

Behandlingsresultater, 2008, 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 2008	S 2
1.3	Kurs, faglig oppdatering i 2008	S 4
2.0	PASIENTGRUNNLAGET I 2008	S 4
2.1	Innledning	S 4
2.2	Alders sammensetning	S 4
2.3	Geografisk fordeling av pasientgrunnet	S 5
2.4	Pasientenes inntektsnivå registrert ved innskriving	S 6
2.5	Fordelt liggetid på innskrevne pasienter i 2008	S 6
2.6	Diagnoser	S 7
2.7	Sykmeldingslengde før innleggelse på Hernes Institutt	S 8
2.8	Pasientenes yrkesbakgrunner	S 9
3.0	BEHANDLINGSRESULTATER I 2008	S10
3.1	Frisk-/ sykmeldingsstatus ved utreise	S10
3.2	Avklaringer tilbake til arbeidslivet for de som reiste med 100 % sykemelding.	S10
3.3	Arbeidslivsdeltagelse, ett år etter utskriving.	S11
3.4	Frisk/ sykmeldingsstatus ett år etter utskriving.	S11
3.5	Hvilken form for arbeidslivsdeltagelse er pasientene i, ett år etter utskriving?	S12
3.6	Pasientenes egne oppfatninger av hva de mener oppholdet har betydd for arbeidslivsdeltagelse, egenaktivitet og livskvalitet, ett år etter utskriving	S13
4.0	MÅLOPPNÅELSE I 2008	S14
4.1	Innledning	S14
4.2	Deltagelse sosialt og i arbeidslivet	S14
4.3	Rett tilbud til rett pasient til rett tid	S14
4.4	Samfunnsøkonomisk bidrag	S15
4.5	Bidra til en rettferdig fordeling av helsetilbud, tiltak og virkemidler	S15

1.0. Innledning.

2008 ble det første året hvor Stiftelsen Hernes Institutt (heretter HI) hele året skulle fylle 32 sengeplasser, samtidig som det er kommet flere aktører på plass som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering. Dette har vi merket i form av at ventelistene ble en del kortere i 2008 enn hva tilfellet var i årene før. Gj.snitt ventetid har ligget på ca 2,5 mnd for pasienter søkt inn på ordinære vilkår (heretter ORD) og ca 1.5 mnd for pasienter søkt inn på raskere tilbake (heretter RTB). Dette er en utvikling vi er glade for siden dette innebærer kortere ventetid for pasientene.

1.1. Interne, regionale og nasjonale føringer:

Her er det ikke tilkommet noen nye retningslinjer siden i fjor, det ble i 2008 arbeidet med en rapport om de private helseinstitusjoners roller og rammebetingelser. Denne rapporten inneholder en rekke forslag til tydeliggjøring av institusjonenes rolle som leverandører av spesialisthelsetjenester, og er en rapport som er bestilt av Sosial og Helsedirektoratet.

- 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 2008

- Helse Sør Øst (heretter HSØ).
I 2008 har vært et "mellomår", hvor kontakten med HSØ stort sett har vært av administrativ art, og dermed ikke beskrevet i behandlingsavdelingens årsberetning. Det var HSØ som kjøpte alle 32 sengeplassene HI hadde i 2008.
- NAV.
Kontakten med NAV pleies først og fremst gjennom individuell oppfølging av pasientene. Dette er for det meste i form av telefonkontakter og deltagelse i dialogmøter m.m. Men instituttets overlege hadde i august et innlegg på en fagsamling på NAV's kontor i Elverum. 2008 ble ett år hvor vi på HI fikk merke godt de omstillingsprosessene som foregikk i NAV. Det er til dels store forskjeller mht tilgjengeligheten til saksbehandlere i NAV, der saksbehandlerne på de store kontorene oftest er de som det er vanskeligst å få kontakt med. Vi merket også at pasientenes frustrasjonsnivå over lange ventetider og uklare retningslinjer i NAV i større i 2008 enn tidligere.
- Raskere tilbake (HSØ).
Sommeren 2007 fikk HI tilslag på anbud innen Raskere tilbake fra Helse Øst. Anbudet gikk ut på at HI kunne utvide allerede eksisterende behandlingstilbud med 7 sengeplasser. Etter inntak følger RTB pasientene det samme behandlingssopplegget som de ORD pasientene. I løpet av høsten 2007 ble alle engasjementstillingene besatt, og vi har i hele 2008 hatt full drift på de 7 plassene. Det som tok tid var implementeringen av ergoterapistillingen, vi hadde ikke erfaring med denne yrkesgruppen fra før av på HI. Ergoterapifunksjonen har ført til et løft av kvaliteten på behandlingssopplegget, først og fremst ved at kontakten mot pasientenes arbeidsgivere er blitt bedre systematisert og målrettet.

