

Rapport: Spesialisert rehabilitering og pandemiberedskap ved sykehusene i Norge

Hensikten med rapporten har vært å kartlegge hvordan rehabiliteringsfeltets ressurser i sykehus har vært utnyttet og rehabiliteringskapasiteten påvirket under pandemien.

Tidlig og aktiv rehabilitering øker sjansene for å gjenvinne tapte funksjoner og helse etter sykdom og skader, og er derfor komplementær til den sykdomsrettede behandlingen. I de senere årene har det vært en nedskalering av rehabiliteringssenger i sykehus, til tross for politisk fokus og intensjoner om å styrke rehabiliteringsfeltet. Covid-19 pandemien har rammet samfunnet hardt og resultert i omprioriteringer i helsevesenet, med mulige konsekvenser for rehabilitering.



Hovedfunnene i denne rapporten er nedgang i rehabiliteringsaktivitet i sykehus med betydelig regional variasjon og størst utslag i Helse Nord, særlig for de mest komplekse regionale rehabiliteringstilbudene. Dette kan skyldes ulike prioriteringer for rehabilitering i helseregionene.

Rapporten er utarbeidet av representanter for avdelingene i Fysikalsk medisin og rehabilitering ved Finnmarksykehuset (Kari Beate Engseth), UNN Tromsø (Audny Anke), UNN Harstad (Guri Heiberg), Levanger sykehus (Kristin Eggen), St Olavs hospital (Sigmund Gismervik), Helse Møre og Romsdal (Hanne Elde, Berit Lund, Anita Nybø), Førde sykehus (Stig Igland), Haukeland universitetssykehus (Kjersti Erdal), Stord sykehus (Ole Marius Ekeberg), Stavanger universitetssykehus (My Dung Nguyen Torkildsen), Sørlandet sykehus (Anne Kari Thomassen), Sykehuset Telemark (Nasira Khalid), Sykehuset i Vestfold HF (Tom Farnen Nerli), Innlandet sykehus (Anders Ledsaak Nordlund), Sunnaas sykehus HF (Frank Becker), Oslo universitetssykehus (Torgeir Hellstrøm, Cecilie Røe), Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering (Marianne Wesnes).

Oslo 07.03.22.

Cecilie Røe

Covid-19 pandemien og spesialisert rehabilitering i sykehus

Covid-19 pandemien har hatt store konsekvenser for helsetjenesten inkludert rehabiliteringsvirksomheten i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport som har sett på rehabiliteringsaktivitet i de første månedene av pandemien ved sykehus og private rehabiliteringsinstitusjonene (Rehabiliteringsaktivitet under pandemi i mai-august 2020 sammenliknet med samme periode i 2019). Det er også gjennomført evalueringer ved en del av rehabiliteringsavdelingene i sykehus og i kommunene.

Helsedirektoratets rapport for de første månedene av Covid pandemien viser en 43% nedgang i døgn med primærrehabilitering og en nedgang på hele 57% for dag- og poliklinisk aktivitet. Rapporten viser også betydelige regionale variasjoner med aktivitetsreduksjon i primærrehabilitering på 36% i Helse Midt-Norge og hele 70% i Helse Nord.

Denne variasjonen i pandemiens effekt på rehabilitering kan ikke forklares av smittetrykket som var relativt lavt i Helse Nord i tidlig fase. Ulike prioriteringer synes derfor å være gjennomført i de ulike helseregionene til tross for at Helsedirektoratet utarbeidet en prioriteringsveileder for helsehjelp (Koronavirus beslutninger og anbefalinger) (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/prioritering-i-helsetjenesten>). I denne veiledningen ble prioritering av primær rehabilitering for grupper med akutt og uttalt funksjonssvikt særskilt fremhevet. Vi har derfor i denne rapporten satt søkelys på døgnbasert rehabilitering gjennomført ved akutt sykehusenes avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering, for å vurdere ivaretagelse av rehabilitering ved akutt sykdom og skade gjennom pandemien.

Rehabilitering er svært ulikt organisert i de ulike helseregionene og også mellom foretak innad i helseregionene. Sengetall, kapasitet og målgrupper varierer mellom foretakene. Rehabilitering har hatt politisk fokus som satsingsområde samtidig som Riksrevisjonens rapport (Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten 3:11, 2011-12) viser klar nedgang i rehabiliteringsinnsats i helseregionene de siste årene (Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2016-2020, IS-3008). I Helse Sør-Øst har nybygde sykehus som Ahus og Kalnes ikke dedikerte sengeposter innenfor Fysikalsk medisin og rehabilitering til tross for regionale føringer om døgnrehabiliteringstilbud i tidlig fase.

