

Behandlingsresultater, 2007, Hernes Institutt

INNHOOLD.

1.0	INNLEDNING	S 2
1.1	Interne, regionale og nasjonale føringer	S 2
1.2	HI's bidrag til faglig utvikling av fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering (ARR) i 2007	S 2
1.3	Kurs, faglig oppdatering i 2007	S 4
2.0	PASIENTGRUNNLAGET I 2007	S 4
2.1	Innledning	S 4
2.2	Alderssammensetning	S 5
2.3	Geografisk fordeling av pasientgrunnet	S 6
2.4	Pasientenes inntektsnivå registrert ved innskrivelse	S 7
2.5	Fordelt liggetid på innskrevne pasienter i 2007	S 7
2.6	Diagnoser	S 8
2.7	Sykmeldingslengde før innleggelse på Hernes Institutt	S 9
2.8	Pasientenes yrkesbakgrunner	S10
3.0	BEHANDLINGSRESULTATER I 2007	S11
3.1	Frisk-/ sykmeldingsstatus ved utreise	S11
3.2	Avklaringer tilbake til arbeidslivet for de som reiste med 100 % sykemelding.	S12
3.3	Arbeidslivsdeltagelse, ett år etter utskrivelse.	S13
3.4	Frisk/ sykmeldingsstatus ett år etter utskrivelse.	S13
3.5	Hvilken form for arbeidslivsdeltagelse er pasientene i, ett år etter utskrivelse?	S14
3.6	Pasientenes egne oppfatninger av hva de mener oppholdet har betydd for arbeidslivsdeltagelse, egenaktivitet og livskvalitet, ett år etter utskrivelse	S15
3.7	Brukerundersøkelser	S15
4.0	MÅLOPPNÆELSE	S15
4.1	Innledning	S15
4.2	Deltagelse sosialt og i arbeidslivet	S16
4.3	Rett tilbud til rett pasient til rett tid	S16
4.4	Samfunnsøkonomisk bidrag	S16
4.5	Bidra til en rettferdig fordeling av helsetilbud, tiltak og virkemidler	S16

1.0. Innledning.

2007 ble et år hvor vi på Hernes Institutt (HI) for alvor begynte å merke at det stilles store forventninger til oss fra nær sagt alle deler av samfunnslivet, alt fra bruker/ pasient og deres arbeidsgivere, NAV, ulike medisinskfaglige miljøer bl.a. i Direktoratene, samt helse og velferdspolitisk ledelse i departement, Storting og Regjering. HI har nedfelt i strategiplanen at vi skal benytte den omfattende erfaringsbaserte kompetansen instituttet har til å innta en ledende funksjon i arbeidet med å utvikle fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering. Dette er meget ambisiøse mål for en liten institusjon som ikke har ressurser å avsette til slik virksomhet. Det er i 2007 ikke tilført instituttet midler til å drive FoU arbeid, alle stillinger på Hernes Institutt var i 2007 som årene før knyttet opp til behandlingstilbudet.

1.1. Interne, regionale og nasjonale føringer:

- Hernes Institutt egen visjon (arbeid som helse), målsetting (å få flere i arbeid) og verdigrunnlag. (ROSE = Respekt, Omsorg, Samhandling, Engasjement.)
- Regjeringens Soria Moria erklæring. Helsetjenestene skal være et offentlig ansvar, der de private ideelle helseinstitusjonene skal ha en særskilt plass i arbeidet med å drive og videreutvikle gode helsetilbud i landet.
- Stortingmelding nr 21 (1998 – 99), Ansvar og meistring, mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Definerer rehabilitering som: Tidsavgrensa, planlagde prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin eigen innsats for å oppnå best mulig funksjons og meistringsevne, selvstendighet og deltaking sosialt og i samfunnet.
- Stortingmelding nr 9 (2006 – 07), arbeid, velferd og inkludering. Retningsgivende for hvordan ny velferdsordning (NAV) skal bygges opp, hvilke ansvarsområder den skal ha og hvilke tiltaksordninger den skal bruke for oppfylle sine ansvarsområder.
- Nasjonal plan helseplan, 2007 – 2010. Legger føringene for landets helsepolitikk frem til 2010.
- Nasjonal strategi for habilitering/ rehabilitering, 2008 – 2011. Konkretiserer føringene i nasjonal helseplan for rehabiliteringsfeltet.
- Strategi for kjøp av helsetjenester fra private leverandører, Helse Sør-Øst (HSØ), 2008 – 2011. Trekker opp regionens retningslinjer for hvordan den skal samarbeide med de private helseinstitusjonene for å oppfylle sitt "sørge for" ansvar.

1.2. HI's bidrag til faglig utvikling av fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering (ARR) i 2007

- Helse Sør Øst.
I 2007 har vi som årene før hatt mye kontakt med embetsmannsverket i helseregionen. Dette er for det meste av administrativ art, og dermed ikke beskrevet i behandlingsavdelingens årsberetning.
- NAV.
I januar 2007 hadde vi et møte med NAV direktøren i Hedmark NAV, Bjørn Lien. Målet med dette møtet var å etablere kontakt på systemnivå mellom NAV og Hernes Institutt, og for å finne rom for tettere samarbeid.
Vi hadde møter med NAV lokalt i Elverum både i februar og november, der målet var det samme som i punktet over, men å legge det på et mer lokalt nivå
Det var Hernes Institutt som tok initiativet og kontaktet NAV.
NAV er tiltenkt en viktig medaktørrolle i prosjektsamarbeidet som HI har innledet med Sykehus Innlandet avd Ottestad HF, og seniorrådgiver Magne Søvik i NAV arbeidslivssenter er koblet på prosjektet i denne forbindelse.
- Raskere tilbake.
 - Hernes Institutt utvidet i 2007 behandlingsskapiteten med 7 plasser, til totalt 32. Utvidelsen har generert i alt 4 nye tidsbegrensede prosjektstillinger i løpet av 2007, alle 100 %: Én Ergoterapeut, én fysioterapeut, én avdelingsleder/ attføringskonsulent og én helsesekretær. I tillegg til dette ansatte Hernes Institutt én lege til i 2007, dette er første gang i instituttets historie at vi er bemannet med to 100 % legestillinger. Organisasjonsmessig gjorde vi i 2007 noen mindre grep i forbindelse med utvidelsen, det ble opprettet én ny 100 % stilling i administrasjonen, med tittelen utviklingsleder/ nestleder. Stillingen ble besatt ved internt omrokkering.

- RATI, nettverk av poliklinikker. Sunnaas sykehus HF fikk økonomiske midler til å opprette én ny poliklinikk i Oslo, samt innlemme den allerede eksisterende på Sunnaas' avdeling i Askim. I tillegg ble Friskvernklinikken i Asker og Sykehuset Innlandets rehabiliteringsavdeling på Ottestad innlemmet i nettverket. Hernes Institutt ble innlemmet i nettverket/ prosjektet grunnet et behov for å få tilført nettverket ARR kompetanse. Dette samarbeidet startet opp i august.
- Prosjektsamarbeid med Sykehus Innlandets rehabiliteringsavdeling på Ottestad og NAV. Innledende møtevirksomhet på påbegynt i 2007. Målet med prosjektsamarbeidet er å lage en samhandlingsmodell mellom NAV og spesialisthelsetjenesten for å få en raskere og mer effektiv avklaring av arbeidsevne og de forutsetninger som må være på plass for at brukere kan opprettholde eller øke arbeidslivsdeltagelsen. Prosjektet er forskningsmessig forankret til Universitetet i Bergen.
- I forbindelse med at Skogli Helse og Rehabiliteringssenter og Tonsåsen Behandlingscenter fikk midler over prosjektet raskere tilbake, for å starte med arbeidsrettet rehabilitering hadde Hernes Institutt i oktober besøk av teammedarbeidere fra disse to opptreningsinstitusjonene. Målsettingen med dette opplegget var å knytte kontakter for videre samarbeid rundt utviklingen av arbeidsrettet rehabiliteringstilbud i regionen, særlig med tanke på Raskere tilbake prosjektet.
- Opplæring av attføringsmedarbeidere på Sykehus Innlandet avd Ottestad HF, Sunnaas Sykehus HF og Tonsåsen behandlingssenter. Opplæringen varte i 4 dager, og var en del av samarbeidet vi hadde med nettverket av poliklinikker i Helse Sør Øst.
- Kompetansesenteret i arbeidsrettet rehabilitering
 - I nettverket som er bygd opp rundt kompetansesenteret har HI en fremtredende rolle som kompetanseleverandør innen institusjonsbasert ARR. Dette er først og fremst fordi instituttet besitter landets lengste erfaring innen ARR, med en brukergruppe som ofte har store behov for godt koordinerte helse og velferdstjenester.
 - Hernes Institutt sitter i kompetansesenterets fagråd. Mandatet til fagrådet er å være faglig rådgiver for kompetansesenteret og ARR nettverket i kompetansesenterets nettverksmodell. I løpet av 2007 har fagrådet utarbeidet kvalitetsindikatorer innen ARR, noe som er i tråd med føringer i bl.a. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.
 - Undervisning i ARR. Kompetansesenteret i ARR, Høgskolen i Telemark og Hernes Institutt startet i 2007 utviklingen av et 30 studiepoengs utdanningstilbud innen ARR. Første runde med undervisning er planlagt gjennomført i løpet av 2008. I tillegg har instituttet bidratt til kompetansespredning av ARR ved å holde kurs for opptreningsinstitusjoner og Helseforetak i Helseregionen.
- Universitet.
 - Hernes Institutt deltar i en multisenter studie i regi av Universitetet i Bergen. Formålet med studien er å undersøke endringer og sammenhenger mellom jobbdeltagelse, diagnose, sykmeldingslengde, pasientens egen oppfatning av egen fungering og hans/ hennes helseplager. Hernes Institutt ble med i studien i 2007, og innsamling av data avsluttes i april 2008. Samarbeidet fortsetter utover dette ved at Hernes Institutt samler inn tilbakemeldinger fra pasientene som ble med i studien, 3 mnd og ett år etter utskrivelse.
 - Hernes Institutt var invitert av Universitetet i Bergen til deres årlige "Geilomøte". Til dette møtet kommer forskere tilknyttet ulike forskningsmiljøer både i Norge og utlandet, og her presenteres ulike gjennomførte, pågående og planlagte forskningsprosjekter innen ryggforskning og arbeidslivsdeltagelse. Universitetet i Bergen inviterte Hernes Institutt på bakgrunn instituttets brede erfaring innen ARR, og ønsker tettere samarbeid med tanke på å utvikle forskningsprosjekter basert på erfaringsbasert klinisk virksomhet.
 - To studenter ved universitetet i Oslo gjorde i nov 2007 en henvendelse til Hernes Institutt om å få lage en kohortstudie i forbindelse med sine legestudier. Den formelle avtalen om et slikt samarbeid ble gjort rett før jul.
- Høgskoler.
 - Vi hadde turnuskandidater, praksisstudenter og hospitanter fra ulike høgskoler i 2007.
 - Høgskolen i Hedmark bidro med flest hospitanter og praksisstudenter. Disse kom fra ulike idretts og helsefaglige utdanningsretninger på høgskolen.
 - Gjennom avtalen om turnusplass for studenter ved fysioterapihøgskolen i Oslo hadde vi to fysioterapiturnuser i 2007.

