

Rehabilitering etter hjerneslag

SKDE-notat 30. januar 2020

Janice Shu
janice.shu@helse-nord.no

Tove Johansen
tove.johansen@helse-nord.no



Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
www.skde.no

Introduksjon

SKDE har mottatt en bestilling fra Fagavdelingen i Helse Nord RHF angående rehabilitering i spesialisthelsetjenesten for utvalgte fagområder. Først ut er denne rapporten som omhandler rehabilitering etter akutt hjerneslag.

I Norsk hjerneslagregister sin årsrapport 2018 rapporteres det at hver fjerde slagpasient angir at de har ikke fått dekket sitt behov for trening etter 3 måneder ¹. Helsedirektoratet lanserte i 2018 pakkeforløp for hjerneslag med formål om blant annet å skape bedre og likeverdige helsetjenester. Pakkeforløpet blir nå utvidet til å omfatte oppfølging og rehabilitering, da det per i dag er for store variasjoner i oppfølging og rehabiliteringstilbud i ulike kommuner ². Det er på bakgrunn av dette grunn til å anta at det er uberettiget variasjon i denne pasientgruppen.

Rehabilitering er et omfattende fagområde på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Anbefalingen fra 'Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering etter hjerneslag' ³ er at pasienter med behov for spesialisert døgnbasert rehabilitering i forlengelse av akutttoppholdet bør få tilbud om innleggelse i rehabiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten. For pasienter med lette til moderate funksjonsutfall er det en sterk anbefaling om at de bør få tverrfaglig oppfølging og rehabilitering i hjemlige omgivelser. For å få et helhetlig bilde av rehabilitering trenger en således data for hele forløpet, fra spesialist- til kommunehelsetjenesten.

SKDE har tilgang til data om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten slik denne aktiviteten er rapportert til Norsk pasientregister (NPR). SKDE har imidlertid ikke tilgang til detaljerte data fra kommunehelsetjenesten rapportert til Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). For å fylle ut bildet av rehabiliteringen som gis til hjerneslagpasientene er aggregert statistikk fra disse kildene anvendt.

¹Kilde: www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-hjerneslagregister/kvalitetsforbedring

²Kilde: www.helsedirektoratet.no/nyheter/utvidet-pakkeforlop-hjerneslag

³kilde: www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag

Oppsummering

Basert på tilgjengelig data for dette notatet er det stor variasjon i bruken av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Andelen hjerneslagpasienter som rehabiliteres er i gjennomsnitt 18 %, og variasjon strekker seg fra henholdsvis 34 % til 8 % i opptaksområdene UNN og Østfold.

Det er viktig å være klar over at de 18 % (1 819) av slagpasientene som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten gjelder utvalgte former for rehabilitering. En stor gruppe pasienter mottar rehabilitering i akuttoppholdet som er definert som 'sekundær rehabilitering', og der er 1 447 pasienter ekskludert. Hvis de rehabiliteringsoppholdene tas med vil gjennomsnittlig andel rehabilitering øke til 33 %, men variasjonen vil være større og i verste fall misvisende. Årsaken er usikkerhet knyttet til kodepraksis ved avdelinger hvor pasientene mottar akuttbehandlingen. Derfor presenteres resultater for sekundær rehabilitering i vedlegg.

Pasientene i utvalget som er 75 år eller eldre utgjør 50 % men mottar 30 % av rehabiliteringen. De yngre, 18 til 64 år, utgjør rett over 20 % av pasientene, og mottar nesten 40 % av rehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten, deriblant primær kompleks rehabilitering.

Det utføres mer kompleks enn enkel rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, og det er variasjon mellom opptaksområdene. Enkelte opptaksområder, slik som UNN og Finnmark, har en klart høyere andel enkel enn kompleks rehabilitering.

I gjennomsnitt blir 62 % av pasientene som mottar døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten overført direkte til rehabiliteringsavdeling på sykehus eller privat institusjon. Enkelte opptaksområder har en lavere andel, og det kan skyldes annen organisering av tjenesten, eller at det er ventetid for å få plass til rehabilitering. Alt i alt har 84 % av pasientene som mottar døgnrehabilitering startet sitt rehabiliteringsopphold innen fire uker fra utskrivelse fra sykehuset.

Resultatene presentert er ikke ensbetydende med at bosatte i opptaksområdene hvor det er lav rate ikke mottar rehabilitering. Tjenesten organiseres ulikt, og det er utfordrende å få et helhetsbilde når pasientene ikke kan følges fra spesialist- til kommunehelsetjeneste.

Ved bruk av aggregert statistikk observeres en sammenheng mellom antall av pasienter som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og antall brukere som mottar habilitering-rehabilitering i kommunal institusjon. Flere av opptaksområdene med lav andel rehabilitering i sykehus har over gjennomsnittlig bruk av habilitering-rehabilitering i kommunal institusjon, og for opptaksområdene med høy andel rehabilitering i sykehus er det under gjennomsnittlig bruk av habilitering-rehabilitering i kommunal institusjon.

Fremdeles mangler en oversikt over rehabilitering i kommunene som skjer utenfor institusjon, samt en oversikt over andelen av pasienter som utskrives til sykehjem.

Utvvalg

Analysene av rehabilitering tar utgangspunkt i pasienter, 18 år eller eldre, med rapportert akutt hjerneslag og akutt subaraknoidalblødning innlagt i sykehus i perioden 01.01.2017 til og med 31.12.2017. Subaraknoidalblødning er ikke regnet som hjerneslag, men i denne rapporten omtales de som en del av hjerneslagpasientene da de i et rehabiliteringsperspektiv har lignende behov.

Alle pasientene følges i spesialisthelsetjenesten i seks måneder etter innskrivelse med akutt hjerneslag med tanke på identifikasjon av rehabiliteringstiltak.

Akutt hjerneslag

For inkludering av pasienter med akutt hjerneslag brukes de samme diagnosekodene som Hjerneslagregisteret bruker for inklusjon⁴. I tillegg er I60 – subaraknoidalblødning inkludert.

- I60 - subaraknoidalblødning
- I61 - hjerneblødning
- I63 - hjerneinfarkt
- I64 - hjerneslag, ikke spesifisert som blødning eller infarkt

Det er satt krav til at hjerneslaget skal være den primære årsaken til kontakt med spesialisthelsetjenesten, og hjerneslagdiagnosen skal derfor være registrert som hoveddiagnose. I tillegg skal kontakten være rapportert som 'akutt', og føre til en innleggelse med varighet på minst ett døgn.

Pasientene følges i seks måneder fra første akutte slagopphold registrert i 2017. Enkelte pasienter har flere slag i perioden vi analyserer, og de behandles her likt som i Hjerneslagregisteret. Hvis en akutt slagepisode har en inndato som er mindre enn ni dager fra forrige slagopphold regnes det som samme opphold. En akutt slagepisode mer enn ni dager fra forrige slagopphold regnes som slag nummer to.

Det er 9 891 pasienter med hjerneslag og av disse har 315 mer enn ett slag i perioden. Disse pasientene følges i seks måneder fra det første hjerneslaget.

Rehabilitering – døgninnleggelser

Pasienter som er innlagt og mottar døgnbehandling kan få primær eller sekundær rehabilitering.

Primær rehabilitering defineres som opphold i egne avdelinger hvor hensikten er rehabilitering. ICD-10-kode Z50.89 (enkel rehabilitering) eller Z50.80 (kompleks rehabilitering) rapporteres som hoveddiagnose og aktuell sykdom, hjerneslag, rapporteres som bidiagnose. Oppholdet starter vanligvis direkte eller kort tid etter utskrivelse fra akuttoppholdet.

Sekundær rehabilitering starter i samme opphold som akuttbehandlingen. Aktuell sykdom, hjerneslag, står som hoveddiagnose og nevnte ICD-10-koder for enkel eller kompleks rehabilitering rapporteres som bidiagnose.

⁴Kilde: www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-hjerneslagregister

Vilkårene for å registrere aktivitet som rehabilitering følger fra ISF-regelverket⁵. Det nevnes blant annet at det skal være fire eller seks ulike spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team for å registrere aktivitet som henholdsvis enkel eller kompleks rehabilitering. Hver helsefaggruppe skal ha bidratt i vesentlige deler av rehabiliteringen. Arbeidet skal ledes av legespesialist innen fysikalsk medisin og rehabilitering eller spesialist innen fagområde revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri, spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten under oppholdet.

I notatet her er fokus rehabilitering som skjer etter utskrivelse fra et akuttopphold på sykehus. Derfor tas ikke akuttoppholdene kodet med sekundær rehabilitering med. Årsaken til det er usikkerhet knyttet til kodepraksis, se vedlegg side 23.

Rehabilitering – poliklinikk/dagbehandling

Poliklinisk rehabilitering er elektive rehabiliteringsprogram i spesialisthelsetjenesten bestående av serier av polikliniske opphold. Slik rehabilitering karakteriseres av sammensatte tilbud som gis i løpet av samme dag. De identifiseres ved ICD-10-koden Z50.9 som diagnose, i kombinasjon med diagnose for aktuell sykdom, hjerneslag eller følgetilstand etter hjerneslag.

