



Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR)

Nordlandssykehuset HF (NLSH)

# REHABILITERINGSPASIENTER I NORDLANDSSYKEHUSET; AKTIVITET, KAPASITETSBEHOV OG ORGANISERING AV TJENESTENE

Oppdragsgiver		Disiplin	
Nordlandssykehuset HF		Rehabiliteringspasienter i Nordlandssykehuset	

UTARBEIDET AV		
Kjell Solstad	Sykehusbygg HF	<a href="mailto:Kjell.solstad@sykehusbygg.no">Kjell.solstad@sykehusbygg.no</a>
Liv Haugen	Sykehusbygg HF	<a href="mailto:liv.haugen@sykehusbygg.no">liv.haugen@sykehusbygg.no</a>

DOKUMENTSTATUS			
Versjon	Nr	Endelig versjon	Dato
	3		23.09.2016

## Innhold

1. Bakgrunn og mål for utredningen .....	2
2. Kort om FMR i NLSH Bodø i planprosessen- historikk og utvikling .....	2
3. Rehabiliteringstilbud i Nordlandssykehuset HF.....	4
4. Aktivitetsdata for FMR i Nordlandssykehuset .....	4
4.1 Døgnopphold .....	4
4.2 Dagbehandling og poliklinikk i Nordlandssykehuset.....	7
5. Døgnopphold for pasienter i NLSHs opptaksområde for rehabilitering i andre HF og private rehabiliteringsinstitusjoner, og døgnopphold i sykehus nasjonalt .....	8
5.1 Forbruk i og utenfor NLSH .....	9
5.2 Pasientsammensetningen for døgnpasienter til primær rehabilitering ved HF (ISF-definisjonen) 2014.....	10
5.3 Pasientsammensetning i private rehabiliteringsinstitusjoner.....	12
5.4 Pasientsammensetning i UNN Tromsø og UNN Harstad i 2015 .....	18
6. Forbruksrater nasjonalt for døgnopphold og poliklinikk med dagbehandling.....	19
6.1 Forbruket av døgnopphold innenfor rehabiliteringsområdet.....	20
6.2 Forbruket av poliklinikk med dagopphold.....	23
6.3 Oppsummering av forbruk innenfor rehabiliteringsområdet .....	25
7. Demografisk framskriving av aktivitetsdata .....	26
7.1 Estimert aktivitetsgrunnlag .....	26
7.2 Framskrivning av aktivitet .....	27
7.3 Estimert sengebehov i NLSH HF .....	29
7.4 Oppsummering.....	30
8. Kapasitet og organisering av tilbudet ved et utvalg av andre HF.....	30
9. Vurdering av aktivitets- og kapasitetsbehov .....	33
Vedlegg1 Eksterne aktører som behandler pasienter til primær rehabilitering fra NLSH bostedsområde 2014 ...	35
Vedlegg 2 Førsteutkast kapittel 7.....	36

Det finnes også to regnearksvedlegg til rapporten:

Regneark 1 Individuell oversikt over primær rehabilitering i UNN Harstad og Tromsø

Regneark 2 Detaljer om pasientsammensetning private rehabiliteringsinstitusjoner i NLSH bosted og nasjonalt

## 1. Bakgrunn og mål for utredningen

Det vises til møte mellom Nordlandssykehuset og Sykehusbygg 20. januar der det ble lagt fram utfordringer knyttet til organisering av tjenestene for pasienter med behov for spesialisert rehabilitering (FMR). Pasientgruppen og spesialiteten er i endring ved at man har en dreining av aktiviteten fra døgnopphold til dagopphold, polikliniske konsultasjoner og ambulant virksomhet med en ytterligere forsterket spesialisering i sykehusene, og oppbygging av kompetanse for rehabilitering i kommunene.

For Nordlandssykehuset er det i forbindelse med moderniseringsprosjektet forutsatt at det skal være et eget døgnområde for FMR i AB-fløya. I etterkant av at disse planene ble lagt er planforutsetningene for nyfødt intensiv endret ved at man nå planlegger en enhet som integrerer plass for familien til barna (dvs. sengeplass for mor/far), noe som vil medføre at det ikke blir plass for FMR som en egen enhet i denne fløya.

Det er behov for noe døgnkapasitet for rehabiliteringspasienter, men erfaring de siste årene tyder på at opprinnelig dimensjonering er for høy i forhold til behovet. Det er også behov for å se på hvordan man kan tilrettelegge for et godt helhetlig tilbud for pasientene på fagområdet fysisk medisin og rehabilitering, og slik at det både blir attraktivt for ansatte og at ressursen blir benyttet på best mulig måte i samspill med andre fagområder.

For å kunne se på dagens aktivitet og sammenligne med andre kan man sammenligne forbruk og organisering ved sykehus av tilsvarende størrelse. Det totale rehabiliteringstilbudet i foretaket og private rehabiliteringsinstitusjoner vil ha betydning for behovet.

Mål for utredningen er å gi Nordlandssykehuset et oppdatert beslutningsgrunnlag for revisjon av DFP for Fysisk medisin og rehabilitering i Nordlandssykehuset Bodø.

Sykehusbygg har hatt tilgang på følgende dokumenter fra tidligere planleggingsprosesser:

- *Delfunksjonsprogram v.10 2006*
- *Revidert dimensjoneringsgrunnlag 2011*
- *Revisjon romprogram 2012*

## 2. Kort om FMR i NLSH Bodø i planprosessen- historikk og utvikling

Fysisk medisin og rehabilitering (FMR) ble i utgangspunktet (2006) planlagt med en utvidelse fra 4 til 15 døgnplasser med utgangspunkt i Helse Nord's «Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004-2010. Dette var før Stortingets vedtak av Samhandlingsreformen, der bl.a. ansvar for deler av rehabilitering ble overført til kommunene.

I 2011 ble det gjennomført en revidering av dimensjoneringsgrunnlaget for NLSH. Tallene for FMR i NLSH i 2009 ga ved ren demografisk framskriving et behov for 3 døgnplasser. I beregning av kapasitetsbehovet ble det anbefalt en netto økning av antall liggedøgn med 1300, slik at totalt antall

liggedøgn i 2020 ble satt til 2 277 – noe som gir behov for 8 senger (365d/år, 85% belegg). I utgangspunktet lå døgnplassene for FMR i K-fløya (HFP 2006), i forbindelse med revisjon av dimensjoneringsgrunnlaget ble de 8 døgnplassene flyttet inn i A/B-fløya, i K6 på samme nivå som nevrologi.

Om dimensjonering i planlegging av sykehus:

*Dimensjoneringsberegninger tar utgangspunkt i aktivitet fra siste tilgjengelige år og framskriver det med demografiske og eventuelt epidemiologiske endringer. Metoden er «erfaringsbasert» - ikke evidencebasert fordi det ikke foreligger kvalitetssikrede data med beregninger som kan si noe om hvilket faktisk behov en gitt befolkning har for forskjellige spesialisthelsetjenester, hverken nå eller i framtida.*

HFP 2006 tok utgangspunkt i aktivitetsdata fra 2004. Antall liggedøgn i 2004 var 998 og i 2009 var det 1 001 liggedøgn. Dette tilsvarer i overkant av 3 døgnplasser med utgangspunkt i at sengene driftes hele året med en beregnet beleggs-prosent på 85.

NLSH Vesterålen ble tatt i bruk i 2014. Det er planlagt og utbygd med en sengeenhet for rehabilitering som erstatning for tilbudet i Lødingen som ble avviklet i 2013. Denne enheten er så langt ikke tatt i bruk. Pasienter som innlegges til rehabilitering inngår i en generell medisinsk sengepost. Sykehuset er bemannet med kvalifisert personell for spesialisert rehabilitering (fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og sosionom), uten fast ansatt spesialist i fysikalsk medisin. Nevrolog deltar i teamet ved rehabilitering av slagpasienter. I 2016 benyttes disse døgnplassene i hovedsak til planlagt rehabilitering (ISF primær rehabilitering) etter hjerneslag.

NLSH Bodø lagt la ned døgnenheten for FMR i 2010, og pasienter med rehabiliteringsbehov behandles med utgangspunkt i øvrige sengeområder, de fleste i nevrologisk sengepost. Aktivitetsdata kan derfor ikke hentes ut på avdelingsnivå, de er hentet ut på hoveddiagnose/prosedyrekoder.

Utviklingen i drift av døgnplasser og planlegging av FMR er forsøkt oppsummert i tabell 2.1.

Tabell 2.1 Oppsummering av utvikling i drift av døgnplasser og planlegging FMR

Rapport	Aktivitetsår	Framskrivingsår	Liggedøgn			Døgnplasser			Dagopphold			Poliklinikk				Areal i m2 netto FMR
			aktivitet	framskr.	fr.skr m/ tillegg	i drift Bodø	framskr.	planlagte	aktivitet	framskr. m/tillegg	antall plasser	aktivitet	framskr.	antall rom beregn.	antall rom progr.	
SP 2005	2004	2020						7								
Rev.HFP 2006	2004	2020		1 124	4350	4		15	278		1	736	909			
DFP 2007		2020			4350			15	278		1	736	909	1		<b>FMR totalt: 800</b> (døgn: 450, dag: 27, pol.kl. 15, ergo/fys: 100, kontorareal: 208)
Rokadeplan 2007-2010						4		7								
Rev. dim.- grunnlag 2011	2009	2020	1001	977	2227	0	3	8	198	329	2 (0,2)	581	673	1 (0,7)		
2012 Rev rompr.	2009	2020				0		8	198	329		581	673	1 (0,7)	9	pol/dag: 242m2

### 3. Rehabiliteringstilbud i Nordlandssykehuset HF

Funksjonsfordeling i Helse Nord, og mellom Helse Nord og Helse Midt-Norge innebærer at pasienter med spinalskade i NLSH's opptaksområde behandles ved St. Olavs Hospital i Trondheim, og større hodeskader behandles ved UNN Tromsø. I tillegg har NLSH en avtale om bruk av 2 senger ved UNN Harstad ved tilstander der det er behov for bl.a. synspedagog og/ eller nevropsykolog.

Utover dette skal behovet for spesialisert rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten dekkes av NLSH i egne sykehus og ved bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner.

### 4. Aktivitetsdata for FMR i Nordlandssykehuset

Aktivitetsdata er analysert for alle oppholdssteder: de tre lokalsykehusene i NLSH, UNN Harstad og UNN Tromsø, andre HF og for private rehabiliteringsinstitusjoner. Aktivitetsdata for Nordlandssykehuset presenteres først.

Alle analyser av aktivitetsdata er basert på tall fra Norsk Pasientregister (NPR) for 2014. NLSH Vesterålen ble tatt i bruk i april 2014, og aktiviteten ved rehabiliteringsenheten i Lødingen var trappet gradvis ned høsten 2013. Dette påvirker aktivitetstallene for Vesterålen i 2014. Aktiviteten sammenlignes med 2013 og 2012 for å avdekke eventuelle større svingninger.

I forbindelse med et prosjektmøte med HF-et i juni 2016 ble det framsatt ønske om tilleggsanalyser på noen utvalgte områder med ny frist for rapportering ultimo august 2016. Ønskene var spesielt knyttet til pasientsammensetningen for de pasientene fra NLSH bostedsområde som ble behandlet ved UNN HF og de pasientene som ble behandlet ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Dette ga oss mulighet for å ta i bruk nylig ankomne data fra NPR for driftsåret 2015. Dette betyr at for noen av aktivitetsoversiktene foreligger det både 2014- og 2015-data.

#### 4.1 Døgnopphold

I tabell 4.1 presenteres en oversikt over antall døgnopphold i primær og sekundær rehabilitering ved Nordlandssykehuset HF etter behandlingssted og pasientenes bostedskommune for Nordlandssykehuset. Her er definisjonen av rehabilitering i tråd med definisjonene som benyttes i finansieringsordningen «Innsatsstyrt finansiering» (ISF). Primær rehabilitering defineres i ISF som pasienter som er innlagt med tanke på at rehabiliteringen er det som skal gjøres, mens sekundær rehabilitering er rehabilitering i forlengelsen av et akuttopphold. For døgnopphold i primær rehabilitering er det 3 DRG-er som grupperer aktiviteten; DRG 462A «Rehabilitering, kompleks», DRG 462B «Rehabilitering, vanlig» og DRG 462C «Rehabilitering, annen». Den siste DRG-en benyttes i liten grad og få opphold grupperes hit. I sekundær rehabilitering var det i 2014 34 DRG-er som tillater sekundær rehabilitering i etterkant av opphold<sup>1</sup>. Tilleggsfinansiering utløses når liggetiden overskrider et trimpunkt for liggetid i de utvalgte DRG-ene. Trimpunktet er statistisk fastsatt og trimmer bort de oppholdene som har de lengste liggetidene (ca 5 prosent av oppholdene). Det er relativt få opphold nasjonalt som blir klassifisert som sekundær rehabilitering (ca 1 200 nasjonalt i 2014).

---

<sup>1</sup> Se regelverket for ISF 2014 som finnes på Helsedirektoratets nettsider (IS2124).

Tabell 4.1 Antall døgnopphold i primær og sekundær rehabilitering ved Nordlandssykehuset HF etter behandlingssted og pasientenes bostedskommune 2014

Bostedskommune	Nordlandssykehuset Bodø		Nordlandssykehuset Lofoten		Nordlandssykehuset Vesterålen		Sum Nordlands-sykehuset HF	
	Primær rehab	Sekundær rehab	Primær rehab	Sekundær rehab	Primær rehab	Sekundær rehab	Primær rehab	Sekundær rehab
1804 Bodø	29	4	0	0	0	0	29	4
1813 Brønnøy	1	0	0	0	0	0	1	0
1826 Hattfjelldal	0	1	0	0	0	0	0	1
1833 Rana	1	1	0	0	0	0	1	1
1834 Lurøy	1	0	0	0	0	0	1	0
1837 Meløy	0	1	0	0	0	0	0	1
1838 Gildeskål	0	1	0	0	0	0	0	1
1840 Saltdal	1	1	0	0	0	0	1	1
1841 Fauske	4	0	0	0	0	0	4	0
1845 Sørfold	1	0	0	0	0	0	1	0
1848 Steigen	4	1	0	0	0	0	4	1
1856 Røst	1	1	0	0	0	0	1	1
1857 Værøy	1	1	0	0	0	0	1	1
1860 Vestvågøy	4	1	8	1	2	0	14	2
1865 Vågan	1	0	1	0	0	1	2	1
1866 Hadsel	2	1	0	1	0	2	2	4
1867 Bø	0	0	0	0	0	1	0	1
1868 Øksnes	1	0	0	0	0	0	1	0
1870 Sortland	1	0	0	0	1	4	2	4
1871 Andøy	0	1	0	0	1	1	1	2
1874 Moskenes	0	0	1	0	0	0	1	0
Sum	53	15	10	2	4	9	67	26

Tabellen viser at det er en relativt beskjeden virksomhet ved Nordlandssykehuset knyttet til de to typene av rehabilitering med samlet 67 sykehusopphold i primær rehabilitering og 26 i sekundær rehabilitering. Nordlandssykehuset Bodø står for mesteparten (73 prosent). Mesteparten av aktiviteten er også knyttet til pasienter som er bosatt i Nordlandssykehusets bostedsområde med noen unntak. I følge opplysninger fra HF-et var driftsåret 2014 ikke helt representativt for Vesterålen i forbindelse med innflytting i nytt sykehus, slik at vi har sett på aktiviteten ved Vesterålen for 2012 (49 døgnopphold) og 2013 (30 døgnopphold) også.

I tabell 4.2 gis en oversikt over antall liggedøgn, antall døgnopphold og gjennomsnittlig liggetid for primær rehabilitering i Nordlandssykehuset HF 2014.