- Undervisning. Overlege Hilde Nitteberg Teige har i 2007 vært mye etterspurt fra ulike fagmiljøer på nasjonalt plan:
 - Muskel og skjellett-tiåret. Sammen med leder for tiåret, Even Lerum, Inge Lønning m.fl. holdt vår overlege Hilde N. Teige foredrag om arbeidsrettet rehabilitering på en fagkongress som muskel og skjellett-tiåret arrangerte i oktober. Målgruppen for seminaret var beslutningstagere i embetsmannsverket på ulike nivåer, pasientorganisasjoner nøkkelpersoner på høgskoler og universitet m.fl.
 - Rehabiliteringsuka, Sunnaas Sykehus HF. Overlege Hilde N Teige holdt foredrag om erfaringer med arbeidet med langtidssykefraværet. Målgruppen for denne konferansen er i grove trekk de samme som er nevnt under muskel og skjellett-tiåret.
 - Overlege Hilde N Teige hadde faglige innlegg på begge møteplassarrangementene som kompetansesenteret arrangerte i 2007.
- Politisk og Departementalt nivå.
 - I april hadde vi møte med Inga Marte Thorkildsen og Karin Andersen fra hhv helse og sosialkomiteen og arbeids og inkluderingskomiteen på Stortinget. Med på dette besøket var også Seniorrådgiver for Helseregion Øst, Martha Østbye. De ønsket med besøket å diskutere hvilke krav vi bør stille til fagmiljøers kompetanse for å a private helseinstitusjoners plass i helsevesenet, samt
 - I september 2007 hadde vi møte med statssekretærene Laila Gustavsen og Vegard Harsvik fra hhv Helse og omsorgsdepartementet og Arbeids og inkluderingsdepartementet. Målet med dette besøket var å videreføre dialogen med departementene om de politiske og faglige utfordringene rundt utviklingen av arbeidsrettet rehabilitering.
 - I november i 2007 hadde vi møte med Helse og omsorgsminister Sylvia Brustad. Hun fikk en generell informasjon om instituttet, og hun ønsket å ha en dialog med Hernes Institutt om de ulike perspektiver i forbindelse med utvikling og satsing på arbeidsrettet rehabilitering. Helseministeren inviterte Hernes Institutt med inn i en nasjonal arbeidsgruppe som skal komme med forslag til mer effektiv og bedre samhandling mellom ulike etater for å hjelpe pasienter ut i arbeid og til et bedre liv.
 - I november tok Sosial og Helsedirektoratet initiativet til å arrangere en innspillskonferanse i forbindelse med at omstillingsmidlene som i utgangspunktet skulle avsluttes i 2007 skulle forlenges ut 2008. Direktoratet ville i denne sammenheng ha tilbakemelding fra ulike fagmiljøer mht fordeling av midler m.m. og Hernes Institutt deltok.

1.3. Kurs, faglig oppdatering i 2007:

- Kurs i kognitiv terapi. I september startet alle i behandlingsavdelingen på kurs i kognitiv terapi, i regi av Norsk forening for kognitiv terapi. Det ble i løpet av 2007 avholdt i alt 3 samlinger á 2 dager, og undervisningen foregikk i Høgskolen i Hedmark sine lokaler i Elverum. På kursdagene holdt instituttet stengt. Kurset avsluttes i april 2008, og det er muligheter for de som ønsker å gå opp til en 30 studiepoengs eksamen. I utgangspunktet er eksamen forbeholdt de som har 3 årig akademisk utdanning, men det er mulig å søk om å få gå opp på realkompetansegrunnlag.
- Ergoterapeuten deltok på et 40 timers kurs i Helse og miljøarbeid for ergoterapeuter, som NAV krever som kompetansegrunnlag for ergoterapeuter for å utarbeide arbeidsplassvurderinger.
- I tillegg til dette deltok behandlingsavdelingens personale på ulike kurs og seminarer, av både sær faglig og tverrfaglig karakter i 2007.

2.0. PASIENTGRUNNLAGET I 2007.

2.1. Innledning

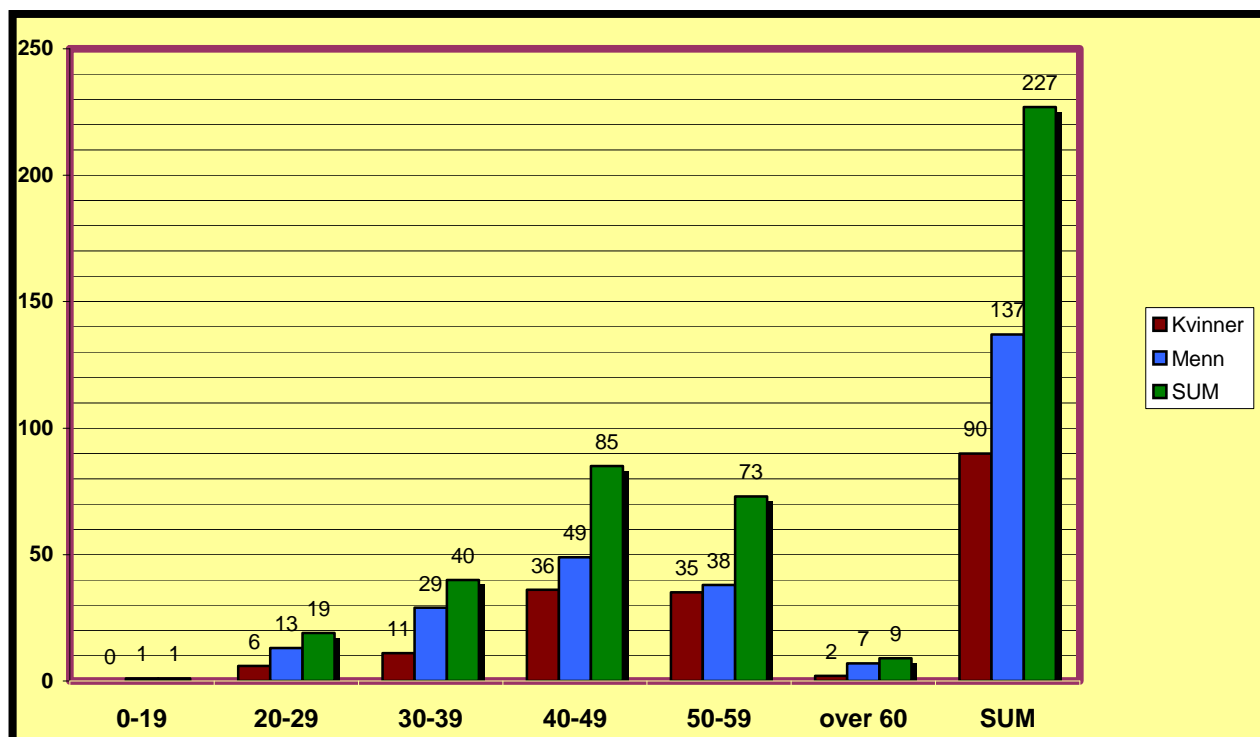
- Personer i yrkesaktiv alder med muskel og skjellettplager, der arbeidslivsdeltagelse er en problemstilling. Yrkeserfaringsmessig kommer pasientene fra fysisk tunge yrker, hvor arbeidstagerne i stor grad har ervervet sin kunnskap om yrket gjennom lang og allsidig yrkeserfaring fremfor teoretisk utdanning. Målet med behandlingstilbudet er å gi denne pasientgruppen en avklaring av funksjon mot arbeidslivet, samt å beskrive de forutsetninger som må oppfylles for at de skal kunne fortsette i, eller gjenoppta arbeid.