- RATI, nettverk av poliklinikker. Det ble avholdt étt møte i april i dette nettverket, siden har det ikke vært noe aktivitet som har inkludert HI. Det ble i møtet i april ikke bestemt noe nedleggelse av nettverket.
- Prosjektsamarbeid med Sykehus Innlandets rehabiliteringsavdeling på Ottestad og NAV. I 2008 gjorde vi ferdig avtalen om samarbeidet mellom NAV Hedmark, sykehus innlandet avd Ottestad og HI. Målet med dette samarbeidet er å lage en modell av et sømløst pasientforløp mellom de tre hovedaktørene. Utover planene som ble skissert i behandlingsresultatet for 2007 er NAV oppland kommet med i samarbeidet, oppstart av det konkrete samarbeidet er berammet til mars 2009.
- HI har i 2008 fortsatt kompetanseoverføring til andre fagmiljøer, bl.a ved fagsamlinger her på HI for attføringspersonell ved sykehus innlandet avd Ottestad og Fron rehab. senter.
- I 2008 innledet HI og attføringssenteret i Rauland (heretter AiR) et tettere faglig samarbeid. I denne forbindelse var representanter fra fagmiljøet i AiR klinikk på besøk på HI i mai, og HI skal følge opp med et besøk på AiR i januar 2009. Målet med samarbeidet med AiR er å få et tettere, selvgående samarbeid mellom faggruppene i de to institusjonene.
- Vår overlege var i 2008 engasjert av høgskoler og Norsk forening for kognitiv terapi hvor hun hadde forelesninger i ulike tema innen arbeidsrettet rehabilitering. Videre er hun blitt benyttet til internundervisning i Sykehus Innlandet, og hun hadde forelesning om arbeidsrettet rehabilitering på rygg og nakkekongressen, i Oslo i april.
- Kompetansesenteret i arbeidsrettet rehabilitering
 - I nettverket som er bygd opp rundt kompetansesenteret har HI videreført sin fremtredende rolle som kompetanseleverandør innen institusjonsbasert ARR. Hernes Institutt sitter med i kompetansesenterets fagråd med to representanter. Mandatet til fagrådet er å være faglig rådgiver for kompetansesenteret og ARR nettverket i kompetansesenterets nettverksmodell
 - Undervisning i ARR. Kompetansesenteret i ARR, Høgskolen i Telemark og Hernes Institutt startet i 2007 i utviklingen av et 30 studiepoengs utdanningstilbud innen ARR. Undervisningen ble i sin helhet gjennomført i løpet av 2008, hvor instituttets nestleder deltok i undervisningen på i alt 8 samlinger. Studiet avsluttes med eksamen i januar 2009.
- Universitet.
 - Hernes Institutt deltok i 2008 i et 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 fra inneliggende ble avsluttet i april 2008. Innsamlingene av data fra pasientene etter utskrivelse fortsatte utover året, og avsluttes i april 2009.
 - 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. Studentene fortsatte dette arbeidet gjennom 2008, og studien skal være ferdig i aug 2009.
- Høgskoler.
 - Vi hadde to turnuskandidater fra fysioteraphøgskolen i Oslo samt praksisstudenter og hospitanter fra ulike høgskoler i 2008.
 - Høgskolen i Hedmark bidro med flest hospitanter og praksisstudenter. Disse kom fra ulike idretts og helsefaglige utdanningsretninger på høgskolen.
 - HI og Høgskolen i Hedmark hadde flere samarbeidsmøter i forbindelse med utvikling av studietilbud i Hedmark Fylke, bl.a med ut pkt i Høgskolens folkehelseprofil.
- Politisk og Departementalt nivå.
 - HI deltok på høringskonferansen om arbeidsevnevurderinger i regi av arbeids og velferdsdirektoratet i februar.
 - Samme måned deltok HI ved vår overlege i evalueringsmøte i Helse og sosialdirektoratet vedrørende Raskere tilbake.
 - HI søkte høsten 2008 Sosial og Helsedirektoratet om midler til å gjennomføre et evalueringsprosjekt der vi ønsker å se på eventuell effekt av arbeidsplassvurderinger på pasientenes arbeidsplass under og etter opphold på HI. Søknaden ble innvilget og vi startet senhøstes 2008 forprosjekteringen. Prosjektleder er Camilla Ihleback, Førsteamanuensis i Folkehelsevitenskap, Universitetet for Miljø – og biovitenskap og forskningsleder i Unifob