Covid pandemien har tydelig demonstrert et stort behov for bemannede senger i sykehus som kan benyttes som buffer kapasitet. Vi ønsker derfor å belyse lokale og regionale ulikheter i bruk av rehabiliteringsavdelingene under pandemien og konsekvensene for rehabiliteringsrettet virksomhet.

Metode og datagrunnlag

Avdelinger i fysikalsk medisin og rehabilitering ble kontaktet ved:

Helse Nord: Finnmarksykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Tromsø, UNN Harstad.

Helse Midt: St Olavs hospital, Møre og Romsdal HF, Sykehuset Levanger.

Helse-Vest: Haukeland universitetssykehus, Stavanger Universitetssykehus, Førde sykehus, Stord sykehus.

Helse Sør-Øst: Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark, Oslo universitetssykehus (OUS), Sykehuset Innlandet, Sunnaas sykehus HF.

Avdelingene ble bedt om å rapportere reduksjon eller nedstengning av senger og hvilke perioder det omfattet, endringer i driftsform og målgrupper. Vi ba også om antall pasienter, sykehusopphold og liggetid for pasienter med kompleks (Z50.80) og enkel rehabilitering (Z50.89) som hoveddiagnose på sykehusnivå (eller på klinikk/avdelingsnivå der det i foretaket bare var en klinikk/avdeling som benyttet rehabiliteringskodene) for årene 2019, 2020 og 2021. Siden noen av sykehusene hadde utfordringer med å identifisere unike pasienter, er summerte data på regionalt og nasjonalt nivå kun utarbeidet for opphold og liggedøgn. Som det kommer frem av tabellene, er det oftest beskjedne forskjeller mellom antall pasienter og antall opphold. Det er også innhentet data om nedstengte senger, opphold og liggedøgn ved Sunnaas sykehus HF i 2019-2021.

Dataene er supplert med statistikk fra Helsedirektoratet; Befolkningens bruk av rehabiliteringstjenester 2019 og 2020 ([Dashboard - Somatikk-rehabilitering \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)) primær enkel og kompleks døgnrehabilitering samt og sekundær døgnrehabilitering.

For å vurdere endringer i rehabilitering opp mot eventuell nedgang i pasienter har vi benyttet Hjerneslagregisterets og Nasjonalt traumeregisters årsrapporter for 2019 og 2020 (rapport for 2021 foreligger foreløpig ikke). Norsk hjerneslagregister registrerer alle pasienter med akutt hjerneslag som legges inn ved norske sykehus (diagnosekode I61, I63, I64). Totalt rapporteres det fra 50 norske sykehus. Nasjonalt traumeregister rapporterte data fra 4 traumesentre og 34 sykehus i 2019-20. For UNN Tromsø, Haukeland og OUS har vi også innhentet antall opphold for pasienter med traumatiske hjerneskader (S06) som hoveddiagnose. For St Olav er antall pasienter med S06 som både hoved og bidiagnose innhentet. Ved OUS og UNN har vi kontrollert endringene også mhp antall pasienter og liggedøgn som ikke avviker vesentlig fra endringene i opphold.

Den polikliniske aktiviteten innenfor fagområdet Fysikalsk medisin og rehabilitering gjennomføres på flere lokasjoner og institusjoner enn de som er kontaktet. Et representativt bilde av den aktiviteten ville ikke være mulig å gi i denne rapporten, men vi presenterer noen erfaringer fra de inkluderte institusjonene.