Hernes institutt dokumenterer pasientgrunnlag og behandlingsresultater for pasientene gjennom en årlig statistikk.

Alle pasienter kontaktes ett år etter oppholdet med et enkelt spørreskjema for å kartlegge sykmeldingsstatus/arbeidsstatus etter et år etter utskrivelsen. Resultatene fra denne undersøkelsen sammenstilles med handlingsplanene som ble laget da pasientene ble utskrevet.

- Utvidelsesprosessen fra 25 til 32 pasienter kom såpass sent i 2007 at de ikke representerte de store utslagene på statikken for året.
- Siden august 2007 har vi mottatt søknadene via Sentral enhet for rehabilitering (SeR). Dette har for Hernes Institutt sin del økt ventetiden med noen uker, først og fremst fordi denne ordningen ikke fører til noen endringer mht inntaksprosessen på Hernes Institutt.
- Gjennomsnitt ventetid var i 2007 på ca 3 mnd, men varierte fra mellom 1 mnd til 6 mnd.
- I 2007 mottok instituttet totalt 353 søknader. 87 (ca 25 %) av disse ble avslått. 266 ble satt på venteliste, og 39 (14 % av 266) av de som ble satt på venteliste frasa seg tilbudet om behandlingsplass. Dette er med meget små variasjoner som fjoråret.
- Avslagsprosenten i 2007 var på snaut 25 %, dette er omtrent som fjoråret. De siste to årene har vi hatt lavere avslagsprosent enn årene før, uten at vi ser noen klare årsakssammenhenger til dette.
- Hyppigste avslagsgrunner var:
 - At pasientene bør kunne få et tilstrekkelig behandlingstilbud lokalt.
 - At pasientene (og lege, NAV) ønsker en avklaring til en uføretrygd.
 - At søknadene ga mangelfulle opplysninger.
- I 2007 var det totalt 199 pasienter som avsluttet et behandlingsopphold hos oss, i tillegg ble 28 pasienter skrevet inn i 2007 og skrevet ut i 2008 (overførte pasienter).

2.2. Alderssammensetning



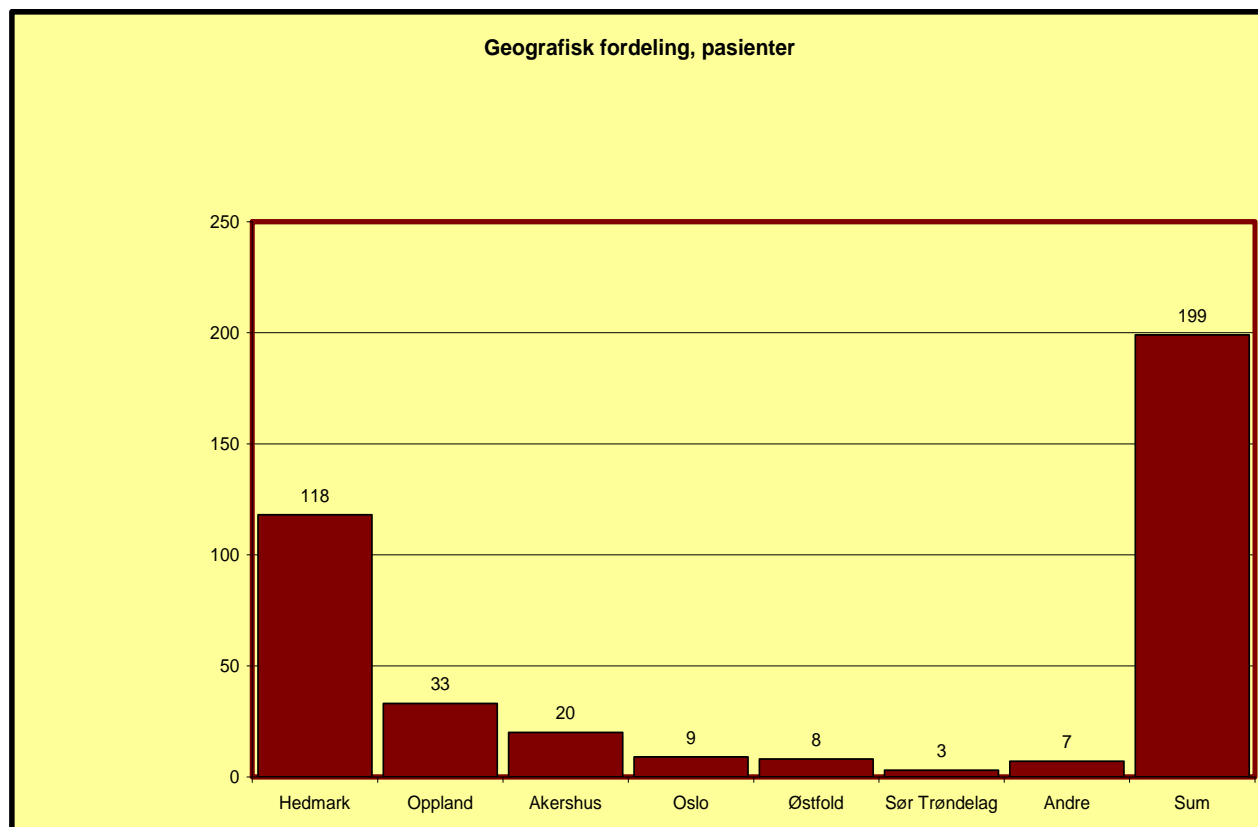
Kommentar:

Denne oversikten viser at vi treffer meget bra mht målgruppen rent aldersmessig, vi har en målsetting om å ha et tilbud til pasienter i yrkesaktiv alder. Variasjonene i alder er store
Gjennomsnittsalderen på utskrevne pasienter var i 2007 var i underkant av 45 år, og den har steget med ca 2 år fra 2006 til 2007.

Fordelingen mellom kjønnene har vært stabilt i mange år.

Fordi vi har de pasientene som ble overført til 2008 med i statistikkgrunnlaget, er totalt antall pasienter høyere i denne oversikten.

2.3. Geografisk fordeling av pasientgrunnlaget

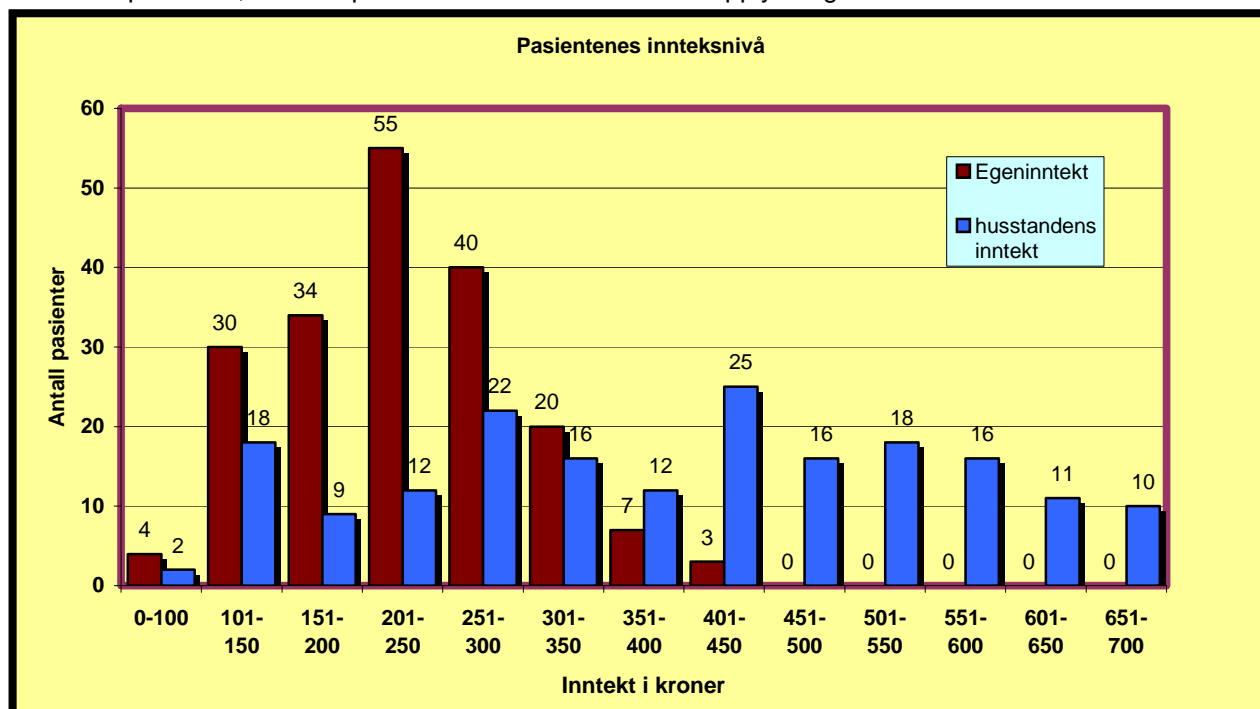


Kommentar.

Hernes Institutt har et landsdekkende tilbud. I 2007 kom det flest pasienter fra Hedmark, Oppland og Akershus. Av fylkene utenfor Helse Sør – Øst sitt område er Sør Trøndelag størst. Til sammen 3,5 % kommer fra utenfor Helseregion Sør - Øst RHF's område, og dette er normalt sammenlignet med tidligere år. Hernes Institutt sitt tilbud er godt kjent utenfor Helseregion Sør Øst sitt område, men behandlingsskapiteten mener vi er årsaken til at vi ikke har flere pasienter fra andre helseregioner enn vår egen.

