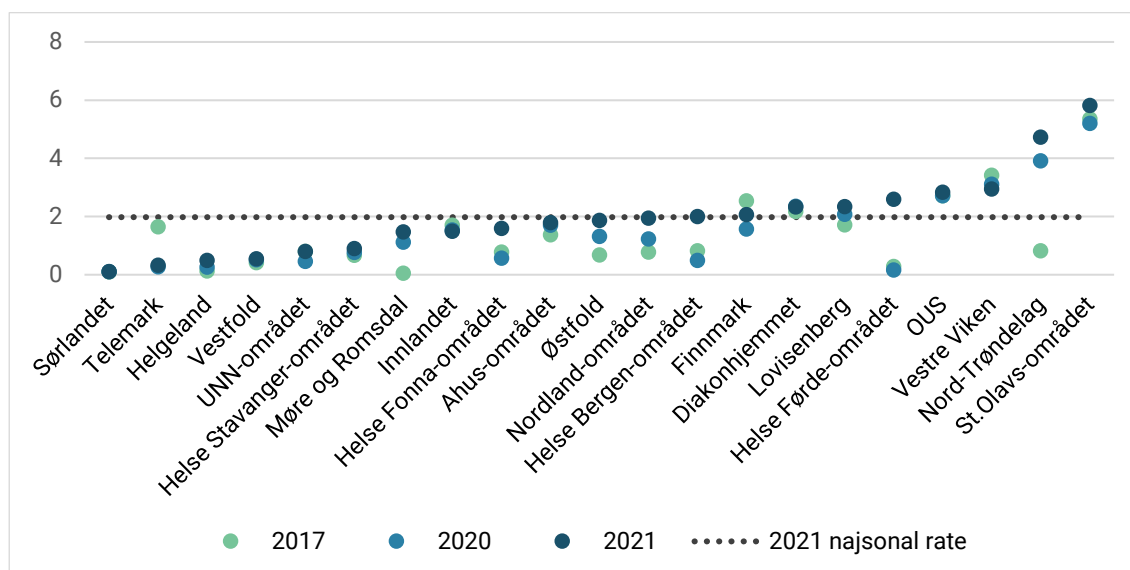
Figur 16: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok dag- og/eller poliklinisk rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner etter bostedsregion, 2017-2021.



Figur 17 viser at det i alle foretaksområdene, bortsett fra Vestre Viken, var flere pasienter per 1 000 innbyggere som mottok dag- og/eller poliklinisk rehabilitering i private institusjoner i 2021 enn 2020. Sammenlignet med 2017 var raten i 2021 høyere i 15 av 21 foretaksområder, og den største økningen var blant befolkningen i Nord-Trøndelag. Blant områdene som hadde en nedgang i pasientraten, var reduksjonen sterkest i Telemark. Gjennom hele femårsperioden var pasientraten høyest i St Olavs-området, mens Sørlandet hadde lavest rate. Variasjonskoeffisienten viser mindre spredning i pasientraten mellom foretaksområdene i 2021 enn tidligere, selv om det også i 2021 skilte relativt mange pasienter, 5,7 per 1 000 innbyggere, fra området med høyest til lavest.

²⁴ Veksten ved Helse Midt-Norge skyldes delvis at flere institusjoner, som for eksempel Friskgården og Oppfølgingsentheten Frisk, kun rapporterer inn/hadde aktivitet de siste årene i perioden.

Figur 17: Antall pasienter per 1 000 innbyggere som mottok dag- og/eller poliklinisk i private rehabiliteringsinstitusjoner etter foretaksområde, 2017, 2020 og 2021.



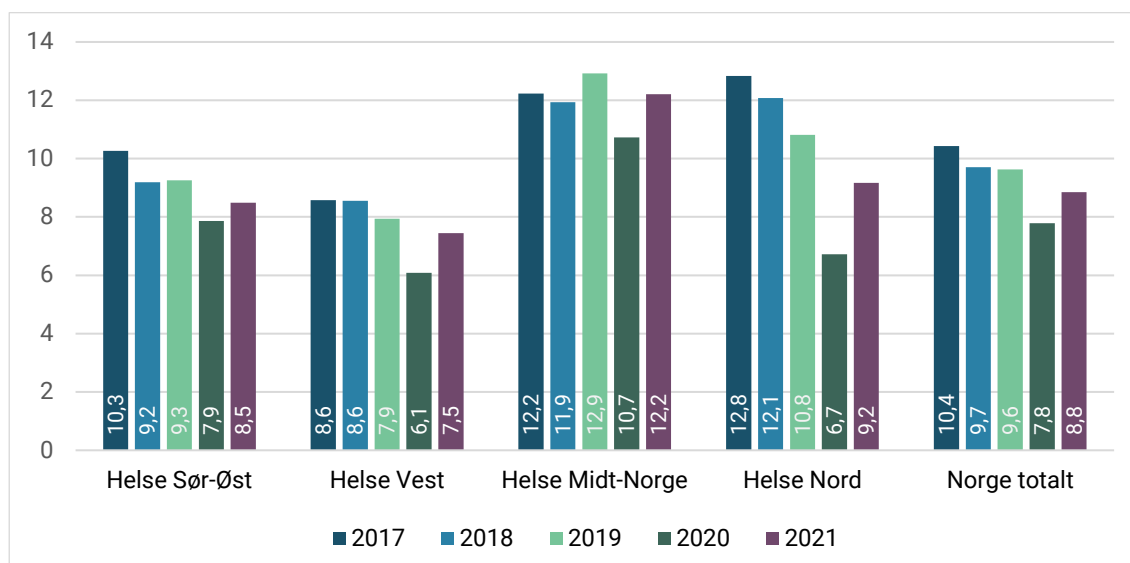
3.4. Antall pasienter samlet i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner

Figur 18 viser samlet antall mottakere per 1 000 innbyggere²⁵ av rehabilitering i sykehus og/eller private rehabiliteringsinstitusjoner fra 2017 til 2021. I 2021 fikk totalt 8,8 pasienter per 1 000 innbyggere rehabilitering. Raten økte fra 2020 til 2021, men var lavere i 2021 enn for årene fra 2017 til 2019. Antall mottakere av rehabilitering per 1 000 innbyggere var 1,6 lavere i 2021 enn 2017.

Blant befolkningen i Midt-Norge mottok like mange pasienter per innbygger rehabilitering i 2021 som i 2017, mens det i øvrige regioner var en nedgang fra 2017 til 2021. Størst nedgang i femårsperioden var i Nord, med en reduksjon på 3,7 pasienter per 1 000 innbyggere. Variasjonen mellom regionene var større de tre siste årene enn i 2017 og 2018.

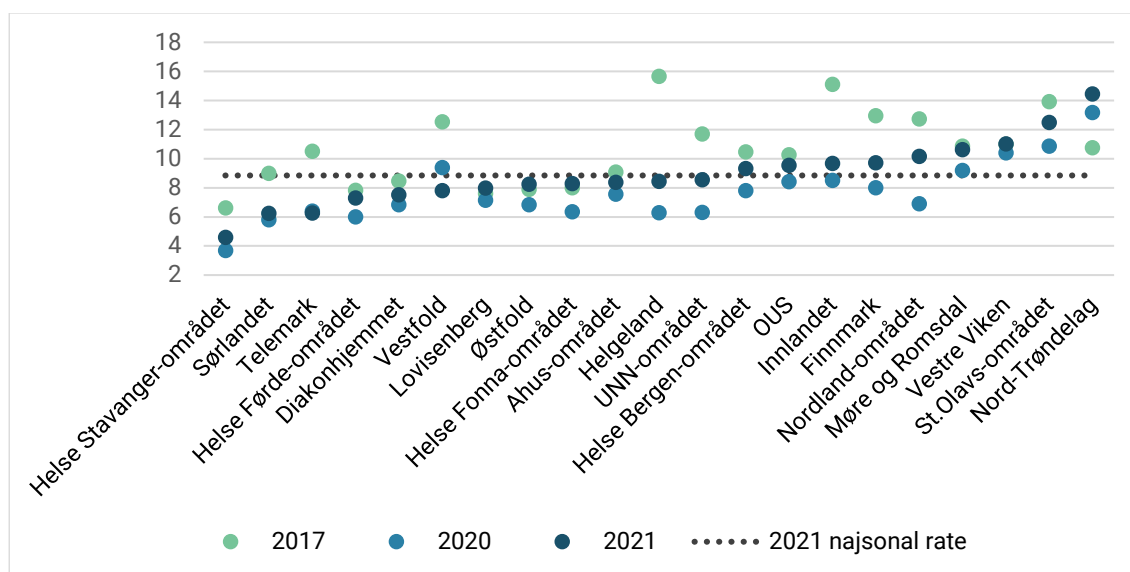
²⁵ Dette vil være påvirket av antall institusjoner som har registrert aktivitet ved private institusjoner.

Figur 18: Antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten samlet for sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner etter region, 2017-2021.



Figur 19 viser antall pasienter per 1 000 innbyggere som fikk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i foretaksområdene i 2017, 2020 og 2021. Nord-Trøndelag hadde høyest pasientrate i 2021 med 14,4 mottakere per 1 000 innbyggere. Det er mer enn tre ganger så mange som i Stavanger-området, som var området med lavest rate. 16 av 21 foretaksområder hadde færre mottakere per innbygger i 2021 enn 2017. Størst nedgang fra 2017 til 2021 var det i Helgeland, der raten ble omtrent halvert. Fra 2020 til 2021 var det en økning i raten i alle foretaksområdene, med unntak av Telemark og Vestfold. Veksten var størst i Nordland-området, med 3,3 flere pasienter per 1 000 innbyggere som mottok rehabilitering. Variasjonen mellom foretaksområdene endret seg relativt lite i løpet av femårsperioden.

Figur 19: Antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten samlet for sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner etter foretaksområde, 2017 2020 og 2021.



3.5. Gjennomsnittlig oppholdstid

Det har vært en trend de senere år at gjennomsnittlig oppholdstid i sykehus har blitt kortere. Utviklingen kan blant annet knyttes til medisinsk teknologisk fremgang med nye behandlingsmetoder som er mindre belastende for pasientene, og bidrar til en mer effektiv pasientbehandling. Samtidig har det vært et uttalt helsepolitisk mål at kommunene skal ta større del av oppfølgingen av pasienter som er ferdig behandlet i sykehus, når dette vurderes som faglig forsvarlig.

Tabell 2 viser gjennomsnittlig oppholdstid for ulike typer rehabilitering i sykehus og ved private institusjoner etter region og for Norge totalt i 2017, 2020 og 2021. Det var kortere gjennomsnittlig oppholdstid i 2021 enn 2017 ved primær enkel døgner rehabilitering, og en økning for opphold som gjaldt primær kompleks og sekundær rehabilitering. Fra 2020 til 2021 var det for landet samlet en reduksjon i gjennomsnittlig oppholdstid både for primær- og sekundær døgner rehabilitering i sykehus. Ved de private institusjonene har oppholdstiden i gjennomsnitt vært mellom 20 og 21 døgn i hele perioden, med et svakt lavere nivå i 2021 enn i 2017.

Tabell 2: Gjennomsnittlig oppholdstid for ulike typer døgner rehabilitering etter bostedsregion, 2017, 2020 og 2021.