Helse. I styringsgruppa er Monica Lillefjell engasjert, hun er førsteamanuensis PhD, Ergoterapeut, Høgskolen i Sør-Trøndelag. Prosjektet er planlagt gjennomført i 2009.

- o HI hadde besøk fra Sosialkomiteens medlem Sonja Sjøli og Høyre's Gunnar Gundersen i oktober.

1.3. Kurs, faglig oppdatering egne ansatte i 2008:

- o Kurs i kognitiv terapi. I 2007 startet alle i behandlingsavdelingen på kurs i kognitiv terapi, i regi av Norsk forening for kognitiv terapi. Undervisningen foregikk i Høgskolen i Hedmark sine lokaler i Elverum. Undervisningen ble avsluttet i april 2008, og 5 av de med høgskoleutdanning som deltok på kurset tok den avsluttende 30 studiepoengs eksamen i oktober. Utover året har det vært mye aktivitet knyttet til det å implementere den nye kunnskapen som kurset har tilført HI.
- o Instituttets kondisjonsveileder startet august 2008 på masterstudie i idrettsvitenskap ved NTNU i Trondheim. Han har studiepermisjon fra HI med 1/3 lønn for å gjennomføre studiet. Han vil benytte materiale fra NORFUNK prosjektet som HI er med i, som grunnlag for sin hovedoppgave i studiet.
- o I tillegg til dette deltok behandlingsavdelingens personale på ulike kurs og seminarer, av både særfaglig og tverrfaglig karakter i 2008.

2.0. PASIENTGRUNNLAGET I 2008.

2.1. Innledning

- Behandlingstilbudet på HI er til for personer i yrkesaktiv alder med langvarige muskel og skjellettplager, der arbeidslivsdeltagelse er en problemstilling. Yrkeserfaringsmessig kommer pasientene fra fysisk tunge yrker, hvor de 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.
- HI hadde i 2008 totalt 11 186 liggedøgn, derav 8277 på ORD og 2909 på RTB. Alle 11 186 liggedøgn ble finansiert av HSØ. I henhold til avtalene med HSØ er rammen på 8600 ORD og 3000 RTB, til sammen 11 600 pasientdøgn. Dette gir en beleggsprosent på 96 %.