2.4. Pasientenes inntektsnivå registrert ved innskrivelse.

Totalt 193 pasienter, der er 6 pasienter vi ikke har fått disse opplysningene fra.



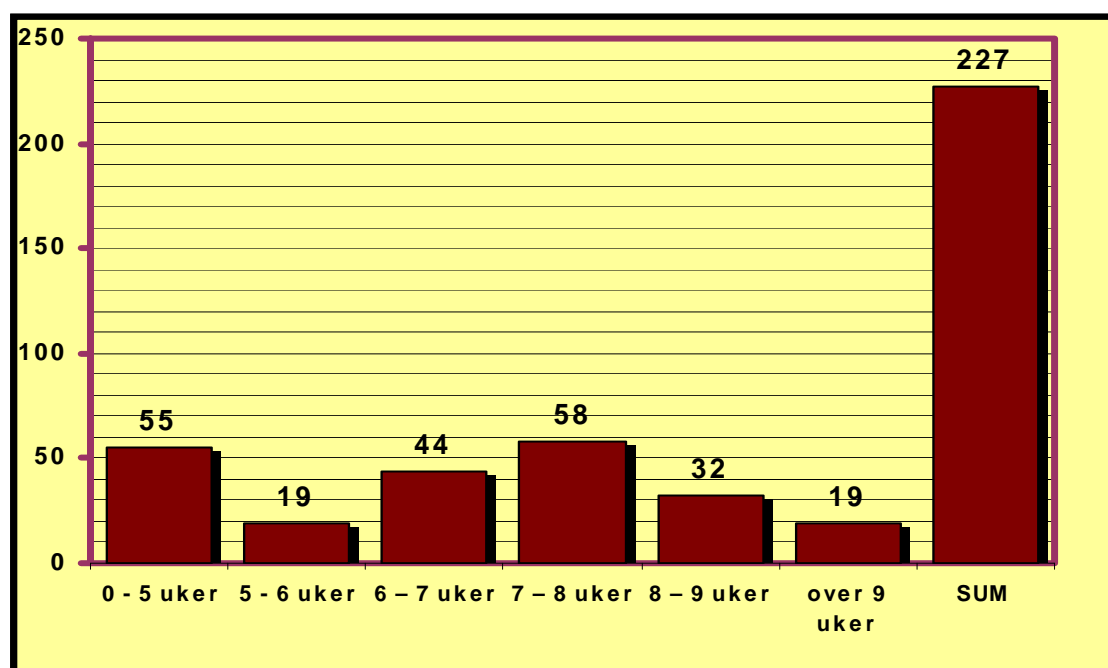
Kommentar:

Alle opplysningene om inntektsforhold er basert på pasientenes egne opplysninger, som sammenstilles med opplysningene i saksrapporten fra NAV trygd. I de forholdsvis mange tilfellene hvor opplysninger fra pasientene ikke stemmer med det som står i saksrapporten er det oftest at saksrapportens opplysninger som ikke stemmer.

Mange av våre pasienter har mistet sykepengene pga langt sykefravær, og dette trekker ned gjennomsnittets inntektsnivå. Inntektsnivået har de siste årene steget jevnt i takt med den generelle lønns og prisveksten, slik sett er det derfor småendringer fra år til år.

2.5. Fordelt liggetid på innskrevne pasienter i 2007

Totalt 227 pasienter, her er de som er overført til 2008 med i oversikten.



Kommentar:

Et normalopphold varer i 6 behandlingsuker.

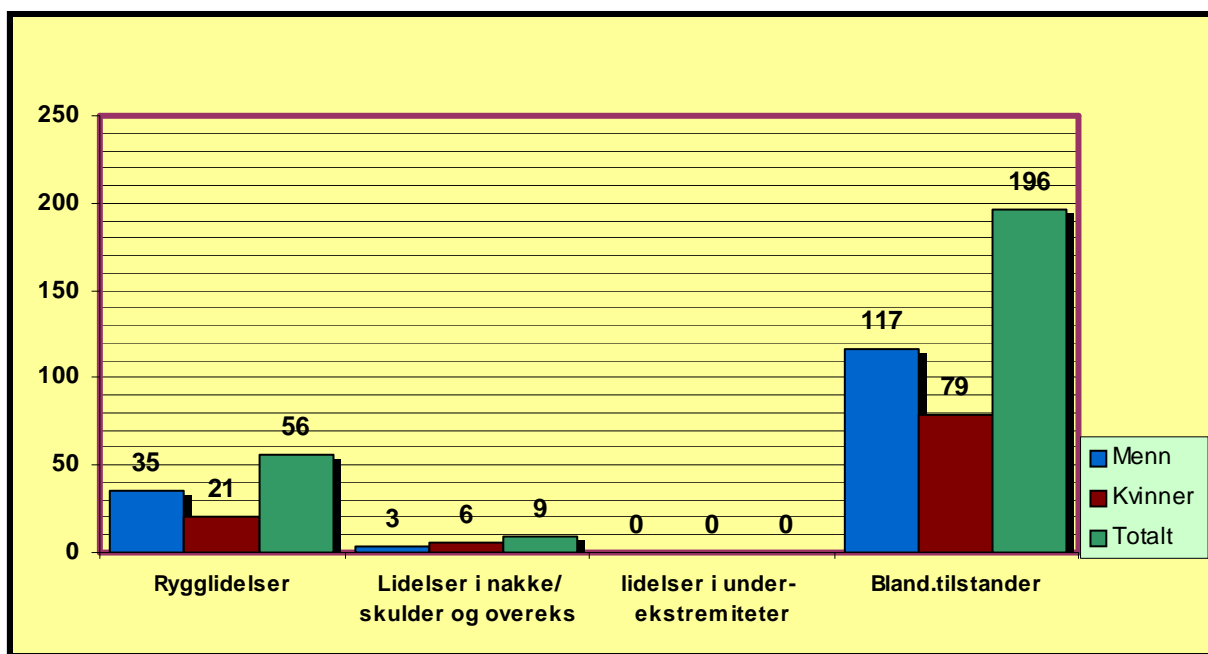
Det er hvert år en del pasienter som vi av ulike årsaker velger å avslutte før det er gått 6 uker, og i de fleste tilfeller er dette pasienter som tilhører den gruppa som har lengst sykefravær.

- Noen reiser etter kort tid fordi de fysisk og/eller psykisk er for dårlig til å kunne delta i behandlingsopplegget, og trenger derfor andre tilbud enn det instituttet kan tilby.
- Noen pasienter har diverse tilleggsproblemer som ikke fremkommer av søknaden, f.eks hjerteproblemer, større psykiske lidelser m.m.
- Noen blir syke av andre helsemessige årsaker enn det de er til behandling for på Hernes Institutt, noe som gjør at liggetiden blir lengre enn 6 uker.

Sammenlignet med 2006 har liggetiden økt i 2007, det er 153 pasienter som har en liggetid som er lengre enn normaloppholdet på 6 uker, og dette er en økning på 20 (8 %) siden 2006.

2.6. Diagnoser.

Totalt antall pasienter er 196, fordelt på totalt 117 menn og 79 kvinner. Ved innkomst er pasientenes diagnoser beskrevet både etter ICPC og ICD-10, fordi vi får pasienter både fra fastlege og spesialisthelsetjenesten. Ved utreise benyttes kun ICD-10.

**Kommentar:**

Pasientene fordeler seg grovt sett på to store diagnosegrupper, rygglidelser og blandingstilstander. I gruppen rygglidelser finner vi drøyt 28 % av hele pasientgruppen, blandingstilstandene utgjør snaut 66 %. Gruppen blandingstilstander øker også dette året i forhold til fjoråret, en tendens vi har sett de siste årene.

Rygglidelsene rommer et nokså vidt spekter av diagnoser, der lumbago, ischias, insuffisient rygg og degenerativ rygglidelse utgjør flertallet. Flesteparten må sies å være kroniske rygglidelser (Sykefravær utover 3 mnd).