	År	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Primær enkel døgner rehabilitering	2017	8,1	12,3	16,9	13,1	10,8
	2020	7,1	13,6	15,6	13,3	10,3
	2021	7,1	10,1	7,8	11,9	8,1
Primær kompleks døgner rehabilitering	2017	11,2	16,7	16,4	8,5	11,9
	2020	11,8	16,1	13,9	9,6	12,3
	2021	11,4	16,5	13,8	11,1	12,2
Sekundær døgner rehabilitering	2017	23,4	23,8	19,0	17,3	21,3
	2020	26,9	22,8	18,8	21,3	23,0
	2021	25,0	20,3	16,8	24,4	21,9
Døgner rehabilitering, private institusjoner	2017	21,3	20,9	20,8	18,0	20,7
	2020	20,5	20,2	19,9	18,0	20,1
	2021	21,3	20,3	19,0	18,3	20,4

Gjennomsnittlig oppholdstid på sykehus for pasienter som mottok primær enkel rehabilitering var i 2021 høyest i Nord med 11,9 døgn og lavest i Sør-Øst med 7,1 døgn. I 2021 var gjennomsnittlig oppholdstid for denne typen pasienter lavere enn i 2017 ved alle regionene. Det var også jevnt over en nedgang fra 2020 til 2021 i alle regioner bortsett fra i Sør-Øst.

For pasienter som mottok primær kompleks døgner rehabilitering var gjennomsnittlig oppholdstid lengst i Vest med 16,5 døgn og lavest i Nord med 11,1 døgn. I femårsperioden

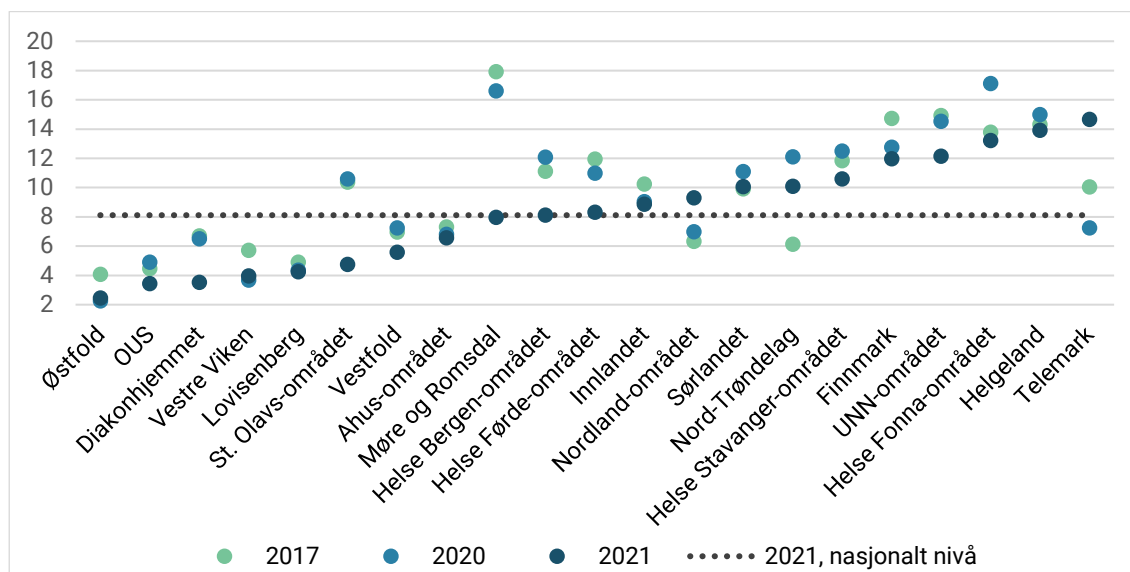
var det sterkeste vekst i gjennomsnittlig oppholdstid i Nord. I Midt-Norge var det en reduksjon på 2,7 døgn i gjennomsnittlig oppholdstid for primær kompleks døgnerhabilitering fra 2017 til 2021. Det var små endringer i de øvrige regionene.

For pasienter som mottok sekundær døgnerhabilitering var oppholdstiden lengst for pasienter tilhørende Sør-Øst med 25 døgn, og kortest i Midt-Norge med 16,8 døgn i 2021. I Nord var gjennomsnittlig oppholdstid betydelig lengre i 2021 enn i 2017, med en økning på 7,1 døgn. Sør-Øst hadde også lengre gjennomsnittlig oppholdstid i 2021 enn 2017, mens oppholdstiden for pasientene fra Vest og Midt-Norge var kortere.

Det var mindre forskjeller over tid og mellom regioner i gjennomsnittlig oppholdstid blant de som benyttet private rehabiliteringsinstitusjoner enn sykehus. I 2021 hadde pasientene fra Sør-Øst lengst oppholdstid i private rehabiliteringsinstitusjoner (21,3 døgn), mens pasientene fra Nord hadde kortest oppholdstid (18,3 døgn). Sammenlignet med 2017 var oppholdstiden noe lavere i 2021 blant pasientene i Vest og Midt-Norge, mens det var mer stabilt i Sør-Øst og Nord.

Figur 20 viser gjennomsnittlig oppholdstid ved primær enkel rehabilitering i sykehus for de ulike foretaksområdene i 2017, 2020 og 2021. I 2021 hadde pasienter tilhørende Telemark lengst oppholdstid med 14,7 døgn i gjennomsnitt, noe som er om lag seks ganger lengre enn for pasienter fra Østfold, der oppholdstiden var kortest (2,5 døgn). For mange av områdene var det relativt store endringer i gjennomsnittlig oppholdstid i løpet av femårsperioden. Den største endringen i femårsperioden var blant pasientene tilhørende Møre og Romsdal, som i gjennomsnittsnitt lå nesten 10 døgn kortere ved primær enkel rehabilitering i sykehus i 2021 enn 2017.

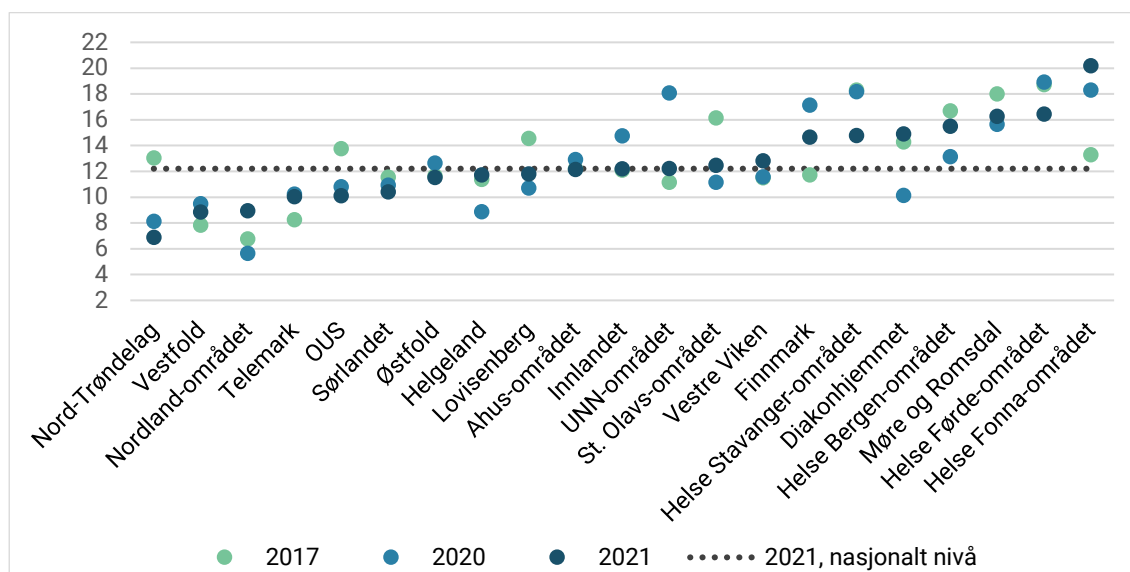
Figur 20: Gjennomsnittlig oppholdstid ved primær enkel rehabilitering i sykehus, etter foretaksområde, 2017, 2020 og 2021.



Figur 21 viser gjennomsnittlig oppholdstid for pasienter som mottok primær kompleks rehabilitering i sykehus for de ulike foretaksområdene i 2017, 2018 og 2021. Pasienter

tilhørende Fonna-området hadde lengst gjennomsnittlig oppholdstid i 2021 med 20,2 døgn. Det er om lag tre ganger så lenge som Nord-Trøndelag, som hadde kortest oppholdstid (6,9 døgn). Figuren viser at det i enkelte av foretaksområdene var store endringer i gjennomsnittlig oppholdstid over tid. Om lag halvparten av områdene hadde kortere oppholdstid i 2021 enn 2017. Nedgangen var størst ved Nord-Trøndelag, hvor gjennomsnittlig oppholdstid ble redusert med 6,2 døgn. Helse Fonna-området skiller seg ut ved å ha størst økning i gjennomsnittlig oppholdstid i løpet av perioden, med 6,9 flere døgn i gjennomsnitt i 2021 enn 2017.

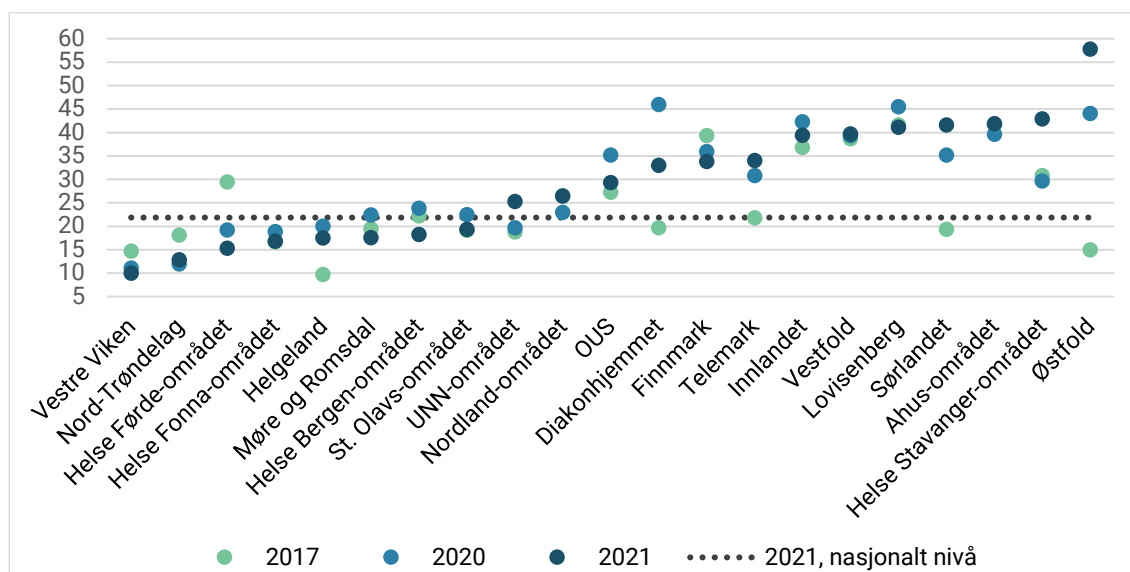
Figur 21: Gjennomsnittlig oppholdstid ved primær kompleks rehabilitering i sykehus, etter foretaksområde, 2017, 2020 og 2021.



Figur 22 viser gjennomsnittlig oppholdstid for pasienter som mottok sekundær døgnrehabilitering i sykehus for de ulike foretaksområdene i 2017, 2020 og 2021. Østfold hadde lengst gjennomsnittlig oppholdstid med 57,8 døgn i 2021. Det er nesten seks ganger lengre enn for Vestre Viken, som var foretaksområdet med kortest oppholdstid.