Vilkårene i ISF-regelverket for å registrere aktivitet som poliklinisk rehabilitering er blant annet at minst tre ulike helsepersonellgrupper, relevant for aktuelle tilstand, er involvert. Det er et individrettet rehabiliteringsprogram, men inntil 80 % kan være individrettet behandling i gruppe. Det skal være minst en individuell kontakt med lege.

I rapporten her er rehabilitering som er kodet som primær, men gjennomført som dagbehandling, slått sammen med gruppen poliklinisk rehabilitering.

Andre polikliniske kontakter

I tillegg er det polikliniske kontakter som ikke er registrert som poliklinisk rehabilitering, men likevel kan ha et innhold av rehabilitering. Dette er polikliniske kontakter som muligens ikke har oppfylt kravene for å bruke ICD-10-kodene for poliklinisk rehabilitering, eller det kan skyldes annen kodepraksis.

Ambulante rehabiliteringsteam (ART) fra sykehusene følger opp hjerneslagpasienter som er henvist til de. ART gjennomfører ikke rehabiliteringen, men er involvert i den grad de utreder, kartlegger og veileder kommunene som utfører rehabiliteringen. I samtaler med ansatte i ART kommer det fram at de ikke alltid har prosedyrekoder som beskriver jobben de gjør. I 2018 kom en særkode som skulle brukes for ambulant virksomhet, men den er altså ikke gjeldende for 2017. Virksomheten til de ambulante rehabiliteringsteamene er dermed problematisk å skille fra andre polikliniske kontakter.

Det presenteres derfor en oversikt på side 16 over planlagte polikliniske kontakter innen seks måneder etter hjerneslaget for pasientgruppen som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Pasientene deles i to grupper hvor den ene har kontakter med hjerneslag eller følgetilstand etter hjerneslag som hoveddiagnose, mens den andre gruppen er pasienter som har polikliniske kontakter med andre hoveddiagnoser.

⁵Kilde: www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isfregelverk-2017

Det gis en lignende oversikt på side 19 over poliklinisk aktivitet for pasientgruppen som ikke har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Rehabilitering – private institusjoner

Samtlige regionale helseforetak har i tillegg til rehabiliteringstilbud ved sykehusene inngått avtaler om rehabilitering ved private institusjoner. Helse Nord RHF har avtale med følgende private institusjoner for rehabilitering etter hjerneslag⁶.

- Opptreningscenteret i Finnmark
- Valnesfjord Helsesportsenter (kun kronisk fase)
- Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad
- Helgeland rehabilitering
- Nordtun HelseRehab

De private institusjonene har tildels ulik kodepraksis. Mange rapporterer ICD-10-koder for rehabilitering som hoveddiagnose, men ikke alle registrerer aktuell sykdom, hjerneslag, som bidiagnose. Noen rapporterer hjerneslag som hoveddiagnose, og ingen kode for rehabilitering. Bidiagnose kan mangle, eller det kan være rapportert flere ulike, og de er ikke nødvendigvis årsaken til rehabiliteringsoppholdet.

Pasientforløpene vi analyserer gjelder alle pasienter som har gjennomgått et akutt hjerneslag, og det er kun institusjonene som har avtale med RHF'ene for rehabilitering etter hjerneslag som er inkludert i analysene. Dette forholdet, kombinert med tidsbegrensningen på seks måneder oppfølgingstid, gjør at det er lite sannsynlig at det er andre tilstander som er årsak til opphold på privat institusjon. Det er derfor i analysene her valgt å ikke stille krav til hjerneslagdiagnose registrert hos privat institusjon.

Rehabilitering – kommunehelsetjenesten

Da det ikke er mulig å følge pasientutvalget videre fra spesialisthelsetjenesten og over i kommunehelsetjenesten er det brukt aggregert statistikk fra KUHR og IPLOS for å fylle ut bildet. Det er dermed ikke det samme pasientutvalget som analyseres i statistikken fra KUHR og IPLOS som fra NPR, men det er veldig sannsynlig at pasientene med hjerneslag i spesialisthelsetjenesten er en del av den rapporterte statistikken.

Fra KUHR er det mottatt data knyttet til bruk av fysioterapi og fastlegekonsultasjoner. Det er obligatorisk å rapportere diagnosekode på regningskortet til HELFO. Data mottatt er en oversikt over antall pasienter over 18 år og antall kontakter hvor fysioterapeut har brukt takstkode for trening i kombinasjon med diagnosekode for hjerneslag. For fastlegene er det mottatt data for antall pasienter over 18 år og kontakter hvor fastlege har brukt takstkode for konsultasjon i kombinasjon med diagnosekode for hjerneslag. Fastlegene gjennomfører ikke rehabilitering, men er inkludert her for å vise bruk av allmennlegetjenesten for pasientene med hjerneslag.

IPLOS-data er hentet fra statistikkbanken til SSB⁷. Følgende to tabeller er brukt, tabell 11642 – Brukarar av omsorgstjenester i løpet av året, etter alder og detaljert tjeneste,

⁶Kilde: www.helse-nord.no/behandlingssteder/private-rehabiliteringsinstitusjoner

⁷Kilde: www.ssb.no/statbank/list/pleie

og tabell 11644 – Døgn til omsorgstjenester i løpet av året, etter alder og døgnbasert tjeneste.

Valgt tjeneste er «tidsavgrensa opphold - habilitering/rehabilitering» for begge tabellene. Den første tabellen viser unike brukere per kommune, den andre viser antall døgn for de samme brukerne. Brukere er knyttet til betalende kommune, også når tjenesten gis i annen kommune. Det gjøres oppmerksom på at dette er både habilitering og rehabilitering, og det er ikke mulig å skille på hvilken medisinsk tilstand som er årsak til gitt tjeneste.

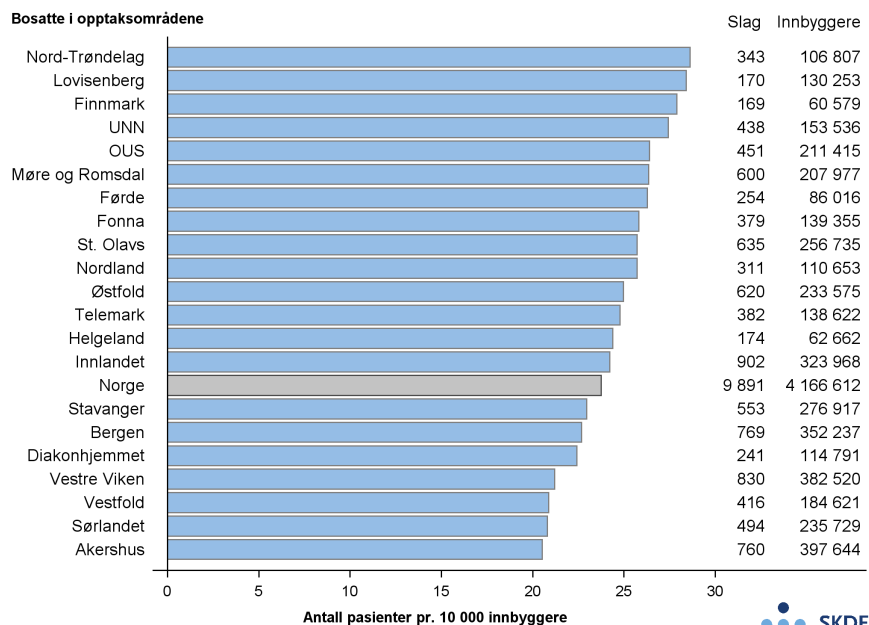
Statistikken med IPLOS-data deler brukerne i fem aldersgrupper, samt en summeringslinje som viser totalt antall brukere pr kommune. Kommuner som har en aldersgruppe med antall brukere under fem er sensurert, men totalt antall brukere fremkommer likevel usensurert hvis kommunen samlet har over fem brukere.

For ikke å miste mange brukere er det estimert tre brukere i aldersgrupper som er sensurert. Totalt antall brukere for landet er 16 051 ved bruk av summeringslinjene. I analysen fremkommer det 15 731 brukere, det er altså litt færre enn hva som er rapportert inn fra kommunene.

Resultater – boperspektiv

Hjerneslag – antall pasienter

Det er totalt 9 891 unike pasienter med akutte hjerneslag i perioden 01.01.2017 – 31.12.2017. Av disse har ca 4 % subaraknoidalblødning.