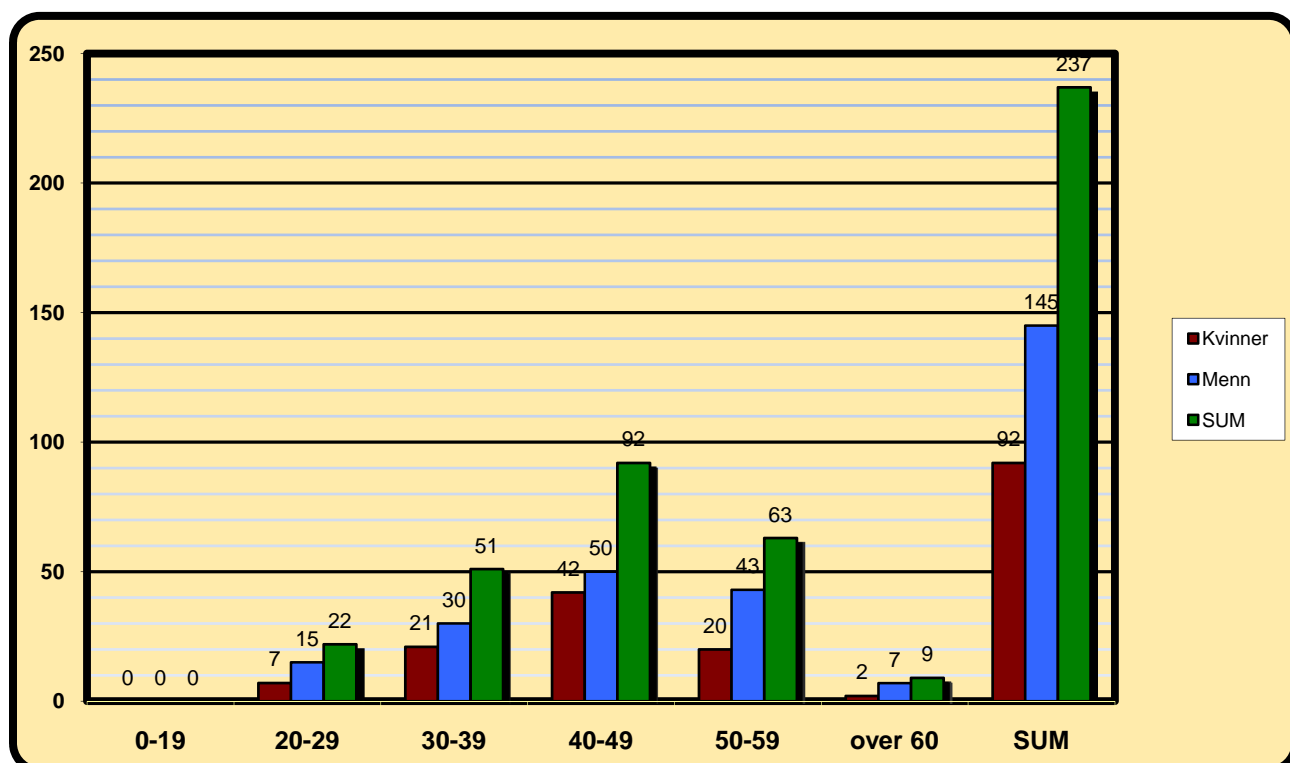
HI har i mange år ventet på ny elektronisk pasientjournal, og 2008 er forhåpentligvis det siste året med den gamle utgaven. Rett før sommerferien tok en annen leverandør over utviklingen av ny elektronisk pasientjournal.

Alle pasienter kontaktes ett år etter oppholdet med et enkelt spørreskjema for å kartlegge sykmeldingsstatus/arbeidsstatus.

I 2008 har til sammen 237 pasienter gjennomført behandling ved HI, derav 91 (39 %) kvinner og 146 (61 %) menn. Av disse var 57 søkt inn gjennom RTB og 180 gjennom ORD. Den prosentvise fordelingen mellom kvinner og menn er lik mht ORD og RTB.

- Gjennomsnitt ventetid var i 2008 på ca 2,5 mnd for ORD pas, ca 1,5 mnd for RTB. I 2007 mottok instituttet totalt 353 søknader, 278 ble satt på venteliste.
- 36 søknader (10,2 %) ble avslått i 2008. Dette er en markant lavere andel enn fjoråret, da avslagsprosenten lå på 25 %. Så godt som alle avslag er på ORD plasser. 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.
- 41 (14,7 %) frasa seg tilbudet om behandlingsplass, dette er som fjoråret.
- 26 pasienter ble skrevet inn i 2008 og ut i 2009 (overførte pasienter).