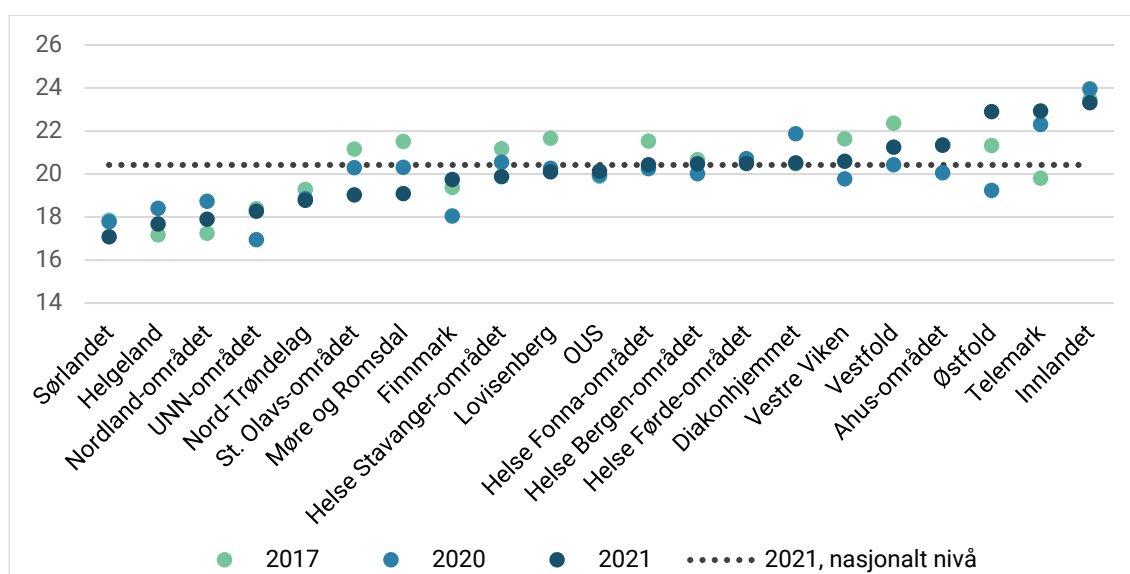
Ved mange foretaksområdene var det store endringer over tid i gjennomsnittlig oppholdstid for sekundær døgnrehabilitering. Den gjennomsnittlige oppholdstiden økte fra 2017 til 2021 ved 13 av 21 foretaksområder. Mottakerne fra Østfold hadde størst vekst i løpet av femårsperioden, og siste året økte oppholdstiden med 13,7 døgn. Det var også en stor økning i Stavanger-området, med om lag 13 døgn lengre oppholdstid i 2021 enn 2020 og 2017. Det var noe større variasjon mellom foretaksområdene i 2021 enn i 2017.

Figur 22: Gjennomsnittlig oppholdstid ved sekundær døgnerhabilitering i sykehus, etter foretaksområde, 2017, 2020 og 2021.



Figur 23 viser gjennomsnittlig oppholdstid ved rehabilitering i private institusjoner for de ulike foretaksområdene i 2017, 2020 og 2021. Innlandet var området der mottakerne hadde lengst gjennomsnittlig oppholdstid i 2021 med 23,3 døgn, mens pasientene fra Sørlandet hadde kortest (17,1 døgn). Det var gjennomgående mindre variasjon mellom foretaksområdene i oppholdstid ved private rehabiliteringsinstitusjoner enn i sykehus. Sammenlignet med 2017 hadde pasientene fra omtrent halvparten av områdene kortere oppholdstid i 2021. Møre og Romsdal hadde størst reduksjonen, med en nedgang på 2,4 døgn fra 2017 til 2021. Av områdene der oppholdstiden økte, var det størst endring blant pasientene fra Telemark, som hadde 3,1 flere oppholdsdøgn i snitt i 2021 enn 2017.

Figur 23: Gjennomsnittlig oppholdstid ved døgnerhabilitering ved private rehabiliteringsinstitusjoner, etter foretaksområde, 2017, 2020 og 2021.

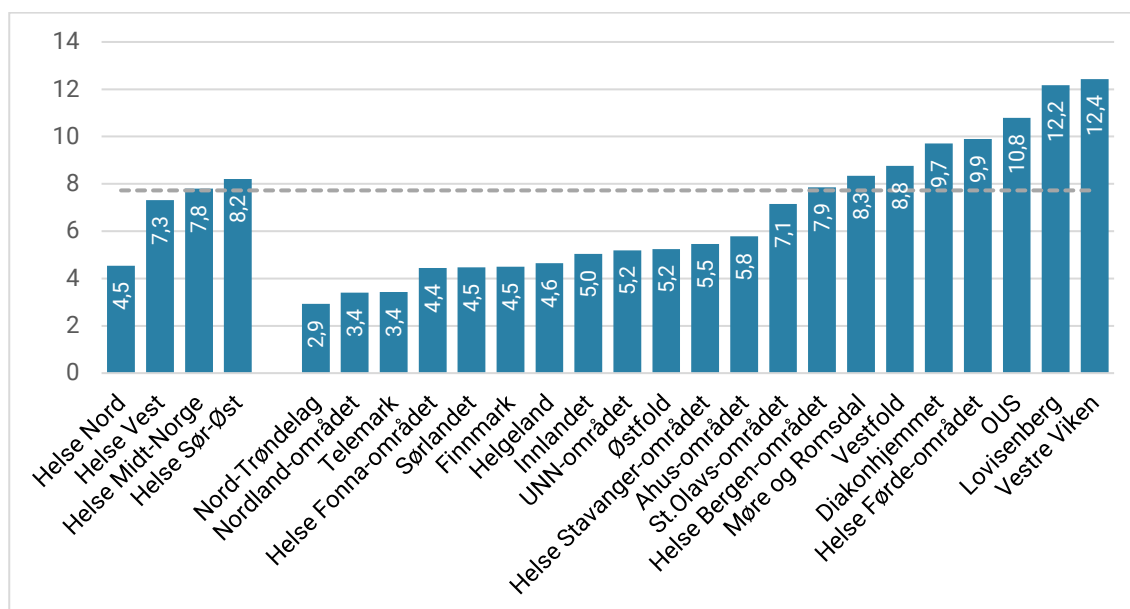


3.6. Kontakter per pasient

Figur 24 viser hvor mange dag- og polikliniske kontakter pasientene hadde i gjennomsnitt ved rehabilitering i sykehus, etter region og foretaksområde i 2021. I 2021 hadde pasientene i landet samlet 7,7 kontakter i gjennomsnitt. Det er høyere enn i 2020 (6,4 kontakter) og 2017 (6,3 kontakter).

Sør-Øst var regionen hvor pasientene hadde flest kontakter per pasient i 2021 (8,2), mens Nord hadde færrest (4,5). Det var stor variasjon²⁶ i antall kontakter per pasient mellom foretaksområdene. Pasienter tilhørende Vestre Viken hadde i gjennomsnitt 12,4 dag- og polikliniske kontakter i 2021, om lag fire ganger flere enn pasienter tilhørende Nord-Trøndelag.

Figur 24: Antall dagopphold og konsultasjoner per pasient i sykehus etter bostedsområde, 2021. Stiplet linje viser nasjonalt nivå.

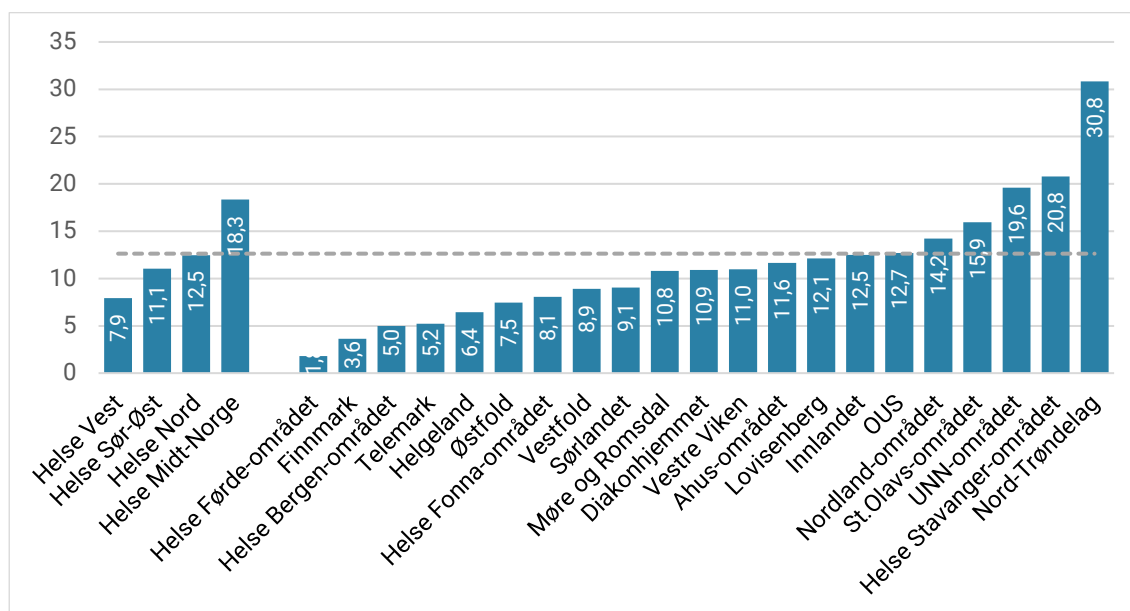


Figur 25 viser antall dag- og polikliniske kontakter per pasient ved rehabilitering i private institusjoner i 2021. Antall kontakter per pasient var høyere for pasienter som mottok rehabilitering ved private institusjoner sammenlignet med i sykehus. For landet samlet hadde pasienter ved private institusjoner 12,6 kontakter i gjennomsnitt i 2021. Det er lavere enn i 2020 (14,1) og 2017 (13,7).

I 2021 hadde pasientene tilhørende Midt-Norge flest kontakter i gjennomsnitt (18,3), mens pasientene tilhørende Vest hadde færrest kontakter (7,9). Det var store variasjoner mellom foretaksområdene i antall kontakter per pasient. Pasientene tilhørende Nord-Trøndelag hadde flest kontakter per pasient (30,8), mens Helse Førde-området hadde færrest kontakter per pasient (1,8).

²⁶ Differansen mellom foretaksområdet med høyest og lavest antall kontakter per pasient.

Figur 25: Antall dagopphold og konsultasjoner per pasient ved private rehabiliteringsinstitusjoner etter bostedsområde, 2021. Stiplet linje viser nasjonalt nivå.



3.7. Digitale kontakter og ambulant aktivitet

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator²⁷ står det i § 15 at habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. I Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)²⁸ uttrykker regjeringen at den ønsker mer ambulant virksomhet innenfor disse tjenesteområdene i spesialisthelsetjenesten enn det er i dag.

I denne rapporten omfatter ambulant kun rehabilitering som er registrert utført hjemme hos pasienten eller på annet ambulant sted.²⁹ Figur 26 viser hvor stor andel av aktiviteten som ble utført ambulant for landet samlet og for de fire regionene. I Norge ble 0,7 prosent av rehabiliteringsvirksomheten registrert som ambulant aktivitet i 2021. I perioden fra 2017 til 2020 var den nasjonale andelen mellom 3 til 5 prosent.

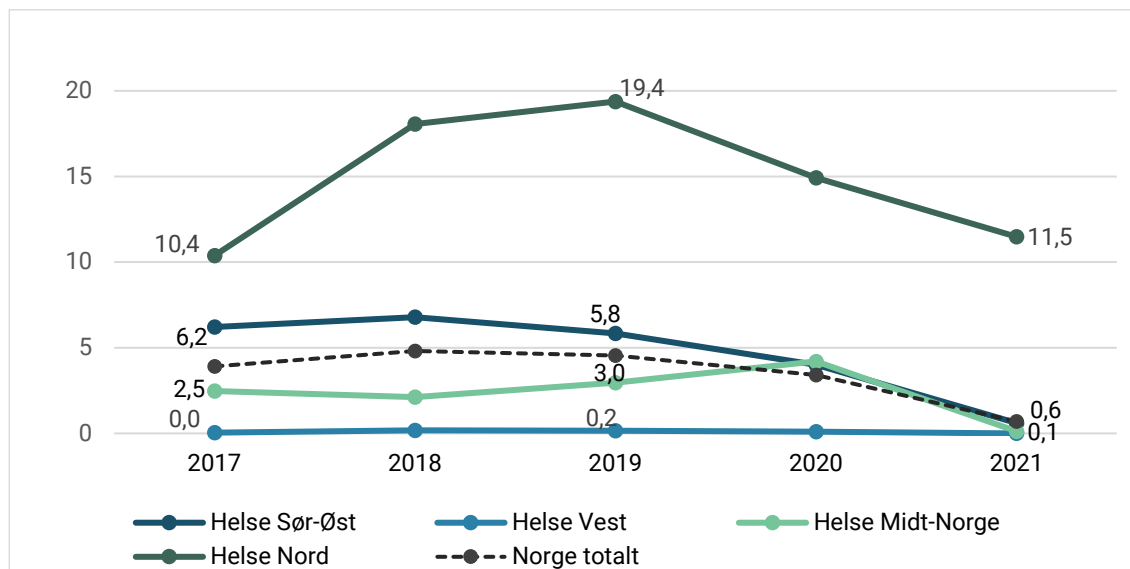
Pasientene i alle regionene, med unntak av Nord, hadde ingen eller veldig få opphold registrert utført hjemme eller på annet ambulant sted. I Nord ble 11,5 prosent av de polikliniske kontaktene registrert som ambulant i 2021. Det er nedgang på omtrent åtte prosentpoeng fra 2019, som var året med høyest andel.

²⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

²⁸ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017).

²⁹ Se kapittel 5 om datagrunnlaget for nærmere informasjon om kategoriene.

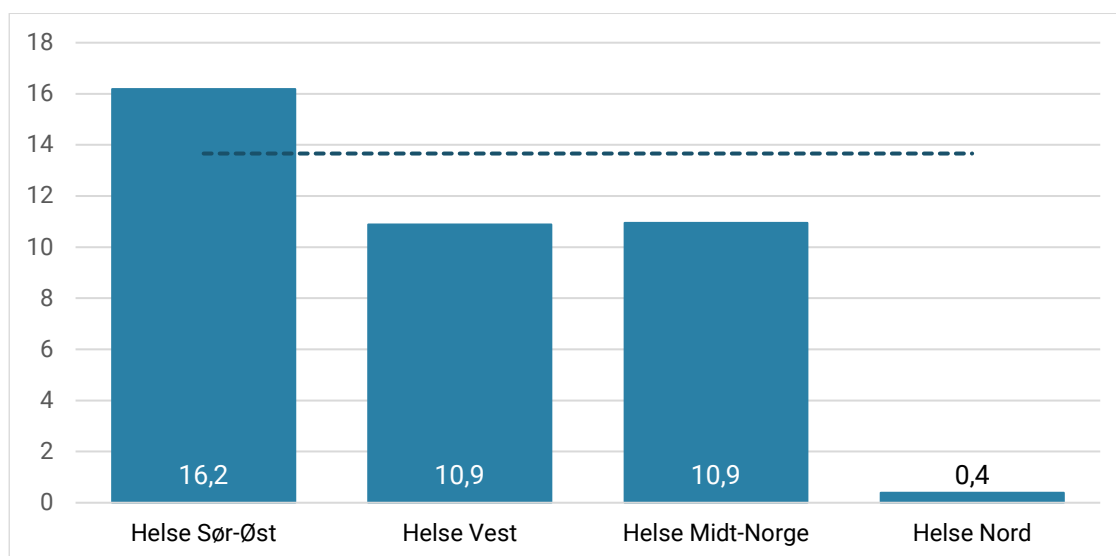
Figur 26: Prosentandel dag- og poliklinisk sykehusrehabilitering gjort ambulant, 2017-2021.



Jamfør oppdragsdokumentene for de regionale helseforetakene, var det et mål om at 15 prosent av polikliniske konsultasjoner skulle gjennomføres over video og telefon i 2021.³⁰ Figur 27 viser andelen digital kontakt for dag- og poliklinisk rehabilitering. På grunn av endringer i registreringspraksis for telefon og videokontakt, er det usikkerhet knyttet til disse tallene med en antatt underrapportering. Det gjør at resultatene må tolkes med varsomhet.

I 2021 ble totalt 13,7 prosent av dag- og poliklinisk sykehusrehabilitering registrert som digitale kontakter. Av regionene var det kun Sør-Øst som hadde høyere andel enn måltallet på 15 prosent, mens andelene i Vest og Midt-Norge var om lag fire prosentpoeng lavere enn måltallet. I Nord var nesten ingen sykehusrehabilitering registrert som digital kontakt.

Figur 27: Prosentandel dag- og poliklinisk sykehusrehabilitering utført som digitale kontakter, 2021.



³⁰ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

3.8. Diagnosegrupper ved rehabilitering

Ved primær døgner rehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering i sykehus er det første bi-tilstand som definerer hvilken hoveddiagnosegruppe pasientene plasseres i, da rehabilitering er hoveddiagnose. Ved sekundær rehabilitering og rehabilitering i private institusjoner er det hoveddiagnosen som er definerende. ICD-10³¹ er delt inn i 21 hovedkapittel, i dette kapitlet omtaler vi hovedkapitlene som diagnosegrupper.

Diagnosegrupper ved rehabilitering i sykehus

Tabell 3: Antall døgnopphold med rehabilitering i sykehus 2017 og 2021 fordelt på diagnosegruppe, og prosent endring fra 2017 til 2021.

	Primær enkel			Primær kompleks			Sekundær		
	2017	2021		2017	2021		2017	2021	
	Antall	Antall	Prosent- endring	Antall	Antall	Prosent- endring	Antall	Antall	Prosent- endring
Sykdom i sirkulasjonssystemet	309	355	15	1 103	1 126	2	3 183	2 965	-7
Sykdom i muskel-skjelettsystem og bindevev	858	282	-67	1 301	304	-77	687	512	-25
Sykdom i nervesystemet	479	427	-11	819	866	6	631	571	-10
Skader, forgiftninger og konsek. av ytre årsak	101	129	28	776	816	5	1269	790	-38
Svulster	68	37	-46	237	185	-22	257	233	-9
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	83	90	8	120	145	21	241	79	-67
Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser	80	83	4	136	151	11	84	77	-8
Forhold m/betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	36	35	-3	290	100	-66	148	113	-24
Sykdom i åndedrettssystemet	26	20	-23	130	8	-94	435	263	-40
Medfødte misdannelser, deformitet og kromosomavvik	76	43	-43	177	102	-42	37	14	-62
Sykdom i hud og underhud	95	49	-48	33	27	-18	48	30	-38
Visse infeksjons- og parasittsykdommer	27	30	11	109	68	-38	104	70	-33
Sykdom i urin og kjønnsorganer	9	11	22	17	5	-71	156	109	-30
Sykdom i fordøyelses-systemet	13	12	-8	12	13	8	113	58	-49
Annet	34	22	-35	42	27	-36	82	45	-45
Antall med diagnose	2 294	1 625	-29	5 302	3 943	-26	7 475	5 929	-21
Antall uten diagnose	180	106	-41	413	92	-78	461	492	7
Totalt antall	2 474	1 731	-30	5 715	4 035	-29	7 936	6 421	-19

³¹ ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (WHO).

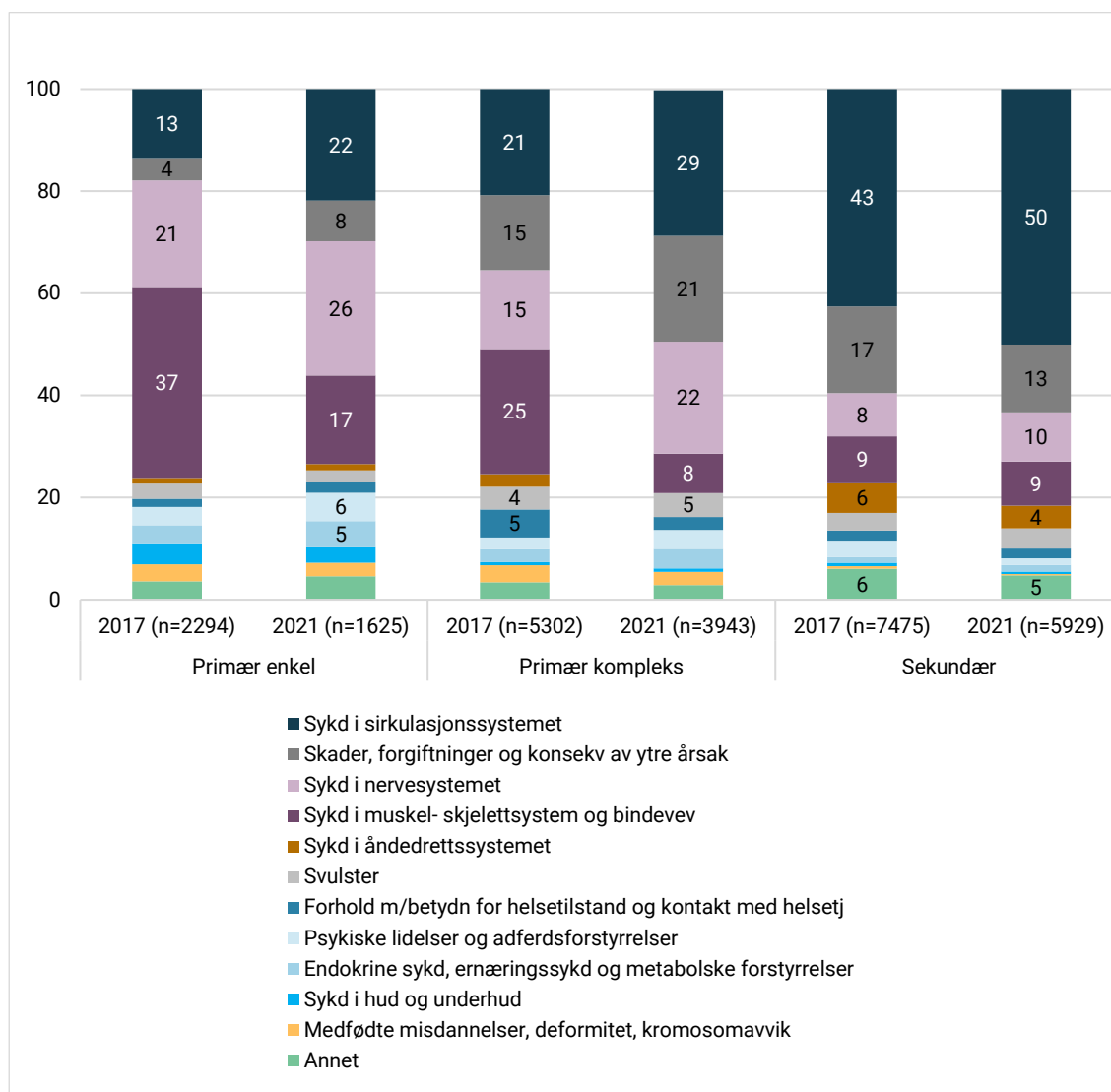
Tabell 3 gir en oversikt over diagnosegruppene registrert ved døgnrehabilitering i sykehus. Fra 2017 til 2021 var det en reduksjon i antall døgnopphold med rehabilitering. Dette medfører at det også var en nedgang i antall opphold for de fleste diagnosegrupper, med noen unntak. For primær enkel og primær kompleks døgnrehabilitering samlet, var det en økning i antall opphold i 4 av de 21 diagnosegruppene; «sykdom i sirkulasjonssystemet», «skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak», «psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» og «endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser». For sekundær døgnbehandling var det nedgang i antall opphold for alle diagnosegruppene i femårsperioden.

Figur 28 viser hvor stor andel de ulike diagnosegruppene utgjorde for døgnrehabiliteringsopphold i sykehus i 2017 og 2021. Prosentene er beregnet fra de som hadde en registrert diagnose.

Ved primær enkel rehabilitering var «sykdom i nervesystemet» den største diagnosegruppen i 2021, etterfulgt av «sykdom i sirkulasjonssystemet», «sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev» og «skader, forgiftninger/konsekvens av ytre årsak». Dette var også de hyppigste diagnosegruppene ved primær kompleks rehabilitering i 2021. Det var i femårsperioden en betydelig nedgang i andelen opphold kategorisert som «sykdom i muskel- skjelett og bindevev» for pasienter som mottok primær rehabilitering. For både primær rehabilitering var det en høyere andel i diagnosegruppen «skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak» i 2021 enn 2017.