Tabell 4.2 Antall liggedøgn, døgnopphold og gjennomsnittlig liggetid for primær rehabilitering ved Nordlandssykehuset HF etter bostedskommune og behandlingssted

Bostedskommune	Liggedøgn prim rehab Bodø	Opphold prim rehab Bodø	Gjsn liggetid Bodø	Liggedøgn prim rehab Lofoten	Opphold prim rehab Lofoten	Gjsn liggetid Lofoten	Liggedøgn prim rehab Vesterålen	Opphold prim rehab Vesterålen	Gjsn liggetid Vesterålen
1804 Bodø	57	29	2,0	0	0		0	0	
1813 Brønnøy	2	1	2,0	0	0		0	0	
1833 Rana	66	1	66,0	0	0		0	0	
1834 Lurøy	2	1	2,0	0	0		0	0	
1840 Saltdal	2	1	2,0	0	0		0	0	
1841 Fauske	30	4	7,5	0	0		0	0	
1845 Sørfold	2	1	2,0	0	0		0	0	
1848 Steigen	9	4	2,3	0	0		0	0	
1856 Røst	2	1	2,0	0	0		0	0	
1857 Værøy	2	1	2,0	0	0		0	0	
1860 Vestvågøy	8	4	2,0	305	8	38,1	10	2	5,0
1865 Vågan	12	1	12,0	35	1	35,0	0	0	
1866 Hadsel	3	2	1,5	0	0		0	0	
1868 Øksnes	1	1	1,0	0	0		0	0	
1870 Sortland	2	1	2,0	0	0		10	1	10,0
1871 Andøy							25	1	25,0
1874 Moskenes	0	0		31	1	31,0	0	0	
Sum	200	53	3,8	371	10	37,1	45	4	11,3

Det er stor forskjell på liggetiden i primær rehabilitering mellom de tre sykehusene i Nordlandssykehuset HF. I Bodø har de 53 oppholdene 3,8 dager i gjennomsnittlig liggetid, mens de 10 oppholdene i Lofoten har 37,1 dager i gjennomsnittlig liggetid. De fire oppholdene i primær rehabilitering i Vesterålen hadde 11,3 dager i gjennomsnittlig liggetid. Dette tyder på at selv om alle disse døgnoppholdene grupperes til DRG-ene for primær rehabilitering (DRG 462A «Kompleks rehabilitering og DRG 462B «Vanlig rehabilitering) er det ulike typer pasienter eller ulike former for rehabilitering som er utført i Bodø sammenlignet med de få oppholdene i Lofoten og Vesterålen. Vi tror at mesteparten av de 53 døgnoppholdene i primær rehabilitering ved Bodø er pasienter som tas inn til grupperettet behandling/opplæring over 2 dager og derfor ikke kan sammenlignes med de pasientene som rehabiliteres i Lofoten og Vesterålen. Hvorvidt disse pasientene bør kodes slik at de grupperes til disse DRG-ene tar vi ikke opp som tema her, men det er viktig å understreke at når vi skal framskrive framtidig rehabiliteringsaktivitet, må disse separeres fra de som finnes i samme DRG er i Lofoten og Vesterålen. Om det da er et stort nok grunnlag for framskrivning diskuteres nærmere i kapittel 7 nedenfor.

I tabell 4.3 gis en tilsvarende oversikt for opphold i sekundær rehabilitering.



Tabell 4.3 Antall liggedøgn, døgnopphold og gjennomsnittlig liggetid for sekundær rehabilitering ved Nordlandssykehuset HF etter bostedskommune og behandlingssted

Bostedskommune	Liggedøgn sek rehab Bodø	Opph sekrehab Bodø	Gjsn liggetid Bodø	Liggedøgn sek rehab Lofoten	Opph sekrehab Lofoten	Gjsn liggetid Lofoten	Liggedøgn sek rehab Vesterålen	Opph sekrehab Vesterålen	Gjsn liggetid Vesterålen
1804 Bodø	91	4	22,8	0	0		0	0	
1826 Hattfjelldal	49	1	49,0	0	0		0	0	
1833 Rana	22	1	22,0	0	0		0	0	
1837 Meløy	25	1	25,0	0	0		0	0	
1838 Gildeskål	37	1	37,0	0	0		0	0	
1840 Saltdal	24	1	24,0	0	0		0	0	
1848 Steigen	42	1	42,0	0	0		0	0	
1856 Røst	85	1	85,0	0	0		0	0	
1857 Værøy	25	1	25,0	0	0		0	0	
1860 Vestvågøy	23	1	23,0	32	1	32,0	0	0	
1865 Vågan	0	0		0	0		22	1	22,0
1866 Hadsel	19	1	19,0	29	1	29,0	55	2	27,5
1867 Bø	0	0		0	0		32	1	32,0
1870 Sortland	0	0		0	0		117	4	29,3
1871 Andøy	37	1	37,0	0	0		40	1	40,0
Sum	479	15	31,9	61	2	30,5	266	9	29,6

Tabellen viser at det var 26 opphold som ble klassifisert som sekundær rehabilitering i Nordlandssykehuset hvorav 15 i Bodø, 2 i Lofoten og 9 i Vesterålen i 2014. Den gjennomsnittlige liggetiden for disse pasientene er ikke veldig forskjellig mellom sykehusene og dette tyder på at de oppholdene som har mottatt sekundær rehabilitering ikke er vesensforskjellig i forhold til hvilket tilbud som er gitt selv om de kan ha ulike lidelser de blir rehabilitert for.

## 4.2 Dagbehandling og poliklinikk i Nordlandssykehuset

I tabell 4.4 presenteres en oversikt over dagrehabilitering og poliklinikk ved Nordlandssykehuset. Det er to DRG-er som beskriver dagaktiviteten i primær rehabilitering; DRG 862B «Dagrehabilitering, vanlig» og DRG 862O «Poliklinisk rehabilitering». Ved Nordlandssykehuset HF var det registrert 23 konsultasjoner i DRG 862B og 338 i DRG 862O» og alle konsultasjonene var registrert med behandlingsnivå poliklinikk. Vi har derfor slått disse sammen når vi har laget oversikter over dagvirksomhet for rehabilitering. Tabellen viser antallet konsultasjoner i disse to DRG-ene ved Nordlandssykehuset HF etter pasientenes bostedskommune og behandlingssted

Tabell 4.4 *Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner i primær rehabilitering ved Nordlandssykehuset etter behandlingssted og pasientenes bostedskommune 2014*

Bostedskommune	Nordlandssykehuset Bodø	Nordlandssykehuset Lofoten	Nordlandssykehuset Vesterålen	Sum Nordlandssykehuset HF
1804 Bodø	176	13	0	189
1813 Brønnøy	7	0	0	7
1824 Vefsn	4	0	0	4
1825 Grane	2	0	0	2
1827 Dønna	2	0	0	2
1833 Rana	24	0	0	24
1840 Saltdal	4	0	0	4
1841 Fauske	37	0	0	37
1848 Steigen	4	0	0	4
1856 Røst	4	0	0	4
1860 Vestvågøy	12	2	0	14
1865 Vågan	8	1	0	9
1866 Hadsel	8	0	0	8
1867 Bø	0	0	7	7
1868 Øksnes	12	0	0	12
1870 Sortland	8	0	13	21
1871 Andøy	8	0	1	9
1874 Moskenes	0	4	0	4
Sum	320	20	21	361

Tabellen viser at det var ved Nordlandssykehuset Bodø at mesteparten av aktiviteten (89 prosent) fant sted i 2014. De to andre behandlingsstedene hadde til sammen 41 konsultasjoner med 20 i Lofoten og 21 i Vesterålen.

## 5. Døgnopphold for pasienter i NLSHs bostedsområde for rehabilitering i andre HF og private rehabiliteringsinstitusjoner, og døgnopphold i sykehus nasjonalt

Dette kapitlet beskriver døgnbasert rehabilitering som skjer i og utenfor NLSH sine sykehus. Hvilke institusjoner som behandler pasienter fra NLSH bostedsområde beskrives først.

Etter møte med HF-et juni 2016 ble det framsatt et ønske om å beskrive pasientsammensetningen ved de private rehabiliteringsinstitusjonene og videre for pasientene som legges inn i UNN Harstad og UNN Tromsø.

I prosjektmøte med HF-et i september ledet diskusjonene mot at det ville være nyttig å se nærmere på pasientsammensetningen for primær rehabilitering i sykehus nasjonalt i tillegg til at det ble formulert et ønske om å visualisere forbruksrater for bruk av de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Kapitlet er organisert som følger:

I 5.1 presenteres oversikter over døgnpasientenes bruk av eget HF og bruk av andre innenfor rehabiliteringsområdet. I 5.2 presenteres oversikter over pasientsammensetningen for primær rehabilitering (ISF-definisjonen) for befolkningen i NLSH bostedsområdet og nasjonalt. Oversiktene er også her begrenset til døgnopphold i sykehus. I 5.3 gis ulike oversikter over pasientsammensetningen

ved de private rehabiliteringsinstitusjonene og til sist i 5.4 presenteres mer detaljerte oversikter over rehabiliteringspasientene ved UNN Harstad og UNN Tromsø. De to siste avsnittene er også knyttet til døgnopphold. I deler av kapitlet er det benyttet data både fra 2014 og 2015.

## 5.1 Forbruk i og utenfor NLSH<sup>2</sup>

Pasienter fra NLSH's opptaksområder gjenfinnes i andre HF over hele landet og i private rehabiliteringsinstitusjoner. Tabell 5.1 viser aktiviteten fordelt på NLSH og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), de tre andre helseregionene, private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner i og utenfor Helse Nord. I tabell 5.2 gis en oversikt over prosentandelene som de ulike behandlingsstedene har hatt for befolkningen i bostedsområdet. Forbrukstallene i dette avsnittet er fra 2014.

*Tabell 5.1 Antall døgnopphold i rehabilitering for pasienter bosatt i Nordlandssykehusets bostedsområde etter bostedskommune og behandlingssted 2014*

Bostedskommune	Nordlands- sykehuset Bodø	Helgelands- sykehuset HF Sandnes- sjøen	Nordlands- sykehuset Lofoten	Nordlands- sykehuset Vesterålen	UNN HF	Inst i HV	Inst i HMN	Private sykehus	Inst i HSØ	Priv rehab i HN	Priv rehab utenfor HN	Sekundær rehab, kun HF i HN	Sum
1804 Bodø	29	9	0	0	1	0	4	1	12	388	18	5	467
1837 Meløy	0	1	0	0	2	0	0	0	8	80	4	1	96
1838 Gildeskål	0	1	0	0	4	0	0	0	1	39	1	1	47
1839 Beiarn	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9	1	0	11
1840 Saltdal	1	0	0	0	2	0	0	0	5	58	3	1	70
1841 Fauske	4	3	0	0	3	0	0	0	9	154	4	0	177
1845 Sørfold	1	1	0	0	2	0	0	0	1	37	2	0	44
1848 Steigen	4	2	0	0	1	0	1	0	2	26	0	1	37
1849 Hamarøy	0	2	0	0	1	0	1	0	0	23	1	0	28
1850 Tysfjord	0	1	0	0	4	0	0	0	1	19	2	0	27
1856 Røst	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1	8
1857 Værøy	1	1	0	0	0	0	1	0	0	9	1	1	14
1859 Flakstad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	0	0	28
1860 Vestvågøy	4	2	8	2	5	0	1	1	3	104	11	2	143
1865 Vågan	1	2	1	0	5	2	0	0	1	69	7	2	90
1866 Hadsel	2	0	0	0	1	0	0	0	2	51	0	4	60
1867 Bø	0	0	0	0	2	0	2	0	3	22	3	1	33
1868 Øksnes	1	0	0	0	1	0	1	0	1	51	1	0	56
1870 Sortland	1	0	0	1	7	0	1	0	6	69	5	4	94
1871 Andøy	0	0	0	1	3	0	0	0	1	32	0	3	40
1874 Moskenes	0	0	1	0	0	0	0	0	0	17	2	0	20
Sum NLSH	50	25	10	4	44	2	13	2	56	1 291	66	27	1 590

<sup>2</sup> Oversikt over hvilke andre HF som behandler pasienter fra NLSH ligger som vedlegg 1

Tabell 5.2 Prosentandel døgnopphold i rehabilitering for pasienter bosatt i Nordlandssykehusets bostedsområde etter bostedskommune og behandlingssted 2014

Bostedskommune	Nordlands- sykehuset Bodø	Helgelands- sykehuset HF Sandnes- sjøen	Nordlands- sykehuset Lofoten	Nordlands- sykehuset Vesterålen	UNN HF	Inst i HV	Inst i HMN	Private sykehus	Inst i HSØ	Priv rehab i HN	Priv rehab utenfor HN	Sekundær rehab, kun HF i HN	Sum
1804 Bodø	6	2	0	0	0	0	1	0	3	83	4	1	100
1837 Meløy	0	1	0	0	2	0	0	0	8	83	4	1	100
1838 Gildekal	0	2	0	0	9	0	0	0	2	83	2	2	100
1839 Beiarn	0	0	0	0	0	0	9	0	0	82	9	0	100
1840 Saltdal	1	0	0	0	3	0	0	0	7	83	4	1	100
1841 Fauske	2	2	0	0	2	0	0	0	5	87	2	0	100
1845 Sørfold	2	2	0	0	5	0	0	0	2	84	5	0	100
1848 Steigen	11	5	0	0	3	0	3	0	5	70	0	3	100
1849 Hamarøy	0	7	0	0	4	0	4	0	0	82	4	0	100
1850 Tysfjord	0	4	0	0	15	0	0	0	4	70	7	0	100
1856 Røst	13	0	0	0	0	0	0	0	0	75	0	13	100
1857 Værøy	7	7	0	0	0	0	7	0	0	64	7	7	100
1859 Flakstad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	100
1860 Vestvågøy	3	1	6	1	3	0	1	1	2	73	8	1	100
1865 Vågan	1	2	1	0	6	2	0	0	1	77	8	2	100
1866 Hadsel	3	0	0	0	2	0	0	0	3	85	0	7	100
1867 Bø	0	0	0	0	6	0	6	0	9	67	9	3	100
1868 Øksnes	2	0	0	0	2	0	2	0	2	91	2	0	100
1870 Sortland	1	0	0	1	7	0	1	0	6	73	5	4	100
1871 Andøy	0	0	0	3	8	0	0	0	3	80	0	8	100
1874 Moskenes	0	0	5	0	0	0	0	0	0	85	10	0	100
Sum NLSH	3	2	1	0	3	0	1	0	4	81	4	2	100

Tabellene viser at det er de private rehabiliteringsinstitusjonene som utgjør hoveddelen av rehabiliteringstilbudet for døgnpasienter bosatt i Nordlandssykehusets bostedsområde. I sum var det 1 291 døgnopphold ved slike institusjoner lokalisert innenfor HN sine grenser i 2014 og dette utgjorde 81 prosent av alle døgnoppholdene innenfor rehabiliterings-området i 2014. Nær 90 prosent av denne aktiviteten er knyttet til 3 institusjoner; Nordtun med 491 opphold, Nord-Norges Kurbad med 240 opphold og Valnesfjord med 471 opphold. I sum utgjorde disse 1 202 opphold i 2014.

## 5.2 Pasientsammensetningen for døgnpasienter til primær rehabilitering ved HF (ISF-definisjonen) 2014

Her gis en oversikt over hvilke ICD10-kapitler døgnpasientene til primær rehabilitering (ISF-definisjonen) ved HF og private sykehus er i. ISF-systemet betinger at hoveddiagnose for disse pasientene skal kodes med z-kode for å markere at dette er primær rehabilitering, mens den underliggende lidelsen som pasienten har skal kodes gjennom bidiagnoser. I oversiktene her har vi basert omfanget i ICD10-kapitlene på den 1. registrerte bidiagnosen i pasientdata fra NPR. Vi velger å presentere tall fra 2014 for bostedsområdet for NLSH og nasjonalt. Årsaken til dette er at 2015-data hadde en betydelig høyere andel missing på 1. bidiagnose (18 prosent) enn 2014-data. Som vist i kapittel 4 over var flesteparten av døgnoppholdene gruppert til primær rehabilitering ved NLSH Bodø korttidsopphold. For å få et bedre bilde på pasientsammensetningen for primær rehabilitering for befolkningen i NLSH bostedsområde holdes 50 opphold ved NLSH Bodø utenfor. Da vil det samlet sett bli 156 døgnopphold fra NLSH bostedsområde som har fått tilbud om primær rehabilitering i 2014. Tabell 5.3 gir en oppsummering av antallet og prosentandelen i hvert ICD10 kapittel for NLSH bostedsområde og nasjonalt for 2014.