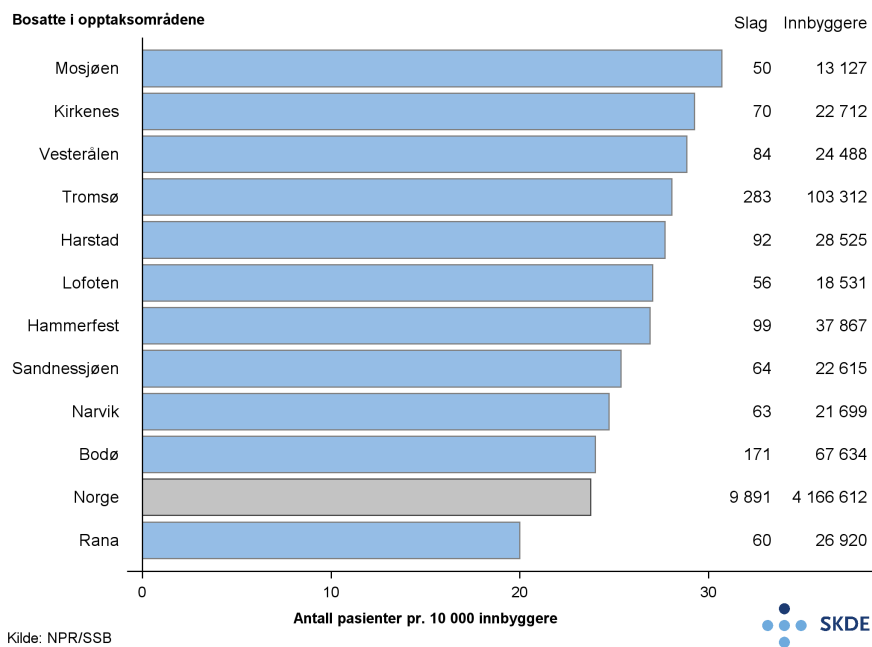


Kilde: NPR/SSB



Figur 1: Antall hjerneslagpasienter 18 år eller eldre i 2017 pr. 10 000 innbyggere, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde.

I opptaksområdene til Helse Nord RHF er det 1 092 unike pasienter med akutt hjerneslag, hvorav subaraknoidalblødning utgjør 4 %.



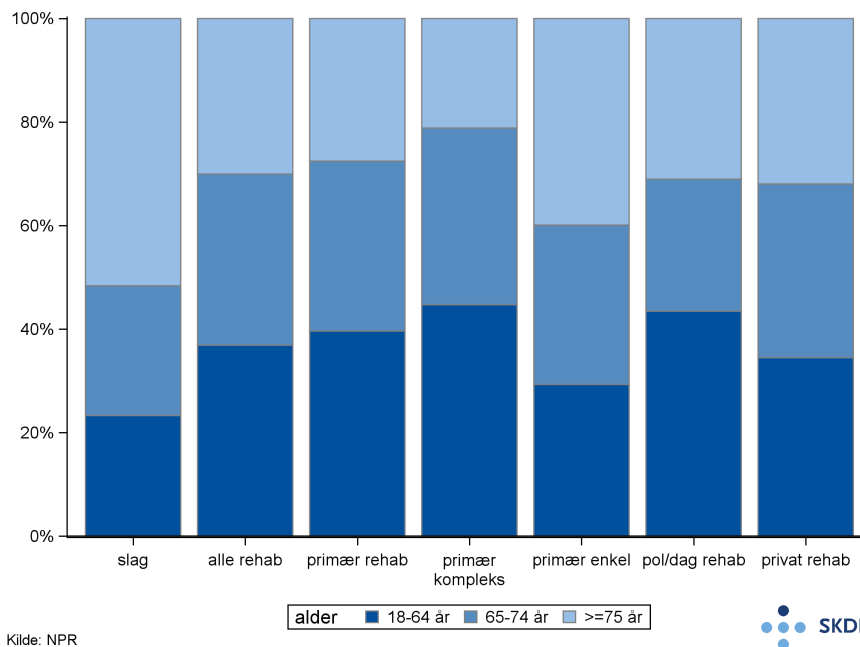
Figur 2: Antall hjerneslagpasienter 18 år eller eldre i 2017 pr. 10 000 innbyggere i Helse Nord, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde.

Oversikt – rehabilitering spesialisthelsetjenesten

Resultatene for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten viser ikke hele bildet i den grad en stor andel rehabilitering er utelatt. Det er usikkerhet knyttet til kodepraksis i akutt-oppholdet, og dermed usikkert om andelen av pasienter som mottar rehabilitering i akutttoppholdet, sekundær rehabilitering, er fullstendig. Det vises derfor til vedlegg side 23 for resultater tilknyttet rehabilitering i akutttoppholdet. Når det videre refereres til 'alle rehabiliteringspasienter' så menes det rehabilitering definert som primær, privat eller poliklinisk rehabilitering.

Alle pasienter i utvalget er delt i tre grupper basert på alder, figur 3. Første søyle viser alle slagpasienter, neste er alle rehabiliteringspasienter, deretter pasienter som mottar de ulike formene for rehabilitering.

De yngre pasientene, 18 til 64 år, utgjør en forholdsvis mindre andel av pasientene, ca 20 %, mens pasientene 75 år eller eldre utgjør over 50 %.



Kilde: NPR

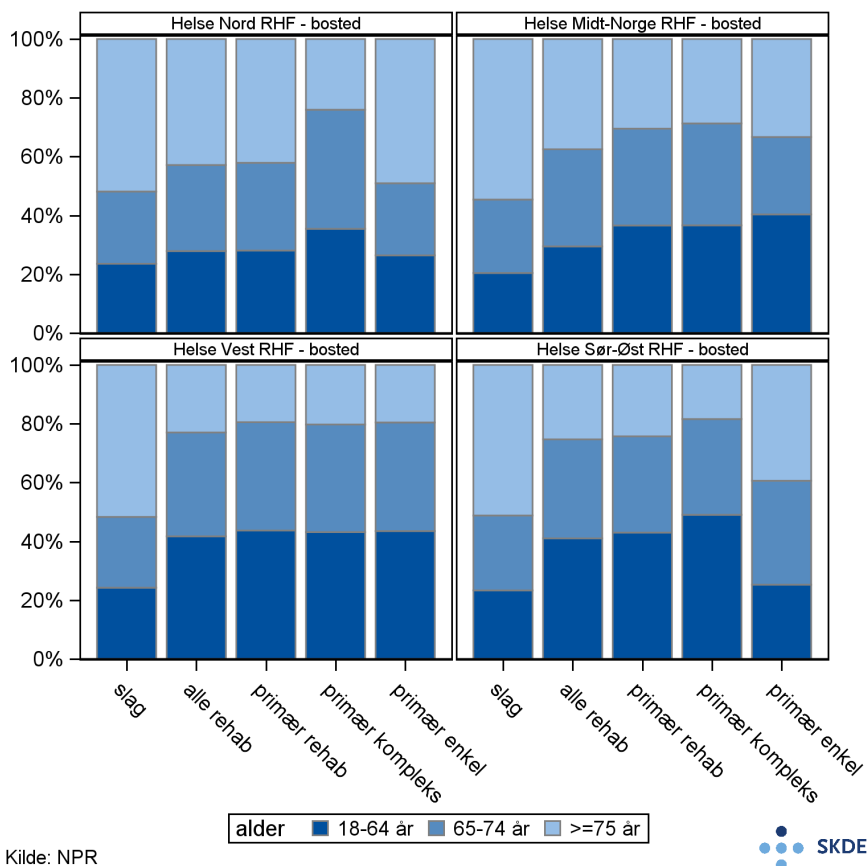


Figur 3: Andel av pasienter med akutt hjerneslag i 2017 og i ulike rehabiliteringsgrupper innen seks måneder etter hjerneslaget, fordelt i tre aldersgrupper.

For alle former for rehabilitering ser en at de yngre utgjør en forholdsvis større andel, mens de eldre utgjør en forholdsvis mindre andel. Det er også et distinkt skille mellom enkel og kompleks rehabilitering hva gjelder de yngre og eldre pasientene. De yngre mottar mer kompleks rehabilitering, mens de eldre mottar mer enkel rehabilitering.

På regionalt nivå, figur 4, har Helse Nord og Helse Midt-Norge en større andel eldre som mottar rehabilitering, mens i Helse Vest og Helse Sør-Øst har en større andel yngre som mottar rehabilitering.

Figur 5 viser en oversikt over andelen hjerneslagpasienter som mottar rehabilitering, offentlig eller privat, i spesialisthelsetjenesten innen seks måneder. I gjennomsnitt mot-



Kilde: NPR

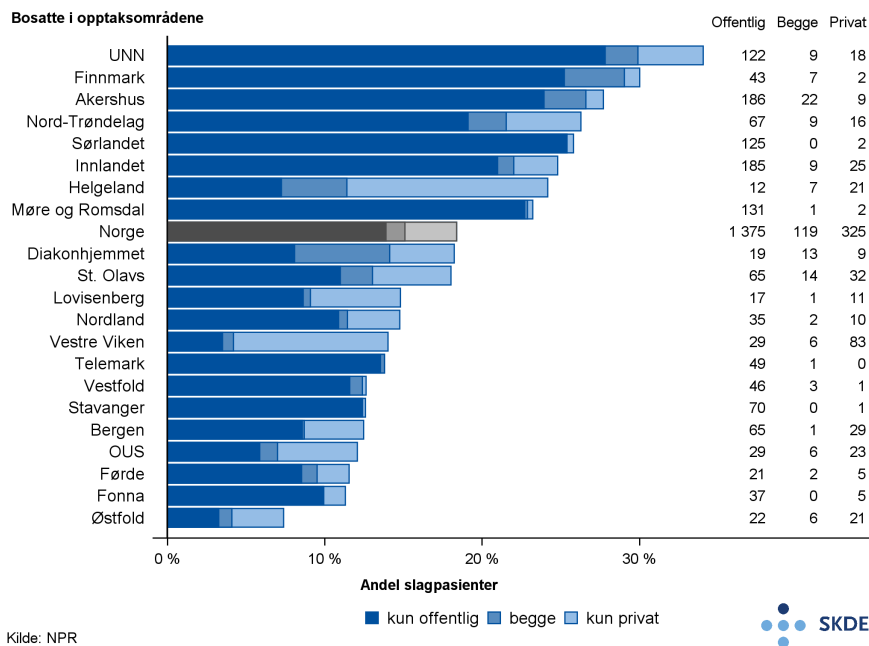


Figur 4: Andel av pasienter med akutt hjerneslag i 2017 og i ulike rehabiliteringsgrupper innen seks måneder etter hjerneslaget, fordelt i tre aldersgrupper og på RHF.