Resultater

Avdelingenes sengetall gjennom pandemien

Tallgrunnlaget illustrerer den store variasjonen som eksisterer i organisering og kapasitet for sengebasert rehabilitering i akuttsykehus i de ulike helseregionene og den store variasjonen i nedtrekk av senger gjennom pandemien. Lokalisering av de ulike avdelingene er også viktig å ta i betraktning. Ved St Olav og Haukeland er en av sengepostene lokalisert utenfor akuttsykehuset. Ved Møre og Romsdal HF er to sengeavdelinger lokalisert utenfor sykehusene, men den ene av disse er utelatt i tallgrunnlaget grunnet ikke Covid relatert omorganisering i perioden. Ved Sørlandet sykehus, Vestfold og Innlandet sykehus er all sengebasert virksomhet i Fysikalsk medisin og rehabilitering lokalisert utenfor akuttsykehuset i den aktuelle periode. Sunnaas er et eget helseforetak uten andre somatiske

funksjoner, men dekker oppgaver som er inkludert i akuttstusykehusenes avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering ved UNN, St Olav og Haukeland. Av universitetssykehusenes rehabiliteringsavdelinger hadde UNN Tromsø størst og mest langvarig nedtrekk. Med unntak av Telemark og Førde har alle avdelingene hatt Covid relaterte nedtrekk i sengetall, men årsakene er forskjellige. Ved flere av sykehusene har sengepostene vært benyttet som Covid poster eller overtatt pasienter fra poster omdisponert til Covid behandling. Særlig der postene ligger utenfor akutt sykehuset har pandemi bidragene vært knyttet til omdisponering av personell (Tabell 1).

Tabell 1. Oversikt de ulike helseregionenes avdelinger og Covidbasert reduksjon i sengetall (normalt lavsesongnedtrekk er ikke angitt).

	Sengetall 2019	Sengetall for rehabilitering 2020-21	Kommentarer
Helse Nord			
Finnmarksykehuset	9*	0 (mars-aug. 2020) 6 (fra sept. 2020)	Covid isolasjonspost (mars-aug.) Innflytting i nybygget sykehus med blandet effekt av Covid og flytting på drift. Redusert antall henvisninger/meldte pasienter i 2020-21.
UNN Tromsø	14	0 (mars-aug. 2020) 8 (sept. 2020-okt. 2021) 10 (okt.2020-apr.2021) 12 (april 2021-okt.2021) 6 (okt.2021-des. 2021) 12 (jan. 2022...)	Omgjort Covid-avklaringspost. 3-4 senger ved nevrokirurgisk avdeling prioritert til rehab. (tidsrom mars-mai 2020). Deretter 5 senger i slagenheten (mai-okt. 2020). Den 18.10.21 ble halve sengepost omdisponert til infeksjonsavdeling.
UNN Harstad	11	0 (mars-aug. 2020) 9 (sept.2020-juli 2021) 11 (fra aug. 2021)	Benyttet til Covid relatert drift med 3 senger for rehabilitering i felles medisinsk sengepost (mars.-aug 2020).
Helse Midt			
St Olav	24**	23 (mars-aug. 2020)	1 RMS seng stengt. Redusert sengetall jan/feb 2021 pga byggeprosess.
Levanger	13	7 (mars-mai 2020)	Slått sammen med slagenhet.
Møre og Romsdal HF***	32	24 (mars-mai 2020)	Nedtrekket i rehabiliteringssenger ble benyttet av medisinsk avd.
Helse Vest			
Haukeland	33	30 (mars-aug. 2020) 33 (fra sept. 2020)	Nedtrekket var innenfor generell nevrologi og mhp 4-5 døgnns senger (amputasjoner). Lunge og infeksjonsmedisinsk avdeling har i økende grad oppdaget FMR tilbudet/kompetansen under pandemien.
Stavanger	15	0 (mars-mai 2020) 10 (des. 2021)	Stengt sengepost pga. omdisponert personell til pandemi post.
Førde	4		
Stord	9	4 (mars – april 2020,) 6 (april – juni 2020, aug.2020-juni 2021, nov.-des. 2021)	
Helse Sør-Øst			
Sørlandet	22	16 (mars-mai, des 2020) 19 (mai-juni 2020) 16 (jan-feb, juni-aug. og des. 2021)	Avgitt personell til Covid post. Færre henvisninger fra kommunen i perioder.
Vestfold	34	17 (mars-mai 2020)	1 lege bisto intensiv avd, 5 fysio bisto i portørtjeneste.

Telemark	4	4	
OUS	6	0 (mars-mai. 2020, mars-apr. 2021, des 2021) 6 øvrige perioder	6 senger benyttet til Covid post (mars-mai. 2020, mars-apr. 2021, des 2021). 2 senger ved nevrokirurgisk sengepost benyttet for hjerneskaderehabilitering i nedstengningsperiodene.
Innlandet	29	14 (mars-april 2020) 24 (mai 2020-juni 2021)	Sengereduksjon i 2020 pga smitte hos ansatte.
Sunnaas	159	74 (mars-april 2020) 109 (mai-juni 2020) 134 (juli-aug. 2020)	Bisto OUS med tidlig overflytting.