Tabell 5.3 Antall og prosentandel døgnopphold til primær rehabilitering (ISF-definisjonen) for pasienter bosatt i Nordlandssykehusets bostedsområde og nasjonalt 2014

ICD10 kapittel for 1. bidiagnose	Antall sykehusopphold NLSH bosted	Prosentandel NLSH bosted	Antall sykehusopphold nasjonalt	Prosentandel nasjonalt
Missing	3	1,9	231	2,3
1 Kapittel I Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	2	1,3	234	2,4
2 Kapittel II Svulster	3	1,9	364	3,7
3 Kapittel III Sykd i blod og bloddan organer og visse tilst som angår immunsystemet	4	2,6	53	0,5
4 Kapittel IV Endokrine sykd, ernæringssykd og metabolske forstyrrelser	17	10,9	437	4,4
5 Kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	10	6,4	254	2,6
6 Kapittel VI Sykdommer i nervesystemet	35	22,4	1 677	17,0
7 Kapittel VII Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	5	3,2	26	0,3
8 Kapittel VIII Sykdommer i øre og ørebenskute (processus mastoideus)	0	0,0	7	0,1
9 Kapittel IX Sykdommer i sirkulasjonssystemet	32	20,5	2 120	21,6
10 Kapittel X Sykdommer i åndedrettssystemet	0	0,0	71	0,7
11 Kapittel XI Sykdommer i fordøyelsessystemet	0	0,0	45	0,5
12 Kapittel XII Sykdommer i hud og underhud	1	0,6	195	2,0
13 Kapittel XIII Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	16	10,3	2 567	26,1
14 Kapittel XIV Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	1	0,6	21	0,2
15 Kapittel XV Svangerskap, fødsel og barseltid	0	0,0	1	0,0
17 Kapittel XVII Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	8	5,1	186	1,9
18 Kapittel XVIII Sympt, tegn, unorm klin funn og labfunn, ikke klassifisert annet sted	0	0,0	202	2,1
19 Kapittel XIX Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	13	8,3	1 002	10,2
20 Kapittel XX Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0	0,0	6	0,1
21 Kapittel XXI Faktorer som har betydn for helsetilstog kontakt med helsetj	6	3,8	137	1,4
Sum	156	100,0	9 836	100,0

Tabellen viser at det for landet samlet var i overkant av 9 800 døgnopphold i 2014 (inkludert noen få bosatt utenfor Norge) mens det for NLSH bostedsområde var 156. Vi har lagt farge på de kapitlene som har mer enn 10 prosent av oppholdene og som tabellen viser er det tre av disse som er felles for NLSH bostedsområde og landet samlet. Det er små tall i NLSH bostedsområde så resultatene må tolkes i lys av dette. Nivåene på de største gruppene er ulik mellom områdene. For landet er det «Sykdommer i muskel- skjelettsystemet og bindevev som har størst volum, mens for NLSH bostedsområde er det «Sykdommer i nervesystemet» som har størst volum. Vi ser også at kapittel 19 «Skader, forgiftninger osv» er over 10 prosent for landet og ikke for NLSH bostedsområde, mens kapittel 4 «Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser» utgjør over 10 prosent i NLSH bostedsområde, men ikke for landet.

I avsnitt 5.3 nedenfor presenteres en tilsvarende oversikt for pasienter ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Tabell 5.5 viser at de de tre kapitlene som er størst ved begge bostedsområdene for primær rehabilitering (tabell 5.3) også er store gruppe ved rehabiliteringsinstitusjonene både i NLSH bostedsområde og for landet. Andelen i kapittel 13 «Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev» er imidlertid betydelig høyere ved de private rehabiliteringsinstitusjonene enn i primær rehabilitering ved HF og private sykehus. Det kan også nevnes at for kapittel 4 «Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser» er andelen omvendt store for de private rehabiliteringsinstitusjonene i forhold til primær rehabilitering ved HF og private sykehus. Det samme gjelder kapittel 19 «Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker». For disse to kapitlene virker det derfor som om bruken av de private rehabiliteringsinstitusjonene er tilpasset at det er høyt eller lavt nivå på tilsvarende kapitler i primær rehabilitering. Ellers er det mye de samme gruppene som utgjør de største

volumene.

### 5.3 Pasientsammensetning i private rehabiliteringsinstitusjoner

I dette avsnittet presenteres oversikter over ulike sider ved pasientsammensetningen for pasienter behandlet ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det presenteres oversikter for NLSH bostedsområde og for Norge samlet der NLSH inngår. På denne måten er det mulig å avdekke om det er store forskjeller i pasientsammensetning ved de private rehabiliteringsinstitusjonene i NLSH bostedsområde i forhold til landet som helhet. Mer detaljerte oversikter finnes i regnearksvedlegg 2 til rapporten. Det vises også til avsnitt 5.2 over der det gjøres noen sammenlikninger mot volumet av ICD10-kapitlene som presenteres i tabell 5.4 og 5.5 her.

#### ICD10-kapitler

I tabell 5.4 presenteres faktisk antall døgnopphold etter ICD10-kapittel for første registrerte hoveddiagnose og i tabell 5.5 presenteres den prosentvise fordelingen mellom ICD10-kapitlene for 2014 og 2015. Andeler høyere enn 5 prosent er markert med farge i begge bostedsområdene og begge årene.

*Tabell 5.4 Antall døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter bosatt i NLSH bostedsområde og Norge 2014 og 2015 etter ICD10-kapittel på hoveddiagnose*

ICD10-kapittel	NLSH bostedsområde		Bosatt i Norge	
	Opph2014	Opph2015	Opph2014	Opph2015
Missing	7	20	257	1 294
1 Kapittel I Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	7	0	124	86
2 Kapittel II Svulster	32	27	1 487	1 471
3 Kapittel III Sykd i blod og bloddan organ og visse tilst som angår immunsystemet	0	4	29	44
4 Kapittel IV Endokrine sykd, ernæringssykd og metabolske forstyrrelser	41	42	2 168	2 426
5 Kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	49	29	560	285
6 Kapittel VI Sykdommer i nervesystemet	90	99	2 751	2 610
7 Kapittel VII Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0	0	29	6
8 Kapittel VIII Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	17	18	434	444
9 Kapittel IX Sykdommer i sirkulasjonssystemet	163	109	2 403	2 411
10 Kapittel X Sykdommer i åndedrettssystemet	23	19	685	672
11 Kapittel XI Sykdommer i fordøyelsessystemet	7	8	177	181
12 Kapittel XII Sykdommer i hud og underhud	13	7	220	243
13 Kapittel XIII Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	576	493	9 145	8 320
14 Kapittel XIV Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	3	3	44	36
15 Kapittel XV Svangerskap, fødsel og barseltid	0	1	3	10
16 Kapittel XVI Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0	0	1	4
17 Kapittel XVII Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	24	19	272	108
18 Kapittel XVIII Sympt, tegn, unorm klin funn og lab.funn, ikke klassif annet sted	26	15	400	320
19 Kapittel XIX Skader, forgiftn og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	128	122	1 557	1 471
20 Kapittel XX Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0	0	10	7
21 Kapittel XXI Fakt som har betydn for helsetilst og kontakt med helsetj	151	113	2 444	3 497
Total	1 357	1 148	25 200	25 946

Tabell 5.5 Prosentandel døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter bosatt i NLSH bostedsområde og Norge 2014 og 2015 etter ICD10-kapittel på hoveddiagnose

ICD10-kapittel	NLSH bostedsområde		Bosatt i Norge	
	Opph2014	Opph2015	Opph2014	Opph2015
Missing	0,5	1,7	1,0	5,0
1 Kapittel I Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	0,5	0,0	0,5	0,3
2 Kapittel II Svulster	2,4	2,4	5,9	5,7
3 Kapittel III Sykd i blod og bloddan organ og visse tilst som angår immunsystemet	0,0	0,3	0,1	0,2
4 Kapittel IV Endokrine sykd, ernæringsyk og metabolske forstyrrelser	3,0	3,7	8,6	9,4
5 Kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	3,6	2,5	2,2	1,1
6 Kapittel VI Sykdommer i nervesystemet	6,6	8,6	10,9	10,1
7 Kapittel VII Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0,0	0,0	0,1	0,0
8 Kapittel VIII Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	1,3	1,6	1,7	1,7
9 Kapittel IX Sykdommer i sirkulasjonssystemet	12,0	9,5	9,5	9,3
10 Kapittel X Sykdommer i åndedrettssystemet	1,7	1,7	2,7	2,6
11 Kapittel XI Sykdommer i fordøyelsessystemet	0,5	0,7	0,7	0,7
12 Kapittel XII Sykdommer i hud og underhud	1,0	0,6	0,9	0,9
13 Kapittel XIII Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	42,4	42,9	36,3	32,1
14 Kapittel XIV Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	0,2	0,3	0,2	0,1
15 Kapittel XV Svangerskap, fødsel og barseltid	0,0	0,1	0,0	0,0
16 Kapittel XVI Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0,0	0,0	0,0	0,0
17 Kapittel XVII Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	1,8	1,7	1,1	0,4
18 Kapittel XVIII Sympt, tegn, unorm klin funn og lab.funn, ikke klassif annet sted	1,9	1,3	1,6	1,2
19 Kapittel XIX Skader, forgift og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	9,4	10,6	6,2	5,7
20 Kapittel XX Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0,0	0,0	0,0	0,0
21 Kapittel XXI Fakt som har betydn for helsetilst og kontakt med helsetj	11,1	9,8	9,7	13,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Det faktiske antall opphold har blitt redusert fra 2014 til 2015 i NLSH bostedsområde med 209 døgnopphold eller 15,4 prosent. For landet samlet har bruken av de private rehabiliteringsinstitusjonene økt med 746 døgnopphold eller 3,0 prosent. Dette betyr at NLSH bostedsområde har redusert forbruksraten knyttet til private rehabiliteringsinstitusjoner relativt til landet fra 2014 til 2015, en forbruksrate som var betydelig høyere ved NLSH bostedsområde i 2014 enn for landet (se figur 6.1 og 6.2 i kapittel 6 nedenfor).

Over 40 prosent av døgnoppholdene er innenfor ICD10 kapittel 13 «Sykdommer i muskel-skjelettsystem og bindevev» for NLSH bostedsområde, mens det for landet prosentvis er noe lavere med 36 prosent i 2014 og 32 prosent i 2015. Det må samtidig understrekes at missing-andelen for Norge er betydelig høyere i 2015 enn i 2014 noe som kan forklare den relative nedgangen i den største gruppen for Norge. Det er ikke store forskjeller i pasientsammensetning ved NLSH bostedsområde og for landet målt ved ICD10-kapitler. Jevnt over er det de samme kapitlene som utgjør prosentvis mest i begge områdene, men nivået på andelene varierer noe.

**Litt mer om diagnosefordeling – hvilke pasienter i NLSH opptaksområde mottar dette tilbudet**  
Innenfor hoveddiagnosegruppene har vi sett litt nærmere på tallene for NLSH 2014, og noe enklere på tallene for NLSH 2015, og nasjonale tall. Alle konkrete tallangivelser refererer seg til NLSH 2014.

Innenfor hovedkapittel 9, hjerte/sirkulasjon er det flere pasienter med diagnoser innenfor hjerte/hovedpulsåre (106) enn med hjerneslag (69). Av de nevrologiske tilstandene utgjør MS (28) og Parkinson (9) til sammen 41% av alle i hoveddiagnosegruppen, mens alle varianter av CP står for 21%.

De samme hovedkategoriene gjenfinnes også i nasjonale tall.

Av alt innenfor skjelett/muskel dominerer hofter og knær (artrose, med og uten implantater) med 250 innleggelser. Ryggproblemer (alt fra lumbago, ischias, spondylose/sponylolistese til uspesifikke plager) teller 84, summen av bruddtilstander er 86. Reumatiske sykdommer utgjør 41, Bechterew sykdom alene sto for 16 av disse. Fibromyalgi sto for 46 innleggelser. I hovedgruppe Z «andre kontakter» dominerer opphold etter gjennomgått kreftbehandling med hele 80,8%.

Nasjonale tall viser naturlig nok enda større bredde av enkeltdiagnoser – de fanger flere tilstander. Blant annet finnes Huntington med 55 innleggelser, mens den diagnosen er fraværende i NLSH-tallene. De største diagnosene innenfor hver hoveddiagnosegruppe synes ellers å være rimelig tilsvarende. Det kan nevnes at andel fibromyalgi i nasjonale tall for 2014 er 6,7% mens for NLSH utgjør fibromyalgi pasientene 4,2% av innleggelsene.

De mer detaljerte oversiktene finnes i regnearkvedlegg 2 til rapporten. Det er derfor mulig for NLSH å se mer spesifikt på enkeltdiagnoser dersom det er interessant i det videre arbeidet.

### Kjønnsfordeling

I tabell 5.6 presenteres antall døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner 2014 og 2015 for de to bostedsområdene etter kjønn og i tabell 5.7 presenteres de tilsvarende prosentandelene.

Tabell 5.6 *Antall døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter bosatt i NLSH bostedsområde og Norge 2014 og 2015 etter kjønn*

Kjønn	NLSH bostedsområde		Bosatt i Norge	
	Opph2014	Opph2015	Opph2014	Opph2015
Missing	0	0	5	9
Kvinner	833	661	16 375	16 558
Menn	524	487	8 820	9 379
Sum	1 357	1 148	25 200	25 946

Tabell 5.7 *Prosentandel døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter bosatt i NLSH bostedsområde og Norge 2014 og 2015 etter kjønn*

Kjønn	NLSH bostedsområde		Bosatt i Norge	
	Opph2014	Opph2015	Opph2014	Opph2015
Missing	0,0	0,0	0,0	0,0
Kvinner	61,4	57,6	65,0	63,8
Menn	38,6	42,4	35,0	36,1
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabellene viser at pasientsammensetningen er relativt lik prosentvis mellom NLSH bostedsområde og landet. Kvinneandelen er noe lavere i begge årene i NLSH bostedsområde enn for landet. Forskjellene er større i 2015 enn i 2014 da kvinneandelen har størst reduksjon i antall prosentpoeng i NLSH bostedsområde fra 2014 til 2015.



### Aldersfordeling

I tabell 5.8 presenteres tilsvarende faktiske tall for fordeling i aldersgrupper og i tabell 5.9 for prosentandel i aldersgruppene.

Tabell 5.8 *Antall døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter bosatt i NLSH bostedsområde og Norge 2014 og 2015 etter fem aldersgrupper*

Kjønn	NLSH bostedsområde		Bosatt i Norge	
	Opph2014	Opph2015	Opph2014	Opph2015
0-17 år	106	77	719	880
18-49 år	336	240	7 290	7 627
50-66 år	444	370	9 117	8 876
67-79 år	360	328	5 812	6 222
80 år og eldre	111	133	2 261	2 341
Sum	1 357	1 148	25 199	25 946

Tabell 5.9 *Prosentandel døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter bosatt i NLSH bostedsområde og Norge 2014 og 2015 etter fem aldersgrupper*

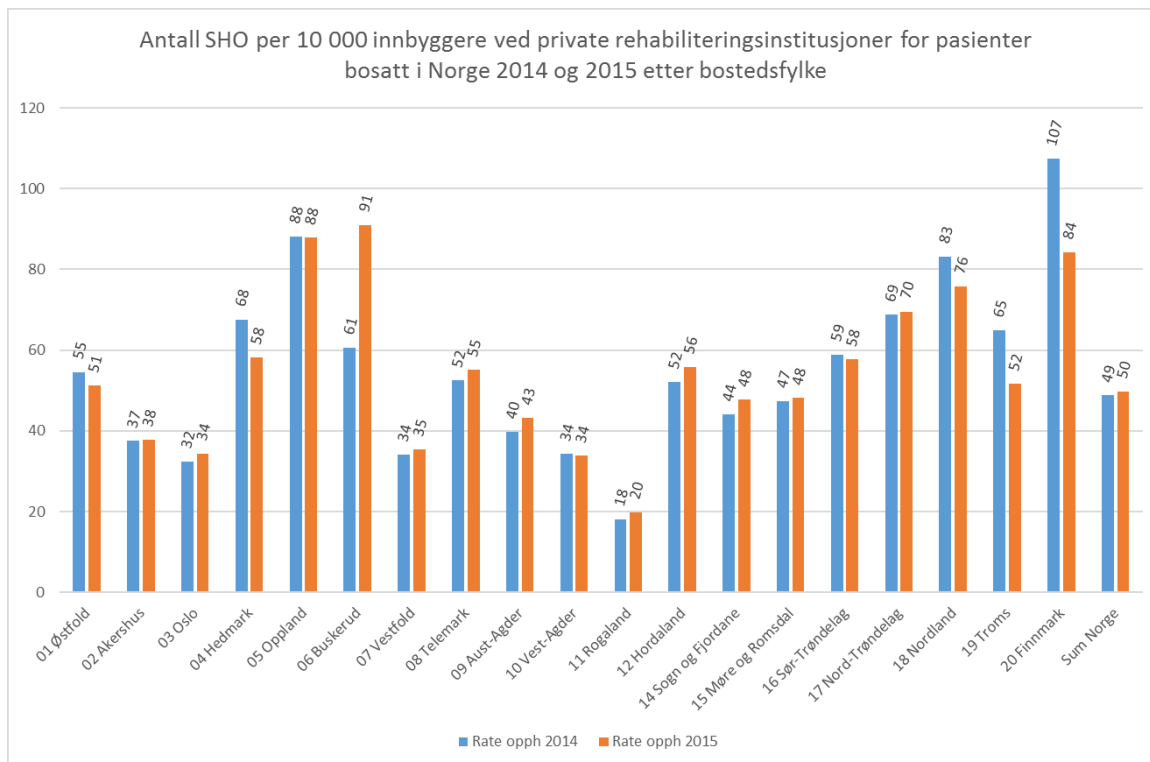
Kjønn	NLSH bostedsområde		Bosatt i Norge	
	Opph2014	Opph2015	Opph2014	Opph2015
0-17 år	7,8	6,7	2,9	3,4
18-49 år	24,8	20,9	28,9	29,4
50-66 år	32,7	32,2	36,2	34,2
67-79 år	26,5	28,6	23,1	24,0
80 år og eldre	8,2	11,6	9,0	9,0
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0

Aldersfordelingen ved de private rehabiliteringsinstitusjonene er heller ikke vesensforskjellig mellom NLSH bostedsområde og landet. Aldersgruppen fra 50-66 år er størst i begge områdene, mens den nest største gruppen i NLSH bostedsområde er aldersgruppen 67-79 år mens det for landet er aldersgruppen 18-49 år. Prosentandelen for de aller yngste er noe høyere i NLSH bostedsområde enn tilsvarende for landet.