2.2. Alderssammensetning (Diagram på neste side)



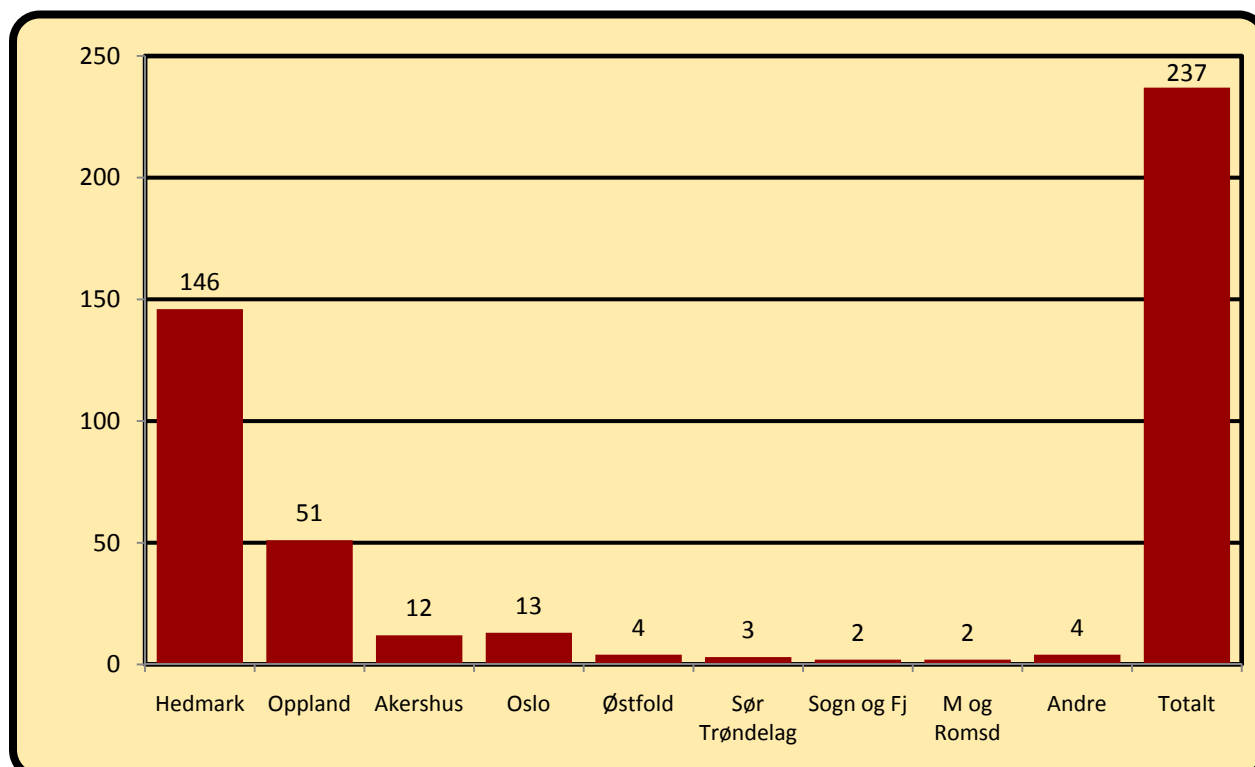
Kommentar:

Det er ubetydelige forskjeller mellom ORD og RTB pas når det gjelder alder. På RTB er hovedtyngden av pasienter i gruppen 40 – 49 år, blant ORD er den på 30 – 39 år.

Gjennomsnittsalderen på utskrevne pasienter var i 2008 i underkant av 43,5 år, og dette er litt lavere enn i fjor.

Fordelingen mellom kjønnene har vært stabilt i mange år, fordelingen er lik om man sammenligner RTB og ORD.