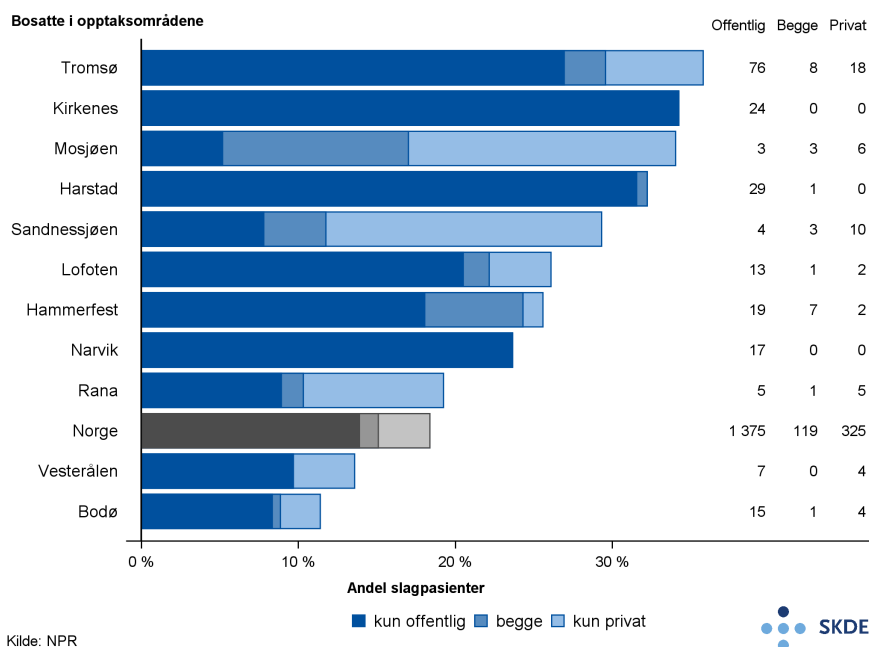
tar 18 % (1819 av 9891) av hjerneslagpasientene rehabilitering etter utskrivelse fra akuttoppholdet i perioden. Omtrent 24 % av pasientene som mottar rehabilitering mottar den hos privat rehabiliteringsinstitusjon.

Variasjonen innad i Helse Nord er nesten like stor som variasjonen i landet sett under ett, figur 6. Bosatte i opptaksområdet Bodø har lavest andel rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Bodø kommune har derimot en rehabiliteringsavdeling med 15 senger hvor det er ansatt blant annet sykepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og logoped. Det er rimelig å anta at den lave andelen rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skyldes et godt utbygd kommunalt tilbud. Dette kan også være tilfellet i andre opptaksområder i landet.

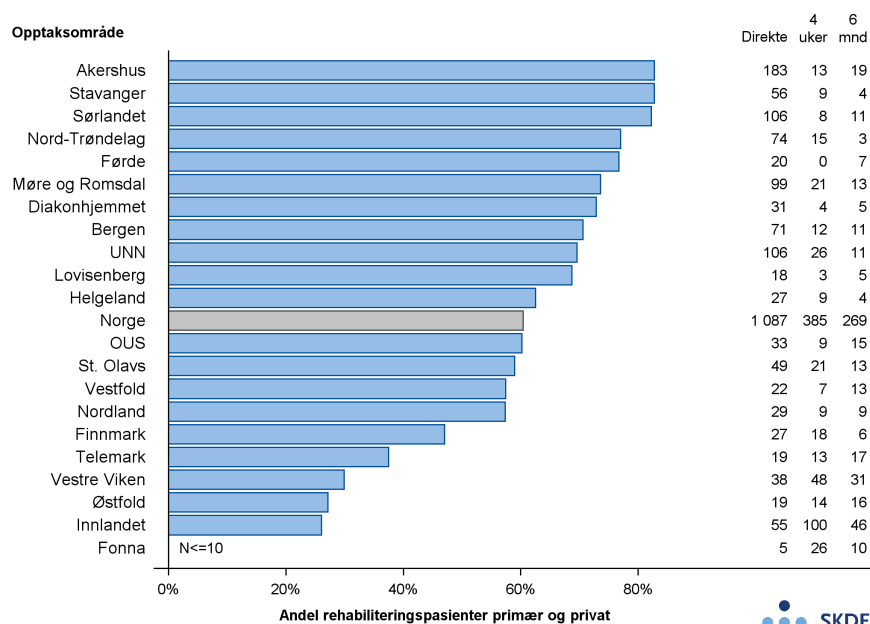
Et viktig aspekt ved rehabilitering er når i forløpet den gis. I gjennomsnitt mottar 62 % av rehabiliteringspasientene rehabilitering, primær eller privat, direkte etter akuttoppholdet, se figur 7. De utskrives altså fra akuttoppholdet og overføres direkte til et rehabiliteringsopphold ved en sykehusavdeling eller privat institusjon. I kolonne til høyre angis antall pasienter som overføres direkte. Resterende pasienter, 22 % og 16 %, starter et rehabiliteringsopphold i perioden etter utskrivelse fra akuttoppholdet men innen fire uker, og i perioden etter 4 uker men før seks måneder. Slik at 84 % av de som mottar primær eller privat rehabilitering har startet på et rehabiliteringsopphold innen fire uker etter utskrivelse fra sykehus.



Figur 5: Andel av hjerneslagpasientene i 2017 som mottar rehabilitering (primær, privat eller poliklinisk) innen seks måneder etter hjerneslaget, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde og offentlig sykehus eller privat rehabiliteringsinstitusjon. Antall pasienter i kun offentlige sykehus, både sykehus og privat, og kun privat institusjoner til høyre.



Figur 6: Andel av hjerneslagpasientene bosatte i Helse Nord i 2017 som mottar rehabilitering (primær, privat eller poliklinisk) innen seks måneder etter hjerneslaget, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde og offentlig sykehus eller privat rehabiliteringsinstitusjon. Antall pasienter i kun offentlige sykehus, både sykehus og privat, og kun privat institusjoner til høyre.



Kilde: NPR

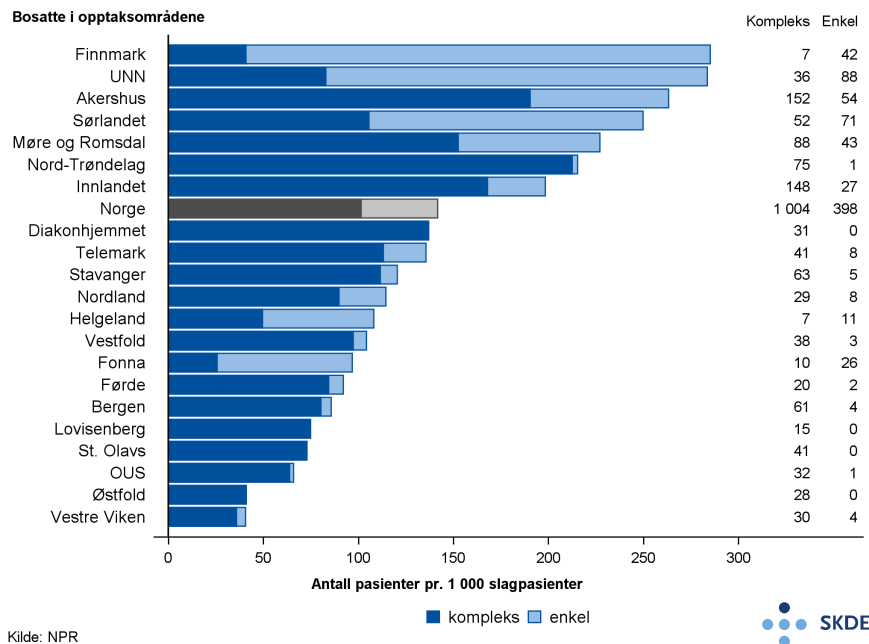


Figur 7: Andel av rehabiliteringspasienter i 2017 som mottar primær eller privat rehabilitering direkte etter akutt slagopphold, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde. Kolonne til høyre viser antall pasienter, gruppert etter når rehabilitering starter, overføring direkte etter akutt oppholdet, innen fire uker, eller innen seks måneder.

Primær rehabilitering

Primær rehabilitering starter direkte eller kort tid etter utskrivelse fra akuttoppholdet, og foregår i egne rehabiliteringsavdelinger på sykehuset.

Det er 1 402 av pasientene i utvalget som mottar primær rehabilitering, se figur 8, hvor 1 004 mottar kompleks rehabilitering og 398 mottar enkel rehabilitering. I Helse Nord RHF sine opptaksområder har bosatte i Finnmark og UNN høyest andel rehabilitering, mens Nordland og Helgeland er noe under gjennomsnittet.