### Forbruket av private rehabiliteringsinstitusjoner

Her presenteres oversikter over forbruket av de private rehabiliteringsinstitusjonene i Norge etter pasientenes bostedsfylke og etter pasientenes bostedskommune for NLSH bostedsområde. Forbruket måles som antall opphold per 10 000 innbyggere for døgnpasienter ved private rehabiliteringsinstitusjoner for 2014 og 2015. I kapittel 6 nedenfor sees dette forbruket i sammenheng med forbruket av primær og sekundær rehabilitering (ISF-definisjonen).

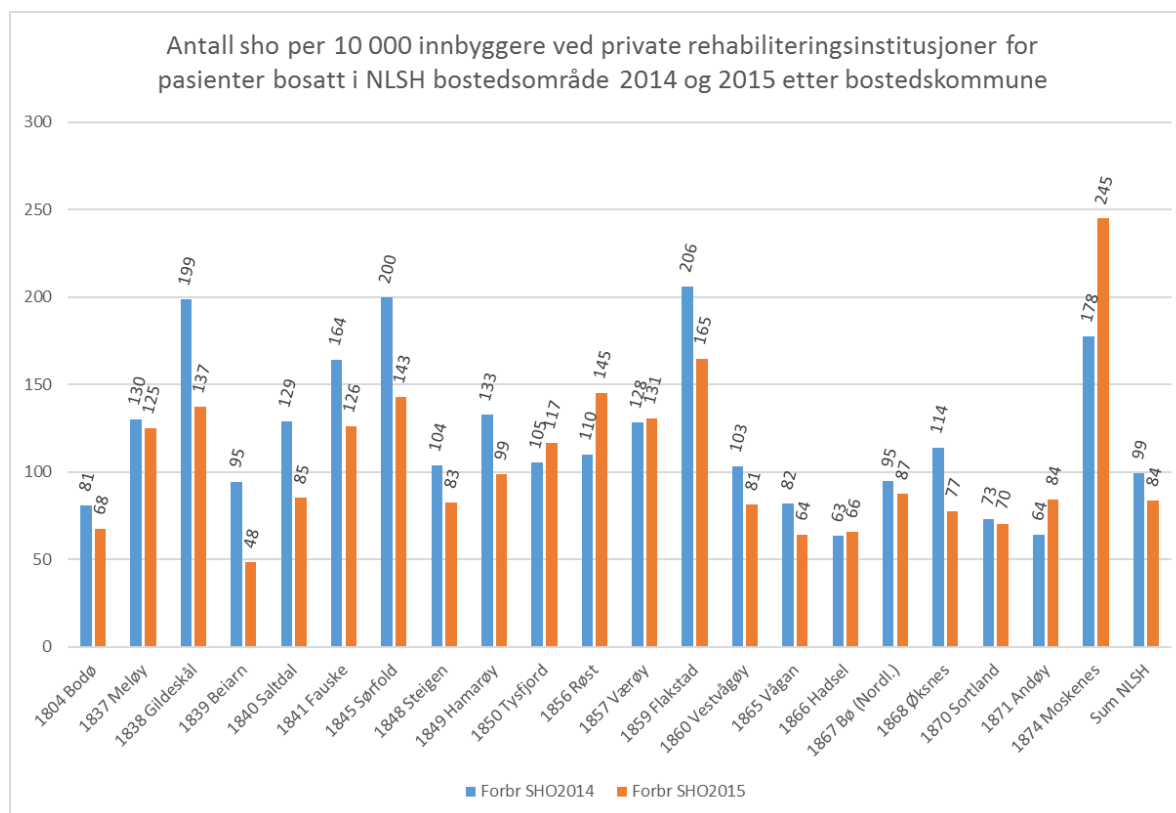
I figur 5.1 presenteres antall opphold for døgnpasienter ved private rehabiliteringsinstitusjoner 2014 og 2015 etter pasientenes bostedsfylke.



*Figur 5.1 Antall opphold per 10 000 innbyggere ved private rehabiliteringsinstitusjoner for døgnpasienter bosatt i Norge 2014 og 2015 etter bostedsfylke*

Figuren viser at det er stor variasjon i bruken av private rehabiliteringsinstitusjoner mellom fylkene. Rogaland fylke har lavest forbruksrate i begge årene, mens Finnmark har høyest i 2014 mens Buskerud har høyest forbruk i 2015. Nordland fylke ligger betydelig høyere enn landsgjennomsnittet, men har blitt redusert fra 2014 til 2015. For landet er det en svak økning i forbruk fra 2014 til 2015.

I figur 5.2 presenteres en tilsvarende oversikt for kommunene i bostedsområdet til NLSH HF.



Figur 5.2 *Antall opphold per 10 000 innbyggere ved private rehabiliteringsinstitusjoner for døgnpasienter bosatt i NLSH bostedsområde 2014 og 2015 etter bostedskommune*

Figuren viser en stor variasjon i forbruket av private rehabiliteringsinstitusjoner mellom kommunene i bostedsområdet. For hele bostedsområdet er det en nedgang fra 2014 til 2015, men nivået samlet sett er fortsatt høyere enn landsgjennomsnittet og også høyere enn gjennomsnittet for Nordland fylke i begge årene. I 2014 er det Hadsel kommune som har lavest forbruk og i 2015 er det Beiarn. Høyest forbruk i 2014 finnes i Flakstad kommune. I kapittel 6 viser oversiktene at dette er en kommune som kun har tilbud ved private rehabiliteringsinstitusjoner i 2014 (se figur 6.2). I 2015 er det Moskenes kommune som ligger høyest. Maksimumsforbruket i begge årene er betydelig høyere enn maksimumsforbruket for bostedsfylket. Det samme gjelder for minimumsforbruket begge årene. Det kan derfor oppsummeres med at NLSH bostedsområde har et høyt forbruk av døgnoophold ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er imidlertid stor variasjon i bostedsområdet samtidig som det er små tall på kommunenivå, så resultatene må tolkes i lys av dette.

### Oppsummering

Oversiktene over viser at pasientsammensetningen ved de private rehabiliteringsinstitusjonene for NLSH bostedsområde ikke skiller seg vesentlig fra tilsvarende sammensetning for landet. Det er også i hovedsak de samme ICD10-kapitlene som utgjør de største volumene ved private rehabiliteringsinstitusjoner som primær rehabilitering ved HF og private sykehus. Kapitlet «Sykdommer i muskel- skjelettsystemet og bindevev» utgjør en betydelig høyere andel av

døgnpasientene i private rehabiliteringsinstitusjoner enn i primær rehabilitering ved HF og private sykehus. Forbruket av private rehabiliteringsinstitusjoner er høyt i NLSH bostedsområde, men har blitt redusert noe fra 2014 til 2015 slik at det er noe mindre avstand til forbruket for landet i 2015 enn for 2014.

#### 5.4 Pasientsammensetning i UNN Tromsø og UNN Harstad i 2015

NLSH har en avtale med UNN Harstad for innleggelse til planlagt rehabilitering. Avtalen er basert på et anslått forbruk på 2-3 døgnplasser på årsbasis, og betales med en årlig sum som indeksreguleres. Innleggelse i UNN Tromsø skjer etter avtalt funksjonsfordeling i Helseregion Nord.

I 2015 var det henholdsvis 20 (21 opphold) pasienter innlagt i Harstad (en pasient innlagt 2 ganger à 3 dager) og 18 i Tromsø. I Tromsø fordelte innleggelsene seg slik: fra Salten 39%, fra Lofoten 28% og fra Vesterålen 33%. Tilsvarende tall for Harstad var 35, 50 og 15%. Det kan synes som Tromsø tar imot samme andel for alle tre regioner, mens Harstad tar relativt sett mer fra Lofoten, mens Vesterålen har et lavt forbruk av døgnplasser i Harstad.

Det er liten forskjell mellom gjennomsnittsalder og median alder for døgnopphold innenfor hvert av sykehusene, men pasientene som legges inn i Harstad er vesentlig eldre. Pasienter innlagt i Harstad har median alder på 69,5, gjennomsnittsalder 67,7 med spredning mellom 44 og 89 år. For Tromsø er tallene median 49,5, gjennomsnitt 50,6 og spredningen 18-74år.

Kjønnfordeling for pasienter behandlet i UNN HF i 2015 avviker fra det som finnes ved private rehabiliteringsinstitusjoner. I Tromsø var andelen kvinner 33,3% og i Harstad så lav som 14,3%. Dette dreier seg om få opphold i året og tilfeldige variasjoner vil kunne slå betydelig ut.

Diagnoser for pasienter behandlet i Tromsø<sup>3</sup> fordeler seg med 6 pasienter med sequele etter hjerneinfarkt (trombose eller emboli), 2 med sequele etter traumatisk hjerneskade, 1 cervikal spinalskade, 5 amputasjoner og 4 med nevrologiske diagnoser (MS, muskeldystrofi og postpoliosyndrom). Det er kompleks rehabiliteringsproblematikk for alle døgnoppholdene, med behov for spesialisert rehabilitering. Liggetida er median 20 døgn, gjennomsnitt 25 med spredning mellom 6 og 92 døgn. De korte liggetidene 6-12 døgn ser ut til å dreie seg om utredning og tilpasning av hjelpemidler (amputasjoner, nevrologi).

Et par eksempler: *En av pasientene, en mann på 51år har diagnosene hjerneinfarkt, leggsår, amputasjon u.ex, nyretransplantert og aterosklerose i underekstremitetene. En annen på 48 år har sequele etter hjerneinfarkt, kardiomyopati og reduserte kognitive funksjoner.*

Pasienter innlagt i Harstad<sup>4</sup> er i gjennomsnitt knapt 20 år eldre enn de i Tromsø. Liggetida er litt kortere enn i Tromsø, snitt 22,4 døgn. 4 opphold er av 3-4 dagers varighet, det ene av disse var åpenbart kartlegging for førerkort av pasient med synsforstyrrelser og noe redusert kognitiv funksjon.

---

<sup>3</sup> Mer detaljert informasjon for både Tromsø og Harstad finnes i regnearksvedlegg 1 til rapporten.

<sup>4</sup> Mer detaljerte oversikter over diagnoser finnes i regnearksvedlegg 1.

Hjerneslag med sequele, med (5) og uten synsforstyrrelser (7) dominerer med 12 pasienter. Utredning av pasienter med ren synsforstyrrelse uten gjennomgått hjerneslag gjelder 3 pasienter. Mange av pasientene med sequele etter hjerneinfarkt ser ut til å ha svelg/spise- og ernæringsproblemer. Det var kun en pasient med sequele etter hodeskade innlagt i Harstad. To pasienter synes å ha vært innlagt for noe mindre omfattende rehabilitering, en mann på 87 år med nakkeproblemer og en kvinne på 78 år med behov for opptrening, samt tilpasning av høreapparat.

Det danner seg et bilde av at UNN Tromsø benyttes for mer kompleks rehabilitering med behov for både bred og mer spisset kompetanse fra alle 3 lokalsykehusområdene i NLSH. Dette ser ut til å være i tråd med en funksjonsfordeling som er relevant mellom lokalsykehus og regionsykehus.

For Harstad er bildet mer blandet – noe synes å være generell rehabilitering som er tillagt alle sykehus. Det som kan leses som spesialisering utover det NLSH sjøl kan by på er pasienter med behov for utredning av syn, språk/kognitive funksjoner og munn/svelg/tale. Vi har ikke gjort tilsvarende gjennomgang av pasienter behandlet i NLSH sine døgnavdelinger, og kan dermed ikke si noe om innleggelse i Harstad avviker fra det vi ville funnet i NLSH.

I tabell 5.9 er bruken av UNN fordelt mellom UNN Harstad og UNN Tromsø for årene 2014 og 2015

Tabell 5.9 Antall døgnopphold og liggedøgn i primær og sekundær rehabilitering ved UNN HF for pasienter bosatt i Nordlandssykehusets bostedsområde 2014 og 2015 etter behandlingssted

Primær rehabilitering	Liggedøgn	Opphold	Gjnsn liggetid
Harstad Somatikk 2014	575	31	18,5
Tromsø Somatikk 2014	325	13	25,0
Harstad Somatikk 2015	450	21	21,4
Tromsø Somatikk 2015	457	18	25,4
Sekundær rehabilitering	Liggedøgn	Opphold	Gjnsn liggetid
Harstad Somatikk 2014	77	2	38,5
Tromsø Somatikk 2014	106	1	106,0
Harstad Somatikk 2015	99	2	49,5
Tromsø Somatikk 2015	327	4	81,8

Totalt (primær og sekundær) brukte pasienter fra NLSH's opptakskommuner ca. 2 døgnplasser ved UNN Harstad i 2014. I følge opplysninger fra NLSH har de etter 2014 benyttet 3 senger ved Harstad i gjennomsnitt.