*Skissert sengeantall noe variabelt pga byggeprosess og flytting

**Senfasesenger (6) utelatt

***Aure rehabiliteringsavdeling utelatt pga ikke-Covid relatert omorganisering av tilbudet i perioden

Poliklinisk aktivitet

Poliklinikkene ved de respektive avdelingene var enten kortvarig stengt eller direkte konvertert til digitale løsninger mars 2020 med unntak av pasienter med mistanke om behov for rask kirurgisk intervensjon eller annen alvorlig tilstand med behov for ø-hjelp.

Poliklinikkene ble gjenåpnet for oppmøte i perioden mai-august 2020, men de fleste enheter rapporterer om øket bruk av digitale løsninger fra mai 2020-desember 2021.

Kompleks (Z50.80) og enkel (Z50.89) rehabilitering i perioden 2019-2021

Antall opphold kompleks rehabilitering ved de inkluderte akuttsykehusene faller med 14% fra 2019 til 2020, mens 2021 tallene er 5% lavere enn i 2019 med tilnærmet korresponderende reduksjon i liggedøgn (Tabell 2A, Tabell 4). Nedgangen i enkel rehabilitering er på 29% for både 2020 og 2021 sammenliknet med 2019 (Tabell 3A, Tabell 4). Også for enkel rehabilitering er det tilnærmet korresponderende reduksjon i liggedøgn. Sunnaas har nedgang i antall pasienter som mottar kompleks rehabilitering fra 2019 til 2020 (Tabell 2B).

Det er betydelige regionale variasjoner i endringene både i kompleks og enkel rehabilitering. Helse Vest har større nedgang enn de øvrige regionene særlig i kompleks rehabilitering, mens Helse Midt synes å ha en tendens til lett øket både kompleks og enkel rehabilitering i 2021 sammenliknet med 2019. Det er imidlertid verd å merke seg at det er variasjon mellom sykehusene innad i helseregionene.

Tabell 2 A. Antall pasienter (pas), antall opphold (opph.) og liggedøgn med kompleks rehabilitering (Z50.80) som hoveddiagnose i perioden 2019-2021.

	2019		2020		2021	
	Pas. (Opph.)	Liggedøgn	Pas. (Opph.)	Liggedøgn	Pas. (Opph.)	Liggedøgn
Helse Nord						
Finnmark	2 (2)		3 (3)		4 (4)	
UNN Tromsø	53 (47)	1889	35 (33)	1503	49 (43)	2011
UNN Harstad	36 (35)	958	36 (38)	864	32 (31)	875
Helse Midt						
St Olav**	(267)	6809	(278)	6671	(311)	6196
Levanger	(72)	1458	(8)	165	(25)	566
Møre og Romsdal***	175 (220)	6039	205 (222)	5492	215 (239)	5845
Helse Vest						
Haukeland	237 (323)	8404	248 (216)	7974	273 (259)	8294
Stavanger	(56)	1286	(55)	1422	(35)	779

Førde	20 (20)	548	11 (11)	371	21 (21)	439
Stord	6 (6)	181	17 (17)	345	33 (33)	908
Helse Sør-Øst						
Sørlandet	63 (73)	1017	57 (73)	991	50 (63)	1068
Vestfold	(727)	7527	(637)	6914	(684)	7172
Telemark	(55)	1093	(48)	999	(40)	864
OUS	262 (273)	7484	256 (262)	6769	283 (287)	7313
Innlandet	340 (437)	6517	293 (348)	5051	341 (430)	5507
Totalt	(2613)	51210	(2249)	45531	(2505)	47837

** Senfasesenger ikke medregnet

*** Senger ved Aure ikke medregnet

Tabell 2B. Pasienter innlagt med hoveddiagnose Kompleks rehabilitering (Z50.80) ved Sunnaas sykehus HF i 2019 -2021.