Figur 8: Antall pasienter som mottar primær rehabilitering pr. 1 000 hjerneslagpasient, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde, og på kompleks eller enkel rehabilitering. Antall pasienter til høyre.

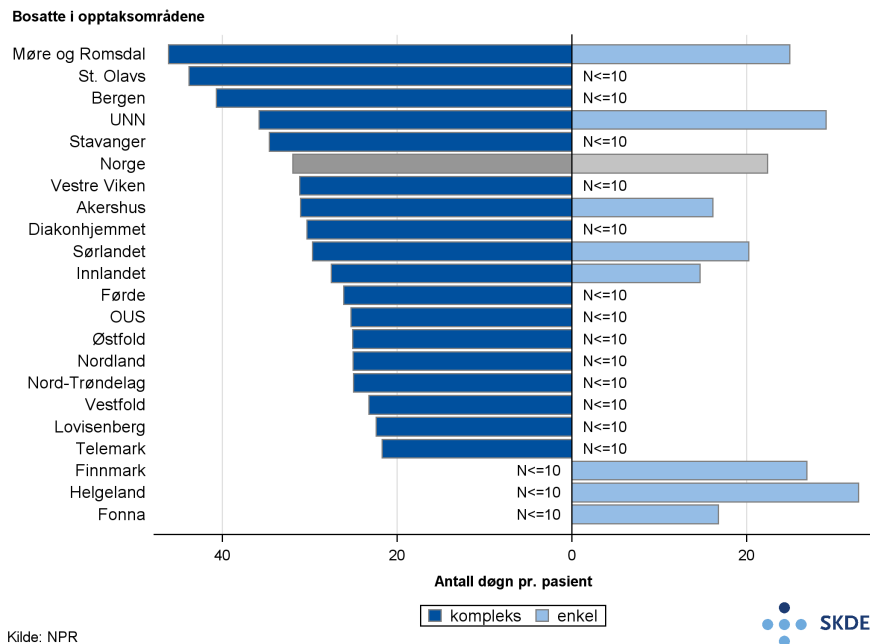
De fleste opptaksområder har en større andel kompleks rehabilitering. Det er ikke anledning ut fra analysene å si noe om endringer i bruk av enkel versus kompleks rehabilitering, men Samdata viser en gradvis reduksjon de siste årene i antall pasienter som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, hvor nedgangen er størst i sykehusene og det er enkel rehabilitering som reduseres ⁸.

Døgn per pasient i rehabiliteringsopphold er delt i to basert på enkel og kompleks rehabilitering. Figur 9 viser at variasjonen i gjennomsnittlig antall døgn til primær kompleks rehabilitering strekker seg fra 22 i opptaksområde Telemark til 45 i opptaksområde Møre og Romsdal.

Flere av områdene har ikke døgnrate til enkel rehabilitering på grunn av lavt antall pasienter. For områdene hvor gjennomsnittlig antall døgn per pasient er presentert ser en at antall døgn til kompleks rehabilitering er lengre enn døgn til enkel rehabilitering i samme område.

Det er gjort en subanalyse hvor pasienter med opphold som er over nitti døgn er eks-

⁸Kilde: www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/Rehabiliteringstjenesteranalysenotat



Figur 9: Gjennomsnittlig antall døgn pr. pasient med primær rehabilitering, justert for alder og kjønn, fordelt på opptaksområde, og på kompleks eller enkel rehabilitering.

kludert. Resultatene endret seg ikke vesentlig for andre enn Møre og Romsdal hvor flere hadde rehabiliteringsopphold over nitti dager. Ved ekskludering av de lengste oppholdene havner Møre og Romsdal litt over landsgjennomsnittet.

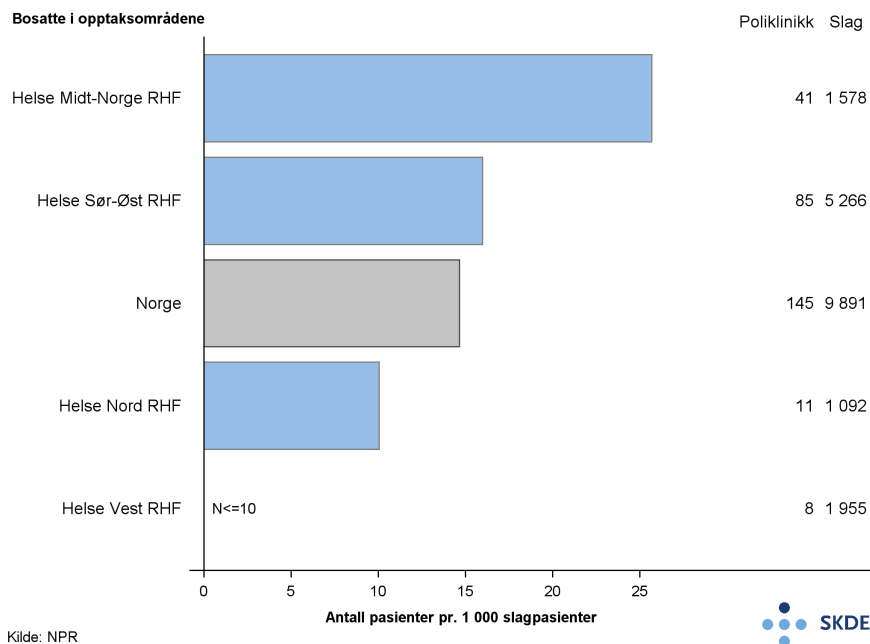
Dagbehandling og poliklinisk rehabilitering

Det er få pasienter som mottar rehabilitering poliklinisk eller som dagbehandling. Disse to gruppene er derfor slått sammen, og ratene presenteres på regionalt nivå, se figur 10.

Det kan være polikliniske kontakter som har et innhold som kan tenkes være rehabilitering, men som ikke oppfyller kravene i ISF-regelverket, og derfor ikke er kodet som rehabilitering. Disse kontaktene er utfordrende å identifisere grunnet ulik organisering og kodepraksis. Dette er også en gruppe med eldre pasienter hvor flere har et sammensatt sykdomsbilde.

I tabell 1 gis en oversikt over polikliniske kontakter i perioden seks måneder etter hjerneslaget for alle pasientene i utvalget som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Pasientene deles i tre grupper, en som har kontakter hvor hjerneslag eller følgetilstand etter hjerneslag er registrert som hoveddiagnose ved den polikliniske kontakten, deretter de som har polikliniske kontakter hvor hoveddiagnose er andre tilstander, og til sist de som ikke har noen polikliniske kontakter i perioden.

Det er 925 pasienter som har polikliniske kontakter hvor hjerneslag eller følgetilstand etter hjerneslag er hoveddiagnose, og hvor 565 (31 % av 1 819 rehabiliteringspasienter) kun har den ene kontakten som er omtrent tre måneder etter utskrivelse. Det er ikke urimelig å anta at det er en kontroll etter sykehusoppholdet. En mindre andel på



Figur 10: Antall pasienter som mottar poliklinisk rehabilitering eller dagbehandling pr. 1 000 hjerneslagpasient, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde. Antall pasienter til høyre.

Tabell 1: Antall polikliniske kontakter som ikke er rehabilitering for pasienter som mottar rehabilitering.

Type poliklinikk	Antall kontakter	Antall pasienter	Andel ^a pasienter
Hjerneslag hoveddiagnose	1	565	31 %
	2	207	11 %
	≥3	153	9 %
Andre hoveddiagnose	1	198	11 %
	2	116	6 %
	3	80	5 %
	4	48	3 %
	≥5	133	7 %
Ingen poliklinikk	0	314	17 %

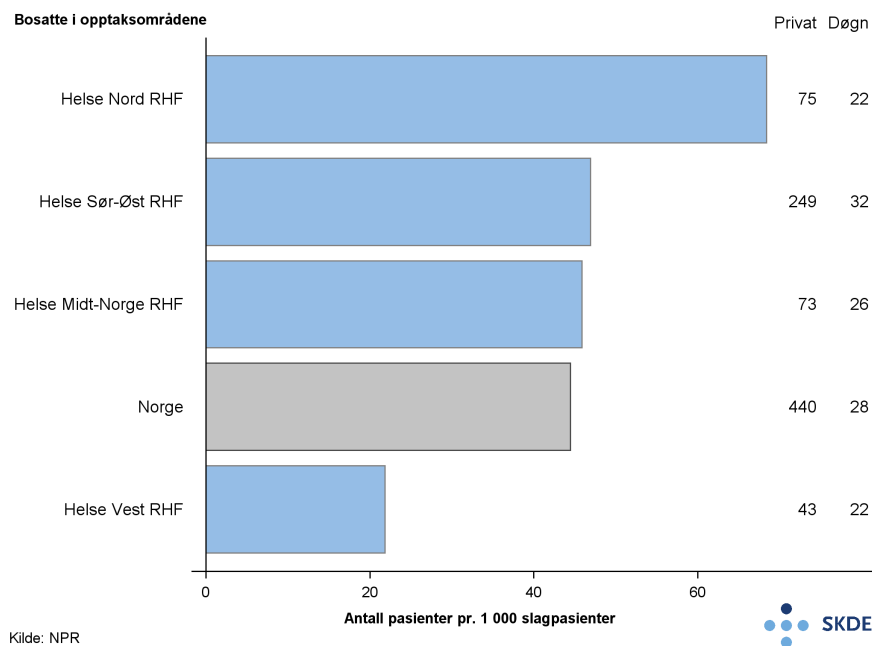
^a Andel av pasienter som mottar rehabilitering (1 814).