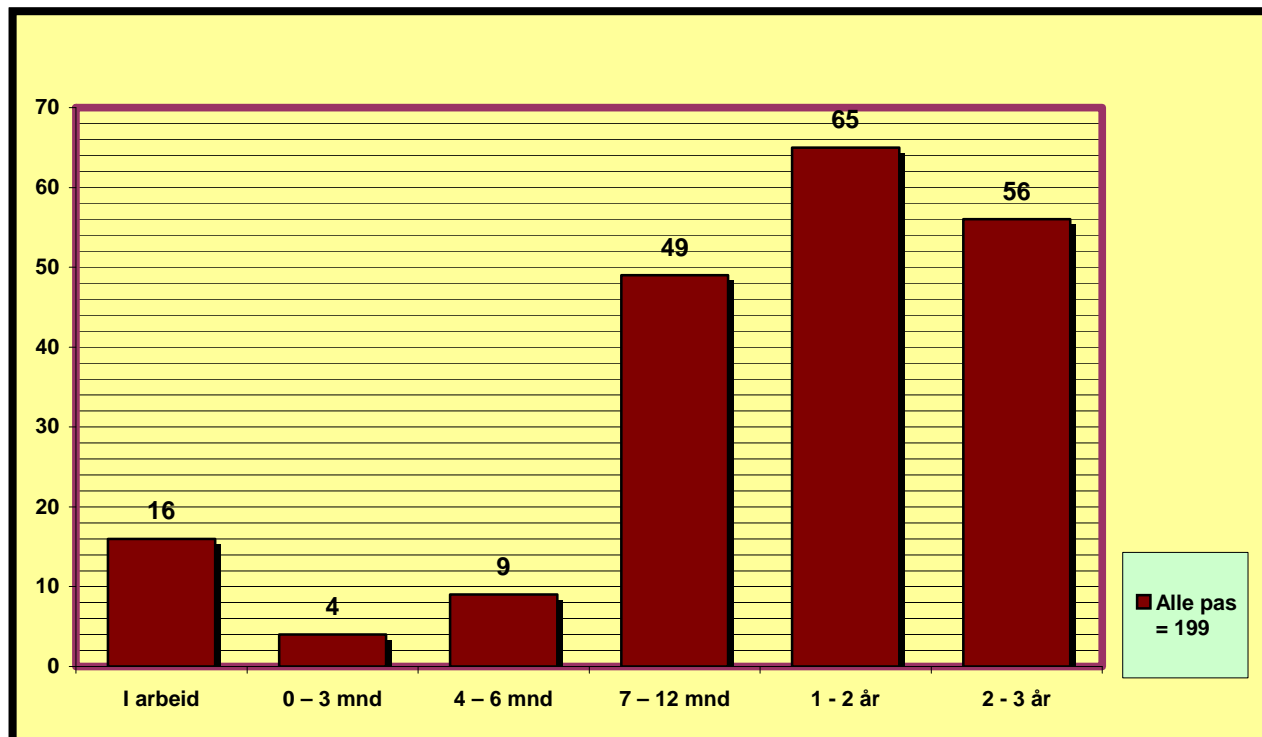
Blandingstilstander rommer utbredte muskelsmertesyndromer og belastningslidelser i muskel/skjelettsystemet kombinert med andre definerte helseproblemer eller bi - diagnoser.

Mange av pasientene har sammensatte problemer, ofte fremprovosert av et langt sykefravær. I andre tilfeller er det psykososiale forhold i hjem/ familie eller i arbeidssituasjonen som synes å vedlikeholde og forsterke lidelser i muskel/skjelettsystemet. Vi ser også at mange pasienter har opplevd en oppvekst med lese- og skrivevansker, men de har klart å kontrollere dette så lenge de har hatt fysiske forutsetninger for til å ofre seg mye for jobb og arbeidsplass. Hos disse pasientene ser vi ofte at det å bli sykmeldt pga muskel- og skjellettplager medfører tap av selvrespekt og integritet.

Som nevnt har diagnosen blandningstilstander økt mye de siste årene, men dette beviser ikke at slike problemer var mindre før. Psykiske plager, lese og skrivevansker m.m. er blitt mer "aksepterte" lidelser, derfor er det kanskje lettere for pasientene å fortelle om dem.

2.7. Sykmeldingslengde før innleggelse på HERNES INSTITUTT.

Totalt 199 pasienter

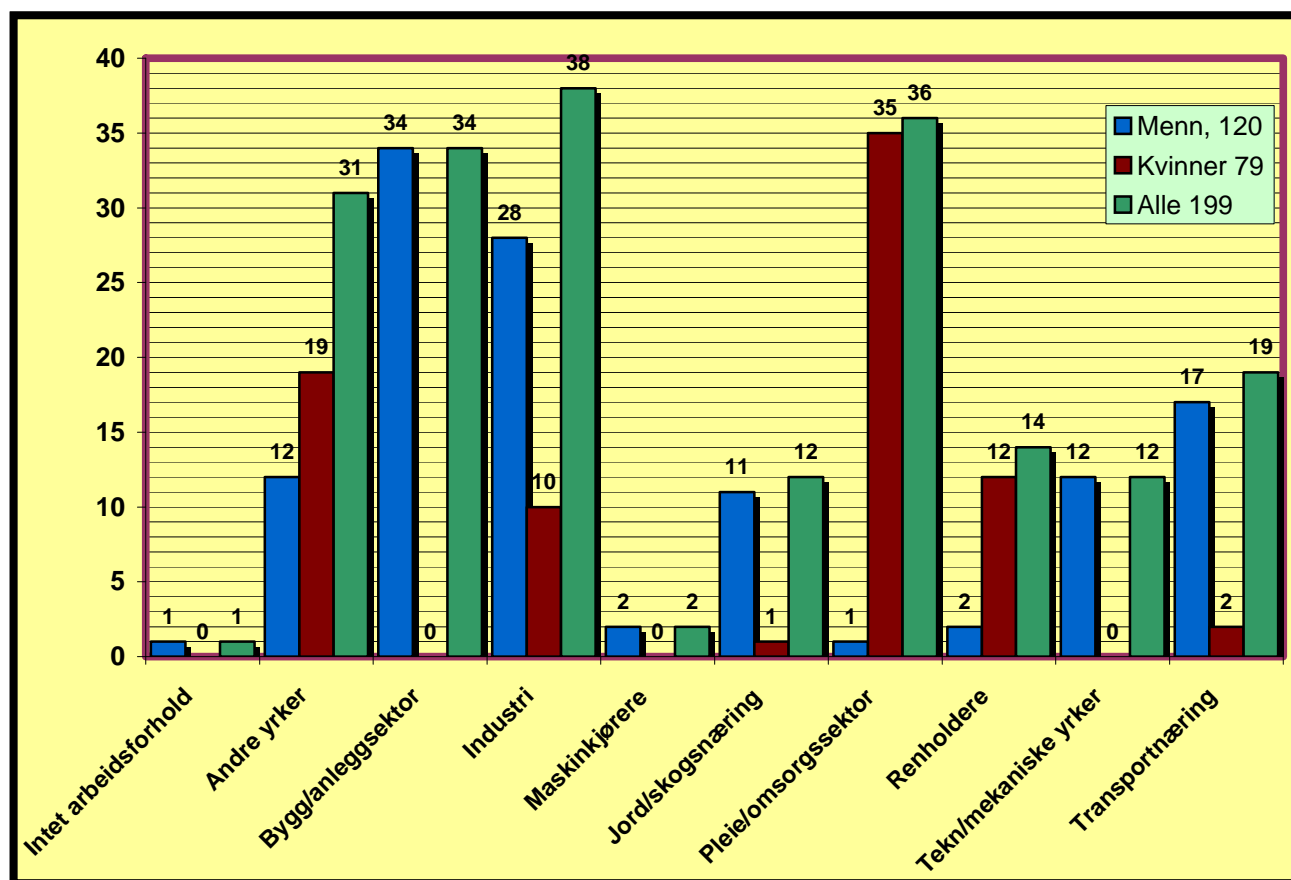


Kommentar:

Gjennomsnitt sykmeldingsperiode før pasientene kom til HERNES INSTITUTT var 17 måneder i 2007.

2.8. Pasientenes yrkesbakgrunner

Totalt 199 pasienter.



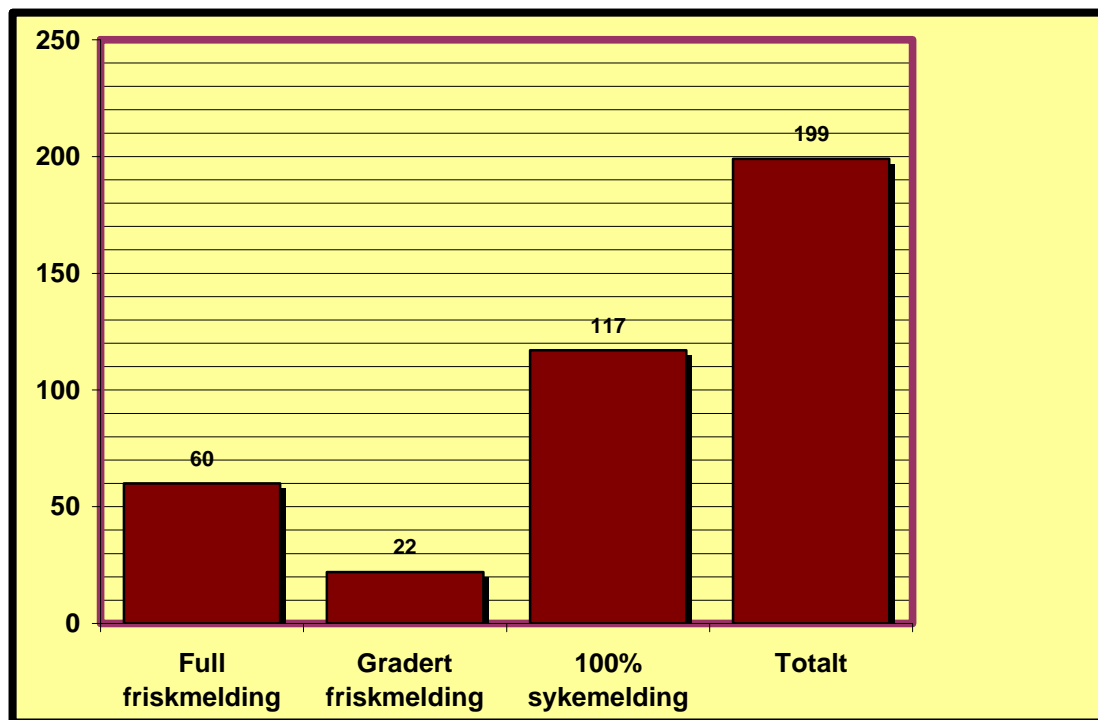
Kommentarer:

- Inndelingen i denne oversikten er ikke godt nok oppdatert, men den er allikevel et grov oversikt over pasientenes yrkesbakgrunner.
- Pasienter som ikke lenger har et arbeidsforhold er registrert inn i yrkesgruppene på bakgrunn av sin yrkeserfaring fra da de var yrkesaktive. Søylene for "intet arbeidsforhold" viser pasienter som av ulike årsaker ikke har rukket å få seg noen yrkeserfaring.
- Med noen få unntak er pasientgruppen rekruttert fra yrkesgrupper med lav eller ingen teoretisk utdanning, og hvor realkompetansen erfaringsmessig er høy.
- De tradisjonelle, mannsdominerte yrkene som bygg og anlegg, industri, og teknisk/ mekaniske yrker er hyppigst representert i 2007 som i årene før.
- For kvinner er det også de tradisjonelle kvinnedominerte yrker som er størst, renholdere og pleie/ omsorgssektoren. Det er innen pleie og omsorgssektoren vi finner de fleste med akademisk utdanning i vår pasientgruppe (Sykepleiere).
- Andelen "andre yrker" har økt siden 2006

3.0. BEHANDLINGSRISULTATER I 2007.

3.1. Frisk-/sykmeldingsstatus ved utreise

Frisk-/sykmeldingsstatus ved utreise, totalt 199 pasienter

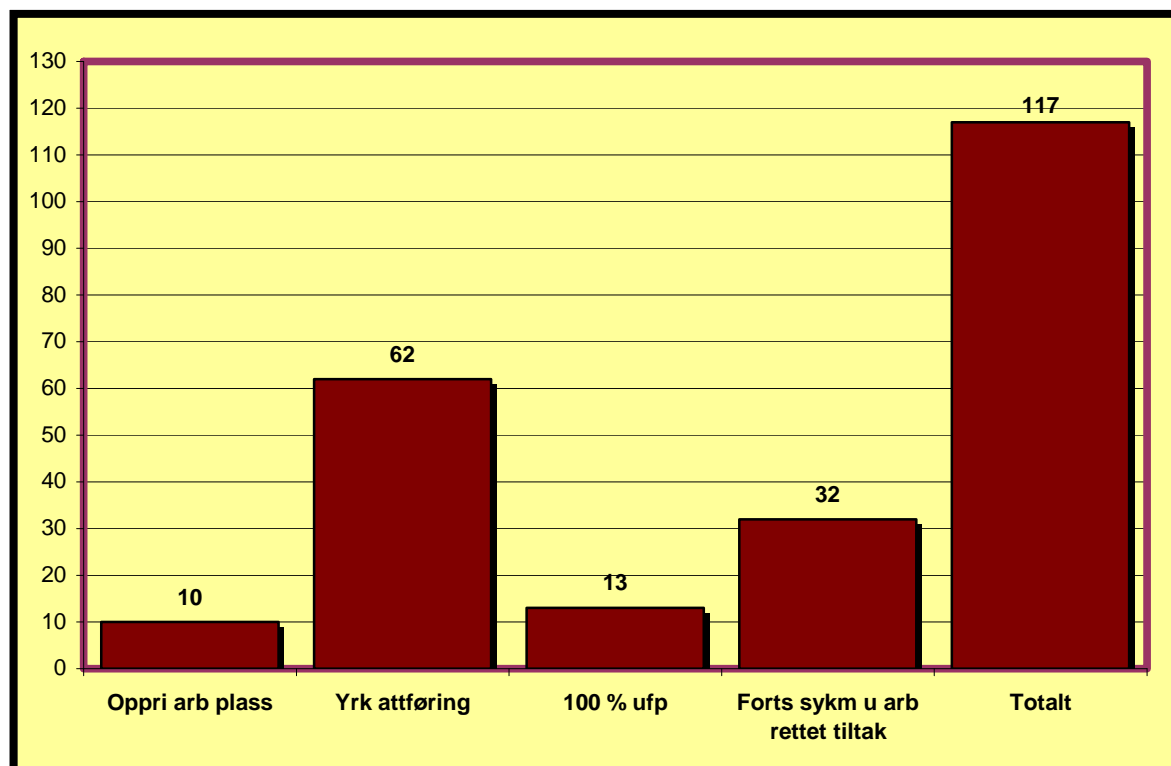


Kommentar:

- 30,1 % ble skrevet ut med hel friskmelding, og 11 % med gradert friskmelding. Av de 22 pasientene som reiste med gradert friskmelding anbefalte vi gradert uførepensjon til 17, hvilket er en økning på 10 fra i fjor. Resten av de som ble skrevet ut med gradert friskmelding ble anbefalt full jobb etter en tilretteleggingsperiode i redusert stilling. Dette gir til sammen 32,7 % av pasientene som reiser med hel eller gradert friskmelding. Dette er 10 % lavere enn i 2006.
- I alt 44,2 % av pasienter anbefalte vi løsninger der pasientene kunne gå tilbake til arbeidslivet uten bruk av omfattende tiltak fra NAV. Dette er omtrent som i fjor.
- De 117 som reiste med full sykemelding utgjør 58,8 % av pasientgruppen i 2007, og er omtrent som for 2006.

3.2. Avklaringer tilbake til arbeidslivet for de som reiste med 100 % sykemelding.

117 pasienter = 100 %.



Kommentar:

Løsningene i diagrammet ovenfor er utarbeidet i tett dialog med pasienten, arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste, NAV lokalt, under pasientens behandlingsopphold på HERNES INSTITUTT.

- I 2007 anbefalte vi yrkesrettet attføring til i alt til 31,2 % av pasientene. Dette er som fjoråret.
- I 2007 anbefalte vi at 6,5 % av pasientene ikke å gå tilbake til arbeidslivet, verken i hel eller deltid. Dette er ca 4 % lavere enn i 2006. Sammenligner vi dette med økningen vi har hatt blant de vi ikke kunne anbefale noen arbeidsrettede tiltak til av de som reiste med 100 % sykemelding viser dette at 14,4 % flere pasienter i 2007 ikke fikk noen avklaring i forhold til arbeidslivet enn i 2006.
- Av de til sammen 26 som ble anbefalt gradert eller full uførepensjon i 2007 var 88,5 % over 50 år.
- Å få avklart de som ikke lenger kan/ bør delta i arbeidslivet er også viktig, selv når målet er å få så mange som mulig tilbake i arbeidsaktivitet. Det er godt for pasientene dette gjelder å slippe en lang og smertefull saksgang i systemet, og det er bra for systemet og samfunnet at systemet ikke trenger å bruke masse menneskelige og økonomiske ressurser for å avklare de som ikke lenger kan være arbeidsaktive.
- Legger vi sammen de pasientene som vi anbefaler å returnere/ fortsette i arbeidslivet og de vi mente ikke burde gå tilbake til arbeidslivet ga vi ca 84 % av pasientene i 2007 en dokumentert avklaring vedrørende arbeidslivsdeltagelse i epikrisen fra oppholdet på HERNES INSTITUTT.

oOo

3.3. Arbeidslivsdeltagelse, ett år etter utskrivelse (Pasienter skrevet ut i 2006).

I 2007 tok Hernes Institutt skriftlig kontakt med i alt 174 personer som hadde et behandlingsopphold i 2006. De pasientene som vi ikke klarte å legge en handlingsplan er ikke tatt med i undersøkelsen.

Målet med denne undersøkelsen er å se i hvor stor grad vi lykkes med å bidra til at våre pasienter kommer tilbake til arbeidslivet.

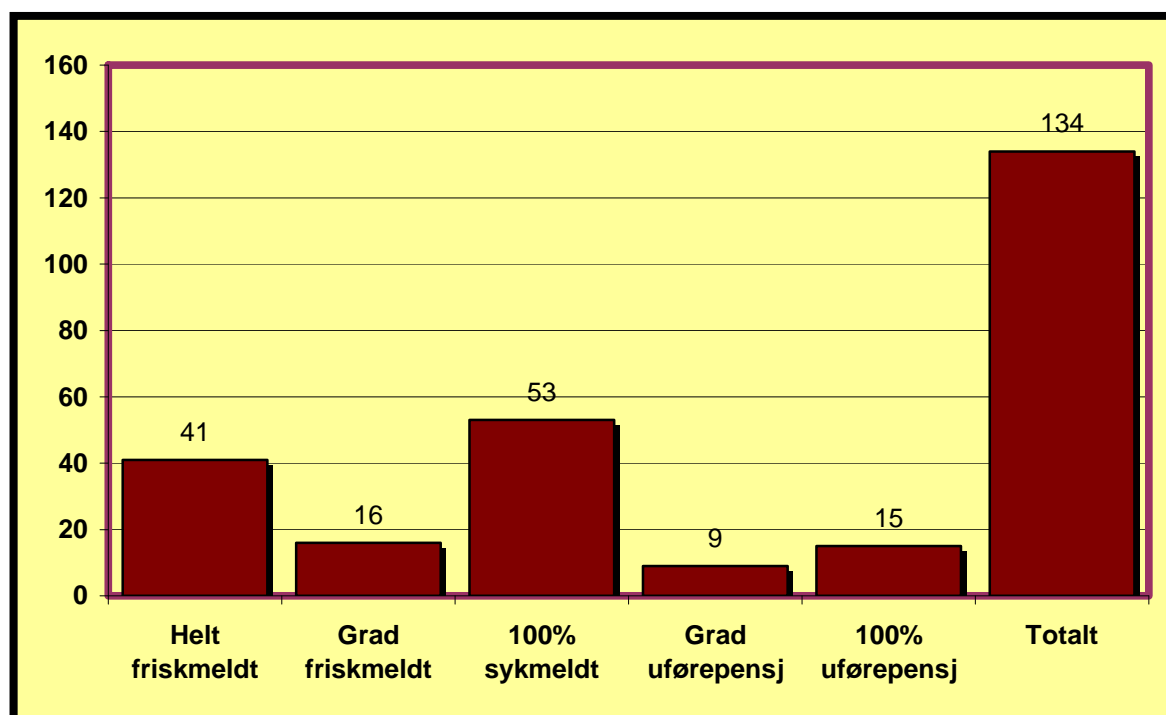
Alle data er basert på tilbakemeldinger fra pasientene selv. Vi har ingen kontrollgruppe å sammenligne resultatene av undersøkelsen mot, men vi har imidlertid meget god oversikt over hva prognosene sier mht langtidssykemeldte med muskel - skjellett lidelser og arbeidslivsdeltagelse. I 2006 da disse pasientene var innlagt på Hernes Institutt hadde 73.2 % av alle pasientene vært sykemeldt i 7 mnd eller mer, 48,2 % hadde vært sykemeldt over ett år, og 28.7 % i over 2 år.