2.3. Geografisk fordeling av pasientgrunnlaget



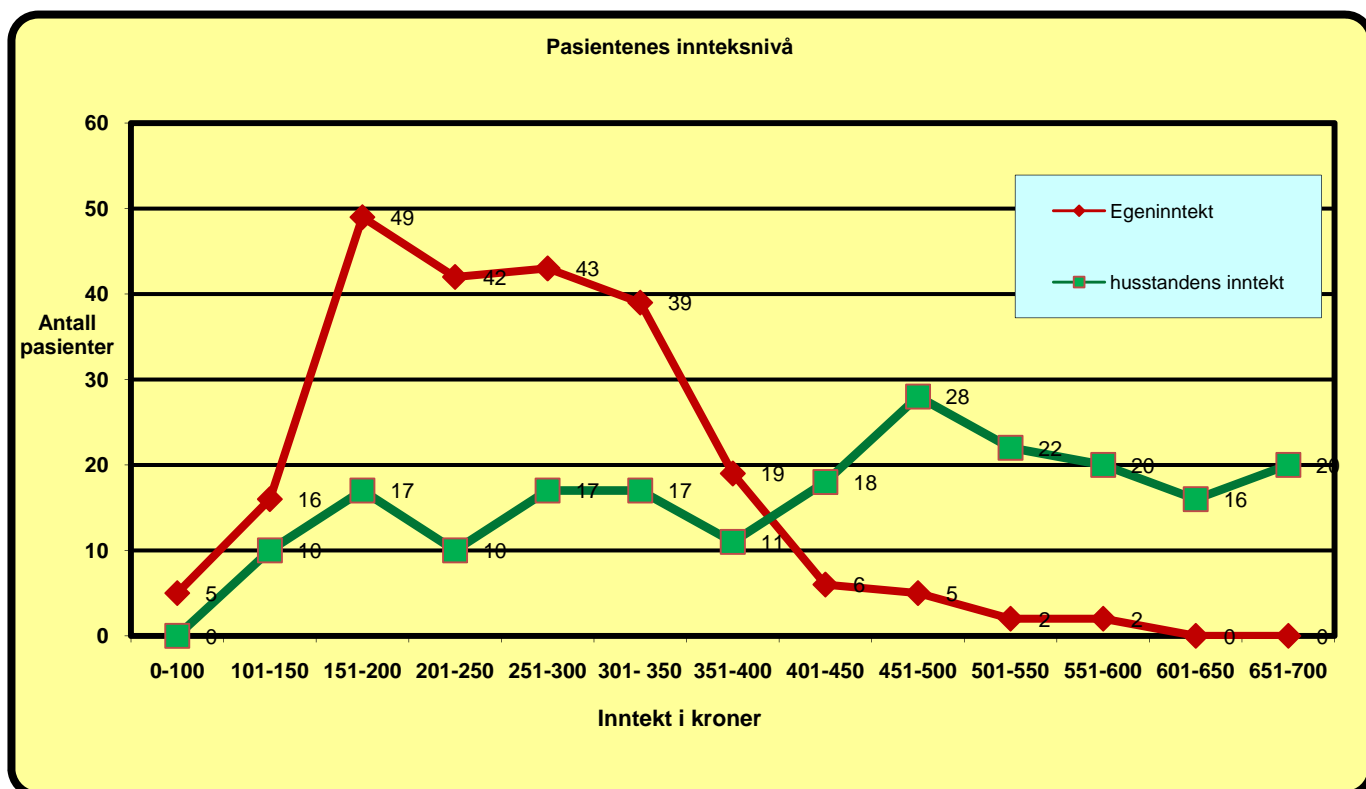
Kommentar.

Hernes Institutt har et landsdekkende tilbud, men som det fremkommer av oversikten er de fleste pasientene fra Helse Sør – Øst's område. 59,4 % var fra Hedmark fylke, 3,4 % av de 237 pasientene i 2008 var hjemmehørende i andre helseregioner.

Andelen pasienter fra Hedmark fylke var 9 % høyere (68 %) på RTB enn ORD, ellers var den geografiske fordelingen lik på de to innsøkningsordningene.

2.4. Pasientenes inntektsnivå registrert ved innskrivelse.

Totalt 216 pasienter, der er 9 pasienter vi ikke har fått opplysninger om inntekt fra.