## 6. Forbruksrater nasjonalt for døgnopphold og poliklinikk med dagbehandling

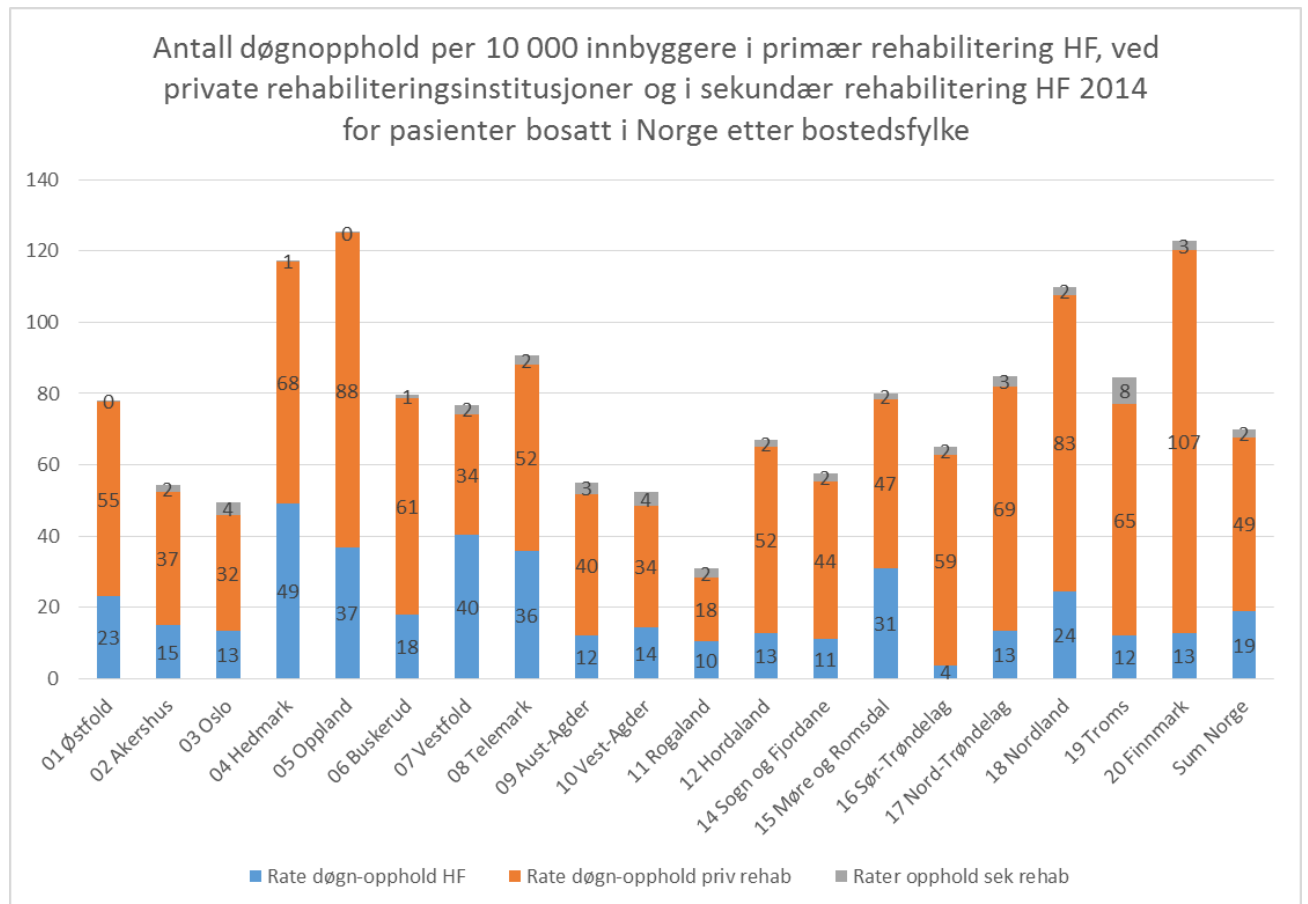
I dette kapitlet presenteres oversikter over forbruket av rehabilitering for pasienter bosatt i NLSH bostedsområde. I oversiktene presenteres det separate rater<sup>5</sup> for døgnoppholdene og poliklinikk med dagbehandling. For å kunne vurdere forbruket nivåmessig presenteres det tall for hele landet etter

<sup>5</sup> En rate er et forholdstall mellom aktivitet og innbyggere i et område. Her benyttes ofte aktivitet per 10 000 innbyggere.

pasientens bostedsfylke. Det er gjennomgående lagt opp til at fylkes-ratene presenteres først og deretter ratene per kommune i bostedsområdet for Nordlandssykehuset.

## 6.1 Forbruket av døgnopphold innenfor rehabiliteringsområdet

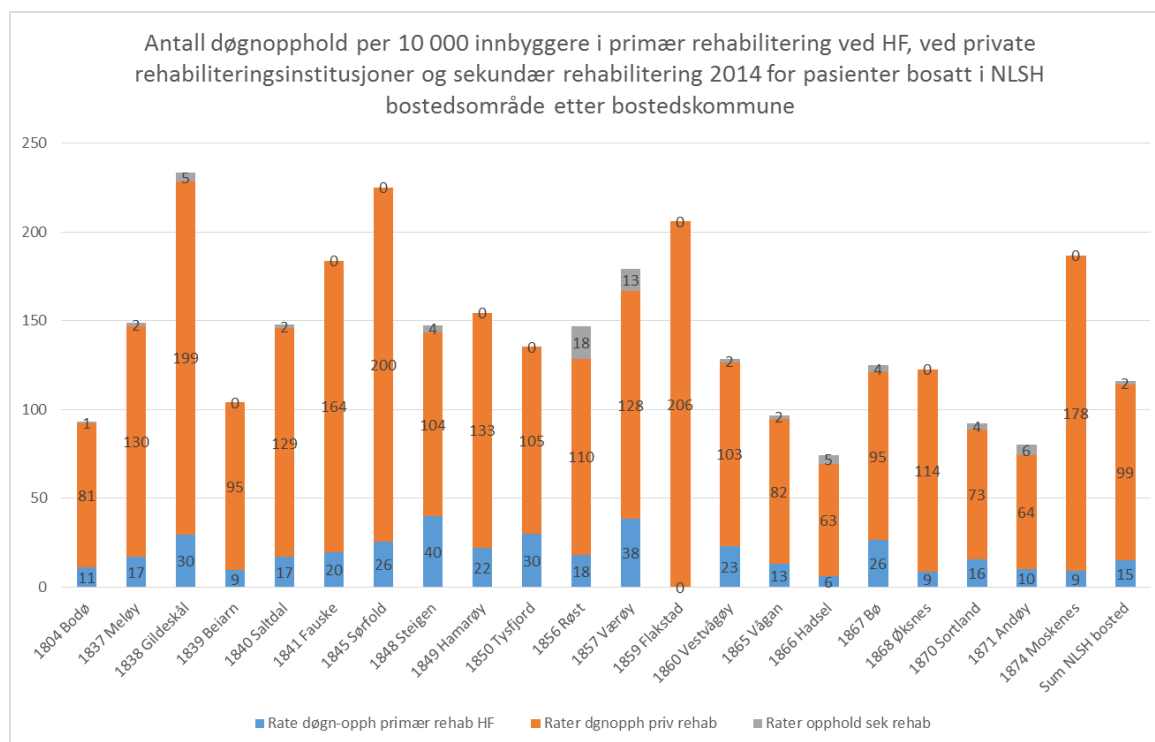
I figur 6.1 gis en oversikt over antall døgnopphold per 10 000 innbyggere for alle typer rehabilitering etter pasientens bostedsfylke 2014. Her benyttes også ISF-definisjonene for type rehabilitering (se kapittel 4 over).



Figur 6.1 Antall døgnopphold per 10 000 innbyggere i primær og sekundær rehabilitering i HF og private sykehus og ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter bosatt i Norge 2014 etter bostedsfylke

Figuren viser at de private rehabiliteringsinstitusjonene utgjør en stor andel av forbruket innenfor rehabiliteringsområdet i 2014. Dette er gjennomgående for alle fylkene. Samtidig viser figuren at bruken av de private rehabiliteringsinstitusjonene ikke resulterer i en utjevning av forskjeller i forbruksrater. Bruken av sekundær rehabilitering er som tidligere nevnt beskjeden og dette gjelder for alle fylkene. Variasjonen i forbruket mellom fylkene er stor med 31 per 10 000 innbyggere i Rogaland fylke som det laveste og 125 per 10 000 innbyggere i Oppland fylke som har den høyeste raten. Nordland fylke ligger betydelig over landsgjennomsnittet og har den fjerde høyeste raten i landet.

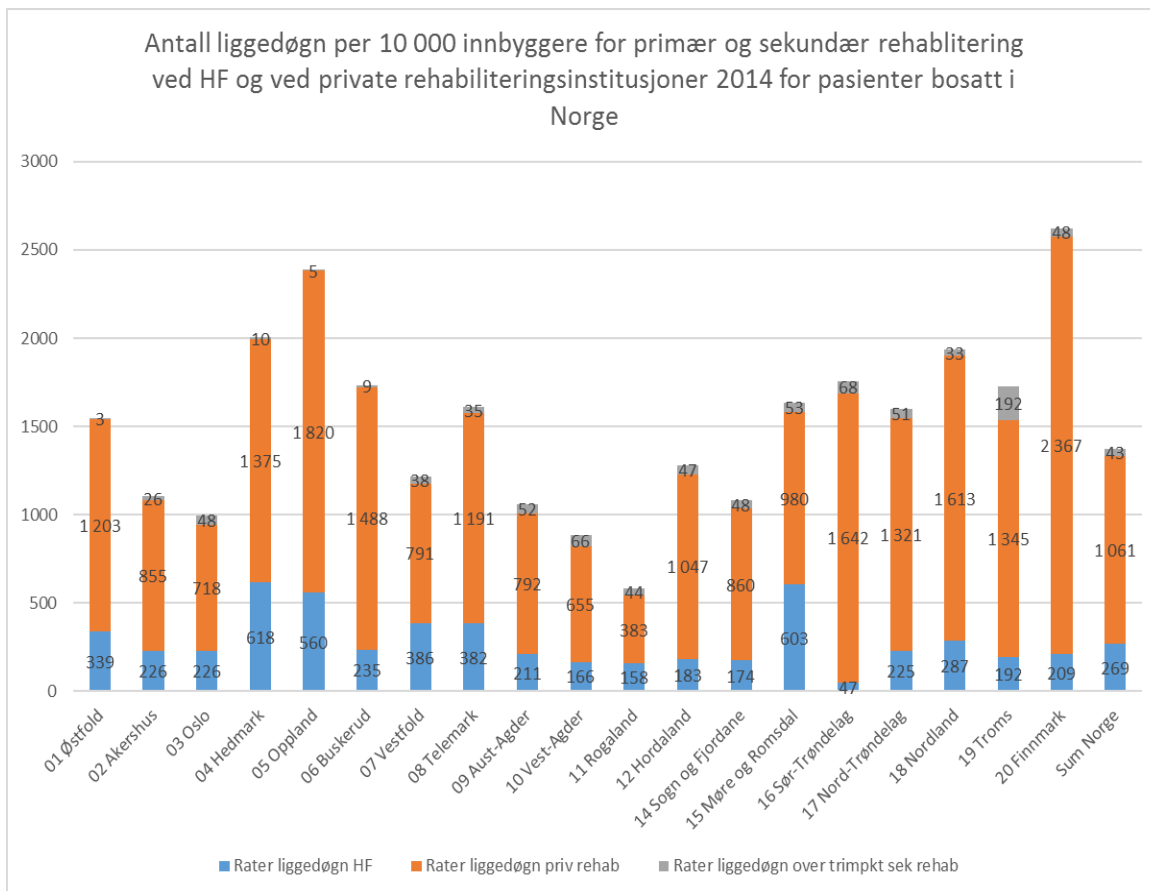
I figur 6.2 presenteres en tilsvarende oversikt for kommunene i Nordlandssykehusets bostedsområde.



Figur 6.2 Antall døgnopphold per 10 000 innbyggere i primær og sekundær rehabilitering ved HF og private sykehus og ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter bosatt i Nordlandssykehusets bostedsområde 2014 etter bostedskommune

Figuren viser at her betyr døgnoppholdene mer relativt sett enn tilsvarende oversikter for fylket. Her er det gjennomgående de private rehabiliteringsinstitusjonene som står for mesteparten av rehabiliteringen av døgnpasienter målt som døgnopphold per 10 000 innbyggere. Samlet sett utgjør forbruket for hele bostedsområdet 116 døgnopphold per 10 000 innbyggere. Tilsvarende tall for landet og for Nordland fylke var henholdsvis 70 og 110. Dette betyr at NLSH bostedsområde har et gjennomsnittlig forbruk som ligger i øverste sjiktet i landet og i fylket. Ellers er variasjonen i bostedsområdet svært stor og dette gjelder bruken av både HF og private rehabiliteringsinstitusjoner. Hadsel kommune har lavest rate samlet med 74 opphold per 10 000 innbyggere, mens Gildeskål ligger høyest med en rate på 233. Dette betyr at forskjellen på høyest og lavest rate er større enn gjennomsnittsraten for hele bostedsområdet.

I figur 6.3 presenteres tilsvarende rater for liggedøgnene etter pasientenes bostedsfylke

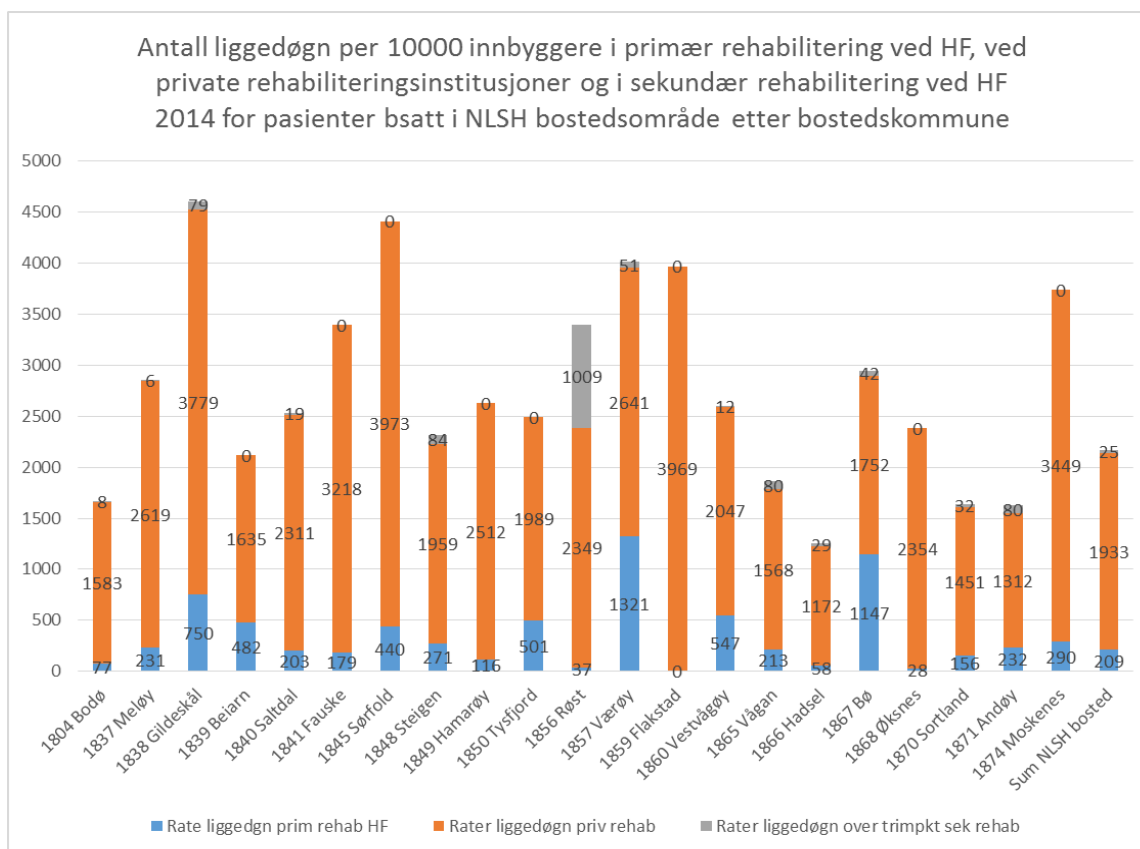


Figur 6.3 Antall liggedøgn per 10 000 innbyggere i primær og sekundær rehabilitering ved HF og private sykehus og ved private rehabiliteringsinstitusjoner 2014 for pasienter bosatt i Norge etter bostedsfylke

Liggedøgnratene bekrefter bare forskjellene fra oppholdsratene i forhold til forskjeller mellom fylkene. Den eneste forskjellen er at raten for de private rehabiliteringsinstitusjonene betyr enda mer nå enn tilsvarende for oppholds-ratene. Dette betyr bare at den gjennomsnittlige liggetiden i private rehabiliteringsinstitusjoner er lengre enn i HF-ene og de private sykehusene.

Figur 6.4 viser tilsvarende oversikt for bostedsområdet til NLSH.