Evalueringen har foregått på følgende måte:

- De pasientene som vi ga en dokumentert forslag til avklaring vedrørende arbeidslivsdeltagelse i epikrisen etter oppholdet på Hernes Institutt i 2006 fikk et enkelt spørreskjema som skulle fylles ut og returneres til Hernes Institutt i en vedlagt frankert konvolutt. Vi åpnet også for at de kan ringe tilbake til oss.
- Det ble sendt et påminningsbrev til de som ikke svarte, 2 måneder etter første skriftlige henvendelse.
- Evaluering er ikke vitenskapelig i noen som helst form, men den gir oss en pekepinn om i hvilken grad behandlingsoppholdet kan ha bidratt til at pasientene er i arbeidslivet eller ikke, på lang sikt.
- Vi har i år fått svar fra 134 tidligere pasienter, hvilket gir en svarprosent på 77 %. Denne svarprosenten er som i 2006. Med denne svarprosenten mener vi at tilbakemeldingene gir et representativt bilde av hvordan det går med pasientenes arbeidslivsdeltagelse etter oppholdet hos oss.

3.4. Frisk/ sykmeldingsstatus ett år etter utskrivelse.

134 pasienter = 100 %.



Kommentar:

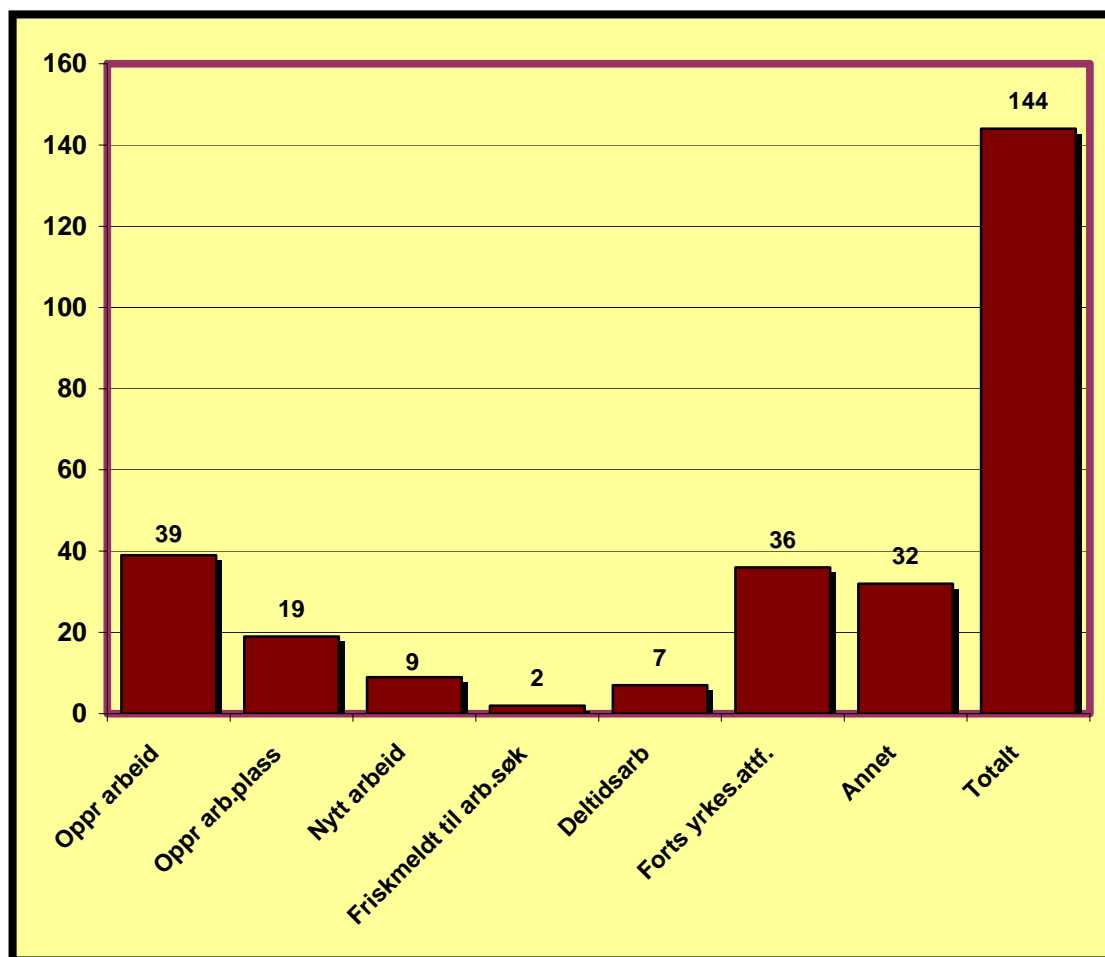
Av dette diagrammet ser vi at totalt 117 (87.3 %) av de 134 personer som svarte fått en avklaring på sin arbeidsevne ett år etter oppholdet på Hernes Institutt.

- Av disse 117 er 41 (30.6 %) fullt friskmeldt, 16 (11.9 %) gradert friskmeldt og 53 (39.6 %) fortsatt 100 % sykmeldt.

- I tallene som viser 100 % sykmeldt ligger alle de som er på yrkesrettet attføring i regi av NAV, og dette er i alt 36 (26.9 %) av de i alt 134 personene som svarte.
- Dette gir at étt år etter utskrivelse er 102 personer (76.1 %) enten er i, eller er på vei tilbake til arbeidslivet.
- De som oppgir at de var 100 % uføretrygdet ett år etter utskrivelsen fra Hernes Institutt i 2006 utgjør 15 personer (11.2 %) av de 134 som svarte.
- Alle de som oppgir at de har en gradert trygd løsning kombinerer dette med arbeid, ergo kommer de 9 (6.7 %) personene som oppgir at de har en gradert trygd løsning inn under den samme gruppa på 16 personer som opplyser at de er gradert friskmeldt.
- Dermed står vi igjen med 17 (12.7 %) personer som verken er i arbeid, er på vei tilbake til arbeid eller har en gradert/ hel uføretrygd ett år etter utskrivelsen fra Hernes Institutt. Av disse opplyser omtrent halvparten at de er under medisinsk behandling for de(n) samme lidelsen de var til behandling for på Hernes Institutt, og omtrent halvparten opplyser at de er under medisinsk behandling for annen lidelse/ plage enn den de var til behandling for på Hernes Institutt. 7 personer (5.2 %) av denne gruppen opplyser at de har søkt gradert eller full uføretrygd. Hernes Institutt anbefalte ikke uføretrygd for disse 7 pasientene da de ble utskrevet.