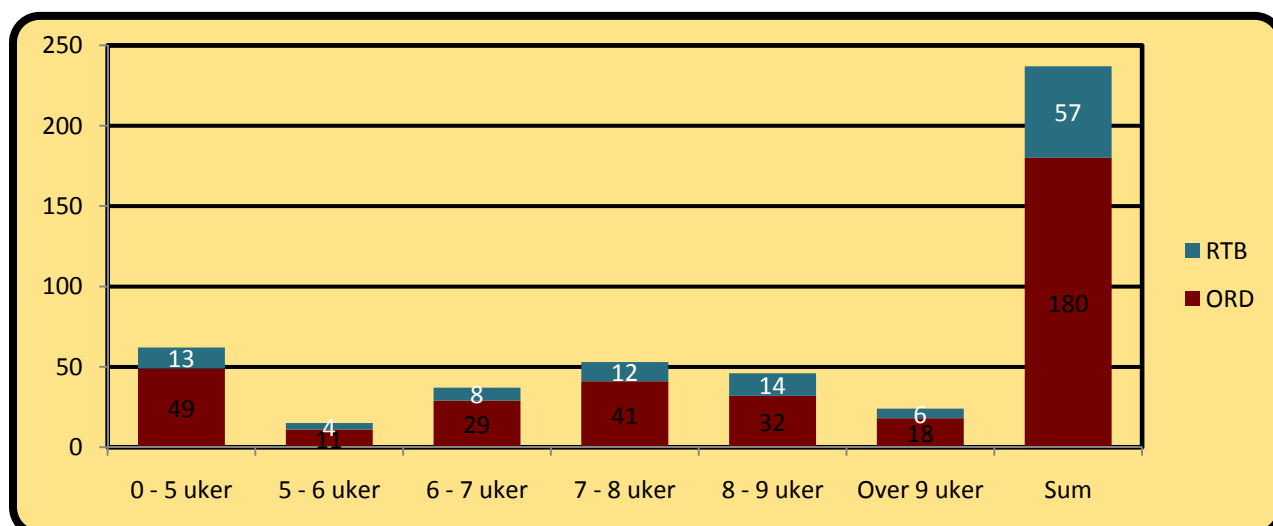
**Kommentar:**

Vi har ikke statistikkssystemer som skiller ut ORD og RTB når det gjelder inntektsgrunnlag. Ut ifra at gj.snitt sykemelding er tilnærmet lik for ORD og RTB, at vi rekrutterer pasienter fra samme yrkesgenre for begge gruppene og at fordelingen mellom kvinner og menn er lik på ORD og RTB mener vi at også inntektsgrunnlaget for ORD og RTB bør være ganske likt.

Alle opplysningene om inntektsforhold er basert på pasientenes egne opplysninger. Inntektsnivået blant våre pasienter er i 2008 som årene før langt under gjennomsnittets inntektsnivå i landet, og må sees i sammenheng med hvor lenge de har vært sykemeldt.

2.5. Fordelt liggetid på innskrevne pasienter i 2008 (Diagram på neste side)

Totalt 237 pasienter



Kommentar:

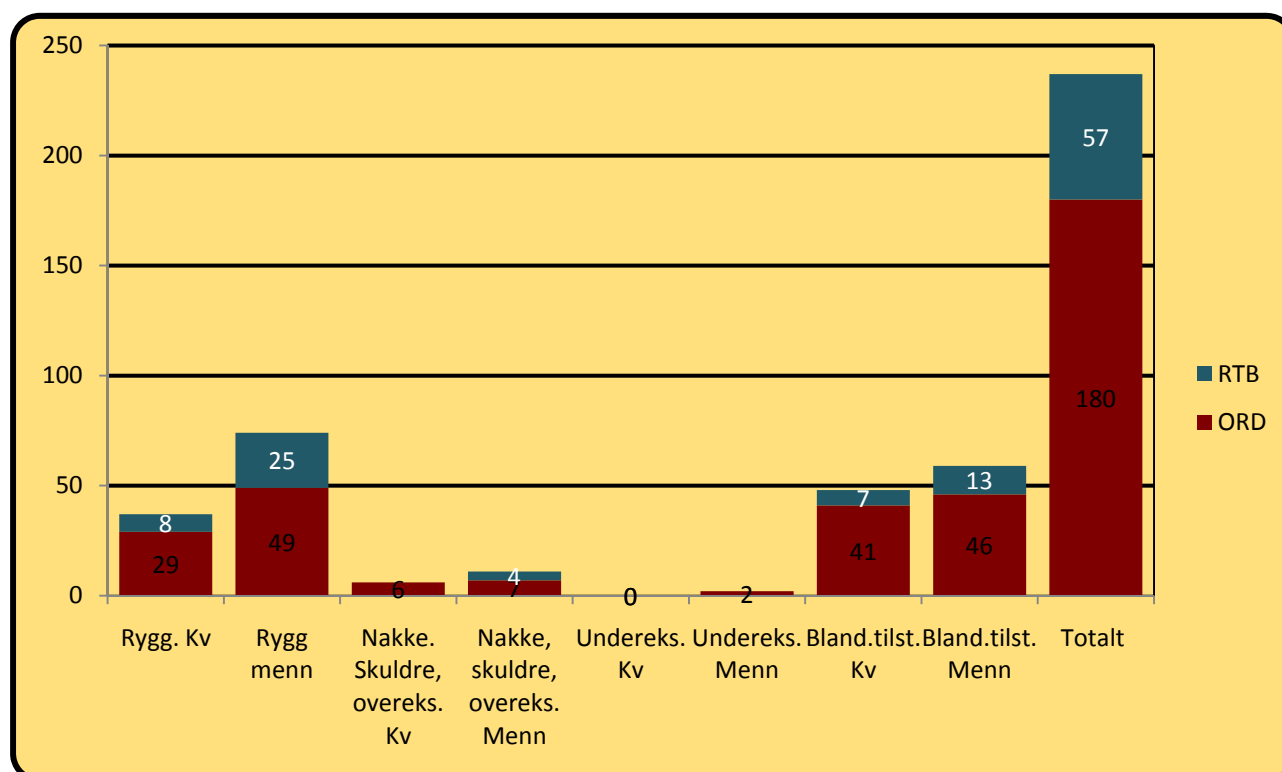
Det er hvert år en del pasienter som vi av ulike årsaker velger å avslutte før det er gått 6 uker, og i de fleste tilfeller er dette pasienter som tilhører den gruppa som har lengst sykefravær.