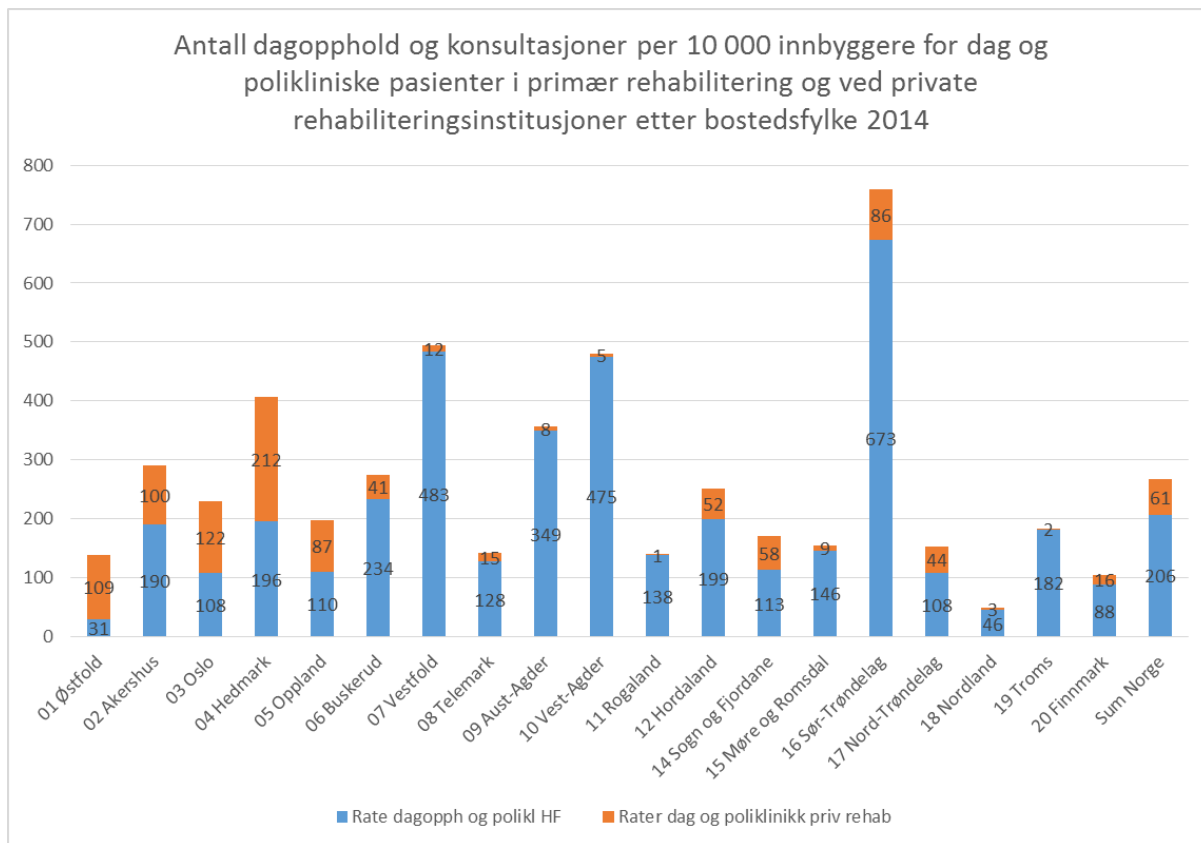


Figur 6.4 Antall liggedøgn per 10 000 innbyggere i primær og sekundær rehabilitering ved HF og private sykehus og ved private rehabiliteringsinstitusjoner 2014 for pasienter bosatt i Nordlandssykehusets bostedsområde etter bostedskommune

Liggedøgn-ratene for kommunene i bostedsområdet bekrefter forskjellene når forbruket måles som opphold per 10 000 innbyggere. Det er fortsatt Hadsel som har det laveste forbruket og Gildeskål det høyeste. Bostedsområdets rate ligger også her høyere enn Nordland fylke slik at forbruksnivået innenfor rehabiliteringsområdet er i det øvre sjiktet i landet og i fylket også når det måles ved liggedøgn-rater.

## 6.2 Forbruket av poliklinikk med dagopphold

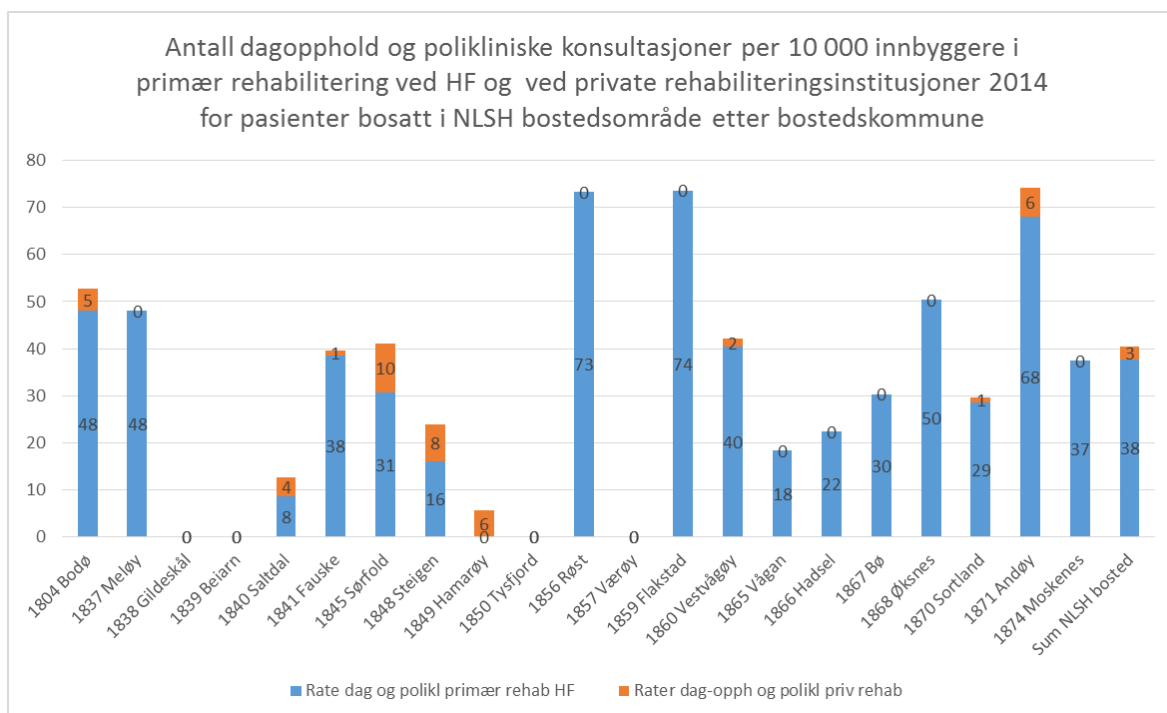
I dette avsnittet gis en oversikt over forbruket av polikliniske konsultasjoner og dagopphold innenfor rehabiliteringsområdet. Her er det kun primær rehabilitering som inngår da sekundær rehabilitering kun gjelder døgnoppholdene. Dagoppholdene utgjør en svært liten andel av dette slik at i det følgende betegner vi aktiviteten som poliklinikk og antall konsultasjoner. I datagrunnlaget fra NPR er det ikke gode registreringer på behandlingsnivå for de private rehabiliteringsinstitusjonene. Vi har derfor tatt ut rehabiliteringsopphold med null i liggetid og definerer disse som poliklinikk ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Figur 6.5 viser forbruket av poliklinikk og dagopphold for pasienter bosatt i Norge etter bostedsfylke.



Figur 6.5 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere i primær rehabilitering ved HF og ved private rehabiliteringsinstitusjoner 2014 for pasienter bosatt i Norge etter bostedsfylke

Figuren viser at det er stor variasjon i forbruket av dagbehandlinger innenfor rehabiliteringsområdet samtidig som nivået i Nordland fylke er lavest i landet med 49 konsultasjoner per 10 000 innbyggere. Forbruket i Sør-Trøndelag skiller seg ut fra resten da det i denne aktiviteten inngår en spesiell form for poliklinisk rehabilitering. Dette var i utgangspunktet en privat aktør som ble klassifisert av myndighetene som en offentlig poliklinikk. Dette betyr at HF-delen av dette forbruket er betydelig lavere i Sør-Trøndelag enn det den blå søylen markerer. Forbruket hos de private rehabiliteringsinstitusjonene er forholdsvis beskjedent sammenlignet med HF-delen når vi ser på poliklinisk rehabilitering. Forskjellene er betydelige mellom fylkene her også selv om Sør-Trøndelag holdes utenfor.

I figur 6.6 gis en tilsvarende presentasjon for NLSH's bostedsområde etter bostedskommune.



*Figur 6.6 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere i primær rehabilitering ved HF og ved private rehabiliteringsinstitusjoner 2014 for pasienter bosatt i Nordlandssykehusets bostedsområde etter bostedskommune*

Figuren viser at forbruksraten for konsultasjonene i bostedsområdet samlet er lavere enn tilsvarende for Nordland fylke. Dette betyr at dag og poliklinisk rehabilitering i dette bostedsområdet har et forbruksnivå blant de laveste i Norge. Her som for fylkene er også variasjonen betydelig samtidig som forbruket av private rehabiliteringsinstitusjoner er lik null for størstedelen av kommunene i området.

### 6.3 Oppsummering av forbruk innenfor rehabiliteringsområdet

Oversiktene som er presentert her viser stor variasjon i bruken av rehabilitering, både mellom fylkene nasjonalt og mellom kommunene i bostedsområdet for Nordlandssykehuset. Oversiktene viser også at for rehabilitering av døgnpasienter er det de private rehabiliteringsinstitusjonene som står for den høyeste andelen av behandlingsstedene. Det er videre ingenting som tyder på at bruken av disse institusjonene virker utjevne på forskjellene i bruken av HF-ene. Dette gjelder både for fylkene og for kommunene i bostedsområdet. Når det gjelder forbruket av poliklinisk rehabilitering inkludert dagbehandling, er forholdet mellom private rehabiliteringsinstitusjoner og HF omvendt da de private utfører lite rehabilitering av denne typen.

Det er så stor variasjon i forbruksratene innenfor rehabiliteringsområdet at det er grunn til å anta at det er snakk om ulike typer rehabilitering som fanges opp i forbruksratene her. Beskrivelse av aktiviteten ved Nordlandssykehuset (se kapittel 4) er også et eksempel på dette der en grupperettet aktivitet med kort liggetid klassifiseres i samme typen aktivitet som vanlig og kompleks rehabilitering innenfor ISF systemet. Det er grunn til å anta at dette ikke er spesielt for Nordlandssykehuset slik at det er vanskelig å vurdere forskjellene.

## 7. Demografisk framskriving av aktivitetsdata<sup>6</sup>

I dette kapitlet gis en beskrivelse av hvor mange døgnpasienter innen rehabiliteringsområdet det vil bli i 2020 og 2030 ut fra den demografiske utviklingen i området i samme tidsrom. Det er primært den planlagte døgnaktiviteten i rehabiliteringsavdelinger vi ønsker å fange opp, slik at vi avgrenser aktiviteten til å omfatte det som i ISF-ordningen defineres som primær rehabilitering, dvs. døgnopphold gruppert til DRG-ene 462A, B og C. Dette er en ny betraktningssmåte i forhold til det som ble presentert i foreløpig utkast til rapport. For likevel å ha et sammenligningsgrunnlag har vi lagt den første utgaven av kapittel 7 som vedlegg til rapporten (vedlegg 2). Vi har også mottatt data fra driftsåret 2015, slik at vi kan se om det har vært store endringer i de to årene.

I Sykehusbyggmodellen for framskriving av aktivitet har vi fått framskrevet all aktivitet for 2014 for alle pasientkontakter fra hele landet fram til 2030 basert på demografisk utvikling i samme periode. NPR har foretatt denne framskrivingen for oss. Dette betyr at når vi skal framskrive døgnopphold og liggedager innen rehabiliteringsfeltet for Nordlandssykehuset kan vi ta ut aktiviteten i primær rehabilitering i 2014 med alder og kjønn og framskrive denne etter befolkningsutviklingen for de samme pasientene. En forutsetning for dette er at aktiviteten i 2014 avspeiler den aktiviteten vi ønsker å framskrive. Gjennomgangen av aktiviteten i fra 2014 (se kapittel 4) viser imidlertid at det er svært få opphold som representerer den aktiviteten som vi primært ønsker å framskrive her. Hvis vi tar utgangspunkt i de 67 oppholdene som var klassifisert som primær rehabilitering i 2014, var 53 av disse behandlet i NLSH Bodø, 10 NLSH Lofoten og 4 i NLSH Vesterålen. De 53 oppholdene fra Bodø omfatter i all hovedsak en annen type pasienter enn de vi ønsker å fange opp her da mesteparten av disse var grupperettet pasientbehandling gjennom korttidsopphold. En gjennomgang av alderssammensetningen for disse viser at de avviker fra oppholdene i Lofoten og Vesterålen. I og med at det kun er 14 opphold registrert ved de to andre sykehusene av den typen opphold vi ønsker å fange opp, samtidig som aktiviteten i Vesterålen var spisset mot slagpasienter, vil disse representere et for lite og for snevert antall for å si noe om veksten fram til 2020 og 2030.

Vi velger derfor en helt annen tilnærming til dette. Vi tar utgangspunkt i forbruket i de aktuelle DRG-ene på landsbasis og beregner en gjennomsnittlig forbruksrate for opphold og liggedøgn nasjonalt. Neste skritt blir å beregne hvor stort forbruket vi bli i NLSH HF sitt bostedsområde med en tilsvarende forbruksrate som landet for befolkningen i 2014, 2020 og 2030. I framskrivingene til 2020 og 2030 benyttes den samme vekstfaktoren for demografisk framskriving som for landet. Det siste trinnet i beregningsmetoden blir å justere for hvor mye av dette estimerte forbruket som behandles utenfor NLSH HF og hvor mye HF-et må besørge selv. På denne måten vil vi få estimert et behov for framtidig aktivitet og hvor mye av dette behovet som HF-et selv kan håndtere.

### 7.1 Estimert aktivitetsgrunnlag

I tabell 7.1 presenteres en oversikt over forbruket for landet for de tre DRG-ene.

---

<sup>6</sup> Første utkast til framskriving ligger som vedlegg 2 til rapporten.

**Tabell 7.1** Antall sykehusopphold og liggedøgn i DRG-er for primær rehabilitering 2014 og 2015 samt tilsvarende forbruksrater beregnet som antall opphold og liggedøgn per 10 000 innbyggere for pasienter bosatt i Norge

DRG	SHO2014	SHO2015	Rate 2014	Rate 2015	Lgdgn2014	Lgdgn2015	Rate 2014	Rate 2015
462A	6 050	6 188	12	12	94 590	93 699	183	180
462B	3 688	3 549	7	7	43 756	39 679	85	76
462C	78	131	0	0	493	458	1	1
Sum prim rehab	9 816	9 868	19	19	138 839	133 836	269	257

Tabellen viser at oppholdsratene er stabile på 19 opphold per 10 000 innbyggere i begge årene, mens liggedøgnratene ble noe redusert i perioden. Dette betyr at liggetiden for de aktuelle DRG-ene ble redusert. Vi understreker at det kan være at liggedøgnene er noe underestimert på grunn av at HF i Norge koder korttidsopphold inn i DRG-ene for primær rehabilitering i ISF-ordningen (jmf korttidsoppholdene i NLSH Bodø som kodes som kompleks rehabilitering belyst i kapittel 4).

I tabell 7.2 presenteres estimert forbruk for NLSH bostedsområde dersom befolkningen her hadde hatt samme forbruksrate som landsgjennomsnittet vist i tabell 7.1.

**Tabell 7.2** Antall sykehusopphold og liggedøgn i DRG-er for primær rehabilitering 2014 og 2015 beregnet med nasjonale forbruksrater for pasienter bosatt i NLSH bostedsområde

DRG	SHO2014	SHO2015	Lgdgn2014	Lgdgn2015	Gjlt2014	Gjlt2015
462A	160	163	2 507	2 468	16	15
462B	98	93	1 160	1 045	12	11
462C	2	3	13	12	6	3
Sum prim rehab	260	260	3 680	3 525	14	14

Tabell 7.2 viser at forbruket for NLSH bostedsområde hadde blitt 260 sykehusopphold i begge årene og 3 680 og 3 525 liggedøgn henholdsvis for 2014 og 2015 med en forbruksrate tilsvarende gjennomsnittet for landet. Gjennomsnittlig liggetid hadde blitt 14,1 dag i 2014 og 13,6 dager i 2015.

## 7.2 Framskrivning av aktivitet

Vi har som tidligere nevnt ikke et empirisk datagrunnlag for NLSH HF som vi kan framskrive demografisk. Vi må derfor estimere framskrivningen ved hjelp av aktivitetstallene presentert over samt vekstfaktoren for denne aktiviteten i landet. Tabell 7.3 og 7.4 viser hvordan aktiviteten i de tre DRG-ene utvikler seg fra 2014 til 2020 og 2030 samt tilsvarende vekstfaktorer på landsbasis for de to årene fremover i tid.