9 % har tre eller flere polikliniske kontakter i perioden, som tilsier en mer omfattende oppfølging etter hjerneslaget.

Privat rehabilitering

Det er omtrent 4 % av hjerneslagpasientene i utvalget som mottar rehabiliteringsopphold ved en privat institusjon. Grunnet det lave antallet i de enkelte opptaksområder vil små endringer i tallene gi store utslag på ratene. Ratene presenteres derfor på regionalt nivå, se figur 11.

Fordelingen mellom enkel og kompleks rehabilitering er ikke tatt med i figur 11 da det ved 13 % av oppholdene ikke er rapportert kode for rehabilitering. Blant de oppholdene hvor kode er rapportert utgjør enkel rehabilitering 60 %.



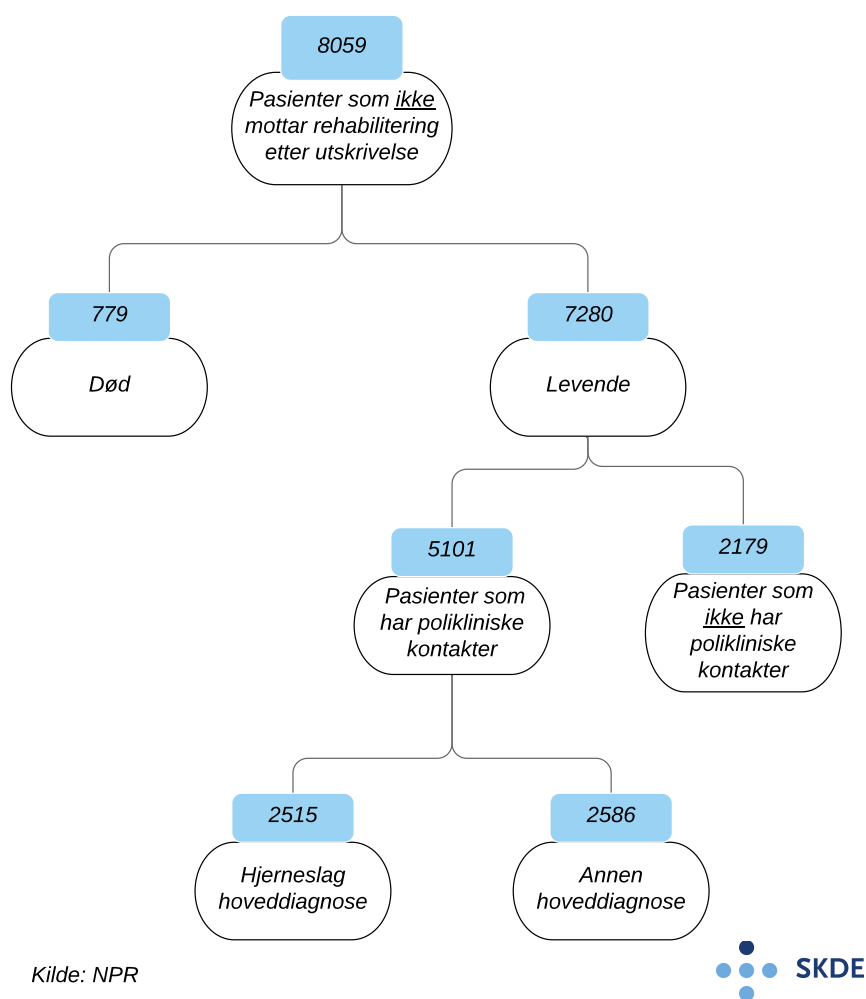
Figur 11: Antall pasienter som mottar privat rehabilitering pr. 1 000 hjerneslagpasient, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde. Antall pasienter og gjennomsnitt antall døgn pr. pasient til høyre.

Se tabell 4 i vedlegg side 26 for oversikt over antall pasienter ved de ulike private institusjoner.

Polikliniske kontakter blant hjerneslagpasientene som IKKE mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Hvis en tar utgangspunkt i tall fra hjerneslagregisteret ⁹ vil ca 8 % dø under oppholdet, 16 % utskrives til sykehjem, mens ca 44 % utskrives til hjem, med eller uten hjelp.

Av hjerneslagpasientene i 2017 er det 8 059 (81 % av alle slagpasientene) som ikke mottar behandling i form av primær, privat eller poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten innen seks måneder etter hjerneslaget. Blant disse er 779 (8 % av alle slagpasientene) utskrevet som død. I tillegg er det 2 179 pasienter (22 % av alle slagpasientene) som ikke har registrerte kontakter i spesialisthelsetjenesten i oppfølgingstiden på seks måneder.



Figur 12: Hjerneslagpasienter som ikke mottar rehabilitering innen seks måneder etter utskrivelse fra akutt opphold.

Videre gjenstår 5 101 (52 % av alle slagpasientene) som har polikliniske kontakter i løpet av seks måneder etter hjerneslaget. Blant disse er det 2 515 pasienter som har polikliniske kontakter hvor hjerneslag eller følgetilstand etter hjerneslag er registrert

⁹Kilde: www.kvalitetsregistre.no/registre/norsk-hjerneslagregister/kvalitetsforbedring

som hoveddiagnose. Det er registrert prosedyrekode for lærings- og mestringsaktivitet hos 71 pasienter.

Tabell 2 viser at 1 776 (35 %) pasienter har kun den ene polikliniske kontakten. Gjennomsnittlig er kontakten omtrent 95 dager, tre måneder, etter utskrivelse fra akuttoppholdet. Det er rimelig å anta at det er en kontroll. Det er 310 (6 %) av pasientene som har henholdsvis tre eller flere kontakter i perioden etter hjerneslaget, som tilsier en mer omfattende oppfølging etter hjerneslaget.

Hvis en ser på gruppen av hjerneslagpasienter som har polikliniske kontakter hvor hoveddiagnose ikke er hjerneslag eller følgetilstand etter hjerneslag, finner en hyppigst diagnoser som dialyse, diabetes, svulster og hjertesykdom. Totalt utgjør denne gruppen 2 586 pasienter. 11 pasienter her har registrerte prosedyrekoder for lærings- og mestringsaktivitet.

Tabell 2: Antall polikliniske kontakter for pasienter som ikke mottar rehabilitering.

Type poliklinikk	Antall kontakter	Antall pasienter	Andel ^a pasienter
Hjerneslag hoveddiagnose	1	1 776	35 %
	2	429	8 %
	≥3	310	6 %
Andre hoveddiagnose	1	1 004	20 %
	2	542	11 %
	3	347	7 %
	4	209	4 %
	≥5	484	9 %

^a Andel av pasienter som har polikliniske kontakter (5 101).

Kommunal rehabilitering

Pasienter som utskrives til hjem, og som mottar rehabilitering i hjemlige omgivelser, er som tidligere nevnt ikke mulig å identifisere i data fra NPR.

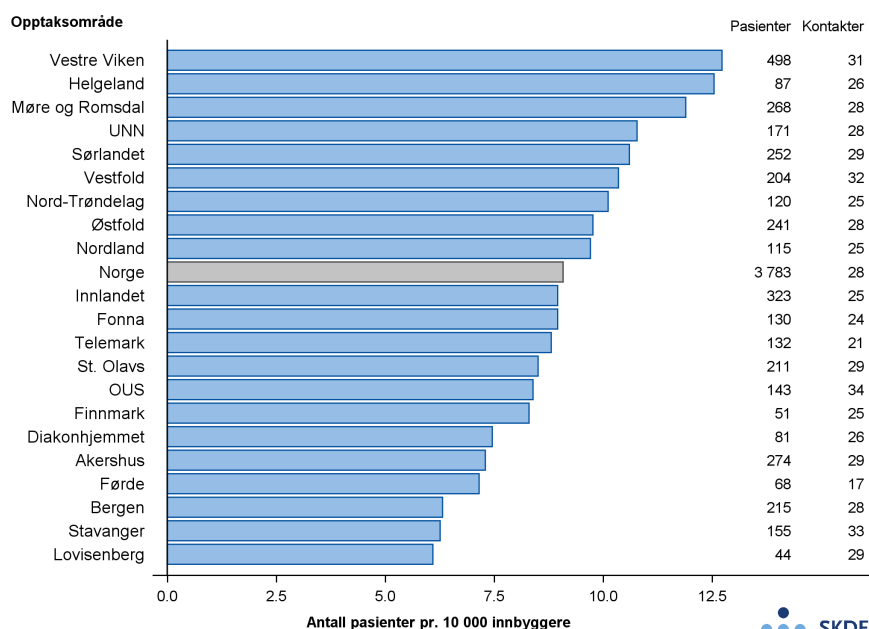
I et forsøk på å utfylle bildet i forhold til kommunal rehabilitering er det brukt aggregert statistikk fra KUHR og IPLOS.

KUHR

Figur 13 viser antall pasienter hos fysioterapeut i 2017 hvor diagnosekode 'K90 - Hjerneslag' er rapportert i kombinasjon med takstkode for trening. Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient varierer fra henholdsvis 17 og 34 i opptaksområdene Førde og OUS.