- 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 HI, noe som gjør at liggetiden blir lengre enn 6 uker.

Det er lite endring fra fjoråret når det gjelder liggetid.

2.6. Diagnoser.

Totalt antall pasienter er 237. 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:

Ryggglidelser og blandingstilstander er i år som tidligere de største diagnosegruppene. Ryggglidelser utgjør ca 46 % av hele pasientgruppen, blandingstilstandene utgjør ca 45 %.

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

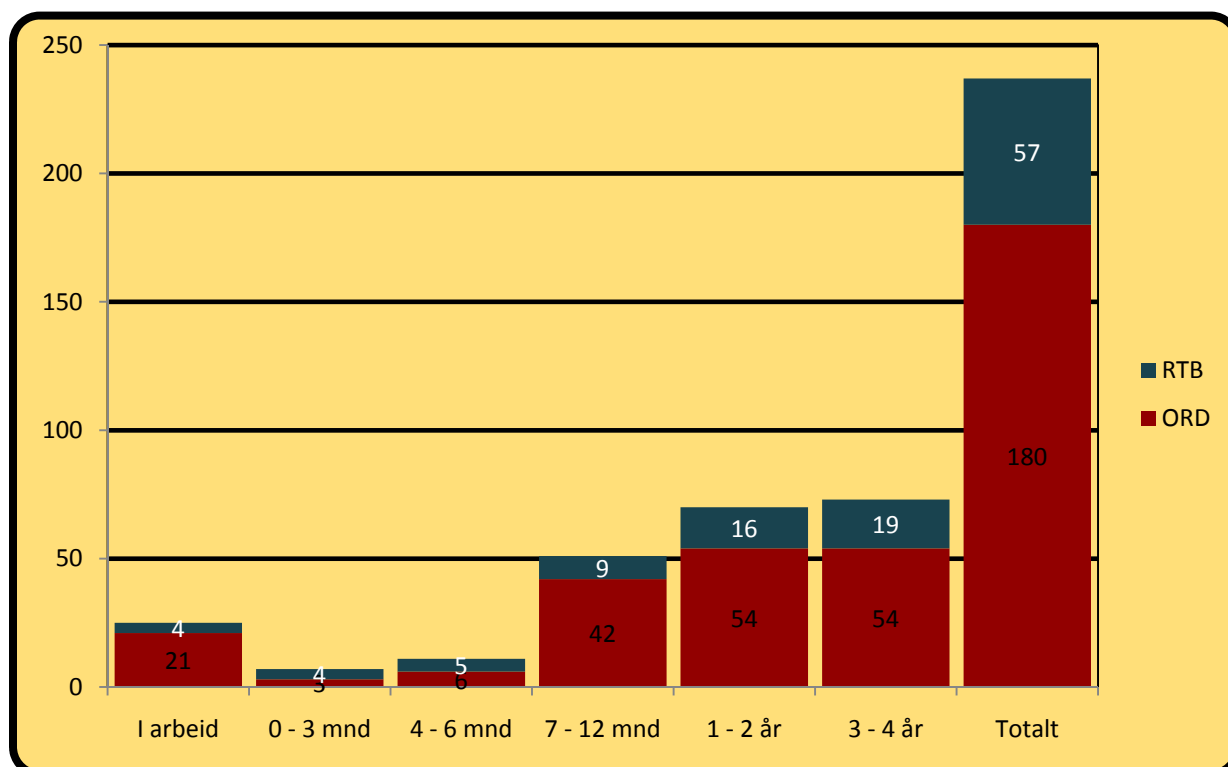
Blandingstilstander rommer utbredte muskelsmertesyndromer og belastningslidelser i muskel/skjelettsystemet kombinert med andre definerte helseproblemer eller bi - diagnoser.

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 blandingstilstander 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.