**Tabell 7.3** Antall opphold, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid i primær rehabilitering 2014 framskrevet demografisk til 2020 og 2030 for pasienter bosatt i Norge

DRG	Opph2014	Lgdgn2014	Opph2020	Lgdgn2020	Opph2030	Lgdgn2030	Gjsnlt2014	Gjsnlt2020	Gjsnlt2030
462A	6 050	94 590	6 649	105 410	7 259	116 337	16	16	16
462B	3 688	43 756	4 155	49 719	4 689	56 531	12	12	12
462C	98	493	111	588	121	634	5	5	5
Sum	9 836	138 839	10 915	155 717	12 069	173 502	14,1	14,3	14,4

Tabell 7.4 *Vekstfaktor for opphold og liggedøgn i primær rehabilitering fra 2014 til 2020 og 2014 til 2030 for pasienter bosatt i Norge*

DRG	Vekstfaktor 2014 til 2020		Vekstfaktor 2014 til 2030	
	Opphold	Liggedøgn	Opphold	Liggedøgn
462A	1,099	1,114	1,200	1,230
462B	1,127	1,136	1,271	1,292
462C	1,137	1,194	1,233	1,285
Sum	1,110	1,122	1,227	1,250

Tabell 7.3 viser at en demografisk framskrivning vil gi i underkant av 11 000 opphold og i underkant av 156 000 liggedøgn i 2020 og tilsvarende i overkant av 12 000 opphold og i underkant av 174 000 liggedøgn i 2030. Gjennomsnittlig liggetid øker svakt med 14,1 liggedøgn i 2014 til 14,4 i 2030. Årsaken til at liggetiden øker er at andelen av de eldste innbyggerne øker og det er de eldste som har lengst liggetid.

Tabell 7.5 viser hvordan framtidig forbruk av primær rehabilitering vil bli i NLSH bostedsområde gitt at forbruket er på nasjonalt nivå og at veksten demografisk er lik veksten for landet.

Tabell 7.5 *Estimert aktivitet for NLSH bostedsområde fra 2014 til 2020 til 2030 med forbruk og vekst lik landsgjennomsnittet*

DRG	Opph2014	Lgdgn2014	Opph2020	Lgdgn2020	Opph2030	lgdgn2030
462A	160	2 507	176	2 794	192	3 084
462B	98	1 160	110	1 318	124	1 498
462C	2	13	2	16	3	17
Sum	260	3 680	289	4 128	319	4 599

Tabellen viser at forventet aktivitet for pasienter bosatt i NLSH bostedsområde vokser fra 260 opphold og 3 680 liggedøgn i 2014 til 289 opphold og 4 129 liggedøgn i 2020 og videre til 319 opphold og 4 599 liggedøgn i 2030. Dette vil være tilnærmet det behovet befolkningen i bostedsområdet vil ha dersom det nasjonale forbruket og den nasjonale veksten benyttes som indikator for behov.

Tabell 7.6 viser det beregnede sengebehovet samlet for bostedsområdet med aktiviteten presentert over. Det er benyttet en beleggprosent på 85 i beregning av sengebehov.

Tabell 7.6 *Sengebehov, aktivitet og gjennomsnittlig liggetid for primær rehabilitering for befolkningen i NLSH bostedsområde framskrevet fra 2014 til 2020 og 2030.*

	Antall senger	Arundet oppover	Liggedøgn	Gjsn liggetid	Opphold
Sengebehov 2014	11,9	12	3 680	14,1	260
Sengebehov 2020	13,3	14	4 128	14,3	289
Sengebehov 2030	14,8	15	4 599	14,4	319

Tabellen viser at befolkningens behov for rehabiliteringssenger øker fra 12 i 2014 til 15 i 2030. Gjennomsnittlig liggetid vil her tilsvare landsgjennomsnittet med 14,4 liggedøgn i 2030.

### 7.3 Estimert sengebehov i NLSH HF

For å estimere behovet for rehabiliteringssenger i NLSH HF tar vi utgangspunkt i behovet som er skissert ovenfor. Videre kartlegges det som andre HF gjør for bostedsområdet, framskriver det, og blir stående igjen med det behovet som må dekkes av NLSH dersom eksterne aktører har samme volum som i dag. Det er flere aktører som utfører rehabiliteringstjenester for NLSH bostedsområde i dag. I vedlegg 1 til rapporten er alle HF som utfører ISF-tjenester knyttet til primær rehabilitering presentert. De største aktørene her er Sunnaas sykehus HF, St Olavs Hospital HF, Diakonhjemmets sykehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Helgelandssykehuset. Ved UNN HF var 13 opphold ved UNN Tromsø og 31 opphold ved UNN Harstad. I beregningen av eksterne aktører antar vi at bruken av UNN Tromsø er en del av regionfunksjonen og må være der.

Hvis vi tar utgangspunkt i de faktiske tallene for 2014 for alle disse eksterne aktørene, og begrenser UNN HF til bare å gjelde UNN Tromsø, vil gjenstående behov måtte løses av NLSH med eventuelt videreføring av avtale med UNN Harstad. Tabell 7.7 viser aktivitet og sengebehov som må håndteres av NLSH når det tas hensyn til at eksterne aktører har et volum tilsvarende dagens volum framskrevet fra 2014 til 2020 og 2030.

Tabell 7.7 Aktivitets- og kapasitetsbehov som må løses av NLSH HF ved bruk av eksterne aktører i samme grad som i dag

	Antall senger	Arundet oppover	Liggedøgn	Gjns liggetid	Opphold	Liggedøgn med nasj gjns liggetid	Sengebehov med nasj gjsnlt	Avrundet oppover
Sengebehov 2014	4,4	5	1 365	11,6	118	1 672	5,4	6
Sengebehov 2020	4,9	5	1 531	11,7	131	1 875	6,0	7
Sengebehov 2030	5,5	6	1 706	11,8	145	2 089	6,7	7

Tabellen viser at det vil være et teoretisk behov for 6 senger i 2030 med dagens volum på eksterne aktører framskrevet. De eksterne aktørene har imidlertid en høyere gjennomsnittlig liggetid enn det som var nasjonalt i 2014 (14 liggedøgn). Dette betyr at det i beregningen over blir en lavere gjennomsnittlig liggetid for det som blir beregnet for NLSH (11,6 dager). Vi tror dette blir for kort liggetid i forhold til hva som vil bli tilfelle i 2030, så vi justerer opp liggedøgnene til at de utgjør gjennomsnittlig nasjonal liggetid for de tre årene. Dette gir et samlet behov for 7 senger både i 2020 og 2030.

Dersom man viderefører avtale med UNN Harstad som i 2014 hadde 31 opphold med 575 liggedøgn utgjør dette 2 senger avrundet. Framskrevet til 2020 og 2030 blir dette 3 senger med i overkant av 700 liggedøgn og 38 opphold. I tabell 7.8 presenteres gjenstående behov som må dekkes av NLSH HF dersom avtale med UNN Harstad videreføres.

Tabell 7.8 Aktivitets- og kapasitetsbehov som må løses av NLSH HF ved bruk av eksterne aktører i samme grad som i dag og videreføring av avtale med UNN Harstad

	Antall senger	Arundet oppover	Ligge-døgn	Gjsn liggetid	Opphold	Ligge-døgn med nasj gjsn liggetid	Sengebehov med nasj gjsnlt	Avrundet oppover
Sengebehov 2014	2,5	3	790	9,1	87	1 233	4,0	4
Sengebehov 2020	2,9	3	886	9,2	97	1 383	4,5	5
Sengebehov 2030	3,2	4	988	9,2	107	1 541	5,0	5

Hvis avtale med UNN Harstad videreføres vil det være behov for 5 senger til primær rehabilitering ved NLSH HF i 2030. Her defineres som tidligere nevnt primær rehabilitering i ISF-ordningens betydning.

#### 7.4 Oppsummering

Dersom det antas at volum på eksterne aktører er som i dagens situasjon, og aktiviteten ved UNN Tromsø er nødvendig, vil det være et udekket behov tilsvarende 7 senger i 2030 som må håndteres av NLSH HF. Alternativt kan avtalen med UNN Harstad videreføres og det vil bli et udekket behov på 5 senger i NLSH HF. Med behov her er det forutsatt at befolkningen har et forbruk av primær rehabilitering tilsvarende landsgjennomsnittet og en demografisk vekstrate tilsvarende det samme.

### 8. Kapasitet og organisering av tilbudet ved et utvalg av andre HF

Etter ønske fra NLSH er det innhentet erfaringer fra andre HF med varierende størrelse og ulik måte å organisere sitt rehabiliteringstilbud på. Helseforetakene har gitt sine opplysninger på telefon og via tilbakemelding på epost. Sykehusbygg har ikke sjekket bruk av diagnosegrupper, oppholdslengde og omfang av bruk av private institusjoner utover det som framgår i andre kapitler i rapporten. Vi har sendt forespørsel til 5 HF og har fått svar skriftlig fra alle unntatt ett. Fire av foretakene er også kontaktet via telefon.

Det ser ut til at historikk og hvilke institusjoner som ble med «over» da virksomheten ble overført fra fylkeskommunen til helseforetakene fortsatt har betydning både for omfanget og for hvordan aktiviteten er organisert i 2016. Forholdet mellom innbyggertall og døgnplasser i eget foretak varierer fra 5 000 i Helse Møre og Romsdal (når plasser både i sykehus og i rehabiliteringsinstitusjoner som HF' et eier og driver tas med), via 9 000 i Sykehuset Innlandet, 13 200 i Sykehuset Sørlandet, (har områdefunksjon for tidligere Helse Sør for noen diagnosegrupper) til 42 500 i Sykehuset Telemark.

Dersom Framskrivningstallene fra tabell 7.4 med henholdsvis 4 og 6 senger uten og med Harstad, vil vi ha følgende tall for NLSH i 2030:

- 36 500 (4 senger)
- 24 300 (6 senger)



### **Sykehuset Telemark (STHF)**

Telemark har kun 4 definerte døgnplasser for rehabilitering plassert i nevrologisk sengeenhet. Plassene benyttes først og fremst til tidlig rehabilitering og noe utredning, som f.eks. spastisitetproblematikk. Sunnås sykehus og Kysthospitalet i Stavern tar imot pasienter med større funksjonsutfall etter slag, tverrsnittslesjoner, store hodeskader, større skader og amputasjoner mm.

Forholdet til kommunehelsetjenesten er regulert i generelle delavtaler om rehabilitering. Disse avtalene planlegges revidert og konkretisert høsten 2016. Det pågår et prosjekt «Sammen om det gode rehabiliteringsforløpet» mellom HF'et og to kommuner.

Generelt oppleves kapasiteten god i de to byene Skien og Porsgrunn, men det er varierende og dårligere kapasitet i små kommuner.

Døgnplassene driftes under felles ledelse for nevrologi, slag og rehab. Det er tilsatt egne spesialister for FMR, som også inngår i generell vaktordning for døgnenheten sammen med nevrologene. Pasientene overføres internt etter vurdering av overlege i FMR + resten av rehab-teamet, i samarbeid med legespesialist på moderavdeling. 70% kommer fra slagenheten, resten fordeler seg mellom nevrologisk sengepost, intensiv, ortopedi og lungepost. Gjennomsnittlig liggetid er 20 døgn.

STHF jobber med en modell for «siling» og selektering av hvor de med mer langsiktig rehab-behov bør overføres (jfr. prosjektet nevnt ovenfor). Telemark benytter lite private rehab-institusjoner. Målet er størst mulig grad av utskriving til kommunene, med ambulant bistand fra sykehuset.

### **Sykehuset Innlandet (SIHF)**

Sykehuset Innlandet har 83 døgnplasser for rehabilitering utenfor sykehusenes «hovedkropper», og ingen definerte døgnplasser i sykehusene. Kongsvinger sykehus har noen døgnplasser for revmatiske diagnoser der de også gir rehabilitering. De 83 plassene fordeler seg på et tidligere vanførehjem (Ottestad), et sykehus for lungerehabilitering (Granheim i Follebu) og en institusjon i Gjøvik som til sammen dekker senfase hjerneslag, senfase hodeskader, senfase amputasjoner, nevrologiske sykdommer, langvarig smertetilstander, KOLS, astma. Gjennomsnittlig liggetid er 17, med spenn mellom 3-40 dager. «Vanlig liggetid» regnes som 20 dager.

Enheten for lungerehabilitering stenger i 3 uker om sommeren for ferieavvikling. FMR-avdelingen (Ottestad og Gjøvik) har stengt ei helg om sommeren.

Ryggmargsskader, traumeskade og første fase av alvorlige hodeskader er funksjonsfordelt innenfor Helse Sør-Øst.

Kommunestørrelse i Sykehuset Innlandet sitt opptaksområde varierer mellom ca 1 200 til over 30 000 innbyggere (49 kommuner). HF'et sine erfaringer er at kapasitet og kompetanse på kommunalt nivå varierer mye.

Det er i økende grad intern overføring av pasienter til FMR-enhetene, tilsvarende reduksjon i mottak av pasienter etter henvisning utenfra. Pasientene utskrives til kommunale rehab-tilbud, noen med

oppfølging av ambulant rehab-team fra FMR-enhetene. SIHF benytter private rehabiliteringsinstitusjoner. Noen pasienter skrives ut fra sykehuset til hjemmet i påvente av plass i FMR-avdeling eller i private rehabiliteringsinstitusjoner.

### **Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)**

Helse Nord-Trøndelag har 15 senger og poliklinikk i en egen FMR-avdeling i Sykehuset Levanger. I Namsos driver de akuttfaserehabilitering samt noe poliklinikk og dagbehandling. Gjennomsnittlig liggetid i døgnavdelingene er 16 døgn, variasjon mellom 3 dager og 2-3 mnd. Hovedvekt ligger på 3-4 uker. Avdelingen er stengt 4 uker om sommeren og i jul og påske. De tar imot både etter søknad fra fastlege og etter interntoverføring i sykehuset. Leger og annet personell i FMR gjøre vurdering av rehabiliteringsbehov i akuttfasen for pasienter innlagt i alle akuttavdelinger i Levanger.

Spinalskader og alvorlige hodeskader er funksjonsfordelt til St. Olav i Helse Midt-Norge

Helse Nord-Trøndelag har ikke konkrete avtaler med kommunene om rehabilitering. Inntrykket er at det er stor variasjon mellom kommunene av hvilket rehabiliteringstilbud de har bygd opp.

Ved utskrivning benyttes hele spekteret – direkte til hjemmet, til kommunalt rehab-tilbud og private rehab-institusjoner.

### **Sørlandet Sykehus HF (SSHF)**

SSHF har 22 døgnplasser i Enhet for spesialisert rehabilitering i et eget bygg (Kongsgård) ca. 4 km fra akuttsykehuset i Kristiansand. Døgnplassene driftes 24/7/365, med noe færre plasser (16-18) i jul, påske og sommerferie. Det er i tillegg to plasser for rehabilitering av reumapasienter i SSA (Sørlandet sykehus Arendal)

Gjennomsnittlig liggetid er 14,9 døgn, med variasjonsbredde 2-45 døgn.

SSHF har avtale med Sunnås for spinalskader, men tar hånd om enkelte mindre kompliserte spinalskader i eget foretak dersom det er kapasitetsproblemer på Sunnås. De mottar etter avtale pasienter fra OUS med akutt traumatisk hjerneskade. SSHF har områdefunksjon for moderat/lettere hjerneskader, slagpasienter fortrinnsvis med kognitive utfall, multitraumer og amputasjoner.

Alle akuttsykehus i SSHF har akuttfaserehabilitering. Pasientene overføres internt ved behov for mer langsiktig rehabilitering.

Det er inngått delavtaler med alle kommuner i Agder om rehabilitering, læring og mestring. Kapasitet og kompetanse i kommunene er variabel, men erfaringen er at det ikke er sammenheng mellom kommunestørrelse og kapasitet/kompetanse.

Pasienter med hofte- eller kneoperasjoner som har behov for rehabilitering overføres til privat institusjon i nærområdet (Sørlandet rehabiliteringssenter).

### **Helse Møre og Romsdal HF (HMR)**

Dette helseforetaket er også forespurt, men pga. ferieavvikling er svaret ikke mottatt når dette utkastet sendes. De svarte imidlertid i telefonintervju tidligere, se oppsummering i tabellen under.