3.5. Hvilken form for arbeidslivsdeltagelse er pasientene i, étt år etter utskrivelse.

Totalt 134 pasienter, utskrevet i 2006



Kommentar:

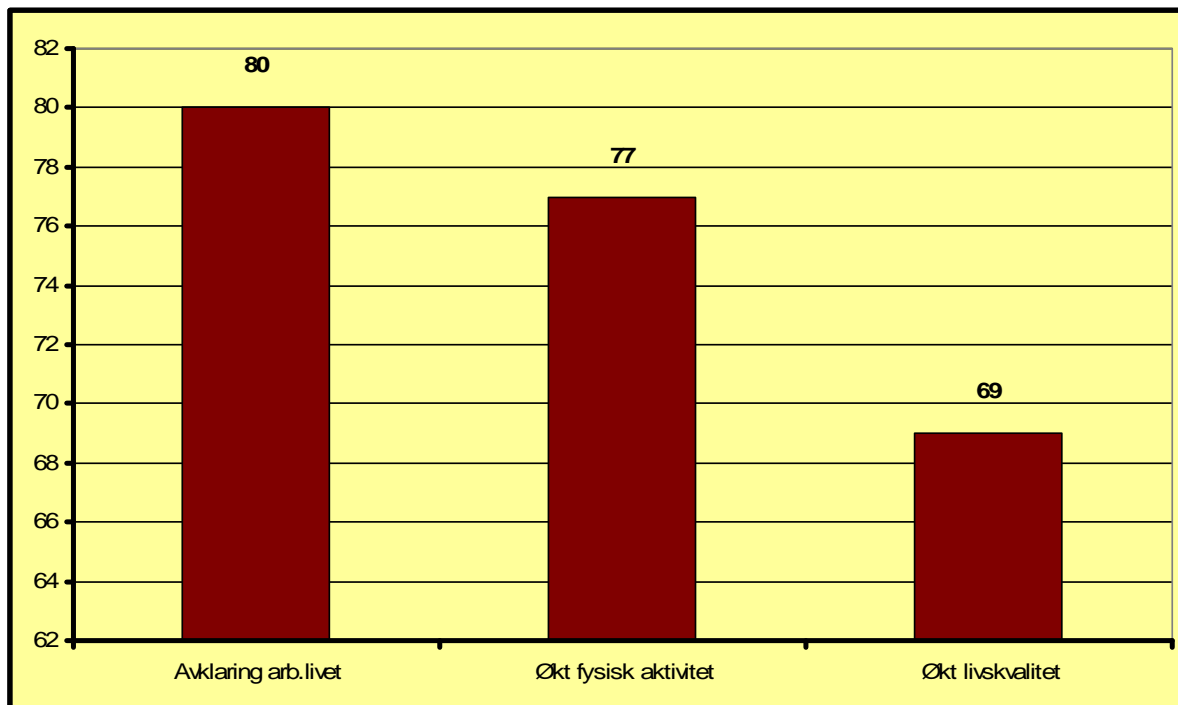
I diagrammet over kan én person gi flere svaralternativer, derfor er antall svar flere enn pasienter som har svart. (Eks: En person som krysser av på "opprinnelig arbeidsplass" krysser også av for "deltidsarbeid" hvis han har fått redusert sin stilling i bedriften og kombinerer dette med 50% uføretrygd).

- Med unntak av to er det ingen som gikk over på yrkesrettet attføring etter utskrivelse i 2006 som er ferdige med gjennomføring av sin tiltaks/ handlingsplan når vi spør dem ett år senere. De aller fleste av disse svarer at de ventet i over 4 – 6 mnd før de kom i gang med attføringstiltak (arbeidsutprøving, kvalifisering m.m). Forholdet er ikke spesielt for 2007.

- Alle de vi ikke anbefalte å fortsette i arbeidslivet/ redusert stilling hadde ett år fått innvilget graderte eller full uførepensjon av NAV trygd, og saksbehandlingstiden lå i snitt på under 3 mnd.

3.6. Pasientenes egne oppfatninger av hva de mener oppholdet har betydd for arbeidslivsdeltagelse, egenaktivitet og livskvalitet, ett år etter utskrivelse.

(Pasienter skrevet ut i 2006)



Kommentar:

I spørreskjemaet fikk pasientene mulighet å gi tilbakemelding på om de føler at oppholdet på Hernes Institutt har hatt noen betydning i for tre ulike forhold: Avklaring mht arbeidsliv, økt motivasjon til egentrening og om oppholdet har ført til økt livskvalitet. Her har de 134 som svarte i alt gitt 226 anmerkninger som fordeler seg som vist i diagrammet.

3.7 Brukerundersøkelser.

Det er også i år gjennomført systematiske brukerundersøkelser som pasientene fyller ut ved avreise. Spørreundersøkelsen er bygget opp på bakgrunn av pasientforløpet, og pasientene blir spurt om forhold som har med de ulike bestanddelene i behandlingsopplegget, sosiale/ trivselsmessige forhold, innkvartering/ boforhold, m.m. I påvente av en ny og forskningsbasert spørreundersøkelse er derfor for 2007 ikke laget et statistikkssystem for dette. De spesielle Helseinstitusjoners interesseorganisasjon som Hernes Institutt er medlem av har tatt initiativ overfor arbeidsforskningsinstituttet til å lage en brukerundersøkelse som vil bli benyttet i de 4 spesielle helseinstitusjonene.

o0o

4.0 Måloppnåelse.

4.1. Innledning.

Avslutningsvis har vi vurdert våre behandlingsresultater sett opp mot noen av de mest sentrale nasjonale mål med den helse og velferdspolitikken som føres i landet.

4.2. Deltagelse sosialt og i arbeidsliv:

Satt opp mot hovedmålet med vår virksomhet som er å bidra til at pasientene kommer seg tilbake til arbeidslivet mener vi at vi har en høy grad av måloppnåelse. Prognosene for denne pasientgruppen tilsier at mange skulle leve på passive trygdeytelser etter så lange sykefravær som vi registrerer på våre pasienter.

Våre behandlingsresultater sår tvil om påstanden om at det er lite å hente på å sette i verk arbeidsrettede rehabiliteringstiltak langt ut i sykemeldingsprosessen. Mulig årsak til denne forskjellen mellom våre behandlingsresultater og den generelle oppfatning blant eksperter er at i vårt behandlingsopplegg får pasientene en mer tverrfaglig og individuell tilnærming enn hva som er mulig å oppnå i et behandlingsopplegg på lokalt nivå, eller andre steder i spesialisthelsetjenesten.

Vi merker en større belastning på våre medarbeidere grunnet arbeidet med å omstille seg til å møte alle de nye kravene som stilles til oss i forbindelse med kvalitetssystem, internkontroll, rapporteringsansvar og nettverksbygging. Vi har liten administrativ ressurs, og må trekke ansatte vekk fra behandlingsaktivitet og over til å arbeide med administrative arbeidsoppgaver. Dette tapper behandlingsavdelingen for ressurser, takket være meget smidige og samvittighetsfulle ansatte har vi foreløpig klart å møte disse nye kravene uten at pasientene har fått et dårligere tilbud.

4.3. Rett tilbud til rett pasient til rett tid:

Vi mener at vi i også 2007 har klart i stor grad å treffe rett pasient med vårt behandlingstilbud. Dette kan tyde på at vårt behandlingstilbud er godt kjent i primærhelsetjenesten og i andre deler av spesialisthelsetjenesten, innen helseregionen.

Som en funksjon av at vårt behandlingstilbud blir bedre kjent øker tiden pasientene må stå på venteliste før de kommer inn til behandling. Det å påstå at vi får pasientene til rett tid blir vanskelig å forsvare, fordi de fleste av våre pasienter har vært sykemeldt så lenge før de kommer til oss. Et annet problem våre pasienter møter er at de etter et behandlingsopphold hos oss må vente må vente meget lenge før de kommer i gang med aktive, yrkesrettede attføringstiltak gjennom NAV. Dette gjør at det tar lang tid før de løsningene vi skisserer i handlingsplanene til pasientene kan settes ut i livet, og at effekten av et behandlingsopplegg på Hernes Institutt blir redusert.

4.4. Samfunnsøkonomisk bidrag:

Vi vet at det sparer hver enkelt pasient for store belastninger å få hjelp til å komme tilbake til arbeidslivet. Likeså vet vi at det er store penger å spare å at flere deltar i arbeidslivet, samt at bidraget til velferdsordningene blir større gjennom økt arbeidslivdeltagelse. Vi mener derfor at et opphold på Hernes Institutt er samfunnsøkonomisk forsvarlig, fordi så mange pasienter returnerer til arbeidslivet og at de som ikke gjør det får en rask, riktig og rettferdig avklaring.

Vi våger denne påstanden bl.a. fordi sykmeldte som gjennomfører et behandlingsopphold på HI i langt større grad enn hva som er vanlig for denne pasientgruppen fortsetter å være yrkesaktive etterpå. I stor grad er de forslag til handlingsplan som er lagt under pasientenes opphold på HI fulgt i disse tilfellene. En annen viktig grunn er at pasientene i tilbakemeldingene etter ett år etter utskrivelse selv sier at oppholdet har vært avgjørende for at de har klart å returnere til arbeidslivet.

4.5. Bidra til en rettferdig fordeling av helsetilbud, tiltak og virkemidler:

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter ett år etter utskrivelse vet vi at våre anbefalinger i form av handlingsplan for pasientene i stor grad blir fulgt av arbeidsgivere, NAV og det lokale hjelpeapparat. Disse tilbakemeldingene er kanskje det viktigste måleinstrumentet for å vurdere kvaliteten i behandlingstilbudet på Hernes Institutt, og er et konkret eksempel på hvordan vi bruker brukemedvirkning for å gjøre behandlingstilbudet vårt så bra som mulig.

Vi har en ganske stabil andel av pasienter som ikke blir anbefalt å gå tilbake til arbeidslivet fordi funksjonsevnen etter vår mening er for dårlig. Vi mener det er meget viktig at vi bidrar til at disse pasientene får en rask og rettferdig behandling etter et opphold hos oss, det er en stor nok belastning i seg selv å måtte innse at man ikke lenger kan delta i arbeidslivet. Det er også et viktig mål med Hernes Institutt sin virksomhet å bidra til at ressursene i Arbeids og Velferdsetaten utnyttes og fordeles på en rettferdig måte, til beste både for samfunn og individ. Vi føler oss på bakgrunn av våre behandlingsresultater, tilbakemelding fra våre tidligere pasienter og hvordan det øvrige hjelpeapparat følger opp våre forslag til løsninger.