	2019		2020		2021	
	(Opph.)	Liggedøgn	(Opph.)	Liggedøgn	(Opph.)	Liggedøgn
Sunnaas	(2839)	41420	(2197)	36046	(2558)	39152

Tabell 3A. Enkel rehabilitering (Z50.89) (som hoveddiagnose) i perioden 2019-2021

	2019		2020		2021	
	Pas. (Opph.)	Liggedøgn	Pas. (Opph.)	Liggedøgn	Pas. (Opph.)	Liggedøgn
Helse Nord						
Finnmark	94 (94)	1813*	57 (57)	981*	77 (77)	1393*
UNN Tromsø/Harstad	202 (194)	3687	136 (128)	2574	148 (141)	2303
Helse Midt						
St Olav**	(65)	226	(8)	24	(10)	38
Levanger	(15)	256	(67)	1031	(72)	975
Møre og Romsdal***	106 (116)	1950	111 (117)	2055	125 (131)	2086
Helse Vest						
Haukeland	188 (323)	1745	138 (247)	1328	252 (290)	1648
Stavanger	(20)	430	(14)	341	(17)	243
Førde	17 (17)	407	22 (22)	421	17 (17)	212
Stord	94 (109)	2399	74 (84)	1480	49 (57)	976
Helse Sør-Øst						
Sørlandet	153 (380)	1823	90 (216)	1341	84 (172)	1121
Vestfold	(156)	1163	(126)	1173	(88)	745
Telemark	(8)	54	(3)	13	(8)	80
OUS	229 (249)	6512	168 (179)	4674	178 (185)	4359
Innlandet	156 (169)	1485	87 (96)	714	92 (107)	689
Totalt	(1915)	23950	(1364)	18150	(1372)	16868

*Liggetiden inkluderer både Z50.80 og Z50.89 oppholdene

**Senfasesenger ikke medregnet

***Senger ved Aure ikke medregnet

Tabell 3B. Pasienter innlagt med hoveddiagnose Enkel rehabilitering (Z50.89) ved Sunnaas sykehus HF i 2019 – 2021.

	2019		2020		2021	
	(Opph.)	Liggedøgn	(Opph.)	Liggedøgn	Pas. (Opph.)	Liggedøgn
Sunnaas	(348)	817	(328)	779	(454)	1089

Tabell 4. Prosentvis endring i antall opphold med Kompleks rehabilitering (Z50.80) og enkel rehabilitering (Z50.89) i 2020 og 2021 sammenliknet med 2019 i de fire helseregionene og samlet nasjonalt.

	% endring 2020		% endring 2021	
	Z50.80	Z50.89	Z50.80	Z50.89
Helse Nord	-12%	-36%	-7%	-24%
Helse Midt	-9%	-1%	+5%	+9%
Helse Vest	-26%	-22%	-14%	-19%
Helse Sør-Øst	-13%	-36%	-4%	-42%
Totalt	-14%	-29%	-5%	-29%

Primær og sekundær sykehusbasert døgnerhabilitering i de fire helseregionene i 2019-20. Siden rehabilitering ved sykehusene ikke utelukkende gjennomføres ved de fysikalsk medisinske avdelingene har vi hentet inn data for primær rehabilitering, dvs. pasienter innlagt med rehabilitering som hovedformål, og sekundær rehabilitering, dvs. der rehabiliteringen skjer i forbindelse med behandling av annen tilstand. Nedgangen i opphold for primær enkel døgnerhabilitering var 30% og 23% for kompleks døgnerhabilitering fra 2019 til 2020 på nasjonalt nivå, men klart større nedgang i Helse Nord enn i øvrige regioner både for enkel og kompleks rehabilitering. Nedgangen i kompleks døgnerhabilitering var klart lavere i Helse Vest enn i Helse Midt og Helse Sør-Øst. Opphold innenfor sekundær døgnerhabilitering var relativt uendret totalt sett på nasjonalt nivå fra 2019 til 2020. Helse Nord hadde også her en nedgang, mens Helse Midt og Helse Vest hadde en oppgang i sekundær døgnerhabilitering.