Tabell 8.1 Oppsummering intervju med representanter fra et utvalg HF

FMR	Erfaringer fra andre HF							
HF	Tlf	kontakt	befolkn.	senger	funksjon	lokalisering	historikk	kommentar/erfaringer
Sørlandet	03738		290.000	22	slag 8, hodeskade 7 (områdefunksjon for gamle Helse Sør) multitraume/ benamputasjon 7. Noe ambulansetjeneste, til andre sykehus og	Eget bygg utenfor sykehuskroppen i Kr.sand	Vært "Vanføre hjem"/ kysthospital	Reduserte antall døgnplasser og stillinger da to enheter ble slått sammen
Innlandet	06200	div.dir Astrid Millum FMR	403.000	45	hjerneskade(inkl.slagpas.) + ortopedi og amputasjoner	Egne bygg to steder: Gjøvik og Ottestad	Ottestad = Vanføre hjemmet Gjøvik: eget bygg, overdratt fra NKS	Planlegger samlokalisering og reduksjon til 27 senger (19 hj,skade + 8 bevegelse. Jobber for mer ambulansetjeneste og for raskere å ta i mot fra
Telemark	35003500	avd.leder Gro Åsland, nevr. og rehab	170.000	4	flest pas.fra slag, noe fra intensiv, noen elektive innleggelse på nevr.lidelse, spastisitet Egen fys.med pol med andre problemstillinger	senger i nevr. Sengepost liggetid 20døgn	Hadde 22 senger i Porsgrunn, red. i fbm Samhandlingsreformen og avvikling av alle døgnplasser i Porsgrunn	Ønsker noen flere senger Utfordring med langliggere i en akuttavd. - skulle vært mer adskilt Pas. er plasskrevende - planlegg med store
Helse MR	70105740	klin.sjef Karl Arne Remvik FMR	255.000	14 (Ålesund) 4 (Molde)	hodeskade, inkl.slag nevr.l.rehab, MS Parkinson protese/ stump	eget enhet i Ålesund, i nevr.l.avd i Molde	I tillegg Mork med 17 senger, tar tyngre pleie + Aure rehab 16	Aure er mer opptrening - forsøk å få kommunene til å overta uten å lykkes Mork tar tyngre, pleiemessig krevende pas.

Som det framgår av tabellen er diagnosegruppene som gis tilbud innenfor spesialisert rehabilitering på sykehus i hovedsak følgende: Slag/ hodeskader, multitraume, ortopedi, amputasjon/protese og neurologiske tilstander.

## 9. Vurdering av aktivitets- og kapasitetsbehov

Variasjonen i bruk av døgnbehandling med rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er stor, både i Norge og i vårt naboland Danmark. KORA (Danmark) har sett på bruk av rehabiliteringsplaner i perioden 2007-2014, og finner at det er stor variasjonen mellom regionene, og innenfor regionene - mellom sykehusene og mellom kommuner. Deres konklusjon er at variasjonen er så stor at det ikke er grunnlag for å etablere en nasjonal «standard» for bruken av rehabilitering i helsetjenesten.

Som vist over viser forbruksrater for døgn nasjonalt i Norge også stor variasjon. Den demografiske framskrivinga har tatt utgangspunkt i landsgjennomsnittet uten at det synes å være en god pekepinn for hva behovet for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil være i framtida.

Utviklingen med mer effektiv behandling av hjerneslag vil redusere behovet for langvarig rehabilitering for denne gruppa. Bruk av «fast-track» kirurgi og rask mobilisering og utskrivning til hjemmet medfører mindre behov for opphold på opptreningsinstitusjoner, men krever mer intensiv innsats de første døgnene på sykehus.

Oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenestens tilbud og kommunalt rehabiliteringstilbud har ikke funnet sin endelige form etter Samhandlingsreformen. Det vil kunne være store forskjeller mellom tilbudene på kommunalt nivå, og aktiviteten i spesialisthelsetjenesten må planlegges med det for øyet.

Nordlandssykehuset må derfor gjøre sin egen vurdering av hvordan behov for spesialisert rehabilitering, både enkel og kompleks, skal løses framover.

Utgangspunktet er at det i NLSH Bodø bare er mulig å etablere døgnplasser inkludert i andre døgnenheter. Antallet og eventuelt spesielle behov (areal, utstyr) knyttet til disse må avklares innenfor utbyggingsprosjektets frister.

I NLSH Vesterålen er det mulig å etablere en egen enhet for planlagt rehabilitering med inntil 8 plasser. Virksomheten i Vesterålen drives i dag med døgnplasser integrert i medisinsk sengeområde. Mulighetene til 8 plasser til planlagt rehabilitering i NLSH Vesterålen er mer enn tilstrekkelig til å dekke det estimerte behovet for primær rehabilitering beskrevet i kapittel 7.

## Vedlegg1 Eksterne aktører som behandler pasienter til primær rehabilitering fra NLSH bostedsområde 2014

HF/Sykehus	Liggedøgn	opphold
Sunnaas sykehus HF	358	39
St. Olavs Hospital HF	457	13
Revmatismesykehuset AS (Helse Sør-Øst RHF)	14	1
Diakonhjemmet sykehus (Helse Sør-Øst RHF)	147	11
Sykehuset Innlandet HF	2	1
Helse Bergen HF	20	2
UNN -Tromsø	325	13
UNN Harstad	575	31
Helgelandssykehuset HF	301	25
Sykehuset i Vestfold HF	66	4
Private sykehus	50	2
Sum	2 315	142

## Vedlegg 2 Førsteutkast kapittel 7

I dette kapitlet skal vi forsøke å gi en beskrivelse av hvor mange døgnpasienter innen rehabiliteringsområdet vil det bli i 2020 og 2030 ut fra den demografiske utviklingen i området i samme tidsrom. Det er primært den planlagte døgnaktiviteten i rehabiliteringsavdelinger vi ønsker å fange opp, slik at vi avgrenser aktiviteten til å omfatte det som i ISF-ordningen defineres som primær rehabilitering, dvs. døgnopphold grupper til DRG-ene 462A, B og C.

I Sykehusbyggmodellen for framskrivning av aktivitet har vi fått framskrevet all aktivitet for 2014 for alle pasientkontakter fra hele landet fram til 2030 basert på demografisk utvikling i samme periode. NPR har foretatt denne framskrivningen for oss. Dette betyr at når vi skal framskrive døgnopphold og liggedager innen rehabiliteringsfeltet for Nordlandssykehuset kan vi ta ut aktiviteten i primær rehabilitering i 2014 med alder og kjønn og framskrive denne etter befolkningsutviklingen for de samme pasientene. En forutsetning for dette er at aktiviteten i 2014 avspeiler den aktiviteten vi ønsker å framskrive. Gjennomgangen av aktiviteten i fra 2014 (se kapittel 4) viser imidlertid at det er svært få opphold som representerer den aktiviteten som vi primært ønsker å framskrive her. Hvis vi tar utgangspunkt i de 67 oppholdene som var klassifisert som primær rehabilitering i 2014, var 53 av disse behandlet i NLSH Bodø, 2 NLSH Lofoten og 4 i NLSH Vesterålen. De 53 oppholdene fra Bodø omfatter i all hovedsak en annen type pasienter enn de vi ønsker å fange opp her da mesteparten av disse var grupperettet pasientbehandling gjennom korttidsopphold. En gjennomgang av alderssammensetningen for disse viser at de avviker fra oppholdene i Lofoten og Vesterålen. I og med at det kun er 6 opphold registrert ved de to andre sykehusene av den typen opphold vi ønsker å fange opp, samtidig som aktiviteten i Vesterålen var spisset mot slagpasienter, vil disse representere et for lite og for snevert antall for å si noe om veksten fram til 2020 og 2030.

For å estimere en framtidig aktivitet for Nordlandssykehuset, tar vi utgangspunktet i alle opphold registrert i de tre DRG-ene for primær rehabilitering for HF i hele landet unntatt opphold registrert ved Nordlandssykehuset Bodø, som vi vet er en annen type rehabilitering, og framskriver disse til 2020 og 2030. På denne måten får vi etablert en generell vekstfaktor for denne aktiviteten for landet fram til 2020 og 2030. Denne vekstfaktoren kan vi så benytte på et antall opphold i 2014 som vi framskriver med samme vekstfaktor.

Som gjennomgangen i kapittel 4 viser var ikke aktiviteten i Vesterålen i 2013 og 2014 god for å si noe om volum. Vi tar derfor utgangspunkt i hvor mange opphold i primær rehabilitering var det ved Vesterålen og Lofoten i 2012 og antar at dette representerer den aktiviteten i 2014 som skal framskrives til 2020 og 2030. Da holder vi sekundær rehabilitering (i ISF-sammenheng) utenfor.

Tabell 7.1 viser hvordan aktiviteten i de tre DRG-ene var i 2014 for hele landet unntatt NLSH Bodø og hvordan dette kan framskrives til 2020 og 2030.

Tabell 7.1 Antall døgnopphold i primær rehabilitering for alle HF og private sykehus 2014 framskrevet til 2020 og 2030 etter DRG. NLSH Bodø er holdt utenfor.

DRG	Opph2014	Opph2020	Vekstfaktor 2014-2020	Opph2030	Vekstfaktor 2014-2030
462A	6 000	6 594	1,099	7 202	1,200
462B	3 686	4 153	1,127	4 687	1,272
462C	97	111	1,141	120	1,236
Sum	9 783	10 857	1,110	12 010	1,228

Tabellen viser at det samlet var 9 783 døgnopphold i primær rehabilitering (etter ISF-definisjonen) i 2014. Ut fra demografisk utvikling vi disse øke til i underkant av 10 860 i 2020 og videre til 12 010 i 2030. Vekstfaktoren for oppholdene samlet er 1,110 fra 2014 til 2020 og 1,228 fra 2014 til 2030. Det er også verdt å merke seg at det er et høyere antall i kompleks rehabilitering (DRG 462A) enn i vanlig rehabilitering. Om dette er et uttrykk for en reell situasjon eller om det er et resultat av kreativ koding er det vanskelig å si noe om, men vekstfaktoren for den komplekse rehabiliteringen er noe lavere enn vekstfaktoren for den vanlige rehabiliteringen. Dette betyr at døgnoppholdene i DRG-en for kompleks rehabilitering har en noe lavere andel eldre enn oppholdene i DRG-en for vanlig rehabilitering.

Disse vekstfaktorene blir benyttet for å framskrive tilsvarende opphold ved Nordlandssykehuset 2014, en aktivitet som estimeres fra aktiviteten i Vesterålen og Lofoten 2012.

I tabell 7.2 presenteres samme typen oversikt for liggedøgnene knyttet til de samme døgnoppholdene som i tabell 7.1.

Tabell 7.2 Antall liggedøgn i primær rehabilitering for alle HF og private sykehus 2014 framskrevet til 2020 og 2030 etter DRG. NLSH Bodø er holdt utenfor.

DRG	Lgdgn2014	Lgdgn2020	Vekstfaktor 2014-2020	Lgdgn2030	Vekstfaktor 2014-2030
462A	94 420	105 230	1,114	116 146	1,230
462B	43 730	49 692	1,136	56 509	1,292
462C	489	585	1,197	630	1,287
Sum	138 639	155 507	1,122	173 284	1,250

Tabellen viser at vekstfaktorene for liggedøgnene er noe høyere enn tilsvarende for døgnoppholdene. Dette skyldes nok at det innenfor disse DRG-ene er de eldste pasientene som ligger lengst, og når andelen eldre øker fram mot 2020 og 2030 blir liggetiden lengre enn tilsvarende for døgnoppholdene. Vekstfaktorene for liggedøgnene benyttes for tilsvarende liggedøgn ved Nordlandssykehuset 2014, en aktivitet som estimeres tilsvarende døgnoppholdene. Tabell 7.3 viser hvordan primær rehabilitering var ved NLSH 2012.

Tabell 7.3 Antall døgnopphold, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid for primær rehabilitering ved NLSH 2012 etter DRG og behandlingssted

DRG	NLSH Bodø Opphold 2012	NLSH Bodø liggedøgn 2012	NLSH Bodø gjsnlt 2012	NLSH Lofoten Opphold 2012	NLSH Lofoten liggedøgn 2012	NLSH Lofoten gjsnlt 2012	NLSH Vesterålen Opphold 2012	NLSH Vesterålen liggedøgn 2012	NLSH Vesterålen gjsnlt 2012
462A	118	175	1,5	0	0		16	0	0,0
462B	48	139	2,9	9	26	2,9	50	929	18,6
462C	0	0		7	54	7,7	1	4	4,0
Sum	166	314	1,9	16	80	5,0	67	933	13,9

Tabellen viser at det er aktiviteten ved NLSH Vesterålen i DRG 462B som har en liggetid som samsvarer med liggetiden for rehabilitering nasjonalt som i gjennomsnitt var på 16,1 dager i DRG 462A og 12,1 dager i 462B. Ved NLSH Bodø og Lofoten er den gjennomsnittlige liggetiden så lav at vi tror at disse oppholdene ikke er representative for den rehabiliteringsaktiviteten vi ønsker å fange opp. Vi antar derfor at de 50 oppholdene med tilhørende 929 liggedøgn er den rehabiliteringsaktiviteten som vi ønsker å fange opp. Årlig vekstfaktor for døgnoppholdene i denne DRG-en er 1,015 noe som betyr at de 50 oppholdene i 2012 vil ha økt til 52 i 2014. Tilsvarende vekstfaktor for liggedøgnene er årlig lik 1,016 noe som gir 959 liggedøgn i 2014. dette betyr at en estimert aktivitet for rehabiliteringsopphold i 2014 blir 52 døgnopphold med 960 liggedøgn. Dette gir en gjennomsnittlig liggetid på 18,6 dager i 2014 også. I tabell 7.4 presenteres en oversikt over den estimerte aktiviteten i 2014 framskrevet til 2020 og 2030 ved bruk av vekstfaktorene for DRG 462B fra tabell 7.1 og 7.2 for henholdsvis døgnoppholdene og liggedøgnene. Tabellen viser også sengebehovet framskrevet for samme aktivitet i de aktuelle årene. I sengetallsberegningen er det benyttet en beleggsprosent på 90. Tabellen viser også aktiviteten ved Harstad i 2014 framskrevet til 2020 og 2030 med samme vekstfaktorer som for NLSH. Aktiviteten i 2014 ved Harstad er antakelig noe lavere enn det som er tilfellet i dagens situasjon, men for sammenligningens skyld benyttes 2014-tallene.

Tabell 7.4 Estimert aktivitet og sengebehov for primær rehabilitering i Nordlandssykehuset HF med og uten bruk av UNN Harstad

År	Døgn- opphold NSH	Ligge- døgn NSH	Beregnet sengebe- hov NSH	Avrundet oppover	Døgn- opphold UNN Harstad	Ligge- døgn UNN Harstad	Beregnet sengebe- hov UNN Harstad	Avrundet oppover	Sum senger avrundet oppover
År 2014	52	960	2,9	3	31	575	1,8	2	5
År 2020	59	1091	3,3	4	35	653	2,0	2	6
År 2030	66	1241	3,8	4	39	743	2,3	3	6

Tabellen viser at dersom det er aktuelt å videreføre avtalen med Harstad vil behovet for senger til primær rehabilitering bli 4 i 2020 med i underkant av 1 100 liggedøgn. Liggedøgnene vil øke til i underkant av 1 250 i 2030, men det behøves ikke flere senger enn i 2020 likevel. Gjennomsnittlig liggetid blir i 2020 fortsatt 18,6 dager, men den øker til 18,8 dager i 2030. Dersom avtalen med bruk av UNN Harstad opphører og disse døgnoppholdene skal overføres til NLSH vil kapasitetsbehovet i



2020 og 2030 være 6 senger med henholdsvis i underkant av 1 750 og 1 990 liggedøgn. Gjennomsnittlig liggetid samlet endres ikke når oppholdene ved UNN Harstad tas med.

Dersom bruken av private rehabiliteringsinstitusjoner skal ha samme andel av oppholdene som de har i 2014 vil altså det framtidige sengebehovet for primær rehabilitering utgjøre 4 senger dersom avtalen med UNN Harstad videreføres. Dersom denne avtalen ikke videreføres vil sengebehovet endres til 6 i 2030. Her bør det antakelig påregnes en seng i tillegg da aktiviteten i UNN Harstad har vært høyere enn nivået i 2014. I denne antakelsen har vi hold sekundær rehabilitering utenfor da dette er en form for rehabilitering som ikke foregår i dedikerte rehabiliteringssenger.

Det er gjort en ren demografisk framskriving her, uten korrigerende for endring i epidemiologi og utvikling av behandlingstilbud. Det er ikke gjort noen drøfting av om det skal gis tilbud til andre pasientgrupper i NLSH enn de som ble behandlet i 2014. Den eneste vurderingen som er gjort her er med eller uten avtale med UNN Harstad. Siden det i 2014 var et lite antall døgnplasser i NLSH samlet, er det ikke gjort ytterligere anslag på overføring tilbake til kommunehelsetjenesten. Det vil være mulig å beregne effekten av slike korrigeringer når klinikken eventuelt har besluttet hvilken målsetting de ønsker å legge til grunn for sin framtidige drift. Estimaten for veksten kan også beregnes om igjen når vi mottar pasientdata fra NPR for driftsåret 2015.