



Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2013

Rapportens tittel: Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2013

Utgitt: Mai 2015

Ansvarlig utgiver: Helsedirektoratet

Redaktør: Kari Hårstad Mehus, Avdeling økonomi og analyse

Bidragstere: Kari Hårstad Mehus
Solfrid Elisabeth Lilleeng

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling økonomi og analyse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Sluppenveien 12C, Trondheim

Telefon: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
Nettside: www.helsedirektoratet.no

Publikasjonsnummer: IS-2334

Foto: Corbis / Johnèr Bildbyrå AB

FORORD

I denne rapporten presenteres analyser av statistikk på området habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten for 2013. Formålet med rapporten kan sammenfattes i følgende punkter:

- Utvikle god statistikk innen fagområdene habilitering og rehabilitering, hvor habilitering for første gang blir skilt ut fra rehabiliteringstallene
- Framstille volumet av habiliterings- og rehabiliteringsaktivitet registrert i NPR-data fra helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner
- Framstille geografiske variasjoner i omfang og sammensetning av registrert aktivitet
- Framstille ventelistestatistikk innen fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering

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

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

Habilitering er arbeidet med konsekvenser av medfødt eller tidlig ervervet skade, sykdom eller lyte. En stor del av pasientene som mottar habiliteringstjenester lider av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser eller har sykdommer i nervesystemet. Eksempler på vanlige diagnoser er cerebral parese, utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, downs syndrom, epilepsi og hyperkinetiske forstyrrelser. I motsetning til habilitering er rehabilitering arbeidet med konsekvenser av sykdom eller skade som har oppstått etter normalutvikling. En stor del av pasientene som mottar rehabilitering får behandling for sykdommer i muskel- og skjelett-

systemet, sykdommer i sirkulasjonssystemet samt sykdommer i nervesystemet.

I tidligere rapporter på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet har man ikke klart å identifisere habiliteringsaktiviteten på en tilfredsstillende måte. Dette skyldes at habilitering ikke har egne diagnosekoder, på samme måte som rehabilitering har. Det er derfor første gang det nå presenteres tall for dette området i denne rapporten. Disse analysene må derfor sies å være et skritt videre i arbeidet med å utvikle god statistikk for dette fagfeltet. Tallene bærer imidlertid preg av at det ikke har vært gjort analyser på dem før. Man må derfor være forsiktig i tolkningen av tallene da kvaliteten er noe usikker. Analysene har også avdekket at det er store praksisforskjeller mellom helseforetakene i hvordan de koder, men ved å presentere tall og statistikk for fagområdet i denne rapporten og i fremtidige rapporter, antar man at det vil bli et større fokus på å få en god registreringspraksis og at datakvaliteten dermed også blir bedre.

Denne rapporten fokuserer på habiliterings- og rehabiliteringsaktivitet i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid også stor aktivitet innen habilitering og rehabilitering i primærhelsetjenesten. Og selv om det er mangler ved kvaliteten på dataene innenfor spesialisthelsetjenesten, er det en lengre vei å gå for å få kvaliteten på datagrunnlaget for habilitering og rehabilitering i primærhelsetjenesten opp på et tilfredsstillende nivå. I primærhelsetjenesten er bildet preget av generell mangel på tall og statistikk, samt at de tallene som foreligger er av svært

varierende kvalitet¹. Det ligger derfor et betydelig utviklingspotensial i å få mer og bedre statistikk også innenfor primærhelsetjenesten, og målet er at vi også kan presentere gode analyser av habiliterings- og rehabiliteringsaktiviteten i kommunene i fremtidige rapporter.

Denne rapporten er en del av SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratets styringsinformasjon for spesialisthelsetjenesten. Rapporten er utarbeidet av Avdeling økonomi og analyse.

1 Analyser av tilgjengelig statistikk innenfor habilitering og rehabilitering i kommunene finnes i Helsedirektoratets rapporter «Samhandlingsstatistikk 2013-14» og «Helse- omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. Utvalgte artikler om statistikk for kommunale tjenester».

INNHOOLD

■	FORORD	4
■	1 INNLEDNING	9
■	2 HABILITERING	13
	2.1 Nasjonalt nivå	13
	2.2 Regionalt nivå	21
	2.3 Datakvalitet	25
■	3 REHABILITERING	27
	3.1 Nasjonalt nivå	27
	3.2 Regionalt nivå	31
■	4 VENTETIDER OG RETTIGHETSTILDELING	37
	4.1 Nasjonalt nivå	37
	4.2 Regionalt nivå	39
■	5 PRIVATE REHABILITERINGSINSTITUSJONER	45
	5.1 Nasjonalt nivå	45
	5.2 Regionalt nivå	48
■	6 DEFINISJONER, DATAGRUNNLAG OG METODE	53
	6.1 Habilitering	53
	6.2 Rehabilitering	54
	6.3 Ventetider	55

1 INNLEDNING

I denne rapporten presenteres for første gang separate analyser av habiliterings- og rehabiliteringsaktiviteten ved helseforetakene slik den var i 2013. Siden det ikke finnes egne diagnose- eller prosedyrekoder som identifiserer habilitering, er det brukt avdelingskoder for å skille ut habiliteringsavdelingene i pasientdata². På denne måten har vi klart å hente ut habiliteringsaktiviteten i dataene, samtidig som vi også kan skille mellom hva som er habilitering og hva som er rehabilitering. Før vi kommer nærmere inn på disse analysene i de påfølgende kapitlene, presenteres først noen nasjonale oversikter over den totale aktiviteten slik den var i 2013, inkludert tall for ventetider. I tillegg har vi sett på hvor stor forskjell det gir om vi bruker sykehusopphold eller avdelingsopphold som analyseenhet.

I tidligere analyser av pasientdata, blant annet i Samdata og Samhandlingsstatistikk-rapporten, har analyseenheten vært sykehusopphold. I et sykehusopphold er innleggelse som består av flere sammenhengende avdelingsopphold slått sammen. Når sammenhengende avdelingsopphold blir slått sammen til ett sykehusopphold, er det avdelingsoppholdet med høyest DRG-vekt som definerer sykehusoppholdet. Med bakgrunn i dette har man antatt at en del habiliterings- og rehabiliteringsaktivitet ikke har kommet frem i tidligere analyser fordi de har gått tapt ved aggregering. Noe av denne problematikken har man løst ved å se på sekundær døgnrehabilitering. Dette vil si rehabilitering der pasienten er innlagt med en annen hoveddiagnose enn rehabilitering, men har en rehabiliteringskode som bitilstand. På denne måten fanger man også opp en del av de pasientene som har flere sammenhengende avdelingsopphold, men der et annet opphold enn rehabiliteringsoppholdet har blitt gruppert til sykehusopphold. Likevel har man vært usikker på hvor mye av habiliterings- og rehabiliteringsaktiviteten man faktisk fanger opp og hvor mye som går tapt ved aggregering.

For å finne ut hvor stor forskjell det er på å

bruke sykehusopphold og avdelingsopphold som analyseenhet, har vi innledningsvis i denne rapporten sammenliknet habiliterings- og rehabiliteringsaktiviteten man klarer å identifisere i de to utvalgene.

For habiliteringsfeltet viser tabell 1.1 at det totalt var 69 564 sykehusopphold- og konsultasjoner i somatikken i 2013. Dette var 733 færre enn hvis man så på antall avdelingsopphold. Forskjellen mellom sykehusoppholdfilen og avdelingsoppholdfilen var altså kun én prosent. Eller sagt på en annen måte; 99 prosent av alle avdelingsoppholdene finner man igjen i den aggregerte sykehusoppholdfilen. Dette viser at forskjellen mellom de to analyseenhetene ikke var så stor som man kanskje kunne anta. Årsaken til dette ligger nok i at habilitering i all hovedsak består av enkeltstående polikliniske konsultasjoner som i liten grad blir slått sammen til sykehusopphold ved aggregering.

For å fange opp all habiliteringsaktiviteten har vi også analysert pasientdata innen psykisk helsevern. Grunnen til dette er at omtrent halvparten av all voksenhabilitering, noe som utgjør 19 874 episoder, er organisert under psykisk helsevern i sykehusene. Når vi slår sammen antall episoder for habilitering i somatikk og psykisk helsevern, står vi igjen med i

² Se kapittel 6 Definisjoner, datagrunnlag og metode for nærmere beskrivelse.

overkant av 90 000 opphold og konsultasjoner i 2013.

Også innen rehabiliteringsfeltet var forskjellen mellom antall sykehusopphold og avdelingsopphold mindre enn forventet. Tabell 1.1 viser at det var 126 047 sykehusopphold- og konsultasjoner som var kodet som rehabilitering i 2013. Dette var 1 220 færre enn hvis man så på antall avdelingsopphold. Også her var forskjellen mellom de to utvalgene kun én prosent. Forklaringen ligger nok i at mye av rehabiliteringsaktiviteten som faller bort ved aggregering til sykehusopphold likevel fanges opp ved å telle sekundære rehabiliteringsopphold. Samtidig består også en stor andel av rehabiliteringsaktiviteten av polikliniske konsultasjoner som i mindre grad blir aggregert inn i ett sykehusopphold.

Konklusjonen er derfor at det er mindre forskjell mellom sykehusopphold og avdelingsopphold som analyseenhet enn man kanskje hadde forventet. Likevel har vi i denne rapporten valgt å bruke avdelingsopphold som grunnlag for analysene, slik at man får et komplett bilde av den habiliterings- og rehabiliteringsaktiviteten som er mulig å fange opp.

For å identifisere rehabiliteringsaktiviteten plukker man ut alle opphold og konsultasjoner der en rehabiliteringskode, Z50, står som hovedtilstand. I tillegg har man sekundær rehabilitering der en rehabiliteringskode står som bitilstand. I tabell 1.1 har vi sett på forskjellen mellom denne måten å identifisere rehabiliteringsaktiviteten og hvis man bruker DRG 462 Rehabilitering. Tabellen viser at antall sykehusopphold og -konsultasjoner gruppert til denne DRG-en i 2013 var 111 712. Hvis man bruker hovedtilstandskode Z50 for å identifisere aktiviteten, får man til sammenlikning 116 888 opphold og konsultasjoner. I tillegg kommer 9 159 opphold for sekundær rehabilitering. Totalt får man altså 14 335 færre opphold/konsultasjoner ved kun å bruke DRG-er til å identifisere rehabiliteringsaktiviteten sammenliknet med å bruke hovedtilstandskode Z50.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten foregår ikke bare i helseforetakene, men også ved private institusjoner. Tabell 1.1 viser at antall opphold og konsultasjoner ved private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak var omtrent 51 500 i 2013.

Tabell 1.1 Antall opphold for habilitering og rehabilitering i avdelings- og sykehusoppholdsfilene etter behandlingsnivå i 2013.

Type behandling	Somatikk			Psykisk helsevern
	Sykehusopphold	Avd. opphold	Differanse	Avd. opphold
Habilitering	69 564	70 297	733	19 874
Døgn	520	575	55	1
Dag	1 074	1 081	7	67
Poliklinikk	67 970	68 641	671	19 806
Rehabilitering (alle med Z50-kode)	126 047	127 267	1 220	-
Primær kompleks døgnrehabilitering	7 763	8 948	1 185	-
Primær vanlig døgnrehabilitering	4 492	6 008	1 516	-
Dagrehabilitering- 5 timer	5379	5 420	41	-
Poliklinisk rehabilitering	99 254	99 535	281	-
Sekundær døgnrehabilitering	9 159	7 356	-1 803	-
Poliklinisk fysikalsk medisin	42 485	65 195	22 710	-
DRG 462	111 712	114 717	3 005	-
462A Kompleks rehabilitering	6 208	7 385	1 177	-
462B Vanlig rehabilitering	8 304	9 884	1 580	-
462C Annen rehabilitering	42	90	48	-
462O Poliklinisk rehabilitering	97 158	97 358	200	-
Private rehabiliteringsinstitusjoner ¹	51 527	51 527	-	-
Døgn	26 819	26 819	-	-
Dag og poliklinikk	24 708	24 708	-	-

1 For de private rehabiliteringsinstitusjonene blir ikke oppholdene aggregert opp til sykehusopphold.

Tabell 1.2 Antall rehabiliteringsepisoder inklusiv og eksklusiv habilitering etter type rehabilitering i 2013.

Type rehabilitering	Antall episoder/avdelingsopphold			Andel rehabilitering som er habilitering
	Inkl. habilitering	Ekskl. habilitering	Differanse	
Primær kompleks døgnerhabilitering	8 948	8 948	0	0
Primær vanlig døgnerhabilitering	6 008	5 978	30	0,5
Dagrehabilitering- 5 timer	5 420	4 973	447	8,2
Poliklinisk rehabilitering	99 535	93 237	6 298	6,3
Sekundær døgnerhabilitering	7 356	7 248	108	1,5
Totalt	127 267	120 384	6 883	5,4
Poliklinisk fysikalsk medisin	65 195	65 089	106	0,2

Frem til nå har man ikke hatt noen oversikt over den totale habiliteringsaktiviteten i norske helseforetak. Man har antatt at noe av aktiviteten har vært kodet som rehabilitering, og dermed vært bakt inn i rehabiliteringstillene, mens den resterende aktiviteten ikke har blitt fanget opp fordi det har vært brukt andre diagnosekoder. Tabell 1.2 viser hvor mange av rehabiliteringsepisodene som tilhører habiliteringsavdelinger og kan defineres som habilitering. I 2013 var det 127 267 avdelingsopphold som var kodet som rehabilitering. Når aktiviteten som tilhører habiliteringsavdelinger blir plukket ut, står man igjen med 120 384 opphold og konsultasjoner. Det vil si at knappe 6 900 av rehabiliteringsepisodene ble utført på en habiliteringsavdeling, noe som tilsvarer 5,4 prosent.

I analysene av rehabiliteringsområdet i denne rapporten blir habiliteringsaktiviteten ekskludert fra analysegrunnlaget. Dette betyr at grunnlaget for rehabiliteringsanalysene er 120 384 opphold og konsultasjoner. Dette gjøres fordi man ønsker en mest mulig separat fremstilling av habiliterings- og rehabiliteringsaktiviteten slik den var i 2013.

I denne rapporten har vi også analysert ventelistedata for fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering. Her har vi blant annet sett på antall

pasienter tatt til behandling, antall ventende ved årets slutt, gjennomsnittlig og median ventetid og andel pasienter som er gitt rett til nødvendig helsehjelp. Tabell 1.3 viser de nasjonale tallene for disse områdene etter behandlingsnivå slik de var i 2013.

Tabell 1.3 viser at det til sammen var 26 789 pasienter som ble tatt til behandling ved sykehusene innenfor fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering i 2013. Av disse fikk 22 308 dag eller poliklinisk behandling, mens 4 481 fikk døgnerbehandling. Ved årets slutt var det 5 924 pasienter som fortsatt ventet på behandling, 4 792 av disse ventet på dag eller poliklinisk behandling.

Den gjennomsnittlige ventetiden i 2013 var 57 dager. Ventetiden er lengst for døgneropphold med 69 dager, mens den er noe lavere for dag og poliklinisk behandling med 54 dager. Tabell 1.3 viser videre at median ventetid er noe kortere enn gjennomsnittlig ventetid. Totalt var median ventetid 42 dager i 2013. Median ventetid for dag og poliklinisk behandling var 40 dager, mens den var 55 dager for døgnerbehandling.

Av de som ble tatt til behandling innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering i 2013 var det 14,5 prosent som var blitt tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Andelen med rettighetstildeling er større innenfor dag og poliklinisk behandlingsnivå med 15,2 prosent, mens den er 11,1 prosent for døgneropphold.

Tabell 1.3 Antall tatt til behandling, antall ventende, gjennomsnittlig og median ventetid og andel med rettighetstildeling etter behandlingsnivå i 2013. Fagområde 230 fysikalsk medisin og rehabilitering.

Ventelistemål og rettighetstildeling	Dag og poliklinikk	Døgneropphold	Totalt
Antall tatt til behandling	22 308	4 481	26 789
Antall ventende ved årets slutt	4 792	1 132	5 924
Gjennomsnittlig ventetid	54	69	57
Median ventetid	40	55	42
Andel med rett til nødvendig helsehjelp	15,2	11,1	14,5

2 HABILITERING

I dette kapitlet presenteres aktivitetstall for habiliteringsfeltet i 2013. Analysene viser at det var i overkant av 90 100 opphold og konsultasjoner for habilitering ved helseforetakene. Disse var fordelt omtrent 60 prosent på habilitering for barn og unge og 40 prosent på voksenhabilitering. Litt over halvparten av voksenhabiliteringen er organisert under psykisk helsevern.

De fleste pasientene innenfor habiliteringsfeltet mottar poliklinisk behandling. Dag- og døgnbehandling er mindre vanlig. Pasientene kjennetegnes ved at de ofte har diagnoser som cerebral parese, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, epilepsi, downs syndrom og hyperkinetiske forstyrrelser. Omtrent 60 prosent av habiliteringspasientene er menn.

2.1 NASJONALT NIVÅ

Habiliteringsvirksomheten ved de norske helseforetakene består i all hovedsak av polikliniske konsultasjoner. Tabell 2.1 viser at i 2013 var det 90 171 episoder ved habiliteringsavdelingene, 86 376 av disse var polikliniske konsultasjoner. Omtrent 60 prosent av aktiviteten var habilitering for barn og

unge, mens 40 prosent var for voksne.

Tabell 2.2 viser antall episoder og pasienter innen habilitering for barn og unge i 2013. Totalt var det 10 667 pasienter mellom 0-18 år som mottok poliklinisk habilitering i 2013. Disse pasientene hadde til sammen 50 185 polikliniske konsultasjoner. Av disse konsultasjonene var 17 257 i aldersgruppen 0-5 år, noe som tilsvarer drøye 34 prosent.

Tabell 2.1 Antall og andel episoder totalt og etter type habilitering i 2013. Avdelingsopphold.

Omsorgsnivå	Antall episoder			Andel	
	Barn og unge	Voksne	Totalt	Barn og unge	Voksne
Døgn ¹	446	126	572	78,0	22,0
Dag	2 954	269	3 223	91,7	8,3
Poliklinikk	50 185	36 191	86 376	58,1	41,9
Totalt	53 585	36 586	90 171	59,4	40,6

1 Døgnepisoder kan ha ulik varighet som måles i antall dager.

Tabell 2.2 Antall episoder og pasienter¹ innen habilitering for barn og unge etter alder i 2013. Avdelingsopphold.

Alder	Episoder			Pasienter		
	Døgn ²	Dag	Poliklinikk	Døgn	Dag	Poliklinikk
0-5 år	125	1 569	17 257	96	361	3 166
6-9 år	100	592	11 950	88	270	2 585
10-14 år	104	488	11 248	89	230	2 792
15-18 år	117	305	9 730	83	168	2 124
Totalt	446	2 954	50 185	356	1 029	10 667

- 1 Sum pasienter etter omsorgsnivå er ikke lik antall pasienter totalt. Dette skyldes at én pasient kan ha fått både døgn, dag og poliklinisk behandling, mens pasienten kun telles én gang i totaltallene.
- 2 Døgnepisoder kan ha ulik varighet som måles i antall dager.

Tabell 2.3 Antall episoder og pasienter¹ innen habilitering for voksne etter alder og omsorgsnivå i 2013. Avdelingsopphold.

Alder	Episoder			Pasienter		
	Døgn ²	Dag	Poliklinikk	Døgn	Dag	Poliklinikk
19-24 år	38	121	14 395	25	31	2 265
25-39 år	40	123	11 888	22	17	2 338
40-59 år	36	14	8 140	31	11	1 876
60-79 år	11	11	1 662	7	7	593
80 år og over	< 5	0	106	< 5	0	50
Totalt	126	269	36 191	86	66	7 122

- 1 Sum pasienter etter omsorgsnivå er ikke lik antall pasienter totalt. Dette skyldes at én pasient kan ha fått både døgn, dag og poliklinisk behandling, mens pasienten kun telles én gang i totaltallene.
- 2 Døgnepisoder kan ha ulik varighet som måles i antall dager.

Tabell 2.3 viser antall episoder og pasienter innen habilitering for voksne i 2013. Totalt var det 7 122 pasienter fra 19 år og oppover som mottok polikliniske habilitering i 2013. Disse pasientene hadde til sammen 36 191 polikliniske konsultasjoner. Innen voksenhabiliteringen er aktiviteten størst for de yngste aldersgruppene. Unge voksne mellom 19 og 39 år står for nesten 73 prosent av den polikliniske aktiviteten. Pasienter i de eldste aldersgruppene mottar habilitering i mindre grad.

Innen habilitering for barn og unge var det i 2013 totalt 11 194 pasienter. Tabell 2.4 viser at av disse var det en overvekt at gutter. 61,5 prosent av pasientene som mottok habiliteringstjenester var gutter. Overvekten av gutter gjelder alle aldersgrupper, men er størst for pasientene i barneskolealder.

Tabell 2.4 viser at 13,2 prosent av pasientene

innen habilitering for barn og unge har fått utarbeidet individuell plan. Tallene for individuell plan er imidlertid noe usikre og må derfor tolkes med forsiktighet. Andelen med individuell plan øker med økende alder. Andelen er størst i aldersgruppen 15-18 år, der én av fem pasienter har individuell plan, og minst for pasientene i aldersgruppen 0-5 år, der kun fem prosent hadde individuell plan i 2013.

I 2013 var det 55,8 prosent av pasientene mellom 0-18 år som hadde blitt tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Aldersmessig var det de yngste pasientene som hadde fått rettighetstildeling i størst grad.

Tabell 2.5 viser at det også innen voksenhabiliteringen er en overvekt av menn, selv om overvekten er noe mindre enn innen barnehabiliteringen. I 2013 var i overkant av 55 prosent av alle pasientene innen voksenhabiliteringen

menn. Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan er mindre innen voksenhabiliteringen enn for barn og unge, men også her må tallene sies å være noe usikre. I 2013 var det kun 7,3 prosent av pasientene som hadde individuell plan og andelen var synkende med økende alder. I aldersgruppen 19-24 år hadde 12,6 prosent fått utarbeidet individuell plan, mens pasientene i de eldste aldersgruppene hadde individuell plan i svært liten grad.

58,4 prosent av alle pasientene innen habilitering for voksne hadde blitt tildelt rett til nødvendig helsehjelp i 2013. Dette er noe høyere enn tilsvarende tall for habilitering for barn og unge. Det er de yngste voksne som har fått rettighetstildeling i størst grad.

Tabell 2.6 viser antall og andel episoder for både barne- og voksenhabilitering i 2013 etter utførende ansvarlig helsepersonell. For barn og unge er lege utførende helsepersonell i omtrent 26 prosent av episodene. Deretter er det psykolog (16,4 prosent), fysioterapeut (12,8 prosent) og annet helsepersonell (12,1 prosent) som står for høyest andel behandling. Innen voksenhabiliteringen er leger, psykologer, annet helsepersonell og vernepleiere ansvarlig for over 80 prosent av all behandling, med en andel på omtrent 20 prosent hver. Fysioterapeuter er i mindre grad involvert i behandling av voksne enn de er i behandling av barn.

Tabell 2.4 Antall og andel pasienter innen habilitering for barn og unge etter kjønn og alder samt andel med individuell plan¹ og rettighetstildeling i 2013.

Alder	Antall pasienter		Andel			
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Har individuell plan	Rett til nødv. helsehjelp
0-5 år	1 992	1 345	59,7	40,3	5,1	61,7
6-9 år	1 758	967	64,5	35,5	12,7	55,6
10-14 år	1 841	1 084	62,9	37,1	17,2	51,1
15-18 år	1 295	912	58,7	41,3	20,7	53,5
Totalt	6 886	4 308	61,5	38,5	13,2	55,8

1 Datakvaliteten for individuell plan er noe usikker. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Tabell 2.5 Antall og andel pasienter innen habilitering for voksne etter kjønn og alder samt andel med individuell plan¹ og rettighetstildeling i 2013.

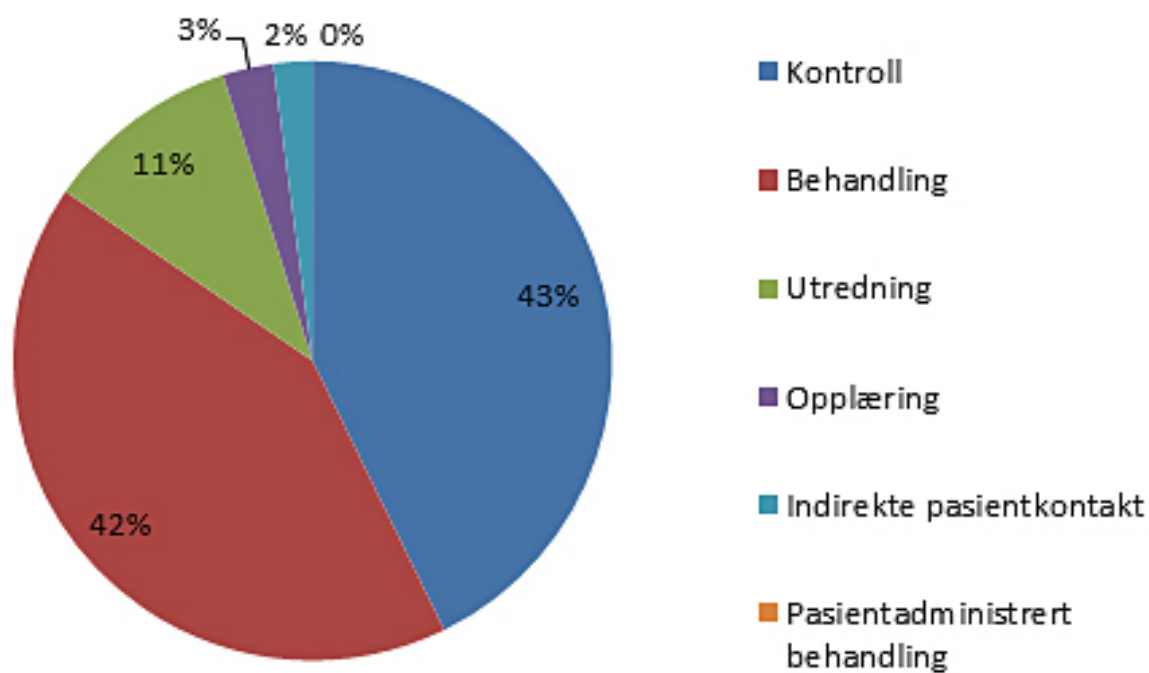
Alder	Antall pasienter		Andel			
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Har individuell plan	Rett til nødv. helsehjelp
19-24 år	1 337	950	58,5	41,5	12,6	65,6
25-39 år	1 277	1 072	54,4	45,6	6,2	56,2
40-59 år	995	900	52,5	47,5	4,5	57,5
60-79 år	325	277	54,0	46,0	0,8	45,5
80 år og over	28	23	54,9	45,1	-	19,6
Totalt	3 962	3 222	55,2	44,8	7,3	58,4

1 Datakvaliteten for individuell plan er noe usikker. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Tabell 2.6 Antall og andel episoder innen habilitering for barn og unge og voksne etter utførende helsepersonell i 2013. Avdelingsopphold.

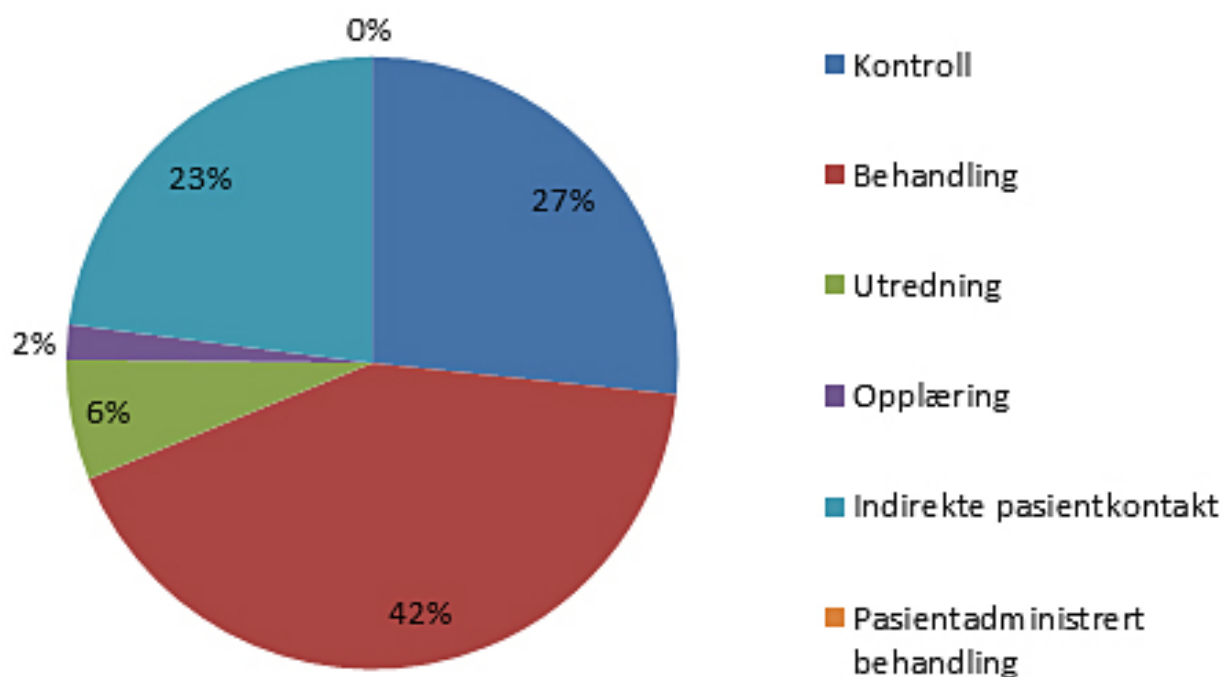
Utførende ansvarlig helsepersonell	Barn og unge		Voksen	
	Episoder	Andel	Episoder	Andel
Lege	13 389	25,9	7 541	20,8
Psykolog	8 481	16,4	7 131	19,6
Fysioterapeut	6 592	12,8	1 576	4,3
Annet helsepersonell	6 239	12,1	7 379	20,3
Vernepleier	5 305	10,3	7 445	20,5
Pedagog	3 821	7,4	1 566	4,3
Ergoterapeut	2 746	5,3	883	2,4
Sosionom	2 287	4,4	633	1,7
Sykepleier	2 188	4,2	2 139	5,9
Klinisk ernæringsfysiolog	567	1,1	33	0,1
Barnevernspedagog	5	0,0	-	0,0
Radiograf	-	0,0	< 5	0,0

Figur 2.1 Andel polikliniske kontakter etter kontaktttype¹ innen habilitering for barn og unge i 2013. Avdelingsopphold.



1 Tallene må tolkes med forsiktighet da datakvaliteten er noe usikker.

Figur 2.2 Andel polikliniske kontakter etter kontaktttype¹ innen habilitering for voksne i 2013. Avdelingsopphold.



1 Tallene må tolkes med forsiktighet da datakvaliteten er noe usikker.

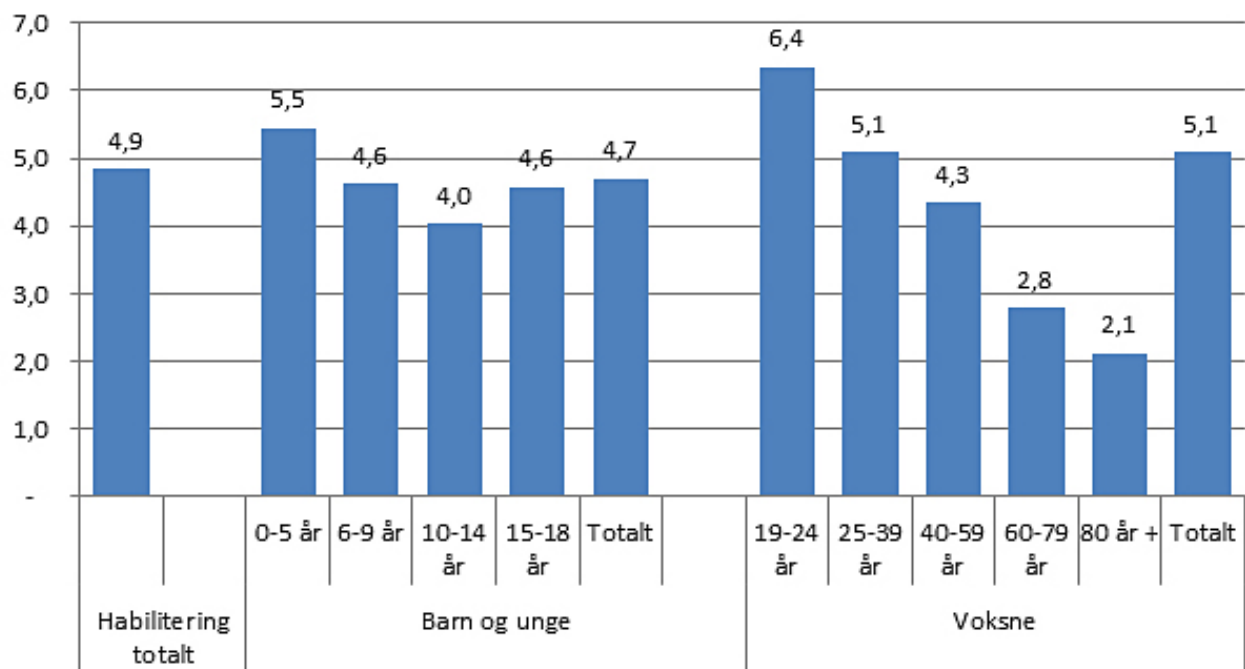
Figurene 2.1 og 2.2 viser hvilke kontakttyp som er de mest vanlige innen habiliteringstjenestene. Innen habilitering for barn og unge står kontroll (43 prosent) og behandling (42 prosent) for 85 prosent av all aktivitet i 2013. Utredning utgjør i underkant av 11 prosent. Innen voksenhabiliteringen er behandling den vanligste kontakttypen; over 42 prosent av alle episoder var behandling. Kontroll utgjorde 27 prosent, mens 23 prosent av aktiviteten var indirekte pasientkontakt. Indirekte pasientkontakt er mye mer vanlig innen voksenhabiliteringen enn innen habilitering for barn og unge.

Tabell 2.7 viser hvor aktiviteten foregår både innen barne- og voksenhabiliteringen. For barn og unge skjer over 76 prosent av all aktivitet på institusjonen. For voksne er det tilsvarende tallet nesten 73 prosent. I overkant av ni prosent av aktiviteten skjer hos ekstern instans både for barn og voksne. Innen barnehabiliteringen skjer i tillegg 9,3 prosent av aktiviteten et annet ambulant sted, mens for voksne er det tilsvarende tallet i underkant av seks prosent. Behandling hjemme hos pasienten ser ut til å være noe mer vanlig innen voksenhabiliteringen enn innen habilitering for barn og unge.

Tabell 2.7 Antall og andel episoder etter sted for aktiviteten innen habilitering for barn og unge og voksne i 2013. Avdelingsopphold.

Sted for aktivitet	Barn og unge		Voksen	
	Antall	Andel	Antall	Andel
På egen helseinstitusjon	39 460	76,4	26 494	72,9
Hos ekstern instans	4 696	9,1	3 405	9,4
Telemedisinsk behandling (der behandlende lege er)	51	0,1	605	1,7
Hjemme hos pasienten	758	1,5	1 801	5,0
Annet ambulant sted	4 786	9,3	2 130	5,9
Telemedisinsk behandling (der pasienten er)	< 5	0,0	-	-
Annet sted	1 868	3,6	1 892	5,2

Figur 2.3 Antall polikliniske konsultasjoner per pasient i 2013. Avdelingsopphold.



Figur 2.3 viser at hver polikliniske pasient i gjennomsnitt hadde 4,9 konsultasjoner i 2013. Antall konsultasjoner per pasient var noe lavere innen barnehabiliteringen enn voksenhabiliteringen, med henholdsvis 4,7 og 5,1 polikliniske konsultasjoner per pasient. Innen voksenhabiliteringen er det en tydelig

trend at antall konsultasjoner per pasient synker med økende alder. Det er pasienter i aldersgruppen 19-24 år som har flest konsultasjoner per pasient, mens de aller eldste pasientene har færre konsultasjoner. Også innen barnehabiliteringen er det de yngste pasientene som har flest konsultasjoner.

Tabell 2.8 viser at det til sammen var 1 172 liggedager for døgnhabilitering i 2013. Pasientene innen barnehabiliteringen står for 735 liggedager, mens pasientene 19 år og eldre til sammen hadde 437 liggedager. Gjennomsnittlig liggetid for hvert døgnopphold er relativt kort, nærmere bestemt 2,1 dager. Det er en trend at den gjennomsnittlige liggetiden for døgnopphold er kortere for barn og unge enn den er for voksne. Gjennomsnittlig liggetid for barn og unge er 1,7 dager, mens tilsvarende tall for voksne er 3,5 dager. Det er pasienter i aldersgruppen 25-39 år som har lengst gjennomsnittlig liggetid med 4,7 dager.

Tabell 2.9 viser antall episoder etter hovedkapittel i ICD-10 i 2013. Innen barnehabiliteringen er 29 prosent av episodene gruppert til hovedkapitlet «forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten»³, mens kapitlene «sykdom i nervesystemet» og «psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» begge utgjør en andel på i underkant av 24 prosent. Innen voksenhabiliteringen er 53 prosent av all aktivitet gruppert til «psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser». «Forhold med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten» utgjør 22 prosent av all aktivitet innen voksenhabiliteringen.

Tabell 2.10 viser de ti vanligste hovedtilstandskodene innen habilitering for barn og unge i 2013. Den mest brukte hovedtilstandskoden i 2013 var G80 Cerebral parese, med en andel på 15,5 prosent. 10,8 prosent av episodene hadde en Z50-kode (rehabilitering) som hovedtilstand, mens F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser utgjorde 8,9 prosent. Tallene viser at andel gutter er særlig stor innen hoveddiagnosene F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og F90 Hyperkinetiske forstyrrelser, med en andel på godt over 70 prosent.

Tabell 2.11 viser de ti vanligste hovedtilstandskodene innen habilitering for voksne i 2013. Den vanligste hovedtilstandskoden var F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser med en andel på over 17 prosent. F70 Lett psykisk utviklingshemming og Z00 Generell undersøkelse og utredning av personer uten symptomer eller registrert diagnose utgjorde henholdsvis 11,2 prosent og 10,2 prosent. Andelen menn er særlig stor innen hoveddiagnosen F84 Gjennomgripende utviklingshemming, mens det er en større andel kvinner enn menn som har hoveddiagnosene F70 og F71, Lett og Moderat psykisk utviklingshemming. Også G40 Epilepsi er vanligere blant kvinner enn menn.

Tabell 2.8 Antall liggedager og gjennomsnittlig liggetid for døgnhabilitering etter alder i 2013. Avdelingsopphold.

Alder	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid
Habilitering totalt	1 172	2,1
Habilitering barn og unge		
0-5 år	340	2,7
6-9 år	126	1,3
10-14 år	134	1,3
15-18 år	135	1,2
Totalt	735	1,7
Habilitering voksne		
19-24 år	109	3,0
25-39 år	188	4,7
40-59 år	117	3,3
60-79 år	22	2,0
80 år og eldre	< 5	1,0
Totalt	437	3,5

³ Kategoriene (Z00-Z99) i dette ICD-10-kapitlet omfatter kontaktårsaker og ikke diagnoser. Slike koder brukes for eksempel i tilfeller der foreligger en omstendighet eller problem som påvirker helsetilstanden, men som i seg selv ikke utgjør en aktuell sykdom eller skade.

Tabell 2.9 Antall og andel episoder innen habilitering etter hoveddiagnose i ICD-10 i 2013. Avdelingsopphold.

ICD-10 hovedkapittel	Barn og unge		Voksne	
	Episoder	Andel	Episoder	Andel
Svulster	132	0,2	18	0,0
Endokrine sykdommer og ernærings sykdommer	363	0,7	181	0,5
Sykdom i blod, bloddannede organ og immunforsvaret	137	0,3	46	0,1
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	12 625	23,6	19 434	53,1
Sykdom i nervesystemet	12 788	23,9	4 619	12,6
Sykdom i muskel- og skjelettsystem og bindevev	178	0,3	28	0,1
Tilstander som oppstår i perinatalperioden	167	0,3	< 5	0,0
Medfødte misdannelser, deformitet, kromosomavvik	5 957	11,1	2 481	6,8
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	5 182	9,7	407	1,1
Skader, forgiftninger og konsekvens av ytre årsak	106	0,2	44	0,1
Forhold m/betydning for helsetilstand	15 562	29,0	8 031	22,0
Andre	318	0,6	495	1,4

Tabell 2.10 Antall og andel episoder innen habilitering for barn og unge etter kjønn og de ti vanligste hovedtilstandskodene i 2013. Avdelingsopphold.

Hovedtilstand	Totalt		Kjønn		Andel	
	Episoder	Andel	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne
G80 Cerebral parese	8 298	15,5	4 995	3 303	60,2	39,8
Z50 Kontakt med helsetjenesten for behandling som omfatter rehabiliteringstiltak	5 781	10,8	3 639	2 142	62,9	37,1
F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	5 237	9,8	4 068	1 169	77,7	22,3
Z03 Medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander	4 750	8,9	3 243	1 507	68,3	31,7
Z00 Generell undersøkelse og utredning av personer uten symptomer eller registrert diagnose	4 108	7,7	2 504	1 604	61,0	39,0
R62 Uteblivelse av forventet normal fysiologisk utvikling	3 908	7,3	2 323	1 585	59,4	40,6
F70 Lett psykisk utviklingshemming	2 046	3,8	1 083	963	52,9	47,1
Q90 Downs syndrom	1 937	3,6	1 157	780	59,7	40,3
F90 Hyperkinetiske forstyrrelser	1 084	2,0	787	297	72,6	27,4
R63 Symptomer og tegn med tilknytning til mat- og væskeinntak	876	1,6	474	402	54,1	45,9
Andre tilstandskoder	15 560	29,0	8 988	6 572	57,8	42,2
Totalt	53 585	100,0	33 261	20 324	62,1	37,9

Tabell 2.11 Antall og andel episoder innen habilitering for voksne etter kjønn og de ti vanligste hovedtilstandskodene i 2013. Avdelingsopphold.

Hovedtilstand	Totalt		Kjønn		Andel	
	Episoder	Andel	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	6 314	17,3	4 172	2 142	66,1	33,9
F70 Lett psykisk utviklingshemming	4 107	11,2	1 952	2 155	47,5	52,5
Z00 Generell undersøkelse og utredning av personer uten symptomer eller registrert diagnose	3 729	10,2	2 079	1 650	55,8	44,2
Z03 Medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander	2 267	6,2	1 395	872	61,5	38,5
G40 Epilepsi	2 152	5,9	980	1 172	45,5	54,5
G80 Cerebral parese	1 691	4,6	875	816	51,7	48,3
F71 Moderat psykisk utviklingshemming	1 551	4,2	732	819	47,2	52,8
Z50 Kontakt med helsetjenesten for behandling som omfatter rehabiliteringstiltak	1 467	4,0	879	588	59,9	40,1
Q90 Downs syndrom	1 355	3,7	706	649	52,1	47,9
F90 Hyperkinetiske forstyrrelser	1 154	3,2	742	412	64,3	35,7
Andre tilstandskoder	10 799	29,5	5 954	4 845	55,1	44,9
Totalt	36 586	100	20 466	16 120	55,9	44,1

2.2 REGIONALT NIVÅ

Tallene for habiliteringsfeltet viser at det var stor variasjon mellom regionene og bostedsområdene når det gjelder antall episoder og pasienter. Forskjellene kan skyldes ulik registreringspraksis, ulike behov i befolkningen, ulik organisering av tjenestene og reelle forskjeller i tilbudet til befolkningen. Dette er også første gang det blir gjort analyser på dette fagområdet, noe som gjør at usikkerheten ved datagrunnlaget er ekstra stor. Det er derfor viktig å presisere at tallene må tolkes med forsiktighet, og at store variasjoner mellom regioner og bostedsområder nødvendigvis ikke er reelle.

Tabell 2.12 viser antall polikliniske konsultasjoner innen barne- og voksenhabilitering etter helseforetak. Av totalt 50 185 polikliniske konsultasjoner innen barnehabilitering i 2013, stod Helse Sør-Øst for nesten 70 prosent av alle konsultasjonene. Det var særlig Akershus universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF som hadde høy aktivitet innen barnehabilitering dette året. Tabellen viser også at

for Helse Sør-Øst er barnehabiliteringen relativt mye større enn voksenhabiliteringen. 66,1 prosent av alle polikliniske konsultasjoner var for barn og unge.

Innen voksenhabiliteringen sto Helse Sør-Øst for nærmere 50 prosent av all poliklinisk aktivitet. Helse Midt-Norge hadde også en relativt høy aktivitet innen voksenhabiliteringen med nesten 12 000 polikliniske konsultasjoner i 2013. Helse Midt-Norge er for øvrig den eneste regionen med større aktivitet innen voksenhabilitering enn innen habilitering for barn og unge. 62,3 prosent av alle polikliniske konsultasjoner var for voksne og det er særlig Helse Nord-Trøndelag HF som har en stor andel aktivitet innen voksenhabiliteringen.

Figur 2.4 viser at det var relativt stor variasjon mellom regionene i antall polikliniske pasienter korrigert for innbyggertall. For habilitering for barn og unge var det totalt 9,0 polikliniske pasienter per 1 000 innbyggere mellom 0-18 år. Helse Midt-Norge

Tabell 2.12 Antall polikliniske konsultasjoner innen habilitering etter helseforetak i 2013. Avdelingsopphold.

Helseforetak	Barn og unge		Voksne	
	Polikliniske konsultasjoner	Andel av alle habiliteringskons.	Polikliniske konsultasjoner	Andel av alle habiliteringskons.
Helse Sør-Øst	34 880	66,1	17 893	33,9
Helse Vest	5 209	54,7	4 308	45,3
Helse Midt-Norge	7 097	37,3	11 950	62,7
Helse Nord	2 999	59,5	2 040	40,5
Totalt	50 185	58,1	36 191	41,9
Sykehuset Østfold HF	3 270	66,7	1 632	33,3
Akershus universitetssykehus HF	6 286	67,8	2 983	32,2
Oslo universitetssykehus HF	5 852	64,1	3 278	35,9
Sykehuset Innlandet HF	3 624	68,2	1 690	31,8
Vestre Viken HF	3 466	74,6	1 178	25,4
Sykehuset i Vestfold HF	2 111	45,6	2 523	54,4
Sykehuset i Telemark HF	1 820	61,5	1 137	38,5
Sørlandet sykehus HF	8 451	70,9	3 472	29,1
Helse Stavanger HF	2 951	77,3	865	22,7
Helse Fonna HF	1 309	48,5	1 390	51,5
Helse Bergen HF	516	30,2	1 191	69,8
Helse Førde HF	433	33,4	862	66,6
Møre og Romsdal HF	1 903	41,1	2 726	58,9
St. Olavs Hospital HF	3 351	41,8	4 670	58,2
Helse Nord Trøndelag HF	1 843	28,8	4 554	71,2
Helgelandssykehuset HF	1 541	61,7	957	38,3
Nordlandssykehuset HF	225	55,6	180	44,4
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1 120	58,5	795	41,5
Helse Finnmark HF	113	51,1	108	48,9

var regionen som lå høyest med en pasientrate på 11,0. Også Helse Sør-Øst lå relativt høyt med en rate på 10,2. Helse Vest har et lavt antall polikliniske pasienter korrigert for innbyggertall sammenlignet med landsgjennomsnittet med en rate på 5,6. Tabell 2.13 viser at variasjonene i antall polikliniske pasienter per innbygger blir enda større når tallene fordeles videre ned på bostedsområde. Her varierer det fra 2,0 pasienter per 1 000 innbyggere 0-18 år i Bergen-området til 20,2 på Sørlandet.

Figur 2.4 viser at nivået av antall polikliniske pasienter per 1 000 innbyggere er lavere innen voksenhabiliteringen. Totalt var det 1,8 polikliniske pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over i 2013. Også innen voksenhabiliteringen er det Helse Midt-Norge som ligger høyest med en pasientrate på 2,3.

Helse Nord ligger lavest med 1,2 polikliniske pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over.

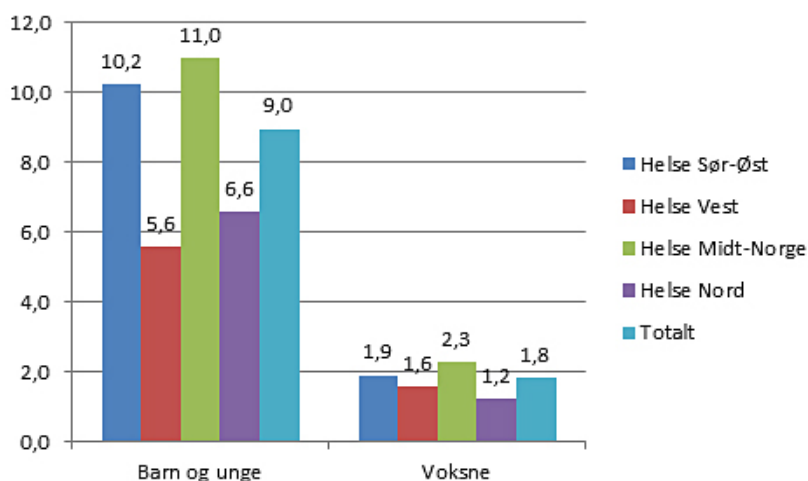
Figur 2.5 viser at det er enda større variasjon mellom regionene når det gjelder antall polikliniske konsultasjoner per innbygger. Innen habilitering for barn og unge ligger Helse Sør-Øst høyest med 53,4 polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere 0-18 år. Den høye raten i Helse Sør-Øst har sammenheng med at hver pasient i gjennomsnitt får flere konsultasjoner her enn i resten av landet (se tabell 2.14). Landsgjennomsnittet er 42,1 konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Helse Midt-Norge ligger like over landsnivået med en rate på 43,1. Helse Vest er regionen som har færrest antall konsultasjoner per innbygger med en rate på 19,9. I tabell 2.13 er den polikliniske aktiviteten fordelt videre ned på

bostedsområder, og man ser da at forskjellene blir enda større. I Helse Sør-Øst er det spesielt Sørlandet som skiller seg ut med hele 117,1 polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere innen habilitering for barn og unge. I Helse Vest er det særlig Bergen-området som har få konsultasjoner med en rate på kun 4,4. Også bostedsområdene Nordland og Finnmark i Helse Nord har få polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere, med rater på henholdsvis 9,1 og 9,0.

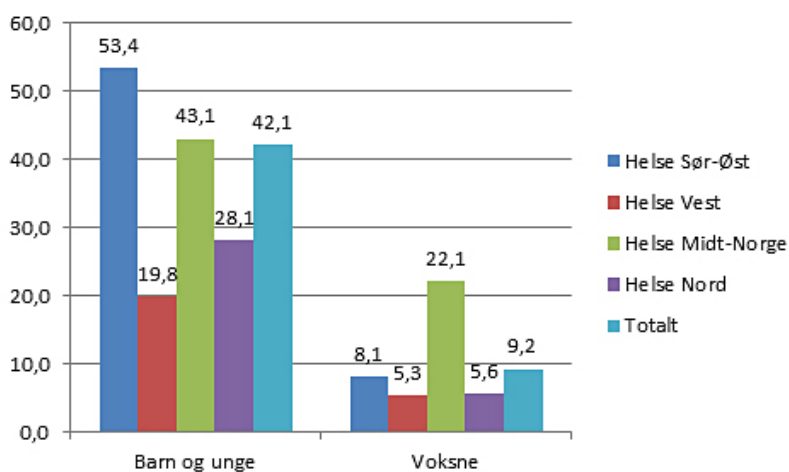
Innen voksenhabiliteringen viser figur 2.5 at det var totalt 9,2 polikliniske konsultasjoner per

1 000 innbyggere 19 år og eldre i 2013. Helse Midt-Norge lå desidert høyest med 22,1 polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Helse Vest lå også innen voksenhabiliteringen lavest med en konsultasjonsrate på 5,3, mens Helse Nord lå like over med 5,6 polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Forskjellene blir enda større når man ser aktiviteten fordelt på bostedsområder. Tabell 2.13 viser at Nord-Trøndelag skiller seg ut ved å ha hele 43,2 polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere for voksenhabilitering. Også St. Olavs-området ligger

Figur 2.4 Antall polikliniske pasienter for habilitering per 1 000 innbyggere 0-18 år og 19 år og over etter bostedsregion i 2013.



Figur 2.5 Antall polikliniske konsultasjoner for habilitering per 1 000 innbyggere 0-18 år og 19 år og over etter bostedsregion i 2013. Avdelingsopphold.



høyt og er med på å bidra til at Helse Midt-Norge har en konsultasjonsrate som er over dobbelt så høy som landsgjennomsnittet. Noe av forklaringen til dette er at hver enkelt pasient gjennomsnittlig er registrert med flere polikliniske konsultasjoner i disse områdene enn ellers i landet (se tabell 2.14). Videre viser tabell 2.13 at de områdene som hadde en lav konsultasjonsrate for barn og unge også har få polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere for voksne.

Tabell 2.14 viser antall polikliniske konsultasjoner per pasient i de ulike bostedsområdene i 2013. Tallene viser at det var relativt stor variasjon mellom bostedsområdene i hvor mange konsultasjoner hver pasient i gjennomsnitt fikk. Innen barnehabiliteringen var det totalt 4,7 polikliniske konsultasjoner per

pasient i 2013. Helse Vest var regionen som lå lavest med 3,5 konsultasjoner per pasient, og det var særlig Bergen-området som lå lavt med 2,2 konsultasjoner per pasient. Helse Sør-Øst var regionen som hadde flest konsultasjoner per pasient i 2013 og her var det Østfold som lå særlig høyt.

Innen voksenhabiliteringen var det totalt 5,1 polikliniske konsultasjoner per pasient i 2013. Her var det særlig Helse Midt-Norge som lå høyt med gjennomsnittlig 9,7 konsultasjoner per pasient. Både St. Olavs-området og Nord-Trøndelag er med på å trekke opp snittet for Helse Midt-Norge. Helse Vest er regionen som har færrest polikliniske konsultasjoner per pasient også innen voksenhabiliteringen.

Tabell 2.13 Antall polikliniske pasienter og konsultasjoner per 1 000 innbyggere 0-18 år og 19 år og over innen habilitering etter bostedsområde i 2013. Avdelingsopphold.

Bostedsområde	Barn og unge		Voksne	
	Polikliniske pasienter	Polikliniske konsultasjoner	Polikliniske pasienter	Polikliniske konsultasjoner
Helse Sør-Øst	10,2	53,4	1,9	8,1
Helse Vest	5,6	19,8	1,6	5,3
Helse Midt-Norge	11,0	43,1	2,3	22,1
Helse Nord	6,6	28,1	1,2	5,6
Totalt	9,0	42,1	1,8	9,2
Østfold	7,4	51,8	1,3	7,6
Hovedstadsområdet	9,3	49,3	2,2	7,6
Innlandets område	9,0	46,5	1,5	6,2
Vestre Viken-området	8,1	33,8	1,3	3,7
Vestfold	9,3	40,8	2,4	14,0
Telemark	12,3	50,3	1,5	8,6
Sørlandet	20,2	117,1	2,8	15,8
Stavanger-området	9,1	32,4	1,1	3,3
Fonna-området	7,2	31,1	3,8	10,4
Bergen-området	2,0	4,4	1,1	3,6
Sogn og Fjordane	4,7	17,2	1,6	10,5
Møre og Romsdal	7,5	31,6	1,9	13,7
St. Olavs-området	11,6	46,9	2,0	19,8
Nord-Trøndelag	16,0	56,3	3,7	43,2
Helgeland	9,8	89,9	2,0	16,6
Nordland-området	2,9	9,1	0,5	2,3
UNN-området	8,9	23,9	1,5	4,8
Finnmark	4,1	9,0	1,0	2,5

Tabell 2.14 Antall polikliniske konsultasjoner per pasient innen habilitering etter bostedsområde i 2013. Avdelingsopphold.

Bostedsområde	Barn og unge			Voksne		
	Konsultasjoner	Pasienter	Antall kons. per pasient	Konsultasjoner	Pasienter	Antall kons. per pasient
Helse Sør-Øst	34 788	6 662	5,2	17 899	4 176	4,3
Helse Vest	5 262	1 485	3,5	4 310	1 263	3,4
Helse Midt-Norge	7 065	1 801	3,9	11 905	1 229	9,7
Helse Nord	3 070	719	4,3	2 077	454	4,6
Totalt	50 185	10 667	4,7	36 191	7 122	5,1
Østfold	3 365	478	7,0	1 658	275	6,0
Hovedstadsområdet	11 186	2 102	5,3	5 946	1 740	3,4
Innlandets område	3 961	771	5,1	1 916	470	4,1
Vestre Viken-området	3 824	912	4,2	1 323	462	2,9
Vestfold	2 099	477	4,4	2 424	413	5,9
Telemark	1 902	465	4,1	1 149	207	5,6
Sørlandet	8 451	1 457	5,8	3 483	609	5,7
Stavanger-området	2 964	829	3,6	865	278	3,1
Fonna-området	1 393	323	4,3	1 387	500	2,8
Bergen-området	451	208	2,2	1 191	356	3,3
Sogn og Fjordane	454	125	3,6	867	129	6,7
Møre og Romsdal	1 933	460	4,2	2 722	367	7,4
St. Olavs-området	3 275	814	4,0	4 684	472	9,9
Nord-Trøndelag	1 857	527	3,5	4 499	390	11,5
Helgeland	1 611	176	9,2	1 002	121	8,3
Nordland-området	283	90	3,1	238	57	4,2
UNN-området	1 020	381	2,7	694	216	3,2
Finmark	156	72	2,2	143	60	2,4

2.3 DATAKVALITET

Analysene av habiliteringsdataene har vist at det er store forskjeller mellom regionene og bostedsområdene når det gjelder nivået av tjenester som blir tilbudt befolkningen. Som nevnt tidligere kan slike forskjeller skyldes ulik registreringspraksis, ulike behov i befolkningen, ulik organisering av tjenestene eller reelle forskjeller i tilbudet til befolkningen. Og siden dette er første gang man gjør analyser på habiliteringsfeltet på denne måten, kan man heller ikke være helt sikker på at man har klart å identifisere all habiliteringsaktiviteten i dataene. Man må derfor være ekstra forsiktig i tolkningen av tallene, med tanke på at utviklingen av et godt analysegrunnlag for dette fagområdet kun er i startgropa. Mangelen

på god statistikk innen habiliteringsfeltet har også gjort det vanskelig for helseforetakene å fokusere på god registreringspraksis og å sammenlikne seg med hverandre. Dette har gjort at det er større sannsynlighet for at det kan ha utviklet seg ulik registreringspraksis mellom helseforetakene, noe som igjen vil påvirke kvaliteten på dataene som rapporteres inn til NPR. Det er derfor grunn til å tro at en del av variasjonen mellom regionene og bostedsområdene når det gjelder nivået av pasienter som mottar habilitering skyldes forskjeller i hvordan dataene blir registrert og hva som blir registrert. Ved å presentere tall for dette fagområdet i denne rapporten og i fremtidige rapporter har man imidlertid grunn til å tro at fokuset på å ha en god og entydig registreringspraksis vil bli større, og at datakvaliteten dermed vil bedre seg i årene som kommer.

3 REHABILITERING

I dette kapitlet presenteres tall for rehabiliteringsområdet i 2013⁴. Analysene viser at det var 120 384 rehabiliteringsopphold og -konsultasjoner fordelt på 29 934 pasienter ved helseforetakene etter at aktiviteten ved habiliteringsavdelingene var skilt ut. Det er til dels store variasjoner mellom helseregionene i nivået og profilen av rehabiliteringsaktiviteten. Befolkningen i Helse Midt-Norge har størst bruk av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten, og det er særlig poliklinisk rehabilitering som ligger høyt, mens nivået er lavere i Helse Vest og Helse Nord. Sør-Øst skiller seg ut med å ha færre opphold for sekundær rehabilitering.

3.1 NASJONALT NIVÅ

I diagnosekodeverket er rehabilitering definert til å være alle episoder med ICD-10-koden Z50 som hoveddiagnosekode. En av kodene, Z50.1 Annen fysikalsk behandling, er tatt med i oversiktstabellene 3.1-3.3, men er for øvrig ekskludert fra analysene. Også alle episoder hvor kodene Z50.80 Kompleks døgnrehabilitering eller Z50.89 Vanlig døgnrehabilitering er registrert som bidiagnose er inkludert, da definert som sekundær døgnrehabilitering. To rehabiliteringssykehus⁵ som ikke omfattes av ISF og som ikke koder Z50 som hoveddiagnose er også inkludert i analysene.

Tabell 3.1 viser antall opphold og konsultasjoner etter type rehabilitering og alder i 2013. Totalt var det 120 384 rehabiliteringsopphold fordelt på døgn, dag og poliklinisk rehabilitering. I tillegg var 65 089 episoder kodet som poliklinisk fysikalsk medisin.

Tallene for poliklinisk fysikalsk medisin er imidlertid ikke inkludert i de videre analysene i dette kapitlet.

Det var til sammen 22 174 døgnopphold for rehabilitering ved helseforetakene i 2013. Et døgnopphold kan ha ulik varighet som måles i antall liggedager. Det var til sammen 98 210 dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Drøyt 70 000 av disse var for pasienter i aldergruppene 30-49 år og 50-66 år.

Tabell 3.2 viser antall pasienter etter type rehabilitering og alder i 2013. Hvis vi ser bort fra poliklinisk fysikalsk medisin, var det flest pasienter som mottok poliklinisk rehabilitering, nærmere bestemt 11 773 pasienter. Dette gir i gjennomsnitt 7,9 polikliniske konsultasjoner per pasient. Tallene viser også at de polikliniske pasientene er noe yngre enn de som er innlagt. Pasientene som legges inn til primær rehabilitering (kompleks og vanlig) ofte er noe yngre enn pasientene som mottar sekundær rehabilitering.

4 Tall som tidligere har vært publisert for rehabilitering, blant annet i Samdata og Samhandlingsstatistikk-rapporten, har også inneholdt en del habilitering. I denne rapporten har vi imidlertid skilt ut habiliteringsaktiviteten fra rehabiliteringsaktiviteten. Tallene som presenteres her vil derfor ikke være sammenliknbare med tall som tidligere er presentert.

5 Dette gjelder Glittreklubben og sengeavdelingen ved Granheim lungesykehus (del av Sykehuset Innlandet HF).

Tabell 3.1 Antall opphold og konsultasjoner fordelt etter type rehabilitering og alder i 2013. Avdelingsopphold.

Alder	Døgnrehabilitering ¹			Dag-rehabilitering	Poliklinisk rehabilitering	Poliklinisk fysikalsk medisin
	Primær kompleks	Primær vanlig	Sekundær			
0-15 år	122	94	96	38	1 996	3 148
16-29 år	846	299	184	253	7 254	3 351
30-49 år	2 380	1 103	692	966	36 156	10 926
50-66 år	3 366	1 996	1 575	1 897	33 947	22 882
67-79 år	1 867	1 641	2 272	1 363	10 371	18 046
80 år og over	367	845	2 429	456	3 513	6 736
Total	8 948	5 978	7 248	4 973	93 237	65 089

1 Døgnepisoder kan ha ulik varighet som måles i antall dager.

Tabell 3.2 Antall pasienter¹ fordelt etter type rehabilitering og alder i 2013.

Alder	Døgnrehabilitering			Dag-rehabilitering	Poliklinisk rehabilitering	Poliklinisk fysikalsk medisin
	Primær kompleks	Primær vanlig	Sekundær			
0-15 år	106	84	86	9	194	1 330
16-29 år	603	242	163	114	968	1 367
30-49 år	1 754	928	635	332	4 458	3 319
50-66 år	2 748	1 703	1 385	666	4 264	5 708
67-79 år	1 548	1 450	2 002	518	1 447	4 120
80 år og over	321	770	2 191	139	442	2 042
Total	7 080	5 177	6 462	1 778	11 773	17 886

1 Sum pasienter etter omsorgsnivå er ikke lik antall pasienter totalt. Dette skyldes at én pasient kan ha fått både døgn, dag og poliklinisk behandling, mens pasienten kun telles én gang i totaltallene.

Tabell 3.3 Antall og andel pasienter¹ etter alder og kjønn i 2013.

Alder	Antall pasienter		Andel	
	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne
0-15 år	230	220	51,1	48,9
16-29 år	822	1 138	41,9	58,1
30-49 år	3 080	4 592	40,1	59,9
50-66 år	4 910	5 041	49,3	50,7
67-79 år	3 299	3 018	52,2	47,8
80 år og over	1 433	2 151	40,0	60,0
Totalt	13 774	16 160	46,0	54,0

1 Sum pasienter etter omsorgsnivå er ikke lik antall pasienter totalt. Dette skyldes at én pasient kan ha fått både døgn, dag og poliklinisk behandling, mens pasienten kun telles én gang i totaltallene.

Tabell 3.4 Antall og andel polikliniske konsultasjoner etter utførende ansvarlig helsepersonell i 2013. Avdelingsopphold.

Utførende ansvarlig helsepersonell	Poliklinisk rehabilitering	
	Antall episoder	Andel
Lege	51 423	54,2
Fysioterapeut	26 288	27,7
Sykepleier	6 498	6,8
Annet helsepersonell	5 757	6,1
Psykolog	1 879	2,0
Ergoterapeut	1 896	2,0
Sosionom	962	1,0
Klinisk ernæringsfysiolog	72	0,1
Pedagog	64	0,1
Audiograf	21	0,0
Vernepleier	8	0,0
Radiograf	< 5	0,0
Totalt	94 870	100

Tabell 3.3 viser at det er en liten overvekt av kvinner som mottar rehabilitering ved helseforetakene. 54 prosent av alle pasientene var kvinner i 2013. Andelen kvinner er størst i den aller eldste aldersgruppen med 60 prosent, men også i aldersgruppene 16-29 og 30-49 år er det nesten 60 prosent kvinner.

Tabell 3.4 viser antall polikliniske konsultasjoner etter utførende ansvarlig helsepersonell. Ved over halvparten (54,2 prosent) av alle behandlingsepisodene var det lege som var registrert som utførende helsepersonell. Deretter er det fysioterapeut som er ansvarlig for behandling i knappe 28 prosent av episodene. Sykepleiere og annet helsepersonell er registrert som utførende helsepersonell i henholdsvis 6,8 og 6,1 av episodene.

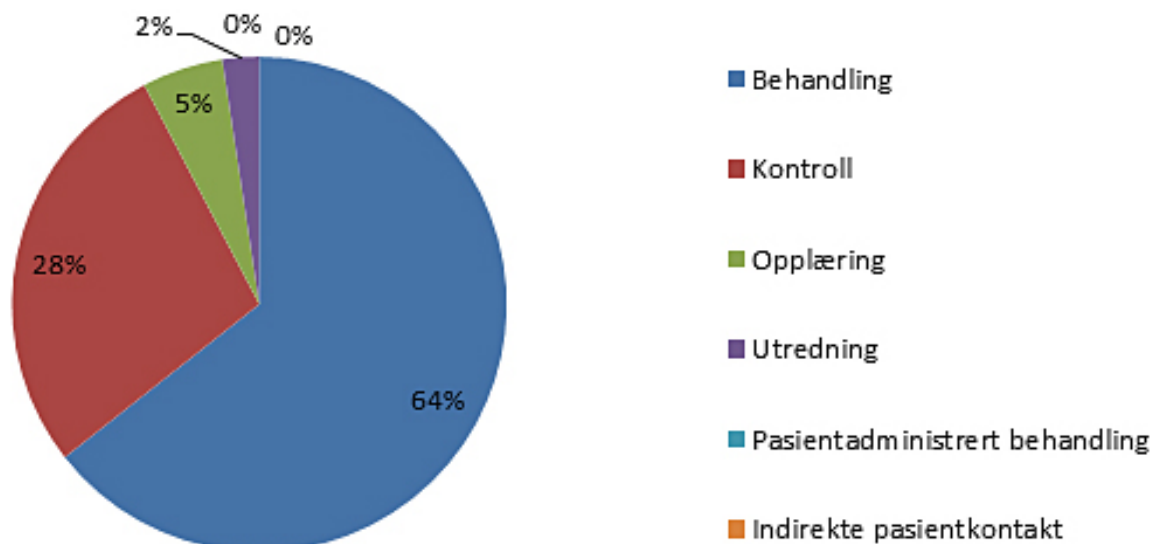
Figur 3.1 viser at den vanligste kontaktypen for poliklinisk rehabilitering er behandling. Drøye 64 prosent av konsultasjonene er behandling. 26 490 konsultasjoner, eller 28 prosent, var registrert som kontroll, mens opplæring og utredning var noe mindre vanlig, med en andel på henholdsvis fem og to prosent.

Tabell 3.5 viser at «sykdom i sirkulasjonssystemet» og «sykdom i åndedrettssystemet» utgjorde de største diagnosegruppene for primær kompleks

døgnrehabilitering, med en andel på over 40 prosent. Også for sekundær rehabilitering var «sykdom i sirkulasjonssystemet» den største sykdomsgruppen. Knappe 46 prosent av de som mottok sekundær døgnrehabilitering var innlagt for «sykdom i sirkulasjonssystemet». For primær vanlig døgnrehabilitering og dag og poliklinisk rehabilitering utgjorde «sykdommer i muskel- og skjelettsystemet» den største diagnosegruppen. Henholdsvis 28,4 og 40,9 prosent av de som mottok denne typen rehabilitering fikk behandling på grunn av muskel- og skjellettproblematikk.

Tabell 3.6 viser at antall liggedager og gjennomsnittlig liggetid varierer med alder og type døgnrehabilitering. I 2013 var det nesten 236 000 liggedager for primær døgnrehabilitering ved helseforetakene. Pasienter innlagt for primær kompleks døgnrehabilitering hadde omtrent 169 000 liggedager og gjennomsnittlig liggetid var nesten 19 dager. Pasienter innlagt for primær vanlig døgnrehabilitering stod for i underkant av 67 000 liggedager. Gjennomsnittlig liggetid for denne rehabiliteringsformen var rundt 11 dager. Både for primær kompleks og primær vanlig rehabilitering var det de eldste pasientene som i gjennomsnitt lå lengst.

Figur 3.1 Andel polikliniske kontakter etter type kontakt¹ i 2013. Avdelingsopphold.



1 Tallene må tolkes med forsiktighet da datakvaliteten er noe usikker.

Tabell 3.5 Antall og andel episoder i henhold til hoveddiagnose¹ i ICD-10 etter type rehabilitering i 2013. Avdelingsopphold.

ICD-10 diagnosegruppe	Primær kompleks		Primær vanlig		Sekundær		Dag og poliklinisk rehabilitering	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Svulster	263	2,9	298	5,0	220	3,0	3 720	3,8
Endokrine sykdommer og ernæringssykdommer	360	4,0	303	5,1	90	1,2	5 489	5,6
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	197	2,2	123	2,1	157	2,2	1 932	2,0
Sykdommer i nervesystemet	1 265	14,1	622	10,4	773	10,7	2 082	2,1
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	2 016	22,5	968	16,2	3 326	45,9	11 416	11,6
Sykdommer i åndedrettssystemet	1 600	17,9	207	3,5	311	4,3	4 879	5,0
Sykdommer i muskel-skjelettsystem	1 280	14,3	1 697	28,4	897	12,4	40 123	40,9
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn	141	1,6	127	2,1	248	3,4	2 582	2,6
Skader, forgiftninger	1 025	11,5	643	10,8	660	9,1	1 086	1,1
Forhold m/betydning for helsetilstand	165	1,8	278	4,7	97	1,3	2 573	2,6
Andre	580	6,5	459	7,7	469	6,5	1 375	1,4
Manglende	56	0,6	253	4,2	0	0	20 953	21,3
Totalt	8 948	100	5 978	100	7 248	100	98 210	100

1 For rehabiliteringstypene primær kompleks, primær vanlig og dag og poliklinisk rehabilitering er det første bidiagnose som danner grunnlag for kategorisering.

Tabell 3.6 Antall liggedager og gjennomsnittlig liggetid for primær kompleks og primær vanlig døgnrehabilitering etter alder i 2013. Avdelingsopphold.

Alder	Primær kompleks døgnrehabilitering		Primær vanlig døgnrehabilitering		Totalt	
	Antall	Gjennomsnitt	Antall	Gjennomsnitt	Antall	Gjennomsnitt
0-15 år	1 762	14,4	688	7,3	2 450	11,3
16-29 år	13 891	16,4	2 454	8,2	16 345	14,3
30-49 år	37 835	15,9	10 977	10,0	48 812	14,0
50-66 år	66 903	19,9	21 486	10,8	88 389	16,5
67-79 år	40 470	21,7	20 756	12,7	61 226	17,5
80 år og over	8 237	22,4	10 379	12,3	18 616	15,4
Totalt	169 098	18,9	66 740	11,2	235 838	15,8

3.2 REGIONALT NIVÅ

Antall pasienter per 1 000 innbyggere for rehabilitering i sykehus varierte relativt mye mellom regioner, bostedsområder og type rehabilitering i 2013. Forskjellene kan skyldes ulik registreringspraksis, ulike behov i befolkningen, organisering av tjenestene og reelle forskjeller i tilbudet til befolkningen. Tabell 3.7 viser at det på regionnivå var befolkningen i Helse Midt-Norge som hadde størst bruk av rehabiliteringstjenester. I 2013 var det 7,7 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok ulike typer rehabilitering i denne regionen, mens landsgjennomsnittet var 5,8. Helse Sør-Øst lå på landsgjennomsnittet, mens både Helse Vest og Helse Nord hadde en pasientrate på 5,1. Mellom bostedsområdene var det imidlertid større variasjon. Sogn og Fjordane lå lavest med 2,7 pasienter per 1 000 innbyggere, mens både Innlandets område og St. Olavs-området hadde en pasientrate på 9,9.

For primær kompleks døgnrehabilitering var det totalt 1,4 pasienter per 1 000 innbyggere i 2013. Det var befolkningen i Helse Sør-Øst som hadde størst bruk av denne typen rehabilitering med en pasientrate på 1,7. I Helse Sør-Øst er det særlig bostedsområdet Innlandet som ligger høyt. Helse Vest har lavest pasientrate for primær kompleks døgnrehabilitering med 0,8 pasienter per 1 000 innbyggere.

For primær vanlig døgnrehabilitering er det Helse Midt-Norge som ligger lavest med en pasientrate på 0,8. Landsgjennomsnittet ligger på 1,0 pasienter per 1 000 innbyggere. Helse Sør-Øst ligger på

landsgjennomsnittet for denne typen rehabilitering, mens Helse Nord er regionen med flest pasienter per 1 000 innbyggere som mottar primær vanlig døgnrehabilitering med en rate på 1,4, og det er særlig bostedsområdet Helgeland som er med på å dra opp snittet med en rate på 3,2 pasienter per 1 000 innbyggere.

For sekundær døgnrehabilitering var det totalt 1,3 pasienter per 1 000 innbyggere i 2013. For denne typen rehabilitering er det befolkningen i Helse Sør-Øst som har minst bruk. Antall pasienter som mottok sekundær rehabilitering i Helse Sør-Øst var i 2013 0,9 per 1 000 innbyggere. Variasjonen mellom de andre tre regionene var mindre; både Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde en pasientrate på 1,7-1,8.

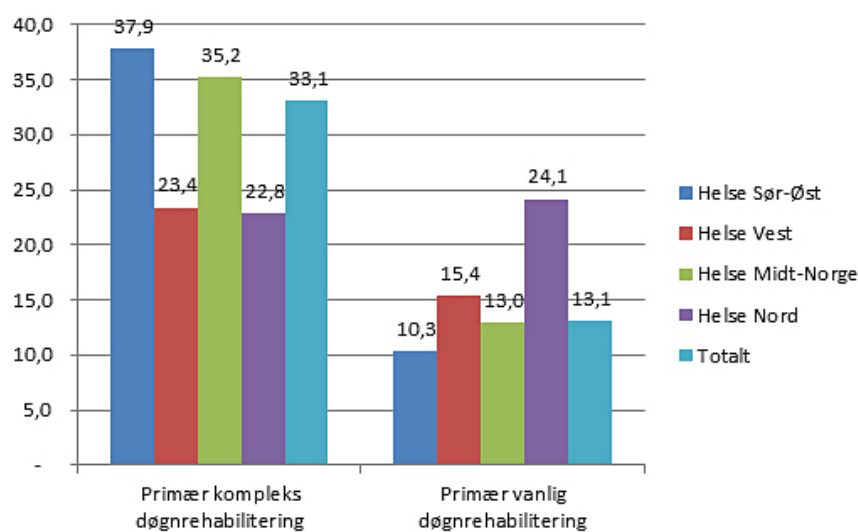
For dag og poliklinisk rehabilitering var det i 2013 totalt 2,6 pasienter per 1 000 innbyggere. Helse Sør-Øst lå på landsgjennomsnittet, mens Helse Midt-Norge hadde et høyt nivå av denne typen rehabilitering. I 2013 var 4,6 pasienter per 1 000 innbygger som mottok dag eller poliklinisk rehabilitering i denne regionen. Det var særlig befolkningen i St. Olavs-området som hadde et høyt forbruk av denne typen rehabilitering med en pasientrate på 8,1. I Helse Nord og Helse Vest var dag og poliklinisk rehabilitering mindre vanlig.

Figur 3.2 viser at liggetidsratene for ulike typer døgnrehabilitering varierer mellom bostedsregionene. Antall liggedager per 1 000 innbyggere for primær kompleks døgnrehabilitering varierer fra 22,8 i Helse Nord til 37,9 i Helse Sør-Øst. Tabell 3.8 viser at det

Tabell 3.7 Antall pasienter per 1 000 innbyggere etter type rehabilitering og bostedsområde i 2013.

Bostedsområde	Primær kompleks døgntrehab.	Primær vanlig døgntrehab.	Sekundær døgntrehab.	Dag og poliklinisk rehab.	Totalt
Helse Sør-Øst	1,7	1,0	0,9	2,6	5,8
Helse Vest	0,8	1,1	1,7	1,8	5,1
Helse Midt-Norge	1,2	0,8	1,8	4,6	7,7
Helse Nord	1,0	1,4	1,7	1,5	5,1
Totalt	1,4	1,0	1,3	2,6	5,8
Østfold	2,3	0,2	0,6	0,7	3,5
Hovedstadsområdet	1,4	0,4	1,0	1,6	4,2
Innlandets område	3,0	1,8	0,6	5,4	9,9
Vestre Viken-området	1,3	0,6	0,9	1,8	4,3
Vestfold	1,9	2,1	0,6	4,9	9,0
Telemark	1,5	2,8	2,1	2,7	8,4
Sørlandet	1,3	1,2	0,7	3,8	6,4
Stavanger-området	0,7	1,7	2,2	1,7	5,9
Fonna-området	1,0	1,1	2,2	0,6	4,6
Bergen-området	0,7	0,9	1,4	2,6	5,3
Sogn og Fjordane	1,0	0,5	0,4	0,9	2,7
Møre og Romsdal	1,5	1,6	1,5	1,6	5,7
St. Olavs-området	0,7	0,3	1,3	8,1	9,9
Nord-Trøndelag	1,6	0,2	3,3	2,2	6,6
Helgeland	1,3	3,2	1,4	0,8	6,2
Nordland-området	0,6	0,7	1,5	1,2	3,7
UNN-området	0,9	1,5	2,2	1,7	5,7
Finnmark	1,5	0,5	0,9	2,4	5,0

Figur 3.2 Antall liggedager per 1 000 innbyggere for døgntrehabilitering etter bostedsregion i 2013. Avdelingsopphold.



er særlig pasientene i Nordland-området som har få liggedager med 15,9 per 1 000 innbyggere, mens i Helse Sør-Øst skiller Innlandets område seg ut med en liggetidsrate på 65,7.

For primær vanlig døgnerhabilitering er det Helse Sør-Øst som har færrest liggedager per 1 000 innbyggere med en rate på 10,3. Tabell 3.8 viser at både Østfold og hovedstadsområdet ligger lavt med henholdsvis 2,4 og 4,9 liggedager per 1 000 innbyggere. Helse Nord er regionen med flest liggedager per 1 000 innbyggere. Liggetidsraten er her 24,1, og det er særlig Helgeland som drar opp snittet for regionen med 44,2 liggedager per 1 000 innbyggere.

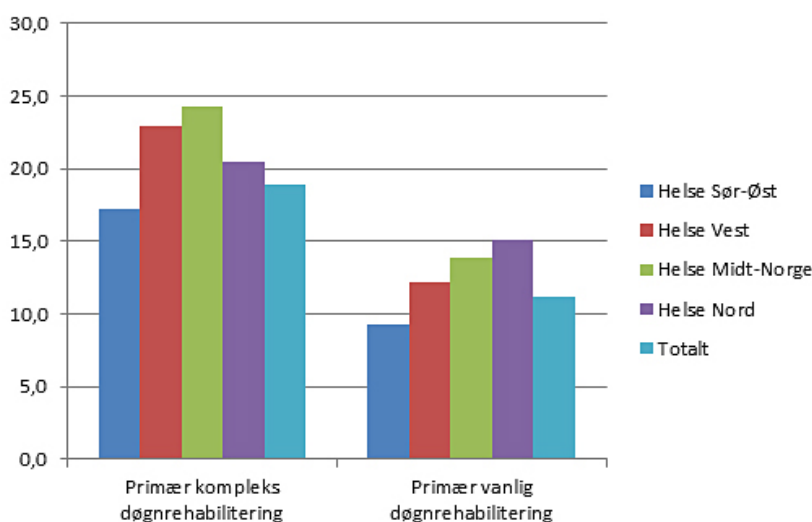
Figur 3.3 viser at også gjennomsnittlig liggetid for døgnerhabilitering varierer mellom bostedsregionene. For primær kompleks døgnerhabilitering er gjennomsnittlig liggetid på nasjonalt nivå 18,9 dager. Liggetiden varierer imidlertid fra 17,2 dager i Helse Sør-Øst, der særlig Innlandets område ligger lavt, til 24,3 i Helse Midt-Norge, der St. Olavs-området ligger høyest.

For primær vanlig døgnerhabilitering varierer den gjennomsnittlige liggetiden fra 9,2 dager i Helse Sør-Øst til 15,1 dager i Helse Midt-Norge.

Selv om Helse Midt-Norge er regionen med lengst gjennomsnittlig liggetid, viser tabell 3.8 at det er til dels stor variasjon mellom bostedsområdene innad i regionen. Møre og Romsdal har en gjennomsnittlig liggetid for primær døgnerhabilitering på 15,8 dager, mens Nord-Trøndelag har en tilsvarende liggetid på kun 5,2 dager.

Tabell 3.9 viser variasjon i antall dag og polikliniske konsultasjoner per pasient etter bostedsområde. I gjennomsnitt hadde hver pasient 7,3 konsultasjoner i 2013. På regionnivå er det ikke så store forskjeller, men det er større variasjon når man ser på bostedsområder. Flest konsultasjoner per pasient var det i Helse Midt-Norge med 8,4. Helse Nord fulgte like bak med 8,3 konsultasjoner per pasient. I Helse Nord var det UNN-området som lå høyest med 10,6 konsultasjoner per pasient i 2013. Helse Sør-Øst er regionen med færrest konsultasjoner per pasient. Likevel har pasientene i Vestre Viken-området gjennomsnittlig hele 17,9 konsultasjoner hver i dette året. Innlandets område ligger lavest med 3,1 konsultasjoner per pasient.

Figur 3.3 Gjennomsnittlig liggetid for primær kompleks og primær vanlig døgnerhabilitering etter bostedsregion i 2013.



Tabell 3.8 Antall liggedager per 1 000 innbyggere og gjennomsnittlig liggetid etter bostedsområde for primær døgnerhabilitering i 2013. Avedlingsopphold.

Bostedsområde	Primær kompleks døgnerhabilitering		Primær vanlig døgnerhabilitering		Totalt	
	Antall	Gj.snitt	Antall	Gj.snitt	Antall	Gj.snitt
Helse Sør-Øst	37,9	17,2	10,3	9,2	48,2	14,5
Helse Vest	23,4	23,0	15,4	12,2	38,8	17,0
Helse Midt-Norge	35,2	24,3	13,0	13,9	48,2	20,2
Helse Nord	22,8	20,5	24,1	15,1	47,0	17,3
Totalt	33,1	18,9	13,1	11,2	46,1	15,8
Østfold	44,1	15,7	2,4	6,7	46,5	14,7
Hovedstadsområdet	32,7	18,6	4,9	10,2	37,6	16,8
Innlandets område	65,7	15,9	20,4	10,4	86,1	14,2
Vestre Viken-området	29,7	17,9	5,9	7,8	35,6	14,7
Vestfold	37,5	16,4	19,0	8,0	56,5	12,1
Telemark	31,5	17,0	32,3	9,8	63,7	12,4
Sørlandet	29,3	18,5	11,0	8,4	40,2	14,0
Stavanger-området	20,2	22,3	16,5	8,5	36,7	12,9
Fonna-området	23,0	17,2	17,2	14,4	40,2	15,9
Bergen-området	24,6	25,9	15,6	17,0	40,2	21,5
Sogn og Fjordane	29,4	26,0	8,2	15,2	37,6	22,5
Møre og Romsdal	46,9	25,0	29,9	15,8	76,8	20,4
St. Olavs-området	23,7	27,9	3,8	9,0	27,5	21,6
Nord-Trøndelag	38,8	19,6	1,4	5,2	40,1	17,9
Helgeland	19,5	14,3	44,2	13,0	63,7	13,3
Nordland-området	15,9	22,8	11,7	13,7	27,6	17,8
UNN-området	23,5	23,2	30,8	17,7	54,2	19,8
Finnmark	37,3	19,9	9,2	13,3	46,4	18,1

Tabell 3.9 Antall konsultasjoner per pasient for dag og poliklinisk rehabilitering etter bostedsområde i 2013. Avdelingsopphold.

Bostedsområde	Dag og poliklinisk rehabilitering		
	Konsultasjoner	Pasienter	Konsultasjoner per pasient
Helse Sør-Øst	50 216	7 522	6,7
Helse Vest	14 769	1 925	7,7
Helse Midt-Norge	27 088	3 210	8,4
Helse Nord	6 130	739	8,3
Totalt	98 203	13 396	7,3
Østfold	1 162	189	6,1
Hovedstadsområdet	11 715	1 669	7,0
Innlandets område	6 719	2 135	3,1
Vestre Viken-området	15 100	845	17,9
Vestfold	7 399	1 112	6,7
Telemark	1 839	465	4,0
Sørlandet	6 282	1 107	5,7
Helse Stavanger-området	3 998	606	6,6
Helse Fonna-området	606	106	5,7
Helse Bergen-området	9 328	1 115	8,4
Sogn og Fjordane	837	98	8,5
Møre og Romsdal	3 690	419	8,8
St. Olavs-området	21 867	2 491	8,8
Nord-Trøndelag	1 531	300	5,1
Helgeland	453	64	7,1
Nordland-området	619	165	3,8
UNN-området	3 502	329	10,6
Finnmark	1 556	181	8,6

4 VENTETIDER OG RETTIGHETSTILDELING

I 2013 var det 35 980 henvisninger til helseforetakene med formål utredning/behandling innenfor fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering⁶. Av disse henvisningene ble 88 prosent ordinært avvirket. Avviklinger som var pasientbestemt eller utsatt av medisinsk bestemmelse er ekskludert. Analysen er dermed basert på 26 789 henvisninger som ble tatt til behandling i 2013 og 5 924 som ventet på behandling ved utgangen av året. 83 prosent av pasientene ble henvist til dag eller poliklinisk behandling. Gjennomsnittlig ventetid i 2013 var 57 dager. Dette er noe lenger enn hvis man ser på median ventetid som var 42 dager. Det er lengre ventetid for døgnbehandling enn for dag og poliklinisk behandling. Av pasientene som ble tatt til behandling fra venteliste var det 14,5 prosent som hadde blitt tildelt rett til nødvendig helsehjelp.

4.1 NASJONALT NIVÅ

Tabell 4.1 viser antall pasienter tatt til behandling på de ulike omsorgsnivåene i 2013. Dag og poliklinikk er slått sammen til én kategori, da det er veldig få pasienter på omsorgsnivå dag. I 2013 var det 26 789 pasienter som ble henvist til rehabilitering, 22 308 av disse ventet på omsorgsnivå dag og poliklinikk. Dette utgjorde over 83 prosent. Dette henger sammen med at et rehabiliteringsforløp ofte starter med en poliklinisk utredning og derfor vil også de fleste pasientene stå på venteliste ved dette omsorgsnivået. Antall som behandles ved innleggelse er langt høyere enn antallet som blir henvist direkte til dette omsorgsnivået.

Tabell 4.1 viser at ved utgangen av 2013 var det fortsatt 5 924 pasienter som ventet på utredning og behandling. 4 792 av disse ventet på dag og poliklinisk omsorgsnivå. Antall henvisninger og antall ventende er størst i aldersgruppen 30-49 år. Denne aldersgruppen står for om lag 40 prosent av alle

henvisninger og ventende i 2013.

Tabell 4.2 viser at 14,5 prosent av de som ble henvist og tatt til behandling i 2013 hadde rett til nødvendig helsehjelp. Det er pasienter i den yngste aldersgruppen som i størst grad hadde fått rettighetstildeling med en andel på over 26 prosent, mens i aldersgruppen 50-66 år hadde kun 12,5 prosent blitt gitt rett til nødvendig helsehjelp. Av de som ventet ved utgangen av året hadde 14 prosent rett til nødvendig helsehjelp.

Tabell 4.3 inneholder to ulike mål på hvor lenge pasientene venter på behandling. Gjennomsnittlig ventetid påvirkes i stor grad av ekstreme ventetider, som ofte skyldes dårlig datakvalitet. Negativ ventetid (avviklingsdato er før ansiennitetsdato) er derfor satt til null dager, og ventetid over 365 dager er satt til 365 dager. Median ventetid er den ventetiden som deler antall pasienter i to like store grupper, og er mindre påvirket av ekstremverdier. Tabellen

⁶ Slik ventelistedata er organisert og rapportert kan samme pasient være registrert med flere henvisninger i løpet av året.

viser at gjennomsnittlig ventetid for henvisninger til fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering i 2013 var 57 dager. Gjennomsnittlig ventetid for døgnbehandling var 69 dager, mens det for dag og polikliniske konsultasjoner var 54 dager. Det var aldersgruppen 0-15 år som hadde lengst gjennomsnittlig ventetid med 71 dager.

Tabell 4.3 viser at median ventetid er kortere enn gjennomsnittlig ventetid. Totalt var median ventetid i 2013 42 dager. Median ventetid for pasienter henvist til døgnbehandling var lengre enn for pasienter som ventet på dag og poliklinisk behandling. Pasienter som

er 80 år eller eldre hadde kortest median ventetid med 35 dager.

En del av henvisningene mangler gyldig ansiennitetsdato, noe som gjør at det ikke er mulig å beregne ventetid. Derfor er antall pasienter tatt til behandling noe lavere i beregningene av gjennomsnittlig og median ventetid i tabell 4.3 enn i tabell 4.1. Manglende datoregistrering kan være tilfeldig eller systematisk fordelt og ventetidene bør derfor tolkes med forsiktighet. Se kapittel 6 for nærmere beskrivelse av datagrunnlag og metode.

Tabell 4.1 Antall henviste pasienter tatt til behandling og antall ventende ved utgangen av året etter omsorgsnivå og alder i 2013. Fagområde 230 fysikalsk medisin og rehabilitering¹.

Alder	Antall tatt til behandling			Antall ventende ved årets slutt		
	Dag og poliklinikk	Døgn	Totalt	Dag og poliklinikk	Døgn	Totalt
0-15 år	547	146	693	123	18	141
16-29 år	2 752	417	3 169	673	111	784
30-49 år	9 082	1 198	10 280	2 010	399	2 409
50-66 år	7 297	1 631	8 928	1 500	429	1 929
67-79 år	2 091	859	2 950	378	146	524
80 år og over	539	230	769	108	29	137
Total	22 308	4 481	26 789	4 792	1 132	5 924

¹ 544 pasienter som er tatt til behandling mangler omsorgsnivå. Disse er ikke med i denne tabellen.

Tabell 4.2 Antall henviste pasienter tatt til behandling og antall ventende ved utgangen av året etter rettighetstildeling og alder i 2013. Fagområde 230 fysikalsk medisin og rehabilitering¹.

Alder	Antall tatt til behandling			Antall ventende ved årets slutt		
	M/rett til helsehjelp	Pst m/rett til helsehjelp	Totalt	M/rett til helsehjelp	Pst m/rett til helsehjelp	Totalt
0-15 år	181	26,1	693	20	14,2	141
16-29 år	523	16,5	3 169	153	19,5	784
30-49 år	1 497	14,6	10 280	347	14,4	2 409
50-66 år	1 116	12,5	8 928	228	11,8	1 929
67-79 år	417	14,1	2 950	63	12,0	524
80 år og over	148	19,2	769	19	13,9	137
Total	3 882	14,5	26 789	830	14,0	5 924

¹ 544 pasienter som er tatt til behandling mangler omsorgsnivå. Disse er ikke med i denne tabellen.

Tabell 4.3 Gjennomsnittlig og median ventetid etter omsorgsnivå og alder i 2013. Fagområde 230 fysikalsk medisin og rehabilitering.

Alder	Gjennomsnittlig ventetid			Median ventetid		
	Dag og poliklinikk	Døgn	Totalt	Dag og poliklinikk	Døgn	Totalt
0-15 år	69	78	71	53	70	56
16-29 år	57	68	58	42	56	43
30-49 år	54	79	57	39	66	41
50-66 år	53	74	57	39	63	41
67-79 år	55	55	55	42	35	42
80 år og over	60	40	54	41	19	35
Total	54	69	57	40	55	42

4.2 REGIONALT NIVÅ

Tabell 4.4 viser antall henvisninger til de ulike omsorgsnivåene i pasientenes bostedsregioner i 2013. Henvisninger uten gyldig kommunenummer er ekskludert fra analysen. Tabellen viser også hvor stor andel av henvisningene som er gitt med rett til nødvendig helsehjelp. Andelen med rett til nødvendig helsehjelp er større for pasienter som venter på poliklinisk behandling enn for de som venter på døgnbehandling. Tabellen viser også at det er relativt stor variasjon mellom regionene når det gjelder andelen som er gitt rett til nødvendig helsehjelp. I Helse Nord er det kun 6,4 prosent av pasientene som har fått rettighetstildeling, mens det tilsvarende tallet i Helse Vest er nesten 30 prosent. Forskjellene mellom regionene er enda større hvis man kun ser på dag og

poliklinisk behandling.

Tabell 4.5 viser antall pasienter som er tatt til behandling fra venteliste i 2013 ved de enkelte helseforetakene og andelen av disse som er gitt rett til nødvendig helsehjelp. Tabellen gir fordelinger ut fra omsorgsnivå og rettighetstildeling. Det er betydelige forskjeller når det gjelder i hvilken grad pasienter ved de ulike helseforetakene er gitt rett til helsehjelp. Nesten ingen pasienter ved helseforetakene Vestfold, Vestre Viken, Telemark, Fonna og Haugesund sanitetsforenings revmatisesykehus er gitt rett til nødvendig helsehjelp på omsorgsnivå døgn. Ved helseforetakene Oslo universitetssykehus og Helse Nord Trøndelag er andelen med rettighetstildeling høy for de som venter på døgnbehandling.

Tabell 4.4 Antall henviste pasienter tatt til behandling og andel gitt rett til nødvendig helsehjelp etter omsorgsnivå og bostedsregion i 2013. Fagområde 230 fysikalsk medisin og rehabilitering.

Bostedsregion	Dag og poliklinikk		Innleggelse		Totalt	
	Antall	Pst m/rett til helsehjelp	Antall	Pst m/rett til helsehjelp	Antall	Pst m/rett til helsehjelp
Helse Sør-Øst	13 474	14,1	2 755	6,2	16 229	12,7
Helse Vest	2 937	32,8	506	11,1	3 443	29,6
Helse Midt-Norge	2 447	11,9	672	26,8	3 119	15,1
Helse Nord	2 646	4,6	383	18,5	3 029	6,4
Totalt	21 504	15,2	4 316	11,1	25 820	14,5

Innen dag og poliklinisk omsorgsnivå er det svært få som er gitt rett til nødvendig helsehjelp ved helseforetakene Østfold, Akershus universitetssykehus, Vestfold, Diakonhjemmet og Nordlandssykehuset. Ved alle disse helseforetakene er andelen som har fått rettighetstildeling én prosent eller lavere. Ved Oslo universitetssykehus, Helse Bergen og Helse Førde er det flest pasienter

som er gitt rett til nødvendig helsehjelp innenfor omsorgsnivået dag og poliklinisk behandling.

Tabell 4.6 viser gjennomsnittlig og median ventetid ved de ulike helseforetakene i 2013. Det er kortere gjennomsnittlig og median ventetid for dag og polikliniske konsultasjoner enn for døgnbehandling. Median ventetid er gjennomgående kortere enn gjennomsnittlig ventetid.

Tabell 4.5 Antall henvisninger/pasienter tatt til behandling etter omsorgsnivå og rettighetstildeling per helseforetak i 2013. Fagområde 230 fysikalsk medisin og rehabilitering.

Bostedsområde	Dag og poliklinikk		Døgn		Henvisninger totalt
	Antall henvisninger	Pst m rett til nødvendig helsehj.	Antall henvisninger	Pst m rett til nødvendig helsehj.	
Helse Sør-Øst	13 903	14,0	2 611	7,4	16 514
Helse Vest	3 035	33,6	414	11,4	3 455
Helse Midt-Norge	2 578	11,4	674	30,3	3 252
Helse Nord	2 787	4,2	337	19,3	3 124
Private	5	20,0	445	0,4	450
Totalt	22 308	15,1	4 481	11,4	26 789
Sykehuset Østfold HF	463	0,2	0	-	463
Akershus universitetssykehus HF	113	0,9	0	-	113
Oslo universitetssykehus HF	2 195	63,1	17	76,5	2 212
Sunnaas sykehus HF	524	5,9	1 436	2,9	1 960
Sykehuset Innlandet HF	1 281	2,7	278	32,7	1 559
Vestre Viken HF	388	30,7	60	1,7	448
Sykehuset i Vestfold HF	3 462	0,1	340	0	3 802
Sykehuset Telemark HF	3 574	3,2	418	3,1	3 992
Sørlandet sykehus HF	1 766	14,1	62	53,2	1 828
Diakonhjemmet Sykehus	28	0,0	0	-	28
Lovisenberg Sykehus	109	1,8	0	-	109
Helse Stavanger HF	1 228	3,6	38	39,5	1 266
Helse Fonna HF	287	3,8	75	5,3	362
Helse Bergen HF	1 125	64,9	74	35,1	1 199
Helse Førde HF	394	59,6	17	11,8	411
Haugesund sanfor revm	< 5	0,0	210	0	211
Møre og Romsdal HF	578	2,6	487	25,9	1 065
St. Olavs Hospital HF	1 371	19,7	110	12,7	1 481
Helse Nord Trøndelag HF	629	1,6	77	83,1	706
Helgelandssykehuset HF	563	12,3	150	26,0	713
Nordlandssykehuset HF	415	1,0	21	52,4	436
Universitetssykehuset i Nord/Norge HF	1 692	2,2	109	9,2	1 801
Helse Finnmark HF	117	4,3	57	8,8	174
Private sykehus	5	20,0	445	0,4	450

Tabell 4.6 viser at det er store forskjeller i ventetider mellom helseforetakene, både målt ved gjennomsnittlig og median ventetid. Gjennomsnittlig ventetid for behandling er lengst i Helse Nord med 72 dager, mens den er kortest i Helse Sør-Øst med 50 dager. Variasjonen mellom de ulike helseforetakene er imidlertid enda større. Gjennomsnittlig ventetid varierer fra 19 dager

ved Lovisenberg sykehus til 146 dager ved Vestre Viken. Også for median ventetid er det relativt store variasjoner. Median ventetid er kortest i Helse Sør-Øst med 34 dager og lengst i Helse Vest med 60 dager. Sykehuset Østfold er helseforetaket med kortest median ventetid på åtte dager, mens Nordlandssykehuset har median ventetid på 97 dager.

Tabell 4.6 Gjennomsnittlig og median ventetid etter omsorgsnivå per helseforetak i 2013. Fagområde 230 fysikalsk medisin og rehabilitering.

Helseforetak	Gjennomsnittlig ventetid			Median ventetid		
	Dag og poliklinikk	Døgn	Totalt	Dag og poliklinikk	Døgn	Totalt
Helse Sør-Øst	45	72	50	32	55	34
Helse Vest	71	69	70	61	50	60
Helse Midt-Norge	59	51	57	43	32	42
Helse Nord	74	59	72	56	37	55
Private	3	90	89	3	93	93
Totalt	54	69	57	40	55	42
Sykehuset Østfold HF	20	-	20	8	-	8
Akershus universitetssykehus HF	73	-	73	23	-	23
Sunnaas sykehus HF	57	78	72	35	70	59
Sykehuset Innlandet HF	65	66	65	49	49	49
Vestre Viken HF	156	76	146	99	75	92
Sykehuset i Vestfold HF	25	62	28	16	48	17
Sykehuset Telemark HF	46	70	48	43	32	43
Sørlandet sykehus HF	42	28	42	39	15	39
Diakonhjemmet Sykehus	136	-	136	85	-	85
Lovisenberg Sykehus	19	-	19	11	-	11
Helse Stavanger HF	67	100	68	56	19	56
Helse Fonna HF	70	52	66	54	29	49
Helse Bergen HF	70	48	68	63	28	62
Helse Førde HF	85	97	85	63	61	63
Haugesund sanfor revm	23	74	74	23	68	68
Møre og Romsdal HF	99	58	80	56	41	51
St. Olavs Hospital HF	46	26	45	41	13	39
Helse Nord Trøndelag HF	50	38	49	42	25	41
Helgelandssykehuset HF	69	78	71	55	77	56
Nordlandssykehuset HF	117	37	113	101	12	97
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	65	47	64	46	28	44
Helse Finnmark HF	69	44	60	56	21	41
Private sykehus	3	90	89	3	93	93

Tabell 4.7 viser at pasienter med rettighetstildeling har noe kortere gjennomsnittlig ventetid enn pasienter som ikke er gitt rett til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder alle regioner med unntak av Helse Sør-Øst. Også for median ventetid har pasienter med rett til nødvendig helsehjelp kortere ventetid med unntak av i Helse Sør-Øst. Det er likevel viktig å påpeke at det er til dels store variasjoner mellom helseforetakene. Dette, sammen med usikkerhet rundt datakvalitet, gjør at det er vanskelig å konkludere helt sikkert på om rettighetspasienter venter kortere eller lengre enn pasienter som ikke er gitt rett til nødvendig helsehjelp.

Antall pasienter som står på venteliste ved de ulike helseforetakene og i de ulike helseregionene påvirkes av hvor stor befolkning helseforetaket og regionen skal betjene. Kommuner som sogner til et helseforetak kaller vi gjerne for foretakets opptaksområde. Ved å se på befolkningsbaserte rater kan man sammenlikne tall mellom opptaksområdene. De fleste er pasienter ved sitt lokale helseforetak i sin egen helseregion, og befolkningsbaserte rater vil derfor gi en god indikasjon på hvor omfattende tilbud de ulike helseforetakene har til sin egen befolkning.

Tabell 4.7 Gjennomsnittlig og median ventetid etter rettighetstildeling per helseforetak i 2013. Fagområde 230 fysikalsk medisin og rehabilitering.

Helseforetak	Gjennomsnittlig ventetid			Median ventetid		
	M/rett nødv. helsehjelp	Uten rett nødv. helsehjelp	Totalt	M/rett nødv. helsehjelp	Uten rett nødv. helsehjelp	Totalt
Helse Sør-Øst	53	49	50	44	34	34
Helse Vest	60	75	70	58	62	60
Helse Midt-Norge	42	61	58	34	43	42
Helse Nord	42	74	72	36	56	55
Private	63	90	76	60	93	74
Totalt	55	58	57	55	41	42
Sykehuset Østfold HF	7	20	20	7	8	8
Akershus universitetssykehus HF	106	73	73	106	23	23
Sunnaas sykehus HF	40	73	72	36	61	59
Sykehuset Innlandet HF	46	67	65	32	50	49
Vestre Viken HF	86	167	146	83	97	92
Sykehuset i Vestfold HF	60	28	28	60	17	17
Sykehuset Telemark HF	70	48	48	62	42	43
Sørlandet sykehus HF	37	42	42	32	39	39
Diakonhjemmet sykehus HF	-	136	136	-	85	85
Lovisenberg Sykehus	14	19	19	14	11	11
Helse Stavanger HF	53	69	68	25	56	56
Helse Fonna HF	50	67	66	38	50	49
Helse Bergen HF	63	78	68	60	75	62
Helse Førde HF	55	127	85	54	137	63
Haugesund sanfor revm	-	74	74	-	68	68
Møre og Romsdal HF	34	88	80	19	55	51
St. Olavs Hospital HF	48	45	46	41	40	40
Helse Nord Trøndelag HF	35	51	49	26	42	41
Helgelandssykehuset HF	44	75	71	39	62	56
Nordlandssykehuset HF	29	116	113	14	100	97
Universitetssykehuset i Nord/Norge HF	42	65	64	37	45	44
Helse Finnmark HF	32	62	60	29	45	41
Private sykehus	63	90	76	60	93	74

Tabell 4.8 viser forskjeller mellom bostedsregionene og områdene etter antall henvisninger og antall med rett til nødvendig helsehjelp per 1 000 innbyggere. Tallene viser at det er færre henvisninger til fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Vest enn i de øvrige regionene. I Helse Vest er det 3,2 henvisninger per 1 000 innbyggere, mens landsgjennomsnittet er 5,1. Helse Nord er regionen med flest antall henvisninger kontrollert for

befolkning med 6,3 henvisninger per 1 000 innbyggere.

Mellom bostedsområdene er det større forskjeller enn det var på regionnivå. Raten per 1 000 innbyggere varierer fra 2,4 i Bergen-området til 25,1 i Telemark. I tillegg til Telemark er det befolkningen i Vestfold, Helgeland og i UNN-området som i størst omfang blitt henvist og tatt til behandling for rehabilitering ved sine helseforetak.

Tabell 4.8 Pasienter tatt til behandling fra venteliste i alt og etter omsorgsnivå og rettighetstildeling i 2013 etter bostedsområde. Rater per 1 000 innbyggere. Fagområde 230 fysikalsk medisin og rehabilitering.

Bostedsområde	Dag og poliklinikk		Døgn		Henvisninger totalt
	Antall henvisninger	Antall m/rett nødv. helsehj.	Antall henvisninger	Antall m/rett nødv. helsehj.	
Helse Sør-Øst	4,7	0,7	1,0	0,1	5,7
Helse Vest	2,7	0,9	0,5	0,1	3,2
Helse Midt-Norge	3,5	0,4	1,0	0,3	4,4
Helse Nord	5,5	0,3	0,8	0,1	6,3
Totalt	4,2	0,6	0,8	0,1	5,1
Østfold	2,2	0,2	1,4	0,0	3,7
Hovedstadsområdet	2,4	1,2	0,6	0,0	3,0
Innlandets område	3,4	0,2	1,1	0,2	4,5
Vestre Viken-området	2,2	0,4	1,0	0,0	3,3
Vestfold	10,7	0,1	0,8	0,0	11,6
Telemark	22,5	0,7	2,7	0,1	25,1
Sørlandet	6,1	0,8	0,4	0,1	6,5
Stavanger-området	3,3	0,2	0,3	0,1	3,7
Fonna-området	2,2	0,3	1,3	0,1	3,5
Bergen-området	2,2	1,4	0,3	0,0	2,4
Sogn og Fjordane	3,8	2,2	0,5	0,1	4,3
Møre og Romsdal	2,4	0,1	1,9	0,4	4,3
St. Olavs-området	3,7	0,8	0,3	0,0	4,0
Nord-Trøndelag	5,0	0,2	0,7	0,4	5,7
Helgeland	7,9	1,0	1,7	0,5	9,7
Nordland-området	3,7	0,1	0,4	0,1	4,2
UNN-området	6,4	0,1	0,6	0,0	7,0
Finmark	4,0	0,1	1,1	0,1	5,1

5 PRIVATE REHABILITERINGSINSTITUSJONER

I dette kapitlet analyseres omfang og type rehabilitering ved de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtaler med de regionale helseforetakene og rapporterte aktivitetsdata til NPR i 2013. I 2013 omfattet dette 47 institusjoner. Ved disse institusjonene var det totalt 51 527 opphold og konsultasjoner fordelt på 25 273 pasienter.

5.1 NASJONALT NIVÅ

I 2013 ble det rapportert 51 527 opphold og konsultasjoner (episoder) til NPR fra de private rehabiliteringsinstitusjonene. Tabell 5.1 viser fordelingen etter behandlingsnivå, rettighetstildeling og individuell plan. Tabellen viser at episodene er fordelt omtrent 50/50 på døgn og dag og poliklinisk behandlingsnivå. Et døgnopphold kan imidlertid bestå av flere liggedager. Totalt er 28,5 prosent gitt rett til nødvendig helsehjelp. Andelen med rettighetstildeling er størst for de eldste aldersgruppene, mens de yngste i mindre grad har fått rett til nødvendig helsehjelp. Når

det gjelder andelen som har fått utarbeidet individuell plan, er imidlertid trenden motsatt. Det er de yngste aldersgruppene som i størst grad har fått utarbeidet individuell plan, mens de eldre har det i mindre grad. Totalt har 8,7 prosent fått utarbeidet individuell plan.

Tabell 5.2 viser at det er flest døgnpasienter i aldersgruppen 50-66 år ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. De yngre blir i mindre grad behandlet ved private rehabiliteringsinstitusjoner. I de aller eldste aldersgruppene er andelen som blir henvist fra sykehus større (over 60 prosent), mens de yngre i større grad blir henvist fra kommunehelsetjenesten og andre.

Tabell 5.1 Episoder ved private rehabiliteringsinstitusjoner etter omsorgsnivå og andel med rettighetstildeling og individuell plan¹ etter alder i 2013.

Alder	Omsorgsnivå			Andel med rett nødv. hj.	Andel med IP
	Døgn ²	Dag og poliklinikk	Episoder i alt		
0-15 år	542	1 290	1 832	14,8	76,4
16-29 år	1 302	1 851	3 153	22,5	13,6
30-49 år	6 460	11 501	17 961	24,0	6,0
50-66 år	9 458	7 040	16 498	25,1	6,3
67-79 år	6 414	2 010	8 424	42,6	4,5
80 år og over	2 643	1 016	3 659	45,3	4,2
Total	26 819	24 708	51 527	28,5	8,7

¹ Datakvaliteten for individuell plan er noe usikker. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

² Døgnepisoder kan ha ulik varighet som måles i antall dager.

Tabell 5.2 Innlagte pasienter¹ ved private rehabiliteringsinstitusjoner etter henvisningsinstans og andel med rettighetstildeling og individuell plan² og alder i 2013.

Alder	Henvist fra			Andel med rett nødv. hj.	Andel med IP ved ankomst
	Sykehus	Kommunehelsetjeneste	Døgnpasienter totalt		
0-15 år	193	296	487	54,0	37,4
16-29 år	479	604	1 103	22,8	12,5
30-49 år	2 190	3 187	5 558	15,5	8,4
50-66 år	3 924	4 104	8 337	21,1	6,3
67-79 år	3 789	1 784	5 887	35,6	4,3
80 år og over	1 655	646	2 477	40,0	4,1
Total	12 230	10 621	23 849	26,1	7,0

- 1 Sum pasienter henvist fra sykehus og kommunehelsetjenesten er ikke lik antall døgnpasienter totalt. Dette skyldes at én pasient kan inngå både i sykehus- og kommunehelsetjenestetallene, mens pasienten kun telles én gang i totaltallene. I tillegg mangler det henvisningsinformasjon for en del pasienter.
- 2 Datakvaliteten for individuell plan er noe usikker. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Totalt er en drøy fjerdedel (26,1 prosent) av døgnpasientene tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Det er i aldersgruppen 30-49 år at færrest pasienter har fått rettighetstildeling med en andel på 15,5 prosent. 54 prosent av de aller yngste pasientene har blitt tildelt rett til nødvendig helsehjelp.

Individuell plan utarbeides i størst grad for de yngste pasientene. 54 prosent av alle døgnpasienter mellom 0-15 år har fått utarbeidet individuell plan. For de aller eldste aldersgruppene er andelen med individuell plan drøye fire prosent. Totalt har sju prosent av alle døgnpasientene individuell plan.

Tabell 5.3 viser at det i 2013 var 24 708 dagopphold og polikliniske konsultasjoner og 1 970 pasienter ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Totalt sett gir dette 12,5 konsultasjoner per pasient. 31 prosent av disse var gitt rett til nødvendig helsehjelp og 7,6 prosent hadde fått utarbeidet individuell plan ved ankomst. Det er flest dag og polikliniske pasienter i aldersgruppene 30-49 år og 50-66 år, mens det er flest konsultasjoner per pasient i den yngste aldersgruppen. For pasientene under 16 år er det

ingen som er gitt rett til nødvendig helsehjelp, men denne aldersgruppen har fått utarbeidet individuell plan i mye større grad enn de eldre pasientgruppene.

Tabell 5.4 viser hovedårsaken til rehabiliteringen etter alder. Ut fra forskjeller i hvor de henvises fra, om de er tildelt rett til helsehjelp og om de har individuell plan settes det et skille på pasienter over og under 60 år. Dette skillet i alder deler rehabiliteringspasientene i to om lag like store grupper.

Tabellen viser at 40 prosent av alle døgnpasientene som mottok rehabilitering i private institusjoner hadde sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Relativt sett er det mange yngre rehabiliteringspasienter som har sykdommer knyttet til endokrine- og ernæringslidelser og psykiske lidelser og atferdsproblemer. For disse sykdomsgruppene er om lag 90 prosent av pasientene under 60 år.

De eldre pasientene rehabiliteres oftere for diagnoser knyttet til sirkulasjonssystemet, åndedrettssystemet og skader og forgiftninger. Pasienter som er 60 år og eldre rehabiliteres også oftere for sykdommer knyttet til svulster.

Tabell 5.3 Antall opphold og pasienter for dag og poliklinisk rehabilitering ved private rehabiliteringsinstitusjoner, samt andel med rettighetstildeling og individuell plan¹ og alder i 2013.

Alder	Dag og polikliniske konsultasjoner	Dag og polikliniske pasienter	Antall kons. per pasient	Andel med rett nødv. hj.	Andel med IP ved ankomst
0-15 år	1 290	64	20,2	0,0	64,1
16-29 år	1 851	161	11,5	14,3	12,4
30-49 år	11 501	733	15,7	22,1	6,5
50-66 år	7 040	610	11,5	31,1	5,2
67-79 år	2 010	280	7,2	58,9	2,1
80 år og over	1 016	122	8,3	57,4	2,5
Total	24 708	1 970	12,5	31,0	7,6

1 Datakvaliteten for individuell plan er noe usikker. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Tabell 5.4 Døgnpasienter ved private rehabiliteringsinstitusjoner etter utvalgte ICD-10-kapitler som hoveddiagnose og aldersgruppe i 2013.

ICD-10-kapittel	Under 60 år	60 år og over	Døgnpasienter totalt	Andel under 60 år
Sykdom i muskel-skjelettsystem og bindevev	4 718	4 929	9 647	48,9
Sykdom i nervesystemet	1 437	916	2 353	61,1
Sykdom i sirkulasjonssystemet	618	1 708	2 326	26,6
Endokrine sykdommer og ernærings sykdommer	1 794	267	2 061	87,0
Skader, forgiftninger	438	1 235	1 673	26,2
Svulster	376	717	1 093	34,4
Sykdom i åndedrettssystemet	171	430	601	28,5
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	519	48	567	91,5
Symptom, tegn, unormale kliniske funn	267	85	352	75,9
Andre kapitler	1 421	1 226	2 647	53,7
Manglende hoveddiagnose	324	205	530	61,1
Totalt	12 083	11 766	23 850	50,7

Tabell 5.5 viser median vente- og liggetid for døgnpasienter ut i fra hvor de er henvist fra og om de er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Median liggetid var om lag tre uker (21 dager) uavhengig av henvisningsinstans og rettighetstildeling. Det er en tendens at de yngste pasientene har noe kortere liggetid enn de eldre.

Ventetiden for å få behandling er betydelig lenger for pasienter henvist fra kommunehelsetjenesten

enn pasienter henvist fra sykehus. Det er også stor forskjell i ventetid for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. Ventetiden for pasienter som har fått rettighetstildeling er 24 dager, mens median ventetid for de som ikke er tildelt rett til nødvendig helsehjelp er 78 dager. Ventetidene faller med økende alder hos pasientene. Dette gjelder uavhengig av henvisningsinstans og rettighetstildeling.

Tabell 5.5 Innlagte pasienter ved private rehabiliteringsinstitusjoner etter median ventetid og median liggetid i ulike aldersgrupper fordelt på henvisningsinstans og rettighetstildeling i 2013.

Alder	Henvist fra				Rettighetstildeling			
	Sykehus		Kommunehelsetj.		Rett nødv. helsehj.		Ikke rett nødv. helsehj.	
	Ventetid	Liggetid	Ventetid	Liggetid	Ventetid	Liggetid	Ventetid	Liggetid
0-15 år	124	18	152	17	152	18	112	16
16-29 år	102	24	121	21	138	18	104	24
30-49 år	106	23	102	24	114	24	103	24
50-66 år	52	21	100	24	35	21	90	23
67-79 år	13	19	74	21	11	21	39	21
80 år og over	9	20	49	21	9	21	25	21
Totalt	31	21	96	22	24	21	78	21

5.2 REGIONALT NIVÅ

Det er til dels store regionale variasjoner i antall opphold og konsultasjoner for rehabilitering i private institusjoner. Tabell 5.6 viser at det er flest som mottar døgnrehabilitering i private institusjoner i Helse Nord, med 8,6 opphold per 1 000 innbyggere, mens det er færrest i Helse Vest, med 3,6 opphold per 1 000 innbyggere. Det er særlig befolkningen i Stavanger-området som har få døgnopphold i private institusjoner. Når det gjelder dag og polikliniske konsultasjoner, ligger Helse Nord svært lavt med 0,2 konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Befolkningen i Helse Sør-Øst har 6,5 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i private rehabiliteringsinstitusjoner og det er særlig Innlandet som ligger høyt.

Tabell 5.7 viser fordelingen av døgnpasienter i de fire største diagnosegruppene i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Endokrine ernærings sykdommer, sykdommer i nervesystemet, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel- og skjelettsykdommer står for om lag 70 prosent av alle diagnosene ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Tabellen viser likevel

at institusjonene har ulik profil i hvilken type rehabilitering de utfører. For eksempel behandler Evjeklinikken nesten utelukkende pasienter innenfor sykdomsgruppen endokrine ernærings sykdommer, mens 93 prosent av pasientene ved Hernes behandles for sykdommer i muskel- og skjelettsystemet.

Tabell 5.8 viser antall døgnpasienter ved private rehabiliteringsinstitusjoner i 2013. Tabellen viser også gjennomsnittlig alder, liggetid og ventetid for pasientene som ble behandlet der. Gjennomsnittlig alder for døgnpasienter som ble behandlet i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2013 var 58 år. Gjennomsnittlig alder varierte fra 30 år ved Beitostølen til 73 år ved Selli. Den gjennomsnittlige liggetiden for døgnpasienter ved private rehabiliteringsinstitusjoner var 22 dager i 2013. Namdal er institusjonen med kortest gjennomsnittlig liggetid (13 dager), mens pasienter ved Røysumtunet hadde lengst gjennomsnittlig liggetid (57 dager). Gjennomsnittlig ventetid ved de private rehabiliteringsinstitusjonene var i 2013 96 dager. Det var imidlertid stor variasjon mellom institusjonene. Ventetiden varierte fra 16 dager ved Godthaab til 329 dager ved Evjeklinikken.

Tabell 5.6 Antall opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner etter bostedsområde i 2013.

Bostedsområde	Døgnopphold		Dag og polikliniske konsultasjoner	
	Antall	Per 1 000 innbyggere	Antall	Per 1 000 innbyggere
Helse Sør-Øst	14 778	5,2	18 509	6,5
Helse Vest	3 903	3,6	3 376	3,1
Helse Midt-Norge	3 990	5,7	2 537	3,6
Helse Nord	4 117	8,6	90	0,2
Totalt	26 788	5,2	24 512	4,8
Østfold	1 561	5,5	2 470	8,7
Hovedstadsområdet	4 174	4,1	6 894	6,8
Innlandets område	3 223	8,1	6 685	16,9
Vestre Viken-området	2 864	6,1	2 205	4,7
Vestfold	887	3,9	37	0,2
Telemark	992	5,8	99	0,6
Sørlandet	1 077	3,7	119	0,4
Stavanger-området	572	1,6	49	0,1
Fonna-området	595	3,3	26	0,1
Bergen-området	2 268	5,2	3 066	7,1
Sogn og Fjordane	468	4,3	235	2,2
Møre og Romsdal	1 398	5,4	< 5	0,0
St. Olavs-området	1 582	5,2	2 265	7,4
Nord-Trøndelag	1 010	7,4	270	2,0
Helgeland	395	5,0	27	0,3
Nordland-området	1 393	10,2	5	0,0
UNN-området	1 472	7,8	7	0,0
Finmark	857	11,4	51	0,7

Tabell 5.7 Antall døgnpasienter i fire utvalgte ICD-10-kapitler og totalt per institusjon i 2013.

Institusjon	Endokrine ernærings sykd.	Sykdommer i nervesystemet	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	Sykdommer i muskel/skjelett	Alle døgnpasienter
Godthaab	8	5	83	252	902
Kastvollen	0	195	2	100	360
Steffensrud	0	137	134	277	673
Rauland	11	65	5	183	671
Nordtun	0	7	41	365	616
Haugland	135	102	23	595	1 072
Selli	3	1	65	108	360
Ringen	5	119	101	198	569
Hokksund	1	56	7	633	932
Muritunet	222	1	1	353	657
Vikersund	11	115	47	782	1 154
Landaasen	23	5	51	363	844
Beitostølen	10	280	51	51	680
Rehabilitering Vest as	2	5	2	161	212
Conrad Svendsen Senter	0	0	0	0	37
Telemark	370	1	59	94	554
Aure	2	78	29	127	278
Røysumtunet	0	79	0	0	81
Valsnesfjord	63	82	150	185	867
Fram Helserehab	1	163	110	311	720
PTØ-Hamar	-	-	-	-	-
Ravneberghaugen	4	5	22	324	498
Catosenteret	1	39	16	22	543
Grande	0	0	141	234	498
Skibotsenteret	0	0	37	0	236
Krokeidesenteret Krokeide	1	0	144	0	162
Finnmark	33	4	18	384	526
Nord-Norges Kurbad	7	155	89	646	1 120
Skogli	29	72	117	651	1 123
Røros	206	7	242	44	1 038
Hernes	0	1	1	190	205
Jeløy kurbad	6	31	155	623	965
Helgeland Rehabilitering	0	0	16	20	63
Coperiosenteret	-	-	-	-	-
Hakadal MS-Senter	0	383	0	0	382
Meråker	0	8	81	286	457
Namdal	0	3	1	94	171
Evjeklinikken	291	0	0	0	293
Bakke	4	8	86	235	474
Tonsåsen	230	0	0	0	230
Åstveit	7	21	109	146	938
Oppfølgingsenheten Frisk	-	-	-	-	-
Eiksåsen MS-Senter	0	93	0	0	103
Idrettens Helsecenter	-	-	-	-	-
Krokeidesenteret Nærland	82	3	101	3	277
Sørlandets Eiken	5	56	11	342	596
NIMI hjelp24	297	0	0	343	713
Totalt	2 070	2 385	2 348	9 725	23 850

Tabell 5.8 Døgnpasienter ved private rehabiliteringsinstitusjoner etter gjennomsnittlig alder, liggetid og ventetid i 2013.

Institusjon	Antall døgn- pasienter	Gjennomsnittlig		
		Alder	Liggetid	Ventetid
Godthaab	902	71	17	16
Kastvollen	360	65	21	108
Steffensrud	673	64	31	97
Rauland	671	46	31	95
Nordtun	616	70	20	58
Haugland	1 072	48	19	119
Selli	360	73	23	31
Ringen	569	72	18	31
Hokksund	932	60	25	42
Muritunet	657	53	22	213
Vikersund	1 154	62	25	51
Landaasen	844	56	18	93
Beitostølen	680	30	21	170
Rehabilitering Vest as	212	54	24	73
Conrad Svendsen Senter	37	67	16	64
Telemark	554	55	17	120
Aure	278	59	19	62
Røysumtunet	81	47	57	93
Valsnesfjord	867	42	18	141
Fram Helserehab	720	70	21	34
PTØ-Hamar	0	-	-	-
Ravneberghaugen	498	68	21	25
Catosenteret	543	39	25	104
Grande	498	65	21	84
Skibotnsenteret	236	63	26	155
Krokeidesenteret Krokeide	162	60	24	109
Finnmark	526	56	23	119
Nord-Norges Kurbad	1 120	57	18	138
Skogli	1 123	57	22	65
Røros	1 038	55	21	93
Hernes	205	45	52	66
Jeløy kurbad	965	60	22	161
Helgeland Rehabilitering	63	67	20	95
Coperiosenteret	0	-	-	-
Hakadal MS-Senter	382	51	23	218
Meråker	457	62	23	114
Namdal	171	69	13	26
Evjeklinikken	293	46	14	329
Bakke	474	66	22	46
Tonsåsen	230	48	18	227
Åstveit	938	71	18	30
Oppfølgingsenheten Frisk	0	-	-	-
Eiksåsen MS Senter	103	61	25	174
Idrettens Helsecenter	0	-	-	-
Krokeidesenteret Nærland	277	55	24	83
Sørlandets Eiken	596	64	17	43
NIMI hjelp24	713	57	23	146
Totalt	23 850	58	22	96

6 DEFINISJONER, DATAGRUNNLAG OG METODE

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

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

Datagrunnlag for rapporten er pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR), som er en del av den årlige utleveringen av data til SAMDATA-prosjektet. De fleste analysene er gjort med utgangspunkt i en avdelingsoppholdfil innen somatikken. Denne filen inneholder alle avdelingsopphold ved helseforetakene og andre institusjoner som omfattes av ISF. I tillegg er det også gjort analyser i avdelingsoppholdfilen for psykisk helsevern, for å identifisere habiliteringsavdelinger som er rapportert der.

I tillegg til avdelingsoppholdfilene er det også gjort analyser i sykehusoppholdfilen med formål å identifisere forskjellen mellom antall opphold der og i avdelingsoppholdfilen. Forskjellen mellom sykehus- og avdelingsoppholdfilen er at i sykehusoppholdfilen er alle innleggelses som består av flere sammenhengende avdelingsopphold slått sammen til sykehusopphold etter nærmere regler. Sykehusoppholdfilen vil derfor inneholde færre opphold enn avdelingsoppholdfilen.

Datagrunnlaget omfatter også rehabilitering ved private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med et av de regionale helseforetakene. Oppholdene ved de private institusjonene blir ikke

aggregert opp til sykehusopphold.

I ventetidsanalysene er det brukt ventelistedata fra NPR for 2013.

6.1 HABILITERING

For å identifisere habiliteringsaktiviteten i pasientdatafilen, er det tatt utgangspunkt i en oversikt over alle habiliteringsavdelinger ved de norske helseforetakene. Disse habiliteringsavdelingene ble videre identifisert i pasientdata ved hjelp av fagenhetkoder, tjenesteenhetskoder, behandlingstedkoder, RESH-id-koder og lignende. Denne identifiseringsjobben har vært krevende fordi det ikke finnes noen komplett oversikt over hvilke koder avdelingene bruker, helseforetakene er ulikt organisert og det er forskjell i hvilket nivå data blir rapportert på. I tillegg er omtrent halvparten av all voksenhabilitering organisert under psykisk helsevern. Denne aktiviteten er derfor definert som psykisk helsevern i dataene og ligger i en annen datafil.

Siden dette er første gang man gjør analyser på habiliteringsfeltet på denne måten, kan man ikke være helt sikker på at man har klart å identifisere alle habiliteringsavdelingene i dataene⁷. Man må derfor være ekstra forsiktig i tolkningen av tallene, med tanke på at utviklingen av et godt analysegrunnlag for dette fagområdet kun er i startgropa. Mangelen på god statistikk innen habiliteringsfeltet har også gjort det vanskelig for helseforetakene å fokusere på god registreringspraksis og å sammenlikne seg med hverandre. Dette har gjort at det er større

⁷ Regionalt senter for utviklingshemmede med psykose og atferdsforstyrrelser ved Vestre Viken HF og Psykiatrisk innsatsteam Vensmoen og Habiliteringsteamet for voksne, Salten DPS ved Nordlandssykehuset HF har vi ikke klart å identifisere i pasientdataene.

sannsynlighet for at det kan ha utviklet seg ulik registreringspraksis mellom helseforetakene, noe som igjen vil påvirke kvaliteten på dataene som rapporteres inn til NPR. Det er derfor grunn til å tro at en del av variasjonen mellom regionene og bostedsområdene skyldes forskjeller i hvordan dataene blir registrert og hva som blir registrert. Ved å presentere tall for dette fagområdet i denne rapporten og i fremtidige rapporter har man imidlertid grunn til å tro at fokuset på å ha en god og entydig registreringspraksis vil bli større, og at datakvaliteten dermed vil bedre seg i årene som kommer.

Innenfor habiliteringsfeltet blir det skilt mellom habilitering for barn og unge og habilitering for voksne. Alle pasienter mellom 0-18 år er definert som habilitering for barn og unge, pasienter fra 19 år og oppover tilhører habilitering for voksne.

6.2 REHABILITERING

Sykehusrehabilitering er definert som alle opphold og konsultasjoner med ICD-10⁸-kode Z50 som hovedtilstand. Poliklinisk fysikalsk medisin, annen fysikalsk behandling (Z50.1), er imidlertid kun inkludert i en oversiktstabell i begynnelsen av kapitlet.

Vanlig rehabilitering:

Rehabilitering som er kodet med ICD-10-koden Z50.89 vanlig rehabilitering. Dette er rehabilitering som omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjon og minimum fire spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team.

Kompleks rehabilitering:

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

- Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager.
- Pasienten har minimum én overnatting.
- Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompenserende teknikker og tilpasning av hjelpemidler/miljø.
- Det foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid.
- Arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan habilitering/rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder.

Poliklinisk rehabilitering:

Rehabilitering som er kodet med ICD-10-koden Z50.9 behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak. Tilbud som registreres som poliklinisk rehabilitering skal oppfylle følgende vilkår og være dokumentert i journalen:

- Pasienten skal være henvist til rehabiliteringsprogrammet av lege.
- Rehabiliteringsprogrammet skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og tilrettelagt plan skal være utarbeidet for den enkelte pasient før oppstart av rehabiliteringsprogrammet. Hovedinnholdet i programmet skal være individrettet, men deler av tjenesteinnholdet kan gjennomføres gruppebasert.
- Programmet skal inneholde minst én individuell kontakt med lege for samtale og/eller behandling.
- Minst tre ulike typer helsepersonell skal være involvert i programmet og det skal fremstå som tverrfaglig.
- Lege skal være ansvarlig for innhold og gjennomføring.
- Helsehjelpen skal i hovedsak bestå av tverrfaglige rehabiliteringstiltak som kan bidra til å bedre pasientens funksjonsevne. I tillegg kan programmet inneholde tiltak som innebærer lærings- og mestringsaktiviteter.

⁸ ICD-10 er et internasjonalt statistisk klassifikasjonssystem for sykdommer og relaterte helseproblemer. Selv om ICD-10 er et kodeverk som er diagnoserelatert, inneholder det også et kapittel Z med overskriften «Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten.» I dette kapitlet vil momenter som ikke er diagnoser, men snarere årsak til behandling framkomme, heriblant rehabilitering.

Primær rehabilitering:

Her er en av kodene i ICD-10 satt som hovedtilstand i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres ved opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen.

Sekundær rehabilitering:

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

Spesielt om primær og sekundær rehabilitering:

For mange kan disse begrepene være forvirrende. Det er nærliggende å tro at primær rehabilitering er rehabilitering i et tidlig forløp, for eksempel like

etter at et hjerneslag har inntruffet. Ofte vil det imidlertid være motsatt. Man blir lagt inn akutt for hjerneslaget, hvorpå man så fort som mulig starter opp rehabiliteringsprosessen på akuttavdelingen. Da

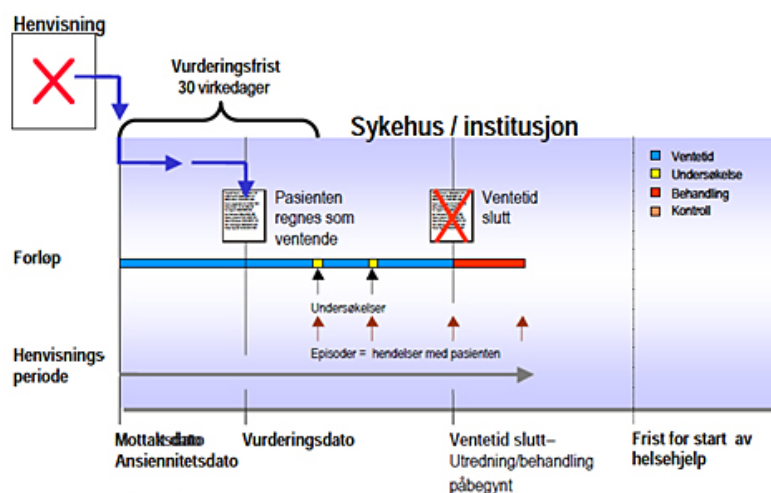
6.3 VENTETIDER

Kapittel 4 bygger på en ventelistefil fra NPR for 2013. Det er alle henvisninger kodet med fagområde 230 Fysisk medisin og rehabilitering som er grunnlaget for analysen. Det er bare henvisninger som blir tatt imot og hvor pasienten settes på venteliste som omfattes av analysen i kapittel 4. Henvisninger som blir avslått er holdt utenfor analysene.

Henvisninger som er kodet som pasientbestemte eller medisinsk bestemte utsettelse er ekskludert fra analysene fordi disse påvirker ventetidene. Ventetid påbegynt helsehjelp defineres som antall dager mellom ansiennitetsdato og dato for når ventetiden avsluttes. Dette illustreres i figur 6.1.

Figur 6.1 Skjematisk oversikt over henvisninger og ventetider⁹

Ventetid sluttdato – Utredning/behandling påbegynt



9 Kilde: Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet IS-10/2009.

Ventetider blir beregnet for alle pasienter som er ordinært avvirket fra ventelisten i perioden. Det er benyttet to mål på ventetid i analysen i kapittel 4; gjennomsnittlig og median ventetid. Gjennomsnittlig ventetid påvirkes i stor grad av ekstreme verdier, som ofte skyldes dårlig datakvalitet. For å redusere effekten av ekstreme verdier er negativ ventetid (avviklingsdato før ansiennitetsdato) satt til 0 dager. Ventetid over 365 dager er satt til 365 dager. Median ventetid er den ventetiden som deler utvalget i to like store grupper. Dette målet på ventetid er mindre påvirket av ekstremverdier. Oslo universitetssykehus er ekskludert fra ventetidsanalysene på grunn av stor andel manglende rapporterte data for ansiennitetsdato.

Rettighetstildeling:

Henvisninger fra fastlege til spesialisthelsetjenesten vurderes ut fra Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Denne rettigheten er

utdypet i Prioriteringsveilederen, der det står at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når:

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.
2. Pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen.
3. De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Alle tre vilkårene må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Når man har fått rett til nødvendig helsehjelp, får man også en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal ha blitt gitt. Det er mange pasienter som får behandling i spesialisthelsetjenesten uten å ha rett til nødvendig helsehjelp med juridisk bindende frist. Disse utgjør da «de andre» pasientene når man angir andel som har rett til nødvendig helsehjelp.



Postadresse: Postboks 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: + 47 810 200 50

E-post: postmottak@helsedir.no

Webside: www.helseDirektoratet.no