Tabell 5. Primær enkel døgnerhabilitering

	2019		2020		% endring 2019-20
	Pas.	Opphold	Pas.	Opphold	Opphold
Helse Nord	225	272	129	143	-48%
Helse Midt	327	364	274	285	-22%
Helse Vest	229	248	179	193	-22%
Helse Sør-Øst	1039	1145	769	812	-29%
Totalt	1811	2029	1351	1433	-30%

Tabell 6. Primær kompleks døgnerhabilitering

	2019		2020		% endring 2019-20
	Pas.	Opphold	Pas.	Opphold	Opphold
Helse Nord	394	476	250	283	-41%
Helse Midt	369	423	258	298	-30%
Helse Vest	475	539	420	496	-8%
Helse Sør-Øst	4195	4869	3313	3799	-22%
Totalt	5433	6307	4241	4876	-23%

Tabell 7. Sekundær døgnerhabilitering

	2019		2020		% endring 2019-20
	Pas.	Opphold	Pas.	Opphold	Opphold
Helse Nord	1135	1261	862	907	-28%
Helse Midt	1293	1372	1542	1641	+20%
Helse Vest	1314	1335	1330	1395	+4%
Helse Sør-Øst	2268	2407	2256	2353	-2%
Totalt	6010	6375	5990	6286	-1%

Pasienter innlagt med traumehendelser og hjerneslag ved norske sykehus 2019-20

Pasienter innlagt med hjerneslag i norske sykehus viser ingen endringer fra 2019-2020, mens antall traumehendelser økte med 13%. Dekningsgraden i registrene var uendret.

Tabell 8. Akutte hjerneslag og traumehendelser i Norge 2019-20.

	2019		2020	
	Pasienter	Dekningsgrad	Pasienter	Dekningsgrad
Hjerneslag	9022	87%	8917	87%
Traumer	7948	stipulert >95%	9008	stipulert >90%

Pasienter innlagt med traumatiske hjerneskader ved de regionale traumesykehusene

Pasienter innlagt med traumatiske hjerneskader ved de norske traumesykehusene økte fra 2019 til 2021 i alle regioner. På nasjonalt nivå var økningen 14%.

Tabell 9. Opphold for pasienter innlagt med traumatisk hjerneskade (S06) ved traumeenhetene i helseregionen

	2019	2020	2021
Helse Nord	Opphold	Opphold	Opphold
Unn Tromsø	151	160	176
Helse Midt			
St Olav*	782	902	1188
Helse Vest			
Haukeland	1152	1291	1372
Helse Sør-Øst			
OUS	1541	1431	1381
Totalt	3626	3784	4117

*S06 som hoved eller bidiagnose

Diskusjon

Det er viktig å understreke at dette tallgrunnlaget er utarbeidet for å vurdere endringer i rehabiliteringstilbudet relatert til Covid pandemien, og regionale forskjeller i endringene. På grunn av svært ulik organisering av rehabiliteringstilbudet i de ulike helseregionene i Norge er det vanskelig å innhente sammenliknbare tall på tvers og denne rapporten er derfor ikke egnet til å sammenlikne omfang av sengebasert rehabilitering mellom helseregionene. Videre påvirker ulik organisering av rehabiliteringstilbudet hvordan primær og sekundær rehabilitering rapporteres i de ulike helseforetakene og helseregionene. De ulike helseforetakene har ulike rapporteringssystemer noe som vanskeliggjør innhenting av tall, men siden det er gjennomført likt for alle år, mener vi at det ikke påvirker vurderingene av endringer over år innad i foretakene.

Dataene indikerer at sykehusavdelingene i Fysikalsk medisin og rehabilitering har vært hardt rammet av pandemien og med unntak av to avdelinger har alle hatt kortere eller lengre perioder med nedtrekk i sengetall og flere avdelinger har opplevd at deres sengeposter har vært omdisponert. Resultatene understreker imidlertid også hvilken ressurs sengeposter i

Fysikalsk medisin og rehabilitering i akutt sykehus representerer. Med sin tverrfaglige bemanning og brede medisinske kunnskapsplattform har de kunnet bistå de medisinske avdelingene. Flere av avdelingene har personell med spesialkompetanse på pasienter med store respiratoriske problemer, og hatt utstyr og kompetanse på high flow oksygenbehandling. De har derfor med relativt beskjeden opplæringsinnsats også kunnet bemanne intermediærenheter og bistå intensiv avdelingene under pandemien. Det er viktig å understreke at sengepostene fra tidligere har erfaring med å bistå under ulykker og katastrofer der pasientene har skader.