Ved halvparten av oppholdene for pasienter med sekundær døgnrehabilitering, var pasientene plassert i diagnosegruppen «sykdom i sirkulasjonssystemet». Dette var altså en større gruppe for sekundær rehabilitering enn for primær rehabilitering. Deretter var de mest vanlige diagnosegruppene ved sekundær rehabilitering «skader, forgiftninger/konsekvenser av ytre årsak», «sykdom i nervesystemet» og «sykdom i muskel- og skjelettsystem og bindevev». Andelen i diagnosegruppen «skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak» ble redusert i femårsperioden, mens andelen i diagnosegruppen "sykdom i sirkulasjonssystem økte".

Figur 28: Fordeling av diagnoser ved opphold med døgnrehabilitering i sykehus. Prosent av de som har en registrert diagnose. Andel uten registrert diagnose som er utelatt varierer mellom to og åtte prosent.



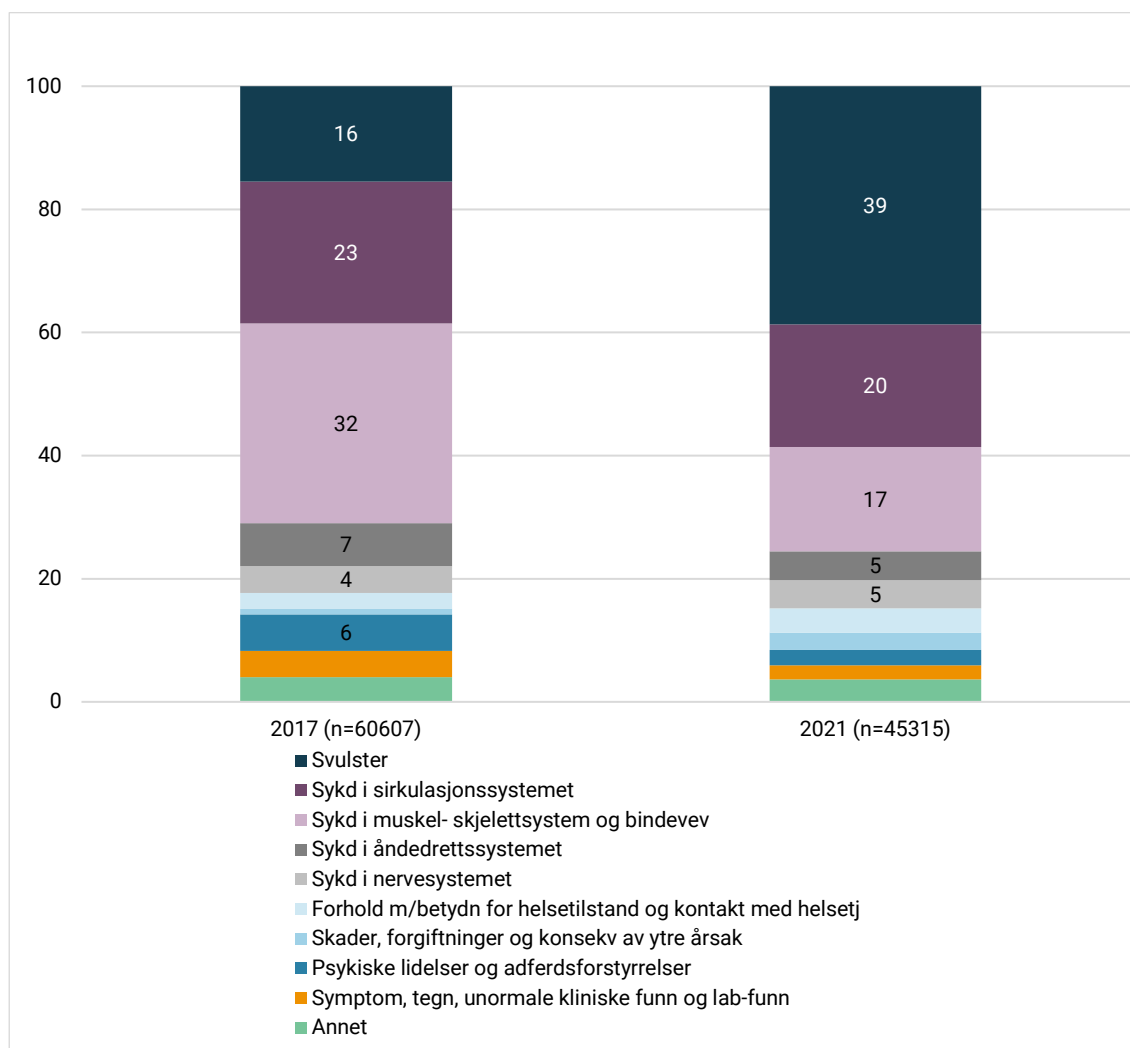
Tabell 4 viser oversikt over diagnosegrupper, første bi-tilstand, registrert ved dag- og polikliniske kontakter med rehabilitering i sykehus. Fra 2017 til 2021 ble antall dag- og polikliniske kontakter redusert med 33 prosent, og nedgangen gjaldt for de fleste av diagnosegruppene. Antall kontakter innenfor noen hoveddiagnosegrupper var imidlertid høyere i 2021 enn i 2017. Dette gjaldt diagnosene «svulster», «sykdommer i øre og ørebensknode», «visse infeksjons- og parasittsykdommer», samt «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten».

Tabell 4: Antall dag- og polikliniske kontakter med rehabilitering i sykehus 2017 og 2021 fordelt på diagnose, og prosent endring fra 2017 til 2021.

	2017	2021	Prosent- endring
	Antall	Antall	
Svulster	9 401	17 071	82
Sykdom i sirkulasjonssystemet	13 943	8 787	-37
Sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev	19 657	7 467	-62
Sykdom i åndedrettssystemet	4 231	2 080	-51
Sykdom i nervesystemet	2 666	2 018	-24
Forhold m/betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	1 571	1 745	11
Skader, forgiftninger og konsekvens av ytre årsak	515	1 227	138
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	3 605	1 098	-70
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	2 572	1 027	-60
Sykdom i øre og ørebensknote	343	379	10
Medfødte misdannelser, deformitet og kromosomavvik	568	325	-43
Sykdom i hud og underhud	792	278	-65
Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	539	245	-55
Visse infeksjons- og parasittsykdommer	19	227	1095
Sykdom i fordøyelses-systemet	94	45	-52
Sykdom i blod, bloddannede organ og immunforsvaret	43	32	-26
Annet	48	68	42
Antall med diagnose	60 607	44 119	-27
Antall uten diagnose	6 692	1 196	-82
Totalt antall	67 299	45 315	-33

Figur 29 viser andel for de ulike diagnosegruppene for dag- og polikliniske behandlinger i sykehus i 2017 og 2021. Prosentene er beregnet fra de som hadde en registrert diagnose. I 2021 var 39 prosent av pasientkontaktene registrert med «svulster» som diagnosegruppe, mens tilsvarende andel i 2017 var 16 prosent. Andelen kontakter for diagnosegruppen «sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev» ble redusert fra 32 prosent i 2017 til 17 prosent i 2021.

Figur 29: Fordeling av diagnoser dag- og polikliniske behandlinger i sykehus. Prosent av de som har en registrert diagnose. Andel uten registrert diagnose som er utelatt var ti prosent i 2017 og tre prosent i 2021.



Diagnosegrupper ved rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner

Tabell 5 viser fordeling for diagnosegrupper ved døgnopphold, samt dag- og polikliniske kontakter ved private rehabiliteringsinstitusjoner.³² Sammenlignet med 2017 var det for døgnrehabilitering en økning i antall opphold i diagnosegruppene «sykdom i hud og underhud», eller «symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn». Det var også betydelig flere døgnopphold i 2021 enn 2017 i diagnosegruppen «forhold m/betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten». Det var en nedgang for de øvrige diagnosegrupper ved døgnopphold. Sterkest prosentvis nedgang var det for diagnosegruppen «sykdom i øre og ørebensknode» og «svulster».

Fra 2017 til 2021 var det, for dag- og poliklinisk rehabilitering, en betydelig økning i antall kontakter hvor pasientene hadde «sykdom i øyet og øyets omgivelser», «sykdom i urin og kjønnsorganiser», «psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser», samt «symptom, tegn unormale kliniske funn og lab-funn» som diagnosegruppe. Det var også en stor prosentvis økning (mer

³² Andelen døgnopphold eller kontakter uten registrert diagnose var betydelig høyere i 2021 enn 2017.

enn 20 prosent) i antall kontakter hvor pasientene hadde «visse infeksjons- og parasittsykdommer», «endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser», samt «sykdom i nervesystemet» som diagnosegruppe. Antall kontakter i diagnosegruppene «svulster», «sykdom i sirkulasjonssystemet», «sykdom i hud og underhud», samt «skader, forgiftninger og konsekvens av ytre årsak», gikk mest ned fra 2017 til 2021.

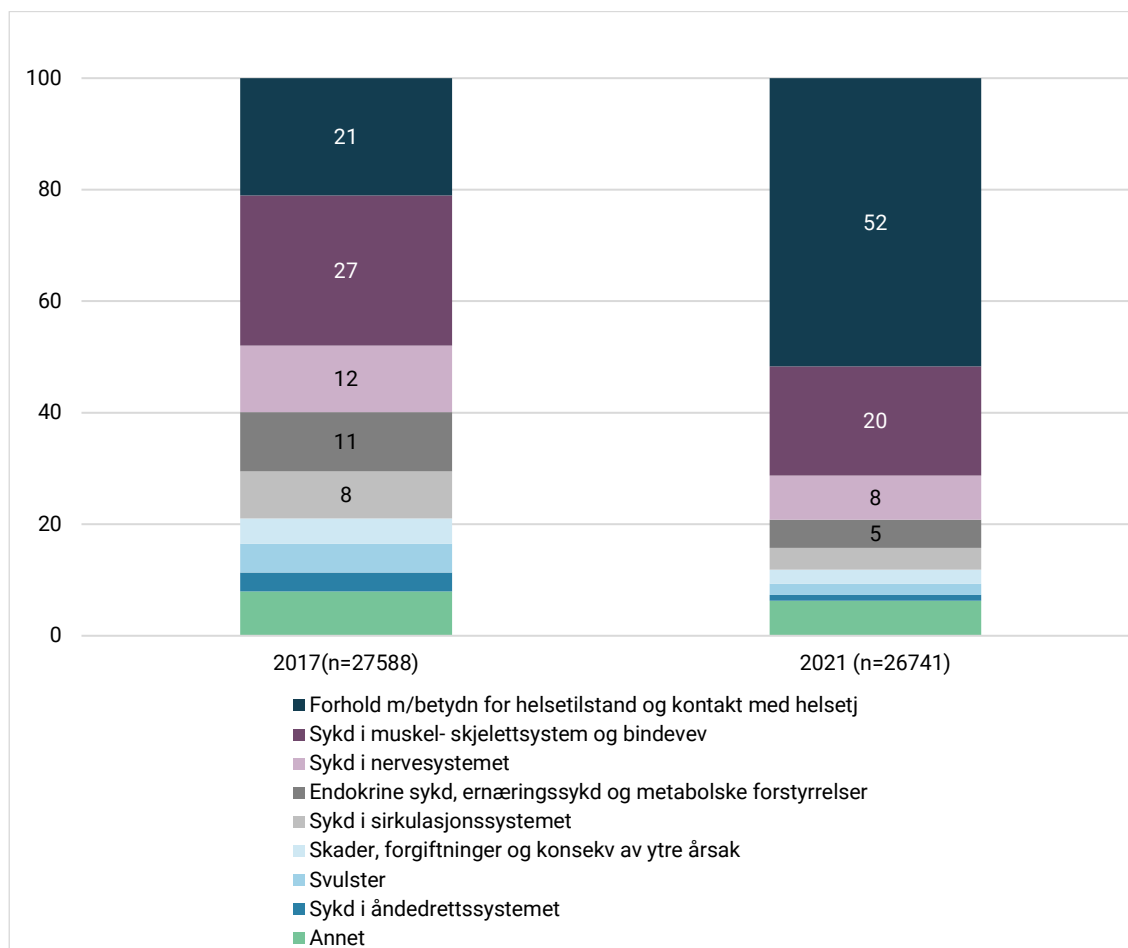
Tabell 5: Antall døgnopphold og dag- og polikliniske kontakter med rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner 2017 og 2021 fordelt på diagnose, og prosent endring fra 2017 til 2021.

	Døgnrehabilitering			Dag- poliklinikk		
	2017	2021		2017	2021	
	Antall	Antall	Prosent- endring	Antall	Antall	Prosent- endring
Forhold m/betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	5 801	13 825	138	37 871	31 882	-16
Sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev	7 430	5 225	-30	25 557	27 778	9
Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser	2 928	1 357	-54	17 264	25 384	47
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	436	416	-5	6 349	17 713	179
Sykdom i nervesystemet	3 305	2 118	-36	4 802	7 147	49
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	413	458	11	1 032	3 185	209
Sykdom i sirkulasjonssystemet	2 331	1 051	-55	6 737	2 409	-64
Sykdom i øre og ørebensknote	474	57	-88	2 396	2 517	5
Skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak	1 262	672	-47	1 994	840	-58
Sykdom i hud og underhud	189	240	27	1 764	830	-53
Svulster	1 413	537	-62	975	460	-53
Sykdom i åndedrettssystemet	935	273	-71	521	315	-40
Medfødte misdannelser, deformitet og kromosomavvik	325	266	-18	243	221	-9
Visse infeksjons- og parasittsykdommer	85	73	-14	200	249	25
Sykdom i fordøyelses-systemet	140	66	-53	276	250	-9
Sykdom i øyet og øyets omgivelser	20	17	-15	28	256	814
Sykdom i urin og kjønnsorganer	77	34	-56	16	164	925
Annet	43	56	30	148	48	-68
Antall med diagnose	27 607	26 741	-3	108 173	121 648	12
Antall uten diagnose	363	2 041	462	325	13 914	4 181
Totalt antall	27 970	28 782	3	108 498	135 562	25

Figur 30 viser andel for de ulike diagnosegruppene ved døgnrehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner for årene 2017 og 2021. Prosentene er beregnet fra de som hadde en registrert diagnose. Fordelingen viser at i overkant av halvparten av døgnoppholdene i 2021 var kategorisert under diagnosegruppen «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten». Derrest var «sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev» vanligst, og gjaldt for pasienter ved 20 prosent av oppholdene i privat døgnrehabilitering. Videre var pasientene ved åtte prosent av oppholdene i 2021

diagnostisert med «sykdom i nervesystemet» og ved fem prosent var for diagnosegruppen «endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser». Fra 2017 til 2021 var det en nedgang i andelen opphold for alle disse diagnosegruppene. Samtidig var det en betydelig økning i andelen registrert i diagnosegruppen «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten».

Figur 30: Fordeling av ved døgnrehabilitering i private institusjoner. Prosent av de som har en registrert diagnose. Andel uten registrert diagnose som er utelatt var 1 prosent i 2017 og 7 prosent i 2021.



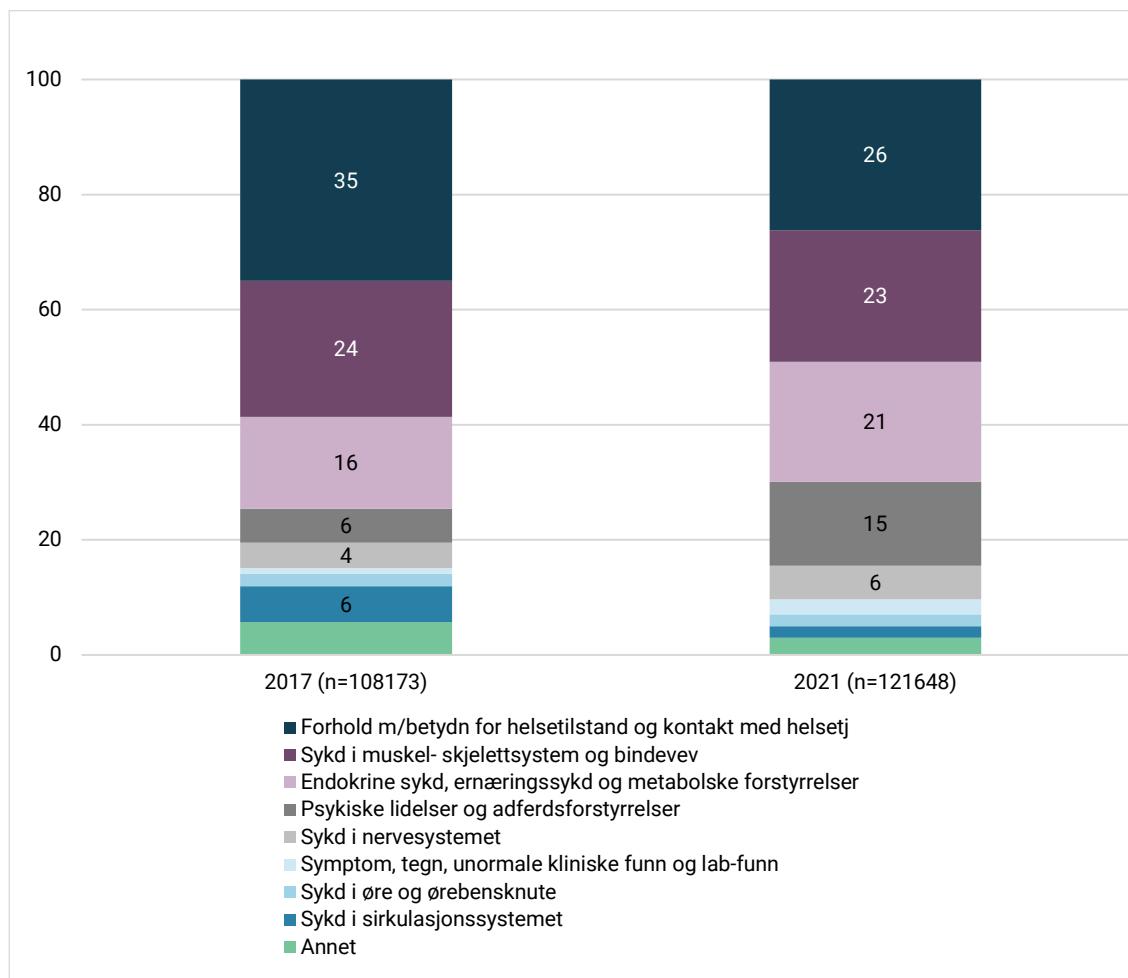
Ettersom om lag halvparten av oppholdene ved private institusjoner i 2021 var kategorisert under hoveddiagnosegruppen «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjeneste»³³, har vi sett nærmere på hvordan de fordeler seg for første bi-tilstand dersom det her er oppgitt en spesifikk diagnose³³. Den største diagnosegruppen for bi-tilstander var «sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev», som utgjorde 21 prosent. Andelen er omtrent tilsvarende som fordelingen basert på hoveddiagnose. Videre var diagnosegruppene «endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser» (16 prosent), «sykdom i nervesystemet» (15 prosent) og «sykdom i sirkulasjonssystemet» (14 prosent) de mest vanlige. Dette var også blant de mest utbredte i fordelingen basert på hoveddiagnose, selv om andelen der var noe lavere. Til senere analyser vil det være relevant å kombinere

³³ Ved 12 647 av 13 825 opphold kategorisert under hoveddiagnosegruppen «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten», var det oppgitt en bi-tilstand som ikke var «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten»

opplysninger om hoveddiagnose og bi-tilstand for en mest mulig nøyaktig diagnosekartlegging blant brukerne av private rehabiliteringsinstitusjoner.

Figur 31 viser diagnosefordelingen for dag- og polikliniske kontakter ved private rehabiliteringsinstitusjoner i 2017 og i 2021. Prosentene er beregnet fra de som hadde en registrert diagnose.

Figur 31: Fordeling av diagnoser ved dag- og polikliniske behandlinger i private institusjoner. Prosent av de som har en registrert diagnose. Andel uten registrert diagnose som er utelatt var 0 prosent i 2017 og 10 prosent i 2021.



I 2021 var 26 prosent av kontaktene registrert innen diagnosegruppen «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten». Dermed var «sykdom i muskel- og skjelettsystem», og «endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser», mest utbredt, og gjaldt henholdsvis 23 og 21 prosent av kontaktene. Sammenlignet med 2017 var det økning i andelen kontakter kategorisert i hoveddiagnosegruppen «psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser», samt kontakter under gruppen «endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser».

Ved private institusjoner var det også for dag- og poliklinisk behandling en høy andel med hoveddiagnose som faller inn under «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten». Kontaktene for pasienter som hadde en annen bidiagnose enn dette i

2021³⁴, var i de fleste tilfellene kategorisert med «sykdom i muskel- og skjelettsystem» (37 prosent) eller «endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser» (22 prosent). Dette er også de to største gruppene i figur 31 basert på hoveddiagnose. Videre var «sykdom i sirkulasjonssystemet» den tredje største diagnosegruppen basert bi-tilstand blant de uten spesifikk hoveddiagnose, mens det var «psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser» som var tredje mest vanlige hoveddiagnose i figur 31.

³⁴ Ved 17 762 av 31 882 kontakter kategorisert under hoveddiagnosegruppen "Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten", var det oppgitt en bi-diagnose som ikke var "Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten"

4. Rehabilitering i kommunene

Med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019³⁵ ønsket regjeringen å bidra til at kommunene kunne gi et godt tilrettelagt rehabiliteringstilbud for sine innbyggere. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inneholder informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune. Dette kapittelet viser hvor mange som mottok habilitering/rehabilitering i- og utenfor institusjon i kommunene for årene 2017 og 2021. Analysene er basert på KPR-helse og omsorg, og omfatter ikke KPR-KUHR.³⁶

I 2021 var det 15 481 personer som mottok tidsbegrensede opphold i institusjon med habilitering/rehabilitering. Disse hadde i gjennomsnitt 1,8 opphold gjennom året. Det var en svak reduksjon både i antall mottakere og antall opphold fra 2017 til 2021. Per 1 000 innbyggere hadde 2,9 personer ett eller flere slike opphold i kommunen i 2021, mot 3,2 i 2017. Antall mottakere av døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten var også som tidligere vist lavere i 2021 enn i 2017. Ut fra våre tall ser det altså ikke ut til at nedgangen i bruk av døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten er fulgt av en økning i antallet som mottar habilitering/rehabilitering i kommunene i samme tidsperiode. En begrensning i vår analyse er imidlertid at vi ikke har tilgjengelige data om bruk av rehabilitering gjennom frisklivssentraler eller andre lavterskeltilbud, som kan bidra til å nyansere bildet. Dette må tas i betraktning ved tolkningen av resultatene.

Antall mottakere per innbygger av tidsbegrensede opphold med habilitering/rehabilitering i kommunene varierer mellom regionene og bostedsområdene. Befolkningen i Vest hadde høyest antall mottakere per 1 000 innbyggere både i 2017 (3,7) og 2021 (3,5), omtrent dobbelt så mange som i Nord, som hadde lavest antall. Alle regionene, med unntak Midt-Norge, hadde en lavere rate i 2021 enn 2017. Sterkest nedgang var det i Sør-Øst, med en reduksjon fra 3,3 per 1 000 innbyggere til 2,7 per 1 000 innbyggere.

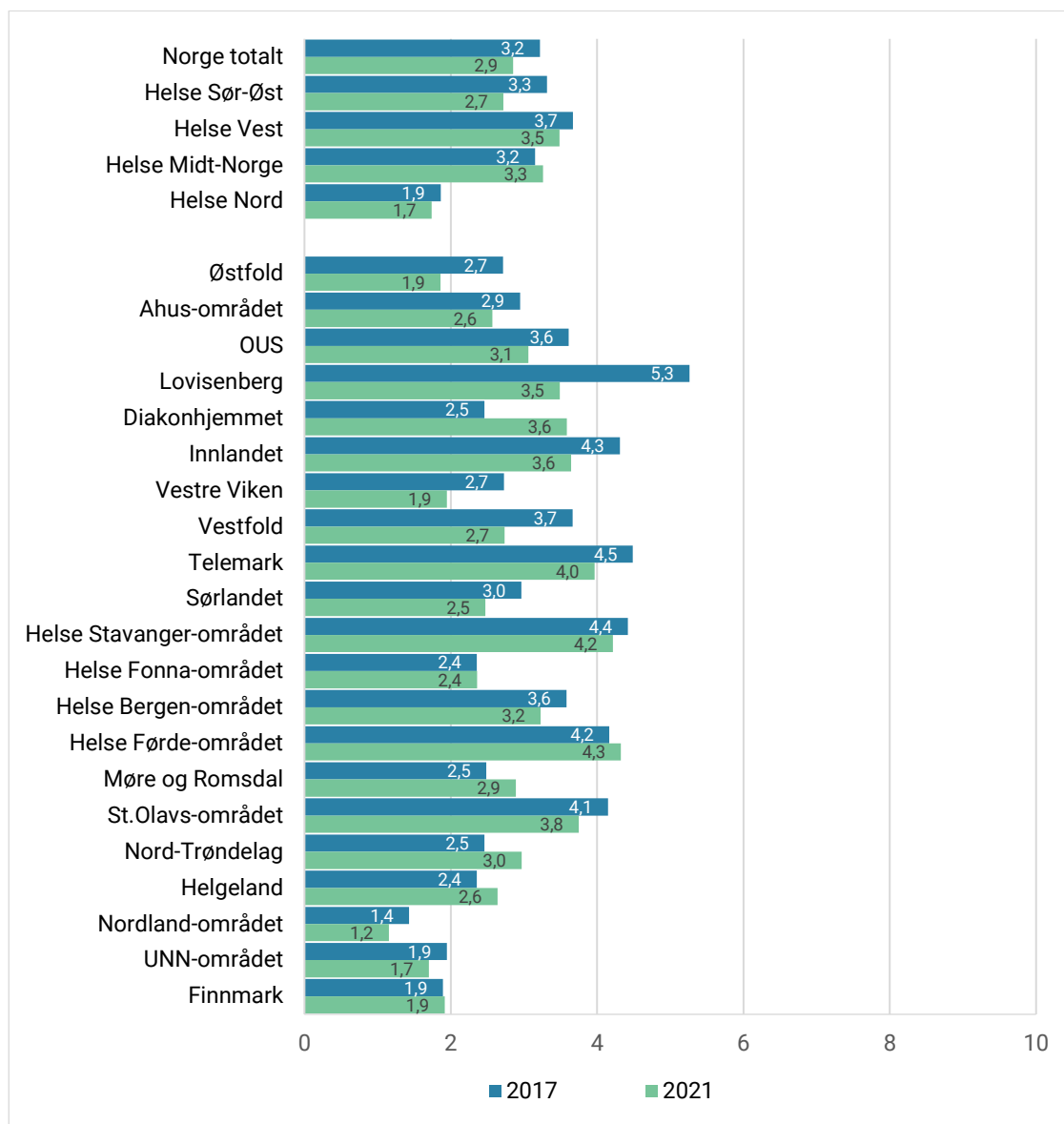
Ved 14 av 21 foretaksområder var det nedgang i antall mottakere per innbygger fra 2017 til 2021. Antall mottakere per innbygger økte blant befolkningen tilknyttet Diakonhjemmet, Helse Førde-området, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Helgeland. Helse Førde-området

³⁵ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017).

³⁶ KPR-helse og omsorg er data om helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Kommunene rapporterer inn informasjon om brukere og tjenestene de har mottatt. KUHR er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (HELFO). Med behandlere menes fastleger, legevakt, fysioterapi med mer. For mer informasjon om KRP-KUHR og KPR Helse- og omsorg se: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister/innhold-i-kpr>

hadde høyeste rate i 2021 med 4,3 per 1 000 innbyggere, som var nesten fire ganger så høyt som området med lavest (Nordland-området).

Figur 32: Antall personer med habilitering/rehabilitering i institusjon i kommunen per 1 000 innbyggere. I 2017 og 2021.



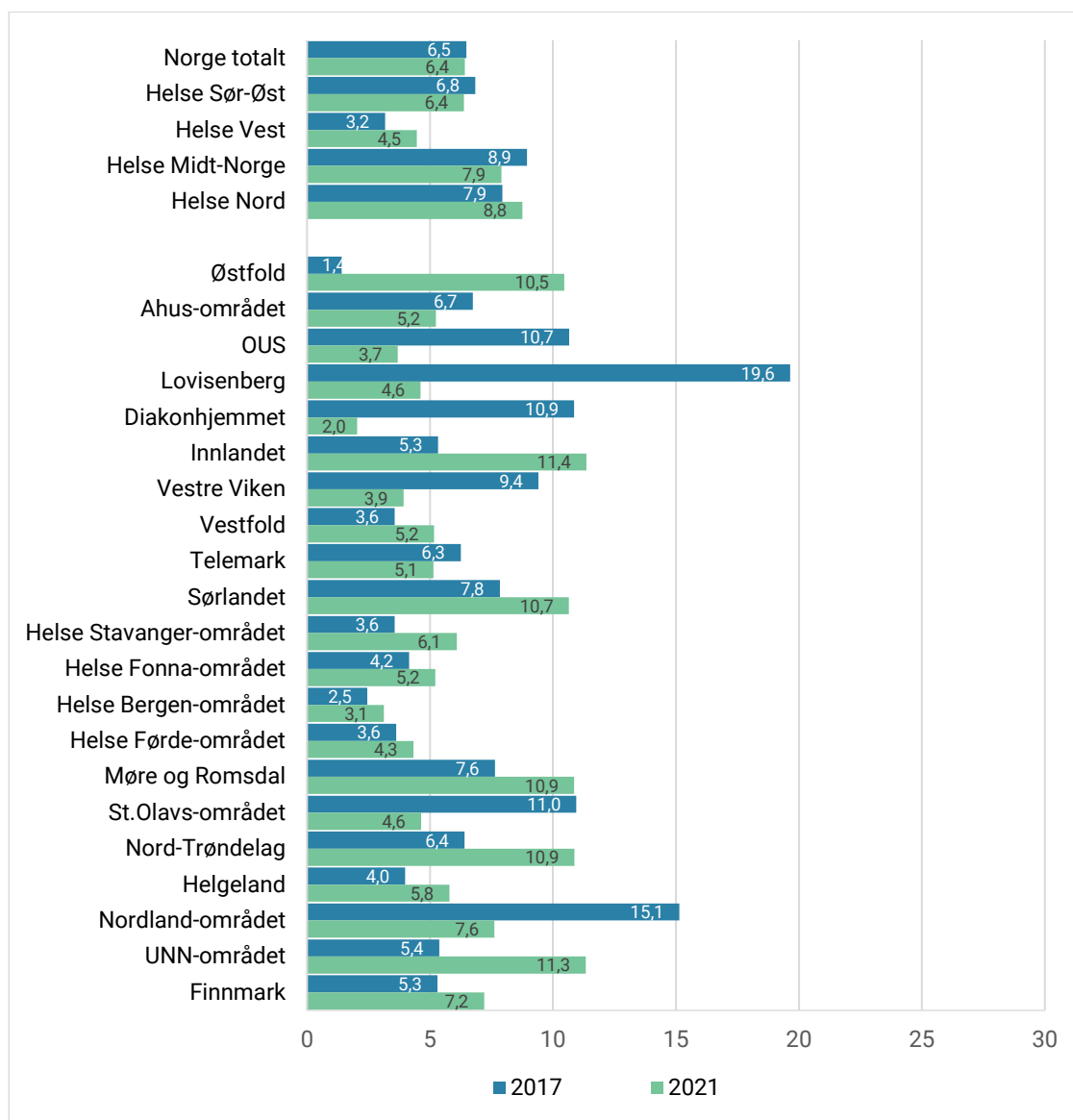
Fra 2021 ble det innført endringer i hvordan (re)habilitering utenfor institusjon skal registreres, noe som gjør at tallene må sammenlignes med forbehold.³⁷ Det var imidlertid noen registreringer som var lagt inn etter den gamle malen også for 2021. I våre tall for 2021 har vi inkludert personer registrert med (re)habilitering utenfor institusjon etter gammel mal,³⁸ i tillegg til de som er registrert korrekt i henhold til kravspesifikasjon.

³⁷ Fra og med 2019 skulle (re)habilitering utenfor institusjon registreres sammen med personopplysninger, mens det tidligere ble registrert som en mottatt tjeneste.

³⁸ 2552 personer var i 2021 registrert med rehabilitering utenfor institusjon i fil med mottatte tjenester (etter gammel mal).

Til sammen mottok 34 766 personer (re)habilitering utenfor institusjon i kommunen i løpet av 2021. Det er i underkant av 1 800 flere enn i 2017. Antall mottakere per 1 000 innbyggere viser imidlertid en nedgang fra 6,5 i 2017 til 6,4 i 2021. Det var betydelige variasjoner mellom regionene og foretaksområdene. Det må tas forbehold om at både variasjon og utvikling over tid kan være påvirket av ulik registreringspraksis og overgangen til ny kravspesifikasjon fra og med 2019. Befolkningen i Nord hadde flest mottakere per innbygger i 2021, med en rate på med 8,8. Det er omtrent dobbelt så mange som i regionen med færrest (Vest). Sammenlignet med 2017, var det en nedgang i antall per innbygger som mottok (re)habilitering utenfor institusjon i Sør-Øst og Midt-Norge, mens raten har økt i Vest og Nord. Raten økte i 13 av 21 foretaksområder, og var i 2021 høyest i Innlandet (11,4). Dette er over fem ganger høyere enn for Diakonhjemmet, som var området med færrest mottakere per innbygger.

Figur 33: Antall personer med (re)habilitering utenfor institusjon i kommunen per 1 000 innbyggere. I 2017 og 2021.



5. Datagrunnlag

Data er fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR helse- og omsorg). Rapporten inneholder informasjon fra NPR om rehabilitering som skjer i regi av de regionale helseforetakene eller ved private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale. Informasjon om habilitering/rehabilitering i og utenfor institusjon i kommunen er basert på data fra KPR helse- og omsorg.

Foretaksområdene er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar» i 2021 (se vedlegg). Det tas utgangspunkt i pasientens bosted, og er uavhengig av hvor pasienten ble behandlet. Dersom en pasient er registrert med flere bostedskommuner samme år, vil pasienten få det siste gyldige registrerte kommunenummer på alle opphold. Pasienter som ikke har gyldig kommunenummer eller mangler kommunenummer er ekskludert. Opphold for personer med kommunenummer 301 Oslo som har bydelskode Marka eller ikke gyldig bydelskode, er lagt til OUS alle år. I 2019 var det 7 160 opphold som manglet gyldig bostedsinformasjon, og 97 prosent av disse gjaldt opphold ved Friskgården. De som hadde en annen kontakt i spesialisthelsetjenesten samme år eller i 2020 med gyldig bosted, fikk registrert sin bostedsinformasjon derfra. Antall pasienter som manglet gyldig bosted for Friskgården, etter denne tilpasningen, var 877.

Aktivitet i sykehus og ved private institusjoner

Sykehusrehabilitering er definert som alle opphold og konsultasjoner med hoveddiagnose Z50 i ICD-10, med unntak av Z50.1 «annen fysikalsk behandling, ved offentlige institusjoner og private ideelle med driftsavtale». Aktivitet knyttet til ordningen fritt behandlingsvalg (FBV) blir kategorisert som aktivitet i sykehus.

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, rapporterer inn aktivitet på lik måte som offentlige institusjoner. Denne aktiviteten har vi i årets publisering plassert under private institusjoner. Det vil si at aktivitet ved LHL-sykehuset Gardermoen, LHL Trondheim og Unicare Friskvern inngår under private institusjoner for hele perioden fra 2017 til 2021. Døgnaktivitet ved LHL Gardermoen er hovedsakelig kompleks rehabilitering, og LHL Gardermoen står for en relativt høy andel av denne aktiviteten med brukere fra hele landet. I 2021 ble f.eks. 1 930 døgnopphold registrert som kompleks rehabilitering ved LHL Gardermoen. Ved å flytte denne aktiviteten til private, påvirker det stor grad antall opphold og antall oppholdstid for denne typen rehabilitering sykehus sammenlignet med tidligere publiseringer.

I 2021 var det 55 private rehabiliteringsinstitusjoner, inklusive LHL-sykehuset Gardermoen, LHL Trondheim og Unicare Friskvern, 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.

Det var flere private institusjoner som rapporterte aktivitet i 2019, 2020 og 2021 enn i 2017. I 2017 var det 52 institusjoner som rapporterte inn aktivitet. Vi har ikke gjort en fullstendig kartlegging av institusjonene som kun har rapportert aktivitet i deler av perioden, og hvorvidt dette skyldes at institusjonene ikke har avtale for hele perioden eller om det skyldes manglete rapportering. Vi ser blant annet at Friskgården, som hadde mange kontakter i 2019 og 2020, ikke hadde innrapportert aktivitet i 2017. Pasienter ved Friskgården, er tilhørende Midt-Norge.

Oppfølgingsenheten Frisk hadde registrert aktivitet alle år med unntak av 2018. De institusjonene som er kommet til de siste årene, og som er registrert med relativt mye aktivitet, har i hovedsak dag- og/eller poliklinisk aktivitet.

Aktivitet ved FysMed-klinikken AS lå under Midt-Norge fra 2017 til 2019. Denne institusjonen stod for en stor del av poliklinisk aktivitet ved Midt-Norge i denne perioden. Fra og med 2020 var det LHL Trondheim som tok over for Fysmed-klinikken AS. Aktivitet ved Fysmed-klinikken AS er på lik linje som aktivitet ved LHL Trondheim, plassert under private institusjoner.

Rehabilitering, pasientopphold og standardiserte rater

I denne rapporten er pasientratene (per 1 000 innbyggere) korrigerert for kjønn og alder, og etter siste års populasjon. Befolkningstall brukt til rateberegning er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år.

Døgnrehabilitering er basert på døgnopphold, det vil si at pasienten skrives ut en senere dato enn innleggelsesdatoen. Dersom samme pasient har flere døgnopphold som henger samme i tid, som ved overføringer, er disse slått sammen (aggregert) til ett pasientopphold. Gjennomsnittlig oppholdstid er antall oppholdsdøgn for døgnopphold dividert på antall døgnopphold.

I denne rapporten omtaler vi primær kompleks døgnrehabilitering, primær enkel (tidligere vanlig) døgnrehabilitering, sekundær døgnrehabilitering, og dag- og poliklinisk rehabilitering. Dersom opphold med enkel eller kompleks rehabilitering har tilhørende opphold som ikke er rehabiliteringsopphold eller som er registrert som sekundær rehabilitering, vil pasientoppholdet telles som sekundær rehabilitering. Dersom opphold for enkel rehabilitering henger sammen med opphold for kompleks rehabilitering, så vil pasientoppholdet kodes som kompleks rehabilitering.

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 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 kompensierende teknikker og tilpasning av hjelpemidler/miljø. Det skal også foretas en vurdering av tiltak knyttet 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 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 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 rapporten blir disse to kategoriene slått sammen.

Ambulant virksomhet

Analysene av andel ambulant virksomhet er basert på variabelen som heter stedAktivitet i de pasientadministrative data. Denne variabelen består av kategoriene «egen helseinstitusjon», «hos ekstern instans», «hjemme hos pasienten», «annet ambulant sted», «telemedisinsk behandling - der pasienten er», «telemedisinsk behandling der behandlende lege er» og «annet sted». Ambulant virksomhet er i denne rapporten definert som «hjemme hos pasienten» eller «annet ambulant sted». Tidligere har ambulant aktivitet blitt registrert som all aktivitet som ikke ble utført på egen helseinstitusjon. På grunn av endringer i aktivitet og

bruk av kategorier i 2020 er det i denne rapporten gjort en innsnevring av hva som regnes som ambulans aktivitet.

Digitale kontakter

Digitale kontakter er beregnet ved å ta utgangspunkt i polikliniske kontakter (aktivitetskategori = 5), og videre selektene på kontakttype = 6 (videokonsultasjon) eller kontakttype = 7 (telefonkonsultasjon med egenandel). Episoder med kontakttype = 5 (indirekte pasientkontakt) og 12 (pasientadministrert behandling) er holdt utenfor beregningsgrunnlaget.

Diagnosegrupper

Analysene av diagnosefordeling er basert på hovedkapitlene i ICD-10. For primær døgner rehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering er det første bidiagnose som definerer hvilken hoveddiagnosegruppe man havner i (rehabilitering er hoveddiagnose), mens for sekundær døgner rehabilitering og rehabilitering i private institusjoner er det hoveddiagnosen som er definerende. Der vi har slått sammen døgnopphold som henger sammen i tid, har vi valgt registrert diagnose ved første opphold.

Vedlegg

Tabellen under viser hvilke foretaksområder kommunene inngår i (2021).

Foretaksområder:

Foretaksområde	Kommuner
Østfold	Halden, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad, Hvaler, Aremark, Marker, Indre Østfold, Skiptvet, Rakkestad, Råde, Våler (Viken), Vestby
Ahus-området	Oslo (Bydeler: Grorud, Stovner og Alna), Nordre Follo, Ås, Frogn, Nesodden, Aurskog-Høland, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Lillestrøm, Nittedal, Gjerdrum, Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad, Hurdal, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidsskog, Grue
OUS	Oslo (bydeler: Sagene, Nordre Aker, Bjerke, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Sentrum, Marka og Oslo uregistrert)
Lovisenberg	Oslo (bydeler: Gamle Oslo, Grünerløkka, St. hanshaugen)
Diakonhjemmet	Oslo (bydeler: Frogner, Ullern, Vestre Aker)
Hovedstadsområdet	Oslo, Nordre Follo, Ås, Frogn, Nesodden, Aurskog-Høland, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Lillestrøm, Nittedal, Gjerdrum, Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad, Hurdal, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidsskog, Grue
Innlandet	Lunner, Hamar, Lillehammer, Gjøvik, Ringsaker, Løten, Stange, Åsnes, Våler, Elverum, Trysil, Åmot, Stor-Elvdal, Rendalen, Engerdal, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Os, Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Nord-Fron, Sel, Sør-Fron, Ringebu, Øyerm Gausdal, Østre Toten, Vestre Toten, Gran, Søndre Land, Nordre Land, Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre Vang
Vestre Viken	Drammen, Kongsberg, Ringerike, Bærum, Asker, Hole, Flå, Nesbyen, Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Sigdal, Krødsherad, Modum, Øvre Eiker, Lier, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal, Jevnaker
Vestfold	Horten, Holmstrand, Tønsberg, Sandefjord, Larvik, Færder
Telemark	Porsgrunn, Skien, Notodden, Siljan, Bamble, Kragerø, Drangedal, Nome, Midt-Telemark, Tinn, Hjartdal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke, Vinje
Sørlandet	Risør, Grimstad, Arendal, Kristiansand, Lindesnes, Farsund, Flekkefjord, Gjerstad, Vegårsheim, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle, Vennesla, Åseral, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal
Helse Stavanger-området	Eigersund, Stavanger, Sandnes, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Gjesdal, Sola, Randaberg, Strand, Hjelmeland, Kvitsøy
Helse Fonna-området	Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira, Vindafjord, Etne, Sveio, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes, Kvinnherad, Ullensvang, Eidfjord
Helse Bergen-området	Bergen, Ulvik, Voss, Kvam, Samnanger, Bjørnafjorden, Austevoll, Øygarden, Askøy, Vaksdal, Modalen, Osterøy, Alver, Austrheim, Fedje, Masfjorden
Helse Førde-området	Kinn, Solund, Hyllestad, Høyanger, Vik, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster, Askvoll, Fjaler, Sunnfjord, Bremanger, Stad, Gloppen, Stryn, Gulen

Møre og Romsdal	Kristiansund, Molde, Ålesund, Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Hareid, Ørsta, Stranda, Sykkylven, Sula, Giske, Vestnes, Rauma, Aukra, Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Smøla, Aure, Volda, Fjord, Hustadvika
St.Olavs-området	Trondheim, Frøya, Oppdal, Rennebu, Røros, Holtålen, Midtre-Gauldal, Melhus, Skaun, Malvik, Selbu, Tydal, Indre Fosen, Heim, Hitra, Ørland, Åfjord, Orkland, Rindal
Nord-Trøndelag	Steinkjer, Namsos/Nåavmesjenjaelmie/Nåavmesjenjaelmien tjielte, Osen, Meråker, Stjørdal, Frosta, Levanger, Verdal, Snåsa/Snåase/Snåasen tjielte, Lierne, Røyrvik/Raarvihke/Raarvihken tjielte, Namsskogan, Grong, Høylandet, Overhalla, Flatanger, Leka, Inderøy, Nærøysund
Helgeland	Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevstad, Herøy, Alstadhaug, Leirfjord, Vefsn, Grane, Hattfjelldal/Aarborte/Aarborten tjielte, Dønna, Nesna, Hemnes, Rana, Lurøy, Træna, Rødøy
Nordland-området	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske/Fuosko/Fuosko suohkan, Sørfold, Steigen, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland/Suortá/Suorttá suohkan, Andøy, Moskenes, Hamarøy/Hábmer/Hábmera suohkan
UNN-området	Narvik, Lødingen, Evenes, Tromsø, Harstad/Hárstták/Hársttáid suohkan, Kvæfjord, Tjeldsund/Dielddanuori/Dielddanuori suohkan, Ibestad, Gratangen, Lavangen/Loabák/Loabága suohkan, Bardu, Salangen, Måselv, Sørreisa, Dyrøy, Senja, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord/Omasvuotna/Omasvuona suohkan, Kåfjord/Gáivuotna/Gáivuona suohkan, Skjervøy, Nordreisa/Ráisa/Ráissa suohkan, Kvænangen
Finnmark	Alta, Vardø, Vadsø, Hammerfest/Hámmerfeasta/Hámmerfeastta suohkan, Loppa, Hasvik, Måsøy, Nordkapp, Porsanger/Porsáŋgu/Porsáŋgu gielda, Karasjok/Kárášjohka/Kárášjoga gielda, Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Tana/Deatnu/Deanu gielda, Båtsfjord, Sør-Varanger Nesseby/Unjárga/Unjárgga gielda

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017-2021

Utgitt

Oktober 2022

Bestillingsnummer

IS-3052

Forfattere

Ranita Larsen Nersund og

Tone Rian Myrli

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og

styringsinformasjon

Postadresse

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Holtermanns veg 70, 7031

Trondheim

Forsidefoto

© Mostphotos (illustrasjonsbilde)

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no