

SAMDATA

Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008

Birgitte Kalseth
(red.)

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 3/09

ISBN 978-82-14-04802-5
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: SINTEF Media
Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

7 Rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten

Birgitte Kalseth

Formålet med kapitlet er å framstille rehabiliteringsaktiviteten innenfor spesialisthelsetjenesten ut fra den informasjon som er registrert i de pasientadministrative systemer ved norske sykehus og opptreningsinstitusjoner, og som leverer data til Norsk pasientregister. Det fokuseres på forskjeller i registrert rehabiliteringsaktivitet gjennom framstilling av kjønns- og aldersstandardiserte rater for forbruk, samtidig som pålitelighet i registrering av aktivitet diskuteres. Framstillingen er basert på data fra driftsåret 2008. Det er vanskelig å sammenligne deler av aktiviteten med tidligere år på grunn av endringer i registreringspraksis og innføring av innsatsstyrt finansiering av poliklinisk virksomhet fra og med 2008.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 innledes med å påpeke at rehabilitering ikke har den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede målene i helse- og velferdspolitikken skulle tilsi. Rehabiliteringsbegrepet betegner en prosess hvor målsettingen er å gjøre den enkelte best mulig i stand til å leve et meningsfylt liv ut fra de fysiske og psykiske forutsetninger som er til stede og ut fra individuelle ønsker. I nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering skisseres følgende definisjon på rehabilitering:

"Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet".

Dette er en definisjon ikke bare omfatter rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten, men har et bredt perspektiv som inkluderer andre tjenester, for eksempel gjennom NAV.

På hvilken måte helsetjenesten bidrar i rehabiliteringsprosesser kan være vanskelig å tallfeste på en god måte, delvis på grunn av at rehabilitering ofte er en integrert del av en behandlingsprosess og delvis fordi det ikke nødvendigvis er ensartet praksis ved registrering og synliggjøring av aktiviteten. Rehabiliteringsaktivitet kan foregå i kliniske sykehusavdelinger, i egne rehabiliteringsavdelinger, i spesialsykehus for rehabilitering og ved private opptreningsentre. Det kan videre skje som ambulant virksomhet, som dagopphold ved poliklinikk eller dagpost, eller som døgnopphold. På bakgrunn av dette vil vår tilnærming være eksplorativ. Å dokumentere omfang av registrert aktivitet blir dermed et viktig formål i seg selv. Utover dette er målsettingen med dette kapitlet å:

- 1) Framstille volumet av rehabiliteringsaktivitet registrert i NPR-data fra sykehus og opptreningsinstitusjoner
- 2) Framstille geografiske variasjoner i omfang og sammensetning av registrert aktivitet totalt sett
- 3) Framstille geografiske variasjoner i omfang og sammensetning av registrert aktivitet for noen utvalgte pasientgrupper

7.1 Hovedfunn

- Det er klare geografiske forskjeller i registrert aktivitet knyttet til rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten. Befolkningen som sogner til Helse Vest har en klart lavere registrert aktivitet relatert til rehabilitering enn de andre regionene
- Bruken av opptreningsinstitusjoner kompenseres i ulik grad for lav dekningsgrad innenfor helseforetakene
- Denne gjennomgangen har vist at pasientdata fra norske sykehus innrapportert til NPR kan brukes for å få en oversikt over rehabiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Det er likevel noe usikkerhet knyttet til validitet og pålitelighet i deler av datagrunnlaget.

7.2 Datagrunnlag og metode

Grunnlagsdata for kapitlet er innrapporterte pasientdata til Norsk pasientregister fra helseforetak, sykehus og private opptreningsinstitusjoner. For å kunne identifisere rehabiliteringsaktiviteten i datagrunnlaget må den enkelte avdeling eller institusjon som utfører rehabilitering registrere aktiviteten på en måte som gjør det mulig å skille denne fra annen aktivitet/behandling. I ICD-10 (diagnosekodeverk) er Z50 kode for kontakt med helse-tjenesten for rehabilitering. I DRG-systemet³⁴ blir disse gruppert til spesifikke rehabiliteringsdrg-er når Z-koden er angitt som hoveddiagnose- altså er hovedgrunnen til oppholdet. Det skilles der mellom ulike typer rehabilitering som benevnes som "primær rehabilitering" (vanlig eller kompleks), "sekundær rehabilitering" og "annen uspesifikk rehabilitering". Rehabilitering kan i en god del tilfeller skje rett etter at primær behandling for en skade eller lidelse er ferdig og dermed være en integrert del av behandlingen på sykehus. I slike tilfeller vil ikke rehabiliteringen være hovedgrunnen til oppholdet hvis pasienten ikke skrives ut før rehabiliteringen starter. Z-koden framstår da som en bidiagnose. Dette benevnes som sekundær rehabilitering. Finansieringssystemet (ISF) gir tilleggsrefusjon for dette, men det er avgrenset til noen spesifikke DRG-grupper. I vårt datamateriale er denne begrensningen ikke satt. Ved direkte avdelingsoverføringer innenfor et sykehusopphold vil rehabiliteringskoden (når pasienten har mottatt annen primærbehandling) framstå som en bidiagnose, selv om den er kodet som hoveddiagnosekode ved en rehabiliteringsavdeling i sykehuset. Avdelingsoverføringer i samme opphold slås altså sammen til ett sykehusopphold.

Rehabilitering foregår også i stor grad utenfor sykehusene, enten ved private opptrenings-sentre (inkl. attføringsentre og helsesportssentre) eller i kommunal regi. I dette kapitlet inngår ikke kommunale tilbud, men aktiviteten ved opptreningssentrene som har avtale med et RHF er inkludert. En mer detaljert oversikt over utvalgs-kriterier for datamaterialet som inngår er gitt i vedlegg til kapitlet.

7.2.1 Forbruksmål

Vi skiller mellom antall opphold og antall pasienter i framstillingen. Antall opphold angir hvor mange kontakter (innleggelser eller dagopphold/konsultasjoner) pasientene har med institusjonene. På bakgrunn av at rehabiliteringsaktiviteten kan være ulikt organisert kan antall opphold variere betydelig alt etter hvordan ulike typer aktivitet er organisert, for eksempel omfanget av dagaktivitet i forhold til innleggelser. Når vi framstiller rater fordelt etter regioner eller helseforetaksområder er det antall pasienter som legges til grunn. Det er

³⁴ DRG-systemet er pasientklassifisering som brukes som grunnlag for beregning av refusjon innen Innsatsstyrt finansiering

imidlertid ikke mulig å følge pasienter på tvers av helseforetak/opptreningsinstitusjoner. Vi antar at tversgående pasientforløp ved at pasientene skifter sted for rehabilitering midt i et rehabiliteringsforløp er begrenset. Det vil likevel være slik at en del pasienter mottar sekundær rehabilitering på sykehus for så å bli henvist til en opptreningsinstitusjon. Dette har vi ikke mulighet til å kontrollere.

7.3 Nasjonal beskrivelse av aktiviteten

For å få en generell oversikt over den registrerte aktiviteten på nasjonalt nivå framstilles fordelinger etter omsorgsnivå innen sykehus og etter henvisende instans ved opptreningsinstitusjonene. Av tabell 7.1 ser vi at over 120 000 kontakter relatert til rehabilitering ble fanget opp basert på de utvalgsriterier som er brukt. Legges antall opphold til grunn er volumet størst i antall polikliniske kontakter (uspesifisert rehabilitering) og dagopphold (vanlig dagrehabilitering) ved sykehusene. Denne aktiviteten domineres imidlertid av serieopphold hvor pasienten har mange kontakter knyttet til samme rehabiliteringsforløp. I retningslinjene for poliklinisk rehabilitering som inngår i ISF heter det at helsehjelpen i hovedsak skal bestå av tverrfaglig rehabiliteringstiltak som skal bidra til å bedre pasientens funksjonsevne og at det i tillegg kan inneholde tiltak som innebærer lærings og mestringsaktiviteter. Teller vi den enkelte pasient bare en gang på hvert nivå ser vi at antallet pasienter er størst for døgnbasert rehabilitering ved sykehus og ved opptreningsinstitusjoner utenfor sykehus. Ved opptreningsinstitusjonene er over halvparten av oppholdene knyttet til pasienter henvist fra sykehus, mens de resterende er henvist fra andre instanser - i hovedsak primærlege (92 prosent).

Tabell 7.1 Opphold og pasienter registrert med kode for rehabilitering, opphold per pasient og pasientrate per 1 000 innbyggere. Fordelt etter type institusjon og type opphold. 2008

Type inst	Type opphold	Antall opphold	Antall pasienter	Opphold per pasient	Kjønns- og aldersstandardisert pasientrate
Sykehus (inkl. spesialsykehus)	Primær reh. døgnopph.	17 051	14 848	1,1	3,1
	Sekundær rehabilitering	11 411	10 758	1,1	2,2
	Dagopphold innlagt	23 897	4 228	5,7	0,9
	Poliklinikk	39 550	9 187	4,3	1,9
Opptreningsinstitusjoner	Henvist fra sykehus	18 181	16 366	1,1	3,4
	Henvist fra primærlege/annet	15 390	13 653	1,1	2,8
Totalt	Alle typer opphold	124 827	69 693	1,8	14,3

Diagnosefordeling

Tabell 7.2 og 7.3 viser en nasjonal diagnosefordeling etter hovedkapitlene i ICD-10 ved sykehus og opptreningsinstitusjoner. På bakgrunn av at hoveddiagnosen er en Z-kode for innlagte pasienter som mottar primær rehabilitering og for polikliniske pasienter ved sykehus, er oversikten basert på registrering av første bidiagnose for disse. For pasienter som har mottatt sekundær rehabilitering (Z-kode er bidiagnose) og ved opptreningsinstitusjonene er oversikten basert på den registrerte hoveddiagnosen (registrert som tilstand 1 i datagrunnlaget). I tabell 7.2 er oversikten basert på antall opphold, mens det i tabell 7.3 er antallet pasienter som ligger til grunn. Når pasient brukes som enhet er det diagnosen ved første opphold/kontakt som brukes.

Innen primær døgnrehabilitering i sykehus, poliklinisk rehabilitering og ved opptreningsinstitusjonene er sykdommer i muskel-skjelettsystemet den største gruppen pasienter. De utgjør omtrent en tredjedel av både opphold og pasienter i sykehusenes døgntilbud (primær rehabilitering) og for polikliniske kontakter. Nesten halvparten av oppholdene ved opptreningsinstitusjonene er muskel-skjelettrelatert.

For sekundær rehabilitering, hvor pasienten får rehabiliteringstilbud under samme opphold som primærbehandlingen, er sykdommer i sirkulasjonssystemet størst, med i underkant av 40 prosent av både opphold og pasienter. Dette er i stor grad relatert til hjerneslagpasienter. Gruppen "skader og forgiftninger" er den nest største gruppen innen sekundær rehabilitering med 25 prosent av pasientene. Her er pasienter med lårhalsbrudd o.l. en dominerende gruppe. I tillegg til skader utgjør "sykdommer i muskel-skjelettsystemet" ca 14 prosent av opphold og pasienter. Lårhalsbrudd kommer altså ikke inn under muskel-skjelettgruppen i ICD-10 klassifiseringen fordi det regnes som en skade og ikke en sykdom.

Dagrehabilitering i sykehus utgjør et stort antall opphold, men hver pasient har i gjennomsnitt seks opphold. Av tabellene framgår også at nesten halvparten av opphold og pasienter ikke er registrert med noen diagnose som kan angi pasientens primære diagnose, slik dette er definert her. For halvparten av disse oppholdene (manglende diagnose) skyldes dette totalt manglende diagnosesetting for dagopphold ved en enkelt rehabiliteringsinstitusjon. For den andre halvparten er det kun kodet en Z50.8-diagnose og ingen bidiagnose som angir pasientens primærdiagnose. Av de som ble registrert med diagnose, er gruppen "sykdommer i sirkulasjonssystemet" størst i antall opphold, mens "sykdommer i muskel-skjelettsystemet" og "skader og forgiftninger" er størst når vi teller pasienter. De to sistnevnte gruppene kan ses i sammenheng fordi rehabilitering etter bruddskader o.l. dominerer innen gruppen skader og forgiftninger.

Ved poliklinikkene utgjør pasienter med diagnose som angir "Endokrine sykdommer og ernæringssykdommer" 12 prosent av pasientene. Dette er i all hovedsak oppfølging av fedmepasienter. Ved opptreningsinstitusjonene utgjør opphold innen endokrine sykdommer og ernæringssykdommer syv prosent av oppholdene hvor pasienten er henvist fra sykehus og 14 prosent av de henvist fra andre instanser - i hovedsak primærlege. Også her er stordelen av pasientene registrert med en diagnosekode som angir fedme. Når det gjelder denne gruppen må vi minne om at vi ikke har oversikt over aktiviteten ved opptreningsinstitusjoner o.l. som ikke har avtale med regionale helseforetak.

Tabell 7.2 Antall og andel opphold i henhold til diagnoseklassifisering i ICD-10. Hoveddiagnoser fordelt etter type institusjon og type opphold. 2008

ICD-10 diagnose	Primær rehabiliteringssykehus				Sekundær rehabiliteringssykehus		Poliklinikk sykehus		Opptreningsinstitusjoner			
	Døgn		Dag		Sykehus		Sykehus		Henvist fra sykehus		Henvist fra prim.lege/annet	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Manglende diagnose (i tillegg til Z-koden)	241	1,4	11 340	47,5			7 063	17,9	144	0,8	234	1,5
Svulster	236	1,4	159	0,7	249	2,2	228	0,6	794	4,4	384	2,5
Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer	393	2,3	480	2,0	94	0,8	5 934	15,0	2 019	11,1	1 330	8,6
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	414	2,4	509	2,1	177	1,6	737	1,9	67	0,4	674	4,4
Sykdommer i nervesystemet	1 877	11,0	1 340	5,6	657	5,8	1 109	2,8	816	4,5	1 326	8,6
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser og øre	39	0,2	84	0,4	21	0,2	109	0,3	54	0,3	422	2,7
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	3 099	18,2	4 081	17,1	4 324	37,9	5 500	13,9	2 105	11,6	1 644	10,7
Sykdommer i åndedrettssystemet	1 873	11,0	331	1,4	602	5,3	4 076	10,3	329	1,8	494	3,2
Sykdommer i fordøyelsessystemet	109	0,6	83	0,3	131	1,1	61	0,2	229	1,3	79	0,5
Sykdommer i hud og underhud	189	1,1	41	0,2	103	0,9	185	0,5	28	0,2	113	0,7
Sykdommer i muskel-skjelettsystem	5 310	31,1	2 136	8,9	1 540	13,5	13 589	34,4	8 233	45,3	6 859	44,6
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	168	1,0	46	0,2	147	1,3	40	0,1	73	0,4	38	0,2
Medfødte misdannelser, deformiteter	175	1,0	164	0,7	42	0,4	172	0,4	58	0,3	126	0,8
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn	362	2,1	273	1,1	137	1,2	310	0,8	90	0,5	268	1,7
Skader, forgiftninger	1 873	11,0	2 559	10,7	2 477	21,7	401	1,0	2 628	14,5	769	5,0
Faktorer som har betydning for helsestand	125	0,7	11	0,0	35	0,3	7	0,0	413	2,3	448	2,9
Annet	573	3,3	261	1,1	675	5,9	29	0	101	0,5	182	1,1
Totalt	17 056	100,0	23 898	100	11 411	100	39 550	100	18 181	100	15 390	100

Tabell 7.3 Antall pasienter og andel pasienter i henhold til diagnoseklassifiseringen i ICD-10. Hoveddiagnoser ved første opphold fordelt etter type institusjon og type opphold. 2008

ICD-10 diagnose	Primær rehabilitering sykehus				Sekundær rehabiliteringssykehus		Poliklinikk sykehus		Opptreningsinstitusjoner			
	Døgn		Dag		Sykehus		Sykehus		Henvist fra sykehus		Henv fra prim. lege/annet	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Manglende diagnose (i tillegg til Z-koden)	205	1,4	2 086	49,3			2 111	23,0	136	0,8	197	1,4
Svulster	176	1,2	26	0,6	232	2,2	108	1,2	732	4,5	307	2,2
Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer	347	2,3	124	2,9	88	0,8	1 092	11,9	1 274	7,8	1 023	7,5
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	373	2,5	150	3,5	170	1,6	231	2,5	62	0,4	623	4,6
Sykdommer i nervesystemet	1 536	10,3	250	5,9	594	5,5	404	4,4	765	4,7	1 180	8,6
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser og øre	35	0,2	61	1,4	19	0,2	43	0,5	48	0,3	348	2,5
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	2 655	17,9	270	6,4	4 147	38,5	1 207	13,1	1 968	12,0	1 426	10,4
Sykdommer i åndedrettssystemet	1 738	11,7	73	1,7	516	4,8	649	7,1	290	1,8	448	3,3
Sykdommer i fordøyelsessystemet	93	0,6	27	0,6	120	1,1	25	0,3	216	1,3	75	0,5
Sykdommer i hud og underhud	159	1,1	8	0,2	95	0,9	57	0,6	27	0,2	106	0,8
Sykdommer i muskel-skjelettsystem	4 823	32,5	550	13,0	1 473	13,7	2 918	31,8	7 744	47,3	6 256	45,8
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	150	1,0	4	0,1	133	1,2	15	0,2	71	0,4	33	0,2
Medfødte misdannelser, deformiteter	141	0,9	86	2,0	37	0,3	89	1,0	56	0,3	118	0,9
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn	1 240	8,3	292	6,9	129	1,2	129	1,4	83	0,5	240	1,8
Skader, forgiftninger	1 869	12,6	432	10,2	2 728	25,4	94	1,0	2 415	14,8	696	5,1
Faktorer som har betydning for helsestilstand	84	0,6	1	0,0	34	0,3	5	0,1	389	2,4	416	3,0
Annet	469	3	58	1,2	243	2,3	10	0,1	90	0,5	161	1,1
Totalt	14 853	100,0	4 229	100,0	10 758	100,0	9 187	100,0	16 366	100	13 653	100

7.4 Befolkningens bruk av rehabiliteringstjenester

I dette avsnittet framstilles rehabiliteringsaktiviteten slik den fordeler seg i befolkningen i de fire helseregionene og i helseforetaksområdene. Det er altså pasientens bosted som er i fokus uavhengig av hvor tjenesten er utført.

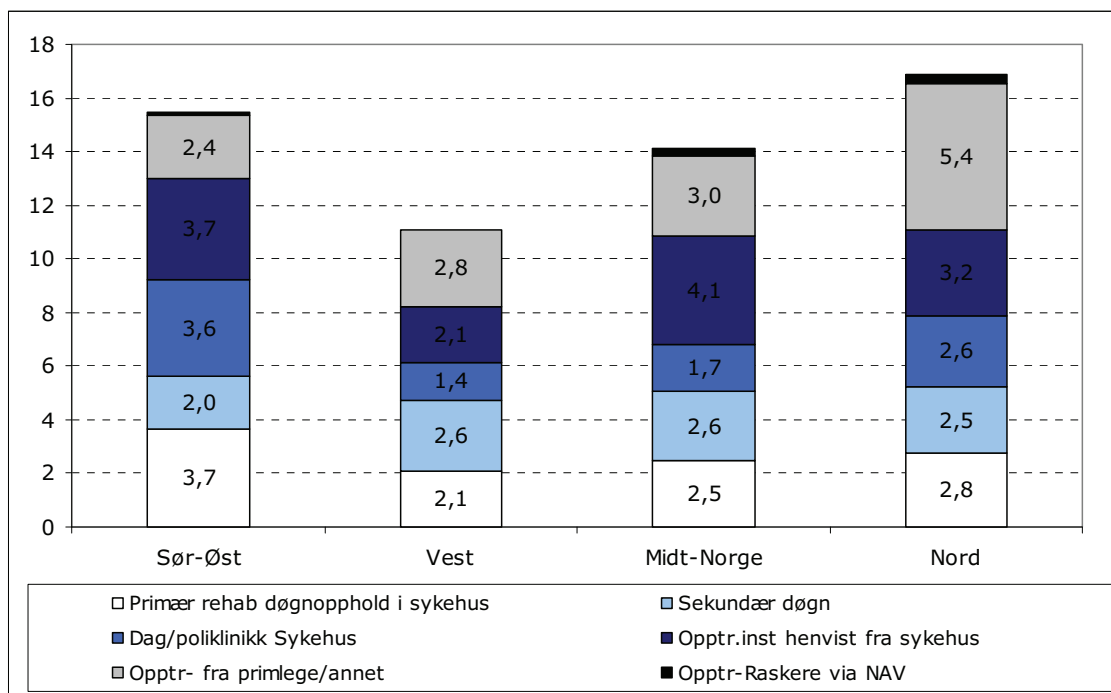
Vi velger å bruke antall pasienter som analyseenhet heller enn antall opphold fordi antallet opphold per pasient kan variere med ulikheter i organisering av ulike typer rehabiliteringstilbud. Tabell 7.4 viser at det er få fleropphold blant døgnpasientene og at forskjellene mellom bostedsregionene er relativt små.

Tabell 7.4 Antall pasienter registrert med kode for rehabilitering, og opphold per pasient. Fordelt etter type institusjon og type opphold. 2008

Antall pasienter						
Bostedsregion	Sykehus (inkl. spesialsykehus)				Opptreningsinstitusjoner	
	Primær rehabilitering. døgn	Sekundær rehabilitering	Dag-rehabilitering	Poliklinikk	Henvist fra sykehus	Henvist fra primærlege/ annet
Sør-Øst	9 863	5 244	2 560	7 088	10 066	6 331
Vest	2 004	2 483	460	932	1 942	2 709
Midt-Norge	1 664	1 812	506	651	2 793	2 028
Nord	1 317	1 187	701	516	1 559	2 575
Totalt	14 848	10 726	4 229	9 187	16 360	13 643

Opphold per pasient						
Bostedsregion	Sykehus (inkl. spesialsykehus)				Opptreningsinstitusjoner	
	Primær rehabilitering. døgnpasienter	Sekundær rehabiiter. Døgnpas	Dag-opphold	Poliklinikk-opphold	Henvist fra sykehus	Henvist fra primærlege/ annet
Sør-Øst	1,16	1,06	6,4	4,7	1,1	1,1
Vest	1,10	1,05	5,2	3,3	1,1	1,1
Midt-Norge	1,13	1,06	3,1	1,8	1,2	1,2
Nord	1,14	1,06	5,1	4,5	1,0	1,1
Totalt	1,15	1,06	5,7	4,3	1,1	1,1

Dagpasienter (vanlig eller kompleks rehabilitering Z50.8) og pasienter som mottar tilbud i regi av sykehusenes poliklinikker (uspesifisert rehabiliteringstiltak Z50.9) har flere opphold per pasient og her er det større variasjon mellom bostedsregionene. For både dagopphold og poliklinisk rehabilitering skiller pasienter fra Midt-Norge seg ut med færre opphold per pasient enn de andre regionene. Dette kan skyldes at en større andel av pasientene henvises til en opptreningsinstitusjon, slik det framkommer i figur 7.1. Figuren viser kjønns- og aldersstandardiserte pasientrater fordelt etter bostedsregion og type opphold. Tre figurer hvor pasientrater er fordelt etter helseforetaksområde er vist i figur 7.2 – 7.4. Resultatene kommenteres samlet. Det er beregnet egne rater for pasienter ved opptreningsinstitusjonene som er henvist gjennom ordningen "Raskere tilbake". Som vi ser av figur 7.1 utgjør disse en liten andel av pasientene og forskjellene mellom regionene er små.



Figur 7.1 Kjønn- og aldersstandardisert rate for antall pasienter angitt med rehabiliteringskode fordelt etter behandlingssted og type opphold. Bostedsregioner. 2008

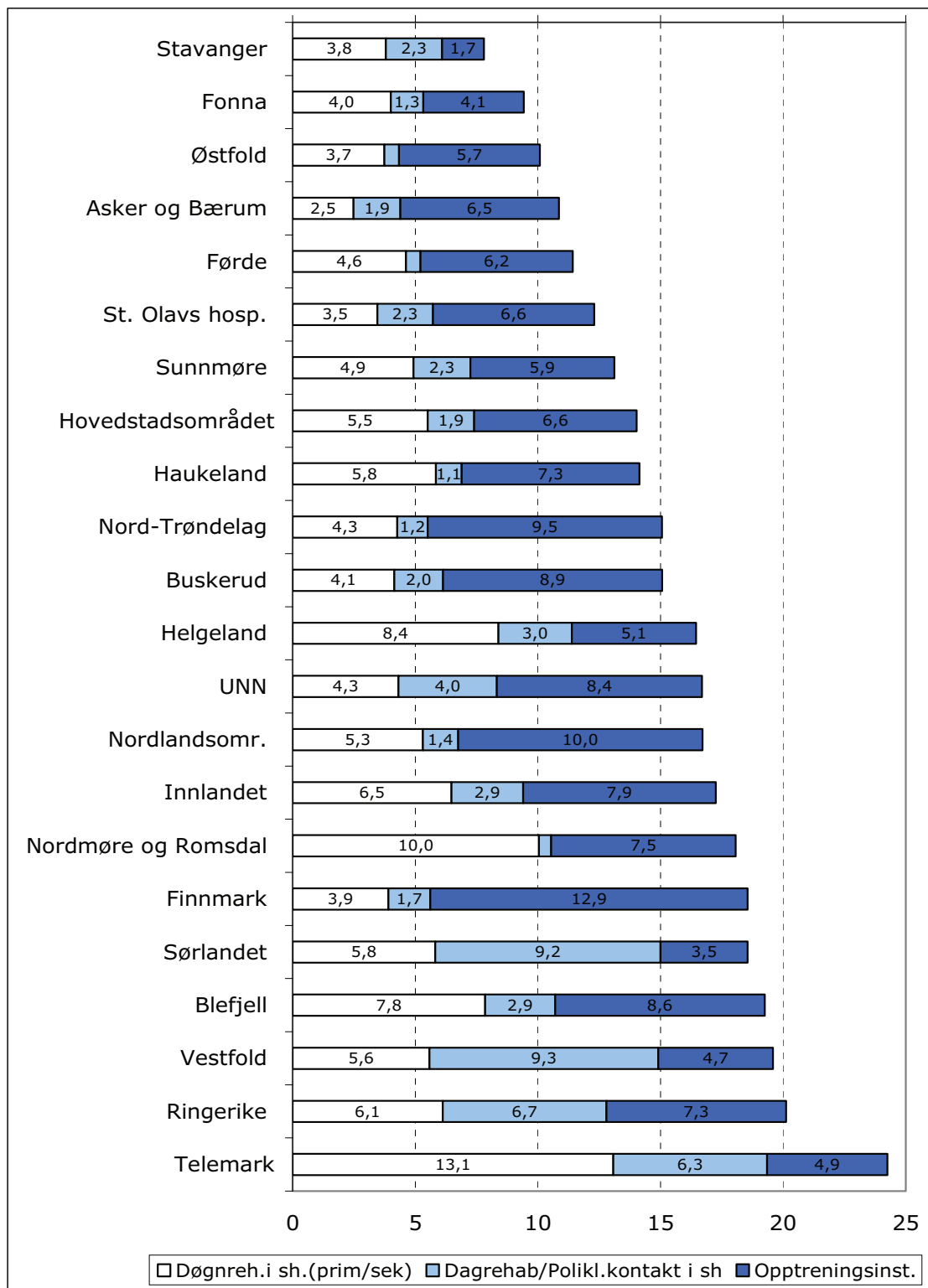
Befolkningen som bor i Helse Vest sitt opptaksområde skiller seg vesentlig ut fra de andre ved å ha en totalrate som ligger nesten 30 prosent lavere enn gjennomsnittet. Vestlandet ligger lavest på nesten alle typer rehabiliteringsopphold. Forskjellen er imidlertid på bare ti prosent for døgno rehabilitering i sykehus. For såkalte dagpasienter og pasienter registrert med poliklinisk kontakt ligger Vest 50 prosent under landsgjennomsnittet. De fire helseforetaksområdene i Helse Vest ligger blant de sju foretakene med lavest totalrate, noe som framkommer i figur 7.2.

Figur 7.1 viser at befolkningen i opptaksområdet til Helse Sør-Øst har en relativt høy samlet rate for dagrehabilitering og tilbud via poliklinikkene. Mer detaljerte tall viser at avviket i første rekke gjelder poliklinisk oppfølging. Av figur 7.3 er dette vist på helseforetaksområdenivå. Det er helseforetaksområdene Vestfold og Sørlandet som skiller seg ut med mange pasienter som følges opp poliklinisk.

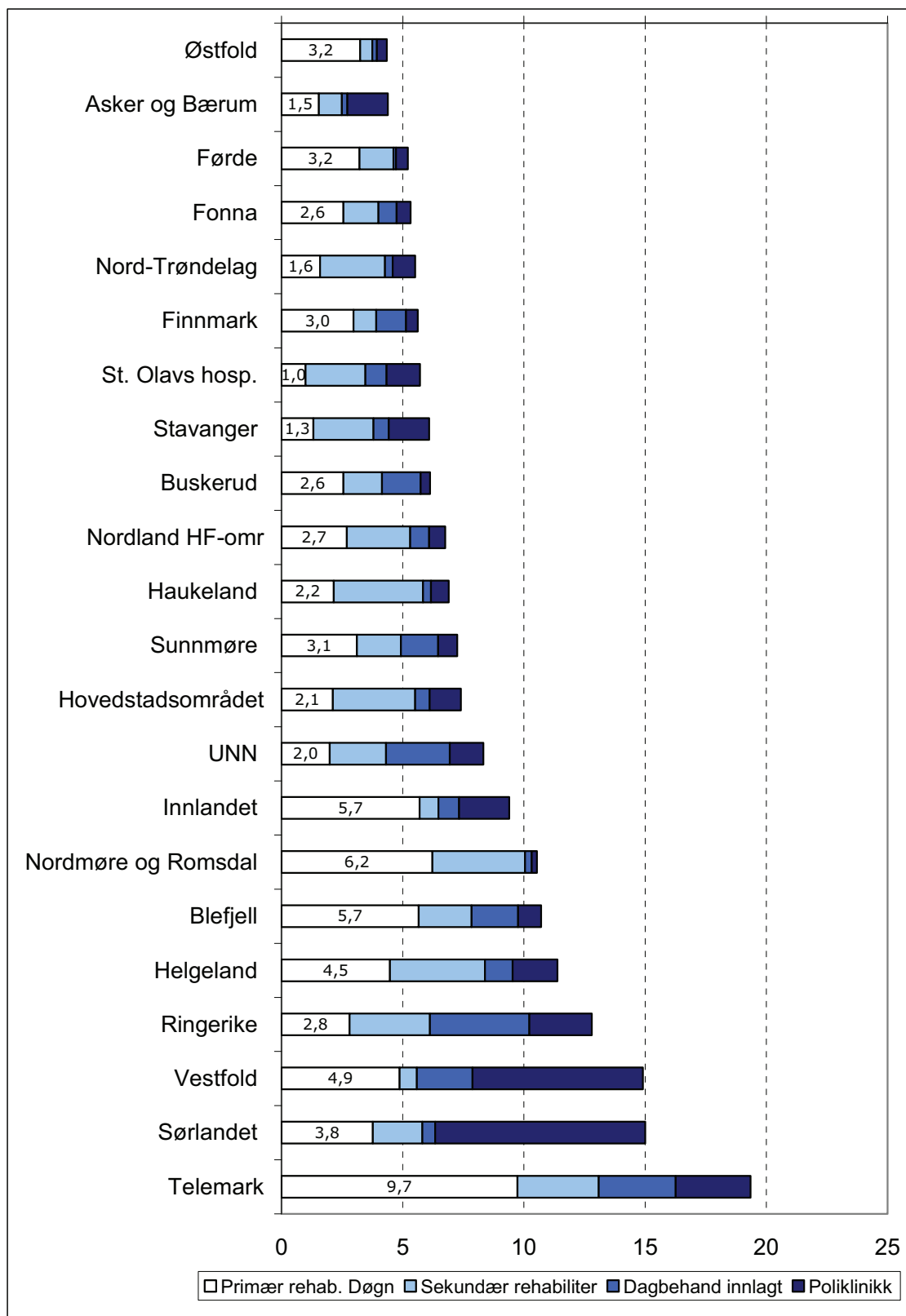
Nord-Norges befolkning har en svært høy pasientrate henvist fra primærlege til opp-treningsinstitusjoner. Dette gjelder spesielt befolkningen i Finnmark, men også befolkningen i opptaksområdet til Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge ligger over gjennomsnittet. Helgelandssykehuset ligger derimot i underkant av landsgjennomsnittet (se figur 7.4).

Ser vi på de samlede ratene for helseforetaksområdene ser vi at det er relativt store forskjeller i antall pasienter som mottar et rehabiliteringstilbud når dette ses i forhold til befolkningen i det enkelte område. Det tas imidlertid forbehold om eventuelle ulikheter i registreringspraksis ved institusjonene. Telemarksområdet ser ut til å ha et omfattende rehabiliteringstilbud og spesielt i forhold til døgno basert primær rehabilitering i sykehus. Dette området har imidlertid en beskjeden rate på opp-treningsinstitusjoner, noe som antakelig har sin naturlige bakgrunn i at man i stor grad har bygd ut egne tilbud. Andre bostedsområder som kommer ut med en relativt høy totalrate er Ringerike, Vestfold og Blefjell. Både Vestfold og Sørlandet HF-område har høy pasientrate for oppfølging gjennom poliklinikktilbud.

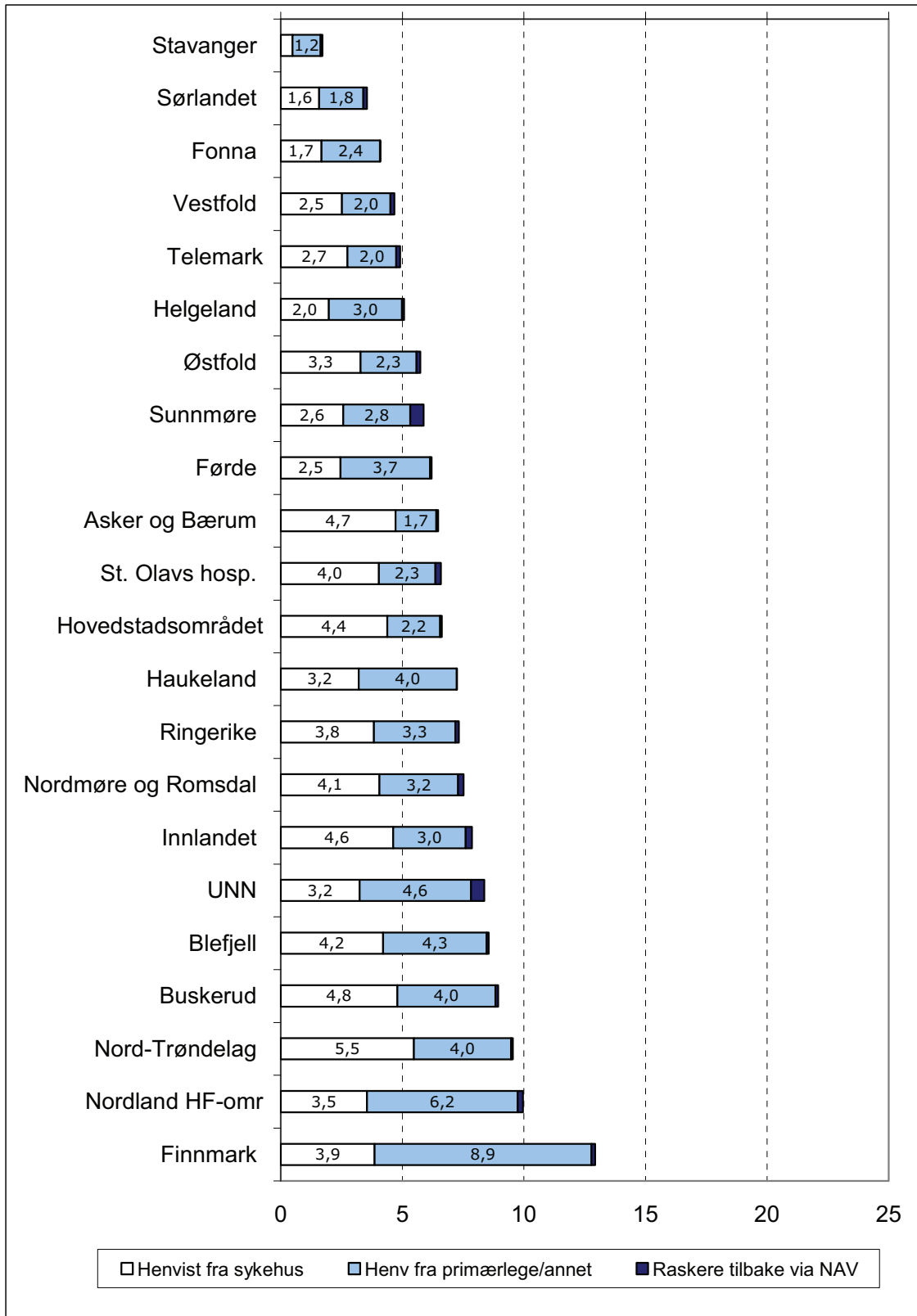
Områdene Stavanger, Fonna og Østfold har de laveste totalratene for rehabilitering og ligger henholdsvis 47, 36 og 34 prosent under landsgjennomsnittet.



Figur 7.2 Pasienter angitt med rehabiliteringskode fordelt etter bostedsområde og type opphold. Sykehus og opptreningsinstitusjoner. Per 1 000 innbyggere. Kjønn- og aldersstandardiserte rater. 2008



Figur 7.3 Pasienter i sykehus angitt med rehabiliteringskode fordelt etter bostedsområde og type opphold. Per 1 000 innbyggere. Kjønn- og aldersstandardiserte rater. 2008



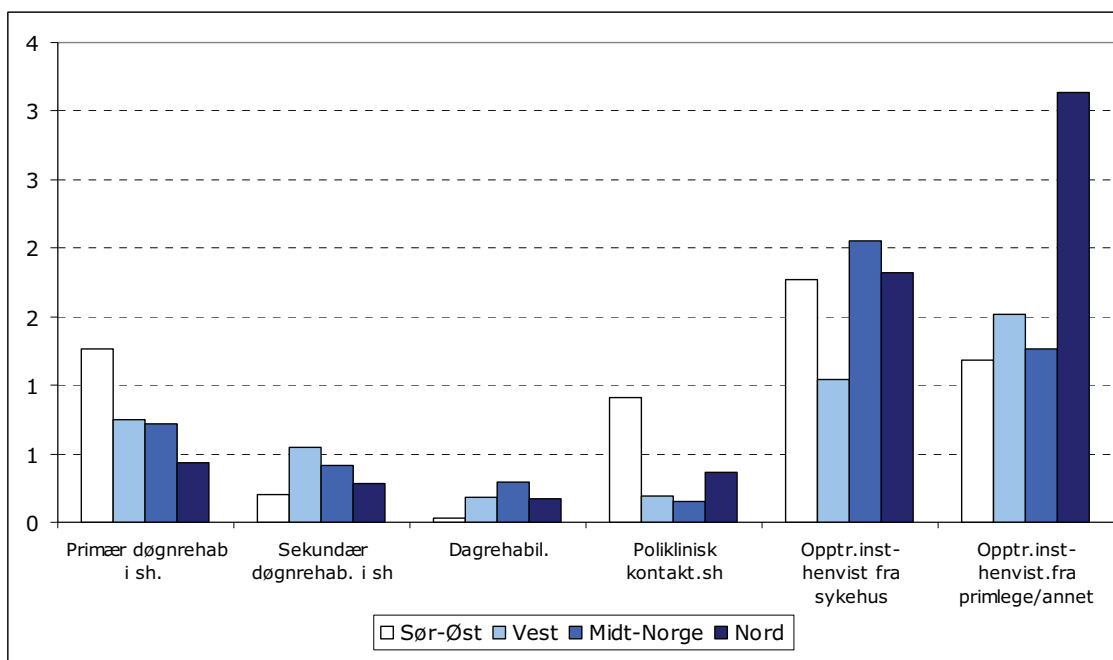
Figur 7.4 Opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner fordelt etter bostedsområde og henvisende instans. Per 1 000 innbyggere. Kjønn- og aldersstandardiserte rater. 2008

7.5 Bruk av rehabiliteringstjenester for noen utvalgte pasientgrupper

Sammensetningen av rehabiliteringstilbudet til pasientgrupper kan være ulikt rundt om i landet. Det er derfor interessant å splitte opp datamaterialet noe og se på regionale forskjeller innenfor de to dominerende gruppene av pasienter; pasienter med tilstander relatert til muskel-skjelettlidelser og pasienter med tilstander relatert til sirkulasjonssystemet³⁵.

7.5.1 Rehabilitering for tilstander relatert til muskel-skjelettsystemet

Den største hoveddiagnosegruppen (ICD-10 hovedkapittel) som tilbys rehabiliteringstjenester er pasienter med sykdommer i muskel-skjelettsystem og bindevev³⁶. Fordeles ratene for denne gruppen etter bostedsregion (figur 7.5) kjenner vi igjen det regionale mønsteret i forbruksrater som også gjaldt for all rehabilitering, ved at Nord-Norge har høyest totalrater når opptreningsinstitusjonene er inkludert.



Figur 7.5 Rehabiliteringspasienter fordelt etter type opphold i sykehus og henvisende instans ved opptreningsinstitusjoner og etter bostedsregion. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere. Pasienter med tilstander klassifisert under hovedkapittel "Sykdom i muskel- og skjelettsystem og bindevev" i ICD-10. 2008.

Pasienter fra Nord-Norge har samtidig få pasienter som følges opp gjennom døgrehabilitering i sykehus sammenlignet med andre regioner. Befolkningen i Vest avviker klart fra de andre regionene med få pasienter som henvises fra sykehus til opptrenings-

³⁵ I utgangspunktet ønsket vi å skille ut enda mer spesifikke diagnosegrupper. Fordi vi delvis må basere oss på koding av bidiagnoser (når Z-diagnosen er hoveddiagnose), og det er en viss usikkerhet rundt rekkefølgen av disse i datagrunnlaget, vil følsomheten for ulikheter i registreringspraksis være større når vi ser på detaljerte diagnosekoder. Kun lårhalsbrudd inngår som en mer spesifisert diagnose.

³⁶ Hovedkapittel 13 i ICD-10

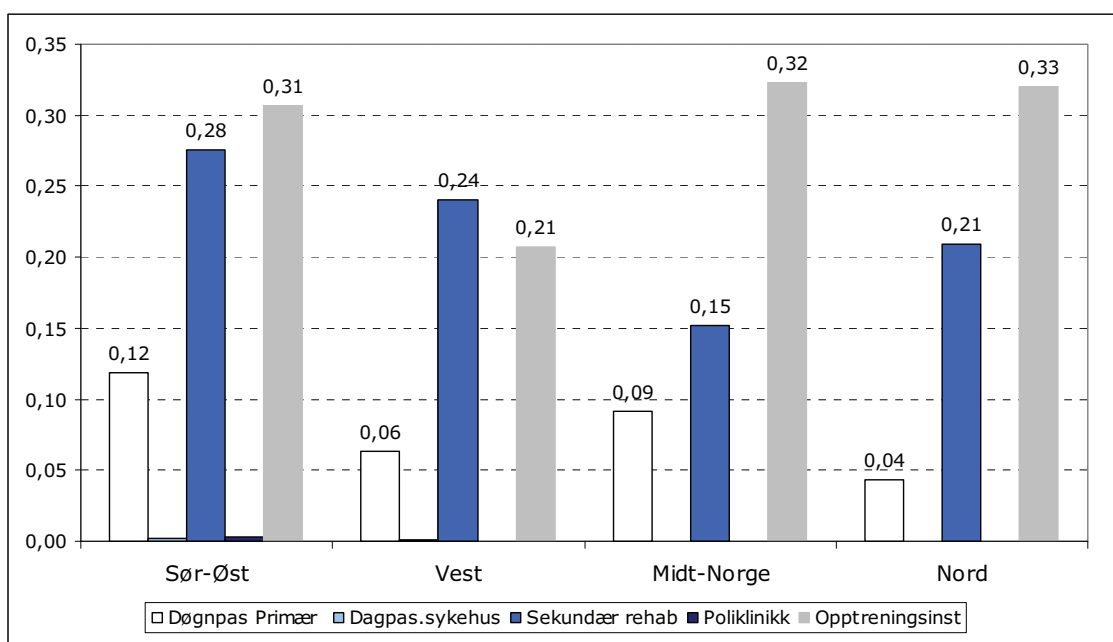
institusjoner og de har den laveste totalraten i 2008. De har imidlertid en rate som er lik Midt-Norge og som er høyere enn Nord-Norge når det gjelder rehabilitering i sykehus.

Som det framgår av figuren er det i stor grad opptreningsinstitusjonene som ivaretar rehabiliteringsbehovet til pasienter med muskel-skjelettlidelser.

Lårhalsbrudd

Lårhalsbrudd defineres som en skade og inngår derfor ikke under hovedkapitlet over muskel-skjelettsykdom i diagnosesystemet ICD-10, men kommer i gruppen "skader og forgiftninger". Fordi dette er en relativt stor gruppe pasienter ser vi litt nærmere på dem. Lårhalsbrudd rammer oftest gamle mennesker med redusert benmasse og behovet for rehabilitering og hjelp vil ofte være stort i etterkant av en slik hendelse. Dette skyldes at mange pasienter er svært gamle og i mindre grad enn yngre mennesker tåler den belastningen på kroppen et lårhalsbrudd kan være. En del av disse pasientene følges opp av kommunene etter oppholdet på sykehus og de utgjør en relativt stor gruppe blant pasienter som defineres som utskrivingsklare ved sykehusene.

Det er en utfordring å definere entydige pasientgrupper når vi delvis må basere oss på bidiagnoser fordi de kan være kodet i en uprioritert rekkefølge i datagrunnlaget. Lårhalsbrudd er imidlertid en relativt entydig diagnose. Vi antar at koding av lårhalsbrudd som bidiagnose sjelden brukes hvis dette ikke er en relevant diagnose for oppholdet. Denne problemstillingen er kun aktuell når pasienten har rehabiliteringskode (Z50.8) som hoveddiagnose- altså primært er innlagt for rehabilitering (primær rehabilitering). I Figur 7.7 ser vi at det er en viss forskjell i regionale rater for antall pasienter med diagnosen lårhalsbrudd (kode S.72 i ICD-10) i gruppen primær rehabilitering. Sør-Øst og Midt-Norge har høyere rater enn befolkningen i Vest-Norge og i Nord-Norge for primær døgntrehabilitering i sykehus.



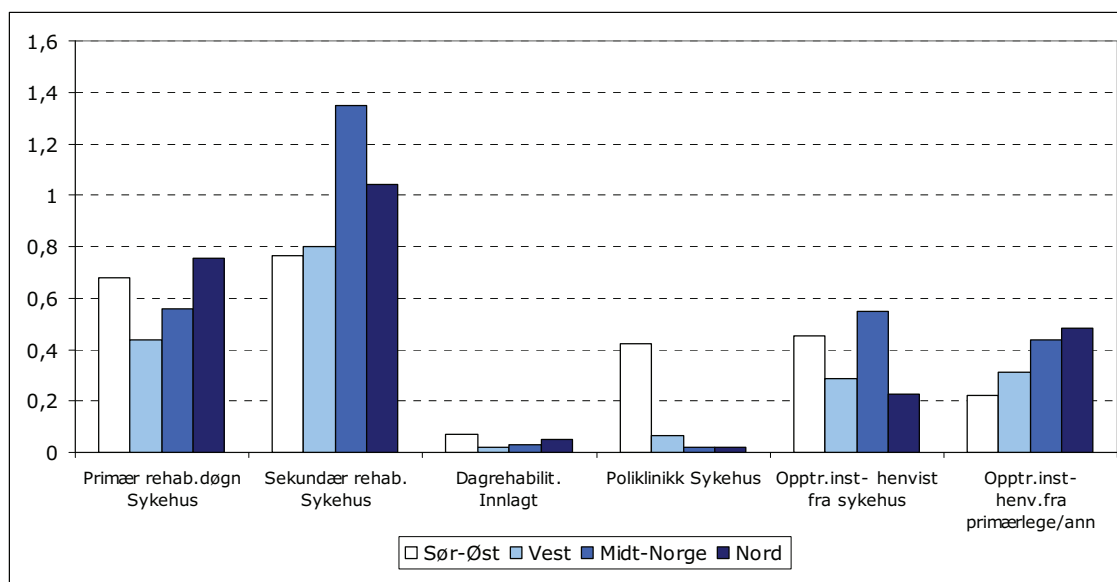
Figur 7.6 Antall pasienter ved sykehus (etter type opphold/omsorgsnivå) og opptreningsinstitusjoner fordelt etter bostedsregion. Pasienter med diagnose lårhalsbrudd. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere. 2008

Antall pasienter som mottar rehabilitering etter operasjon uten å skrives ut fra institusjonen/helseforetaket før rehabiliteringen starter, er også forskjellig. Sekundær

rehabilitering betegner et opphold hvor sykehuset enten tilbyr rehabilitering ved behandlende avdeling eller at pasienten overføres direkte til en rehabiliteringsavdeling. I denne kategorien er det Midt-Norge som skiller seg ut med lavest rate. Igjen finner vi at det er flest tilfeller av dette i Sør-Øst. Sekundær rehabilitering av lårhalsbruddpasienter ser ut til å være det mest vanlige i helseforetakene på Vestlandet. Dette kan skyldes at man i større grad har interne overføringer av pasienter mellom sengeavdelinger og rehabiliteringsavdelinger. I tråd med det generelle bildet av rehabiliteringen i Vest er bruken av opptreningsinstitusjoner utenfor helseforetakene mindre enn i resten av landet. Bruken av dagbehandling og poliklinisk oppfølging relatert til rehabilitering er så og si fraværende for denne gruppen pasienter.

7.5.2 Rehabilitering for tilstander relatert til sirkulasjonssystemet

Figur 7.7 viser kjønns- og aldersstandardiserte pasientrater for pasienter med sirkulasjonssykdommer fra ulike regioner. Ratene er fordelt etter "type" rehabilitering ved sykehusene og etter henvisende instans ved opptreningsinstitusjonene.



Figur 7.7 Opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner fordelt etter bostedsregion. Kjønns- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere. 2008

Innslaget av pasienter som klassifiseres innenfor sekundær rehabilitering er relativt stort for denne gruppen. Dette innebærer at pasienten mottar rehabilitering i samme sykehusopphold som den primære behandlingen av sin tilstand, enten ved at rehabiliteringen skjer samtidig med at pasienten følges opp medisinsk i en avdeling eller at de er direkte overført til en rehabiliteringsavdeling innenfor sykehuset uten å skrives ut først. Opptreningsinstitusjonene forutsetter ofte at pasientene skal være selvhjulpne til stell og at de ikke trenger tett medisinsk oppfølging under oppholdet. Pasienter som trenger slik oppfølging vil derfor i større grad følges opp i sykehus. Mange eldre pasienter med dårlig helse eller lavt funksjonsnivå vil etter et lengre sykehusopphold ofte overføres til en sykehjemsplass i hjemkommunen, men det vil også være en del pasienter som overføres til en opptreningsinstitusjon etter et lengre sykehusopphold som inkluderte rehabilitering. Det er ikke mulig å identifisere pasienter med overføringer til opptreningsinstitusjon i datagrunnlaget. Det kan derfor være en viss grad av dobbelttelling av pasienter i gruppen med sekundær rehabilitering og pasienter ved opptreningsinstitusjonene.

Innenfor gruppen med sirkulasjonssykdommer er hjernekar sykdommer (hjerneslag, hjerneblødning) en stor undergruppe pasienter. Utfallet av et hjerneslag eller hjerneblødning på funksjonsnivå og helsetilstand kan være svært forskjellig og behovet for oppfølging derfor variere mye. På grunn av dette, og fordi en stor andel av pasientene er eldre som ofte har en rekke tilleggssykdommer, er det ikke overraskende at vi finner at en stor andel av pasientene med sirkulasjonssykdommer (i henhold til vår inndeling) er klassifisert til gruppen som mottar sekundær rehabilitering, slik figur 7.7 viser. Vi ser også at omfanget av dagrehabilitering er lite.

Befolkningen i Midt-Norge har en mye høyere pasientrate enn Sør-Øst og Vest-Norge for gruppen sekundær rehabilitering i sykehus. De har den nest laveste raten for primær rehabilitering, men har likevel totalt sett den høyeste raten for døgnrehabilitering (primær og sekundær) i sykehus. Samtidig har Midt-Norge den høyeste raten for bruk av opptreningsinstitusjoner. Som nevnt tidligere kan det forekomme noe dobbelttelling her. Nord-Norge har også en høy rate for døgnrehabilitering totalt i sykehus og ligger nesten på nivå med Midt-Norge. Vest-Norge har de laveste ratene for sirkulasjonssykdommer. Slår vi sammen ratene for primær og sekundær rehabilitering i sykehus ligger Sør-Øst på gjennomsnittet (de vil pga størrelse ofte bli gjennomsnittet), Midt-Norge ligger 30 prosent over, Nord-Norge 25 prosent over og ratene for befolkningen i Vest-Norge er 14 prosent under.

Ser vi bort fra Sør-Øst, er aktiviteten registrert ved poliklinikkene liten for denne pasientgruppen. Hvorvidt det er registreringsforskjeller eller ulik organisering av aktiviteten som bidrar til ulikheter er ikke kjent.

7.6 Avslutning

Rehabilitering er framholdt som et område det skal satses mer systematisk på innen helsetjenesten. Framstillingen i dette kapitlet er et forsøk på å få en samlet oversikt over rehabiliteringsaktiviteten innenfor spesialisthelsetjenesten og hvor også aktiviteten ved opptreningsinstitusjonene inkluderes. Det er påvist klare forskjeller i bruken av rehabiliteringstjenester blant befolkningen i de ulike bostedsregionen og mellom helseforetaksområder, både totalt sett og når aktiviteten ved sykehusene og opptreningsinstitusjonene splittes i undergrupper.

Befolkningen som sogner til Helse Vest har gjennomgående lavere rater enn de andre helseregionene. Størst forskjeller fra de andre er det i bruken av opptreningsinstitusjoner. Innenfor Vestlandet er det Stavangers opptaksområde som har lavest rater. Forskjellen mellom regionene er minst for døgnrehabilitering i sykehus (primær og sekundær rehabilitering), mens forskjellene er større i registrert dagrehabilitering ved sykehusene (inkludert poliklinikk) og for bruk av opptreningsinstitusjoner.

Det kan være flere forklaringer på forskjeller i rater mellom geografiske områder. Vi kan skille mellom forskjeller som skyldes ulikt behov, forskjeller i registrering av rehabiliteringsaktiviteten og organisering av tjenestene, og til slutt kan det eksistere reelle forskjeller i rehabiliteringstilbudet til befolkningen i ulike deler av landet.

Behovet for rehabiliteringstjenester kan variere ved at forekomsten av tilstander eller behandling hvor rehabilitering er aktuelt eller nødvendig varierer mellom geografiske områder. Vi har gjort en grov kjønns- og aldersstandardisering av pasientratene for å korrigere for ulikheter i alderssammensetning. Menn og kvinner er delt inn i fem ulike aldersgrupper (0-15, 16-49, 50-66, 67-79, og 80 år eller eldre). En mer detaljert alderskorrigering ville antakelig påvirke ratene svært moderat. Behovsforskjeller som er relatert til befolkningens helsetilstand heller enn alderssammensetning går ut over ambisjonene i dette prosjektet, men er viktig å ta i betraktning ved tolking av resultatene.

Forskjeller i registrering av diagnosekoder som angir rehabilitering vil påvirke hvilken aktivitet som fanges opp i vårt datagrunnlag. I og med at rehabilitering er inkludert i finansieringsgrunnlaget til sykehusene er det grunn til å anta at sykehusene i stor grad

registrerer rehabiliteringskoder. Hvis det er institusjoner som inngår som avdelinger i et større helseforetak og som ikke ISF-finansieres og de kun koder pasientenes primærdiagnose, vil aktiviteten imidlertid ikke fanges opp her.

Ulik organisering av rehabiliteringstjenestene kan påvirke sammenlignbarheten noe. Noen helseforetak har egne rehabiliteringsavdelinger, mens andre henviser pasientene til en avdeling ved et annet foretak, rehabiliteringssykehus eller til opptreningsinstitusjoner. Dette gjelder spesielt hvis det er systematiske forskjeller i omfanget av pasienter som først mottar rehabilitering ved eget sykehus og deretter overføres til andre institusjoner for videre rehabilitering.

Rehabiliteringstilbudet i kommunene er viktig i det totale tjenestetilbudet, men vi har ikke tilgang på data om dette. Resultatene i dette kapitlet sier dermed noe om bruken av tjenester innen spesialisthelsetjenesten, men gir ikke et komplett bilde av rehabiliteringstilbudet til befolkningen. Det totale omfanget av rehabilitering kan dessuten være vanskelig å tallfeste/avgrense fordi det er en prosess som ofte er så integrert i behandlingsprosessen. Rehabilitering vil også kunne betraktes som forebygging i mange sammenhenger.

Til slutt må det påpekes at forskjeller i innhold og omfang av tjenester som tilbys den enkelte pasient som mottar rehabilitering ikke er tatt i betraktning her.

VEDLEGG TIL KAPITLET

1) Framgangsmåte for å hente ut rehabiliteringsopphold på ulike omsorgsnivå.

Rehabilitering relatert til innlagte pasienter og dagpasienter i sykehus

Rehabilitering inngår som en del av Innsatsstyrt finansiering og det er knyttet spesielle regler til håndteringen av rehabilitering innen denne ordningen. Man skiller mellom såkalt primær rehabilitering (DRG 462A-B- hoveddiagnose Z50.8), sekundær rehabilitering (basert på bidiagnose) og annen rehabilitering (462C- hoveddiagnose).

Det gis ISF-refusjon for sekundær rehabilitering kun for opphold i et utvalg DRG-er og antallet godkjente DRG-er har endret seg over tid. I dette kapitlet inngår imidlertid alle opphold hvor Z50.8 (vanlig og kompleks rehabilitering) er kodet som bidiagnose.

Vi har sett på hva som ikke inngår som sekundær rehabilitering i ISF, men som er inkludert i vårt kapittel og fordelt det etter hovedkapitler i ICD-10. Videre har vi sett nærmere på hvilke enkeltgrupper som er størst, av de som utgår, innenfor for det enkelte ICD-hovedkapittel. Disse er angitt i parentes i det følgende. De viktigste gruppene er tilstander relatert til nervesystemet (CP og andre sykdommer med lammelse), skader og forgiftninger (skader i kne/legg), sirkulasjonssykdom (følgetilstander etter hjernekarsykdom) og muskel-skjelett-sykdom (leddlidelser, rygglidelser).

En spesiell utfordring er håndteringen av spesialsykehus som utfører rehabilitering. Flere av disse er ikke inkludert i ISF og koder derfor kun diagnose for pasientens primært tilstand og ikke Z-koder som angir rehabilitering. Det antas at innlagte pasienter ved disse institusjonene i hovedsak er innlagt for rehabilitering og dermed bør inngå i vårt grunnlagsmateriale. Granheim lungesykehus (Innlandet HF) og Glittreklinikken (LHL) omfattes av dette. Kun Granheim lungesykehus har rapportert poliklinisk aktivitet. Dette inkluderes ikke, da dette i større grad antas å gjelde utredningsaktivitet og kontroller.

Det ligger ikke innenfor rammen av dette prosjektet å gå inn i alle helseforetak og kartlegge hvordan rehabiliteringsaktivitet fra den enkelte avdeling registreres i de pasient-administrative systemene. Det tas derfor klare forbehold for at avdelinger som driver med rehabiliteringsvirksomhet ikke registrerer Z-koder som angir dette.

Rehabilitering registrert ved poliklinikkene

Fra og med driftsåret 2008 inngår også poliklinisk aktivitet i ISF og herunder poliklinisk rehabilitering. Hovedtilstanden skal i henhold til regelverket angis med koden Z50.09 "Behandling som omfatter uspesifisert rehabiliteringstiltak". Sykdommen/tilstanden som ligger til grunn for rehabiliteringen skal angis som bidiagnoser. Vi har inkludert alle opphold som har registrert en Z50-kode som hoved- eller bidiagnose. Ca åtte prosent av oppholdene har en Z50-kode som bidiagnose og ikke som hoveddiagnose.

Rehabiliteringsopphold ved opptreningsinstitusjon

I utgangspunktet inkluderes alle opphold ved opptreningssentre som har inngått avtale med et regionalt helseforetak. Det finnes opptreningssentre som ikke er inkludert i våre data fordi de ikke har avtale. Disse kan ha avtaler med NAV eller kommuner. Aktivitet for NAV er i stor grad relatert til ordningen "Raskere tilbake" som skal hjelpe sykemeldte tilbake til arbeid eller hindre at mennesker i fare for sykemelding faller ut av arbeidsmarkedet. Også ved de opptreningssentrene vi har med i våre data foregår det aktivitet knyttet til denne ordningen.

Raskere tilbake-opphold skal imidlertid være angitt i data. Når det beregnes rater vil denne delen av aktiviteten ved opptreningsstentrene synliggjøres.

Tabell v.7.1 Oversikt over utvalgsriterier og andel med utvalgte rehabiliteringsdiagnoser.

	Uttakskriterier	Kommentar	Andel Z50.8 som hoved- diagnose	Andel Z50.9 som hoved- diagnose	Andel uten diagnose
Primær rehabilitering døgnpasienter	DRG 462 A-C eller opphold rehabiliterings- sykehus	To rehab.sykehus registrerer ikke Z- diagnose	99*	0,3	0
Dagrehabilitering	DRG 462 A-C eller opphold rehabiliterings- sykehus	To rehab.sykehus registrerer ikke Z- diagnose	54 (78)**	0,7	30
Sekundær rehabilitering døgnpasienter	Bidiagnose Z50.8	50% av oppholdene er ikke sek.rehab i ISF-finansieringen			
Poliklinikk	Hoved- eller bidiagnose Z50		3,1	89	0

Opptrenings- institusjoner, herunder:	Alle opphold ved institusjoner som har avtale med RHF	Kan ikke bruke DRG			
- henvist fra sykehus			82	0,1	0,7
- henvist fra primærlege/ annet		92 prosent er henvist fra primærlege, 8 pst annet	85	0,1	1,4

* Glittrelinikken og Granheim lungesykehus er holdt utenfor i oversikten over andel med hoveddiagnose Z50, da det ikke er registrert Z-koder i datagrunnlaget. De er likevel med i grunnlagstallene.

** Av de som har diagnose er det 78 prosent som har Z50.8 som hoveddiagnose. Rehabiliteringssykehuset i Stavern rapporterer en god del dagopphold uten diagnose.

Tabell v.7.2 Pasienter angitt med kode for ordningen "Raskere tilbake": Opphold og pasienter registrert med kode for rehabilitering, opphold per pasient og pasientrate per 1 000 innbyggere. Fordelt etter type institusjon og type opphold. 2008

Type inst	Type opphold	Antall opphold	Antall Pasienter	Opphold per pasient
Sykehus (inkl. spesialsykehus)	Døgn primær	259	233	1,1
	Dag primær*	5 038	899	5,6
	Sekundær rehabilitering	0	0	
	Poliklinikk**	2 962	775	3,8
Opptreningsinstitusjoner		711	695	1,0
Totalt	Alle typer opphold	8 970	2 602	3,4

* 85 prosent er ved Spesialistsykehuset for rehabilitering Stavern for rehabilitering Stavern (registrert uten diagnose). 42 prosent av disse er opphold for pasienter bosatt i Ringerike HF-område

**24 prosent ved Sørlandet sykehus og 82 prosent bostedsregion Sør-Øst