Det er ingen tvil om at omdisponering av senger og personell har gått utover rehabiliteringsfeltets primære målgrupper, og dataene viser stor reduksjon i rehabiliteringstilbudet særlig i 2020 men også i 2021. Vi tolker imidlertid den lavere nedgangen i kompleks rehabilitering versus enkel rehabilitering, dithen at Helsedirektoratets anbefalinger om å prioritere de mest komplekse pasientene har vært lyttet til i de fleste regioner. I Helse Nord var nedgangen ved det regionale rehabiliteringstilbudet ved UNN Tromsø, som viser stor prosentvis nedgang i kompleks rehabilitering. Avdelingen ble igjen halvert i størrelse i oktober 2021. Relativt bevart tilbud innenfor sekundær døgnrehabilitering indikerer også at de sengeavdelingene som ikke ble direkte rammet av omdisponering søkte å opprettholde rehabiliteringstilbudet med unntak av Helse Nord. Det er bekymringsfullt at rehabiliteringstilbudet i Helse Nord har gjennomgående vært mer rammet enn øvrige regioner. Om dette skyldes organisatoriske forhold eller prioriteringer er vanskelig å vurdere. Helse Sør-Øst og OUS har i deler av pandemien hatt relativt høye smittetall i opptaksområdet, noe som muligens kan forklare forskjellene sammenliknet med Helse Vest og Helse Midt. Det er imidlertid ikke tilfelle for Helse Nord.

Det har vært hevdet at sykkeligheten og dermed rehabiliteringsbehovet har vært lavere under pandemien. Dataene fra Hjerneslagregisteret, Nasjonalt traumeregister og gjennomgang av innleggelser med traumatisk hjerneskade ved traumesentrene i perioden 2019-2021 viser imidlertid uendret eller økende antall pasienter. Enkelte av sykehusene har rapportert færre meldte pasienter noe som kan tyde på brukerrelatert nedgang i ønske om rehabilitering i deler av pandemiperioden.

Poliklinisk aktivitet har ved de fleste avdelingene vært forsøkt opprettholdt, men i større eller mindre grad digitalisert som tilpasning til smittesituasjonen.

Vi har i denne rapporten ikke inkludert rehabilitering gjennomført ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Vi har heller ikke hatt datagrunnlag for å vurdere kvaliteten i rehabiliteringstilbudet under pandemien. Med gjentakende nedstengninger av senger og omdisponering av bemanning er det imidlertid grunn til å tro at kvaliteten på tilbudet har vært påvirket i pandemien. Klage på for tidlig utskrivning av komplekse pasienter til kommunene er rapportert fra flere avdelinger. Dette er en stor utfordring når kapasiteten i akutt sykehus reduseres. Også i 2021 var det redusert drift ved flere avdelinger og rehabiliteringsaktiviteten var ikke normalisert. Oppfølging av rehabiliteringsfeltet og deres målgrupper i etterkant av pandemien bør derfor vies et særskilt fokus.

Konklusjon og anbefalinger

Rehabiliteringsrettet virksomhet i sykehus har vært skadelidende under pandemien, men med regionale variasjoner. Tallene indikerer at Helsedirektoratets prioriteringer stort sett er fulgt

med unntak av Helse Nord. Dette underbygger at nasjonale faglige prioriteringer er viktige og nødvendige under kriser og pandemier, og bør inkludere rehabilitering slik som det etter hvert ble utarbeidet under Covid-19 pandemien i Norge. Regionale variasjoner gir grunn til bekymring og særlig vil vi peke på at rehabiliteringstilbudet i Helse Nord synes å ha vært hardt rammet.

De fleste rehabiliteringsavdelingene har bistått i pandemihåndteringen ved å allokere sengeposter, avlastningssenger eller personell til Covid-19 pasient behandling. Sengeposter i fysikalsk medisin og rehabilitering har tverrfaglig bemanning og kompetanse på pasienter med mange ulike medisinske tilstander og skader. Det faglige miljøet innen fysikalsk medisin og rehabilitering representerer en betydelig ressurs under kriser og pandemier. Samtidig vil bruk av disse avdelingene under kriser og pandemier også kunne ramme sårbare pasientgrupper sterkt. Det er derfor viktig at rehabiliteringstilbudet følges godt opp i etterkant av pandemien, og særskilt kreves det en innsats i Helse Nord.

Vi vil anbefale en oppbygging av sengekapasiteten ved avdelinger i fysikalsk medisin og rehabilitering i akutt sykehus både for å dekke befolkningens rehabiliteringsbehov ved akutt sykdom og skade, og for å sikre en bedre beredskap ved katastrofer og pandemier.