Andel av hjerneslagpasientene som mottar rehabilitering, figur 5, kan ikke sammenlignes helt ukritisk med antall pasienter hos fysioterapeut, figur 13, da det ikke er helt samme pasientgruppe. Men det er sannsynlig at pasientene fra spesialisthelsetjenesten i utvalget her er en del av pasientgruppen som mottar fysioterapi.

Det er ingen sterk sammenheng mellom rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og pasienter som mottar fysioterapi. Blant de med høyest andel rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er det enkelte med høy bruk av fysioterapi mens andre har lav bruk. Det bemerkes at de fire opptaksområdene med lavest bruk av fysioterapi er blant opptaksområdene med under gjennomsnittlig bruk av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.



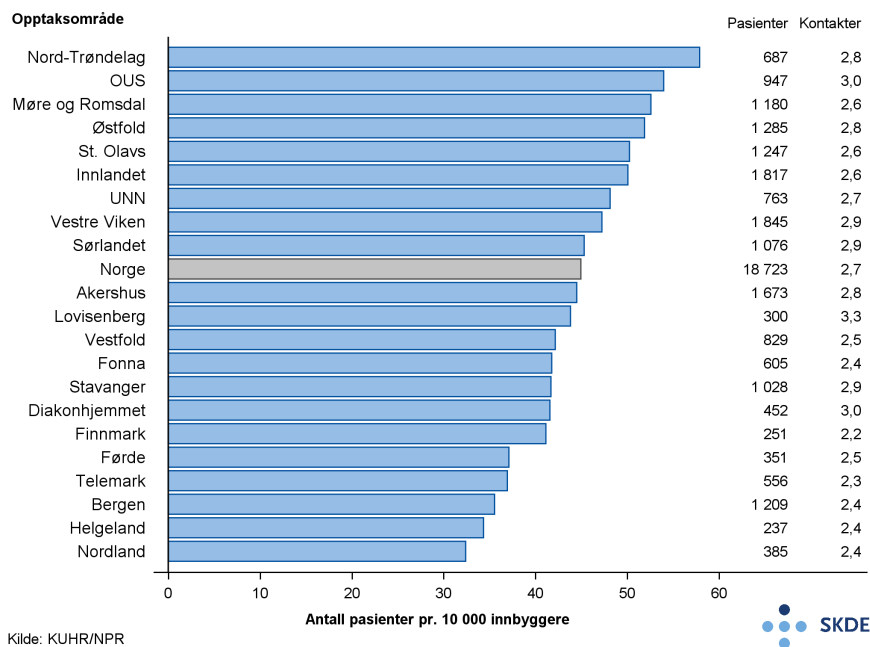
Kilde: KUHR/NPR



Figur 13: Antall pasienter hos fysioterapeut med rapportert diagnose 'K90 - Hjerneslag' i kombinasjon med takstkode (a2a:f, a3a:b, a10) for trening, pr. 10 000 innbyggere i 2017. Justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde. Antall pasienter og gjennomsnitt antall kontakter pr. pasient til høyre.

Det er tatt med rater for antall pasienter med hjerneslag som har hatt konsultasjon hos

fastlege i 2017, figur 14. Innholdet i disse kontaktene er ikke tilgjengelig informasjon, men de tas med for å utdype oppfølgingen i helsetjenesten etter et akutt hjerneslag. Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient hos fastlegen er forholdsvis lik for hele landet, mellom 2,2 til 3,3.

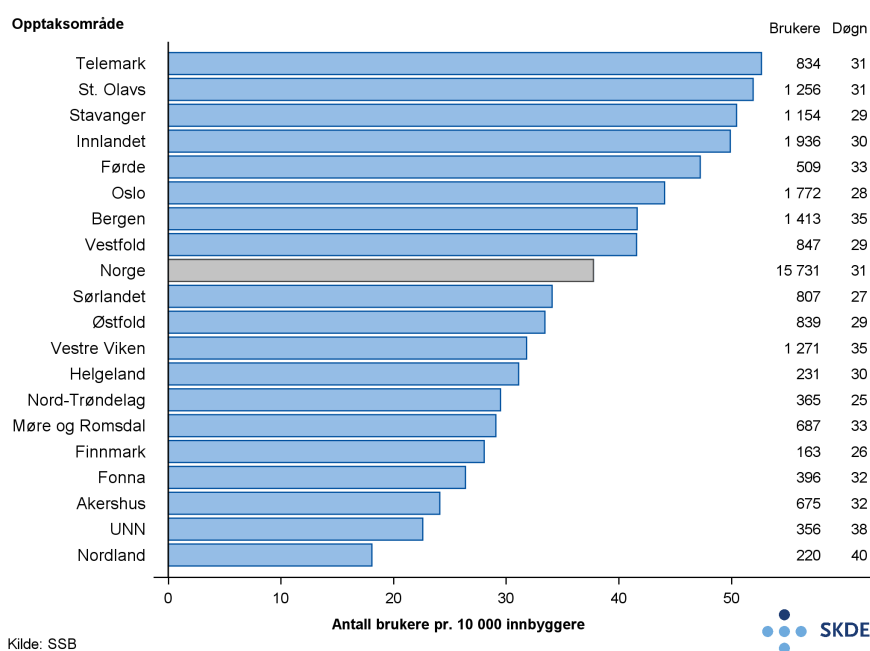


Figur 14: Antall pasienter med rapportert diagnose 'K90 - Hjerneslag' i kombinasjon med takstkode for konsultasjon (2ad, 2ae, 2ak) hos fastlege, pr. 10 000 innbyggere i 2017. Justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde. Antall pasienter og gjennomsnitt antall kontakter pr. pasient til høyre.

IPLOS

Det er lastet ned statistikk på habilitering og rehabilitering i kommunal institusjon, antall brukere og antall døgn. Dette er aggregerte data hvor årsaken til hvorfor brukeren mottar tjenesten ikke er tilgjengelig informasjon. Alle aldre er inkludert, i motsetning til resten av analysene hvor kun pasienter som er atten år eller eldre er inkludert. Det skal likevel nevnes at over 90 % av brukerne er 67 år eller eldre.

Antall brukere som mottar habilitering og rehabilitering i kommunal institusjon, figur 15, varierer fra henholdsvis 18 til 35 per 10 000 innbyggere i Nordland og Telemark. Kolonnen til høyre viser gjennomsnittlig antall døgn per bruker.



Figur 15: Antall kommunale brukere som mottar habilitering og rehabilitering pr. 10 000 innbyggere, justert for alder, fordelt på opptaksområde. Antall brukere og gjennomsnitt antall døgn pr. bruker til høyre.

Habilitering og rehabilitering i kommunal institusjon er ikke avgrenset til hjerneslag-pasienter, men det kan likevel brukes til å si noe om tilbudet i de ulike opptaksområdene. Det er også meget sannsynlig at utvalget av pasienter med akutt hjerneslag i 2017 er blant de kommunale brukerne.

Det virker å være en sammenheng mellom rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, figur 5 og bruk av habilitering-rehabilitering i kommunal institusjon, figur 15. Flere av opptaksområdene som har over gjennomsnittlig bruk av rehabilitering i sykehus har under gjennomsnittlig bruk av rehabilitering i kommunal institusjon. Blant de med lavest andel rehabilitering i sykehus har flere over gjennomsnittlig bruk av rehabilitering i kommunal institusjon.

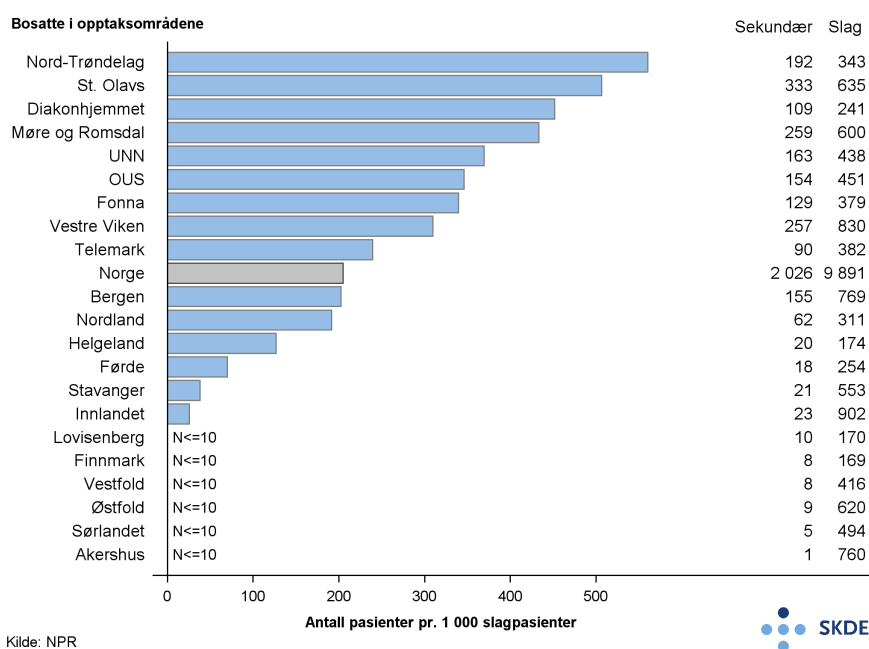
Vedlegg

Sekundær rehabilitering

Av 9 891 pasientene med hjerneslag er det 2 026 (20 %) som har akuttopphold som er kodet med sekundær rehabilitering. Blant disse er det 1 447 som mottar sekundær rehabilitering, og som ikke mottar primær, privat eller poliklinisk rehabilitering, som er ekskludert fra analysene.

I analysene gjennomført har Helse Nord en større andel rehabiliteringspasienter, deretter følger Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest. Hvis sekundær rehabilitering hadde vært inkludert så ville det på regionalt nivå ført til at Helse Midt-Norge hadde vært regionen med høyest andel rehabiliteringspasienter, og Helse Nord nummer to. De øvrige endrer ikke rekkefølge.

Det er stor variasjon hva gjelder sekundær rehabilitering, se figur 16. Opptaksområder med veldig lavt antall skyldes primært at sykehuset hvor pasientene er behandlet ikke registrerer koder for sekundær rehabilitering, og de fleste pasienter behandles ved sitt lokalsykehus. Se oversikt i tabell 3 som viser hvilke sykehus som koder for sekundær rehabilitering, hvor kun 30 av totalt 82 sykehus koder sekundær rehabilitering. Enkelte sykehus har mellom en til fem hjerneslagpasienter som er kodet med sekundær rehabilitering, disse er skjult fra oversikten for å få fram hvilke sykehus som har praksis for å kode rehabiliteringen i akuttoppholdet.



Figur 16: Antall pasienter som mottar sekundær rehabilitering pr. 1 000 hjerneslagpasient, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde. Antall pasienter til høyre.

Det er derfor usikkerhet knyttet til variasjonen av sekundær rehabilitering grunnet ulike kodepraksis av rehabilitering i akuttoppholdet. I kontakt med to sykehus i Helse Nord framkommer det at oppfølgingen av hjerneslagpasienter i akuttfasen virker å være lik, men kun det ene sykehuset koder for rehabiliteringen. Begge sykehus jobber

Tabell 3: Antall hjerneslagpasienter registrert med sekundær rehabilitering i 2017, fordelt på behandlende sykehus hvor antall rapporterte pasienter med sekundær rehabilitering er flere enn fem pasienter.

RHF	Behandlende sykehus	Sekundær
Helse Nord	UNN Tromsø	114
	NLSH Bodø	40
	UNN Harstad	35
	UNN Narvik	29
	NLSH Vesterålen	19
	Helgelandssykehuset Mo i Rana	10
Helse Midt-Norge	St. Olavs hospital, Trondheim	339
	Sykehuset Levanger	133
	Ålesund sjukehus	94
	Kristiansund sykehus	81
	Molde sjukehus	79
	Sykehuset Namsos	64
	St. Olavs hospital, Orkdal	27
Helse Vest	Haugesund sjukehus	111
	Haukeland universitetssykehus	79
	Haraldsplass diakonale sykehus	62
	Voss sjukehus	23
	Stavanger universitetssykehus	18
	Stord sjukehus	14
	Førde sjukehus	12
Helse Sør-Øst	Bærum sykehus	122
	OUS, Aker	119
	Diakonhjemmet sykehus	110
	Sykehuset Telemark Skien	88
	OUS, Ullevål	72
	Ringerike sykehus	68
	Drammen sykehus	62
	Sykehuset Innlandet, Lillehammer	14
	Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	8
	Sykehuset Østfold HF	6

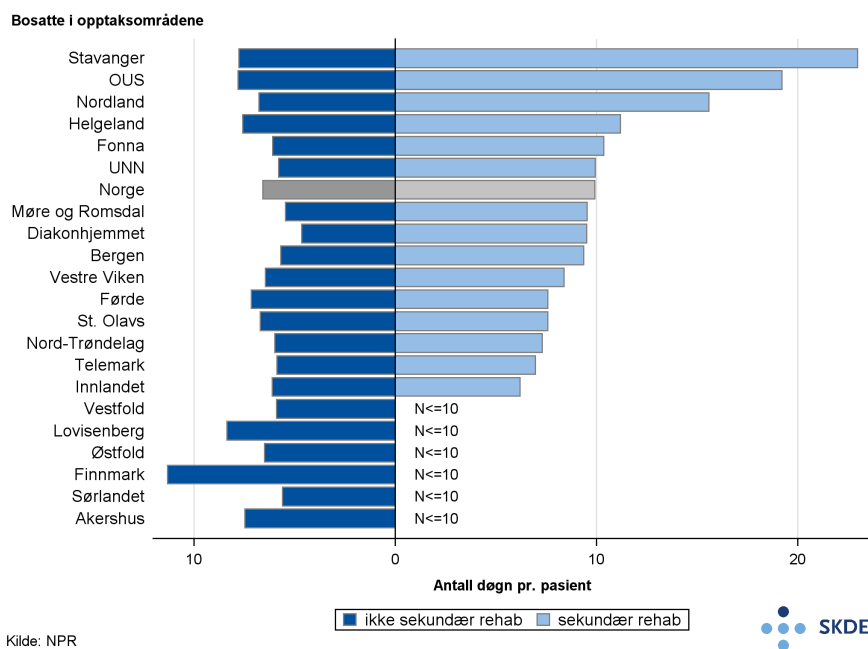
tværfaglig med fysioterapeut og ergoterapeut, samt andre aktuelle yrkesgrupper, og arbeidet ble ledet av spesialist innen geriatri. På sykehuset hvor det ikke ble kodet for sekundær rehabilitering var årsaken opplyst å være melding gitt om at sekundær rehabilitering var ansett som innbakt i hjerneslagdiagnosen.

Et tredje sykehus svarte per epost at de fleste pasienter mottar rehabilitering i akutt-oppholdet. Dette ble tidligere kodet som rehabilitering, men det registreres ikke kode for rehabilitering per i dag.

Hvilken del av variasjonen som skyldes at vilkårene i ISF-regelverket ikke er oppfylt eller om det er ulik kodepraksis lar seg ikke fastslå her. Det er gjort en subanalyse på kodepraksis av sekundær rehabilitering i Helse Nord over en femårs-periode som viser at ved regionens to største sykehus er antallet hjerneslagpasienter kodet med sekundær rehabilitering redusert. Ved noen lokalsykehus er antall hjerneslagpasienter kodet med sekundær rehabilitering doblet. I tillegg er det sykehus som i perioden ikke har brukt koder for sekundær rehabilitering, mens andre sykehus har sluttet å bruke det.

Figur 17 viser at lengden, antall døgn per pasient, på akuttopphold kodet med sekundær rehabilitering i flere opptaksområder er lengre enn oppholdene uten slik kode i samme opptaksområde. En ser også at opptaksområdet Finnmark har akuttopphold uten sekundær rehabilitering med lengre varighet enn gjennomsnittlig lengde på akuttopphold med sekundær rehabilitering i hele landet.

Når informasjonen ses samlet er SKDE sin vurdering at vi får ikke et dekkende bilde av bruken av sekundær rehabilitering på grunn av varierende kodepraksis.



Figur 17: Gjennomsnittlig antall døgn pr. pasient, justert for kjønn og alder, fordelt på opptaksområde, og fordelt på akuttopphold kodet med sekundær rehabilitering eller ikke.

Private institusjoner

Totalt er det 27 412 unike pasienter i Norge som mottar behandling ved privat institusjon i 2017.

Det er 440 hjerneslagpasienter i utvalget som mottar privat rehabilitering, av disse er det 347 pasienter som ble behandlet i 2017. Hjerneslagpasientene som mottar privat rehabilitering i 2017 utgjør dermed 1,3 % av de totale 27 412 behandlet ved privat institusjon.

For bosatte i Helse Nord er tilsvarende tall totalt 3 857 unike pasienter som mottar behandling ved privat institusjon i 2017, og av disse er 1,6 % hjerneslagpasienter som mottar privat rehabilitering.

I tabell 4 er oversikt over private institusjoner som har avtale med de ulike RHF'ene om rehabilitering etter hjerneslag. Tabellen viser antall pasienter med hjerneslag som mottar døgnbehandling ved de ulike institusjonene og gjennomsnittlig antall døgn per pasient.

Tabell 4: Antall pasienter med døgn rehabiliteringsopphold i private institusjoner og døgn per pasient.

RHF	Privat institusjon	Antall pas.	Døgn per pas.
Helse Nord	Finnmark	10	37
	Helgeland Rehabilitering	25	18
	Nord-Norges Kurbad	32	21
	Nordtun	4	18
	Valnesfjord ^a	1	24
Helse Midt-Norge	Unicare Helsefort ^b	2	41
	Betania Malvik	34	30
	Meråker	28	20
Helse Vest	Haugland	10	21
	Åstveit	32	23
Helse Sør-Øst	Steffensrud	42	29
	Vikersund	76	33
	Fram Helse rehab	54	36
	Skogli	36	26
	Jeløy kurbad	18	29
	Bakke	16	34

^a Valnesfjord tilbyr kun for kronisk fase, mens de andre private institusjonene i Helse Nord har rehabilitering i subakutt fase.

^b Unicare Helsefort er en ny aktør som ikke var i full drift i perioden analysert.

Fraskrivelse

Publikasjonen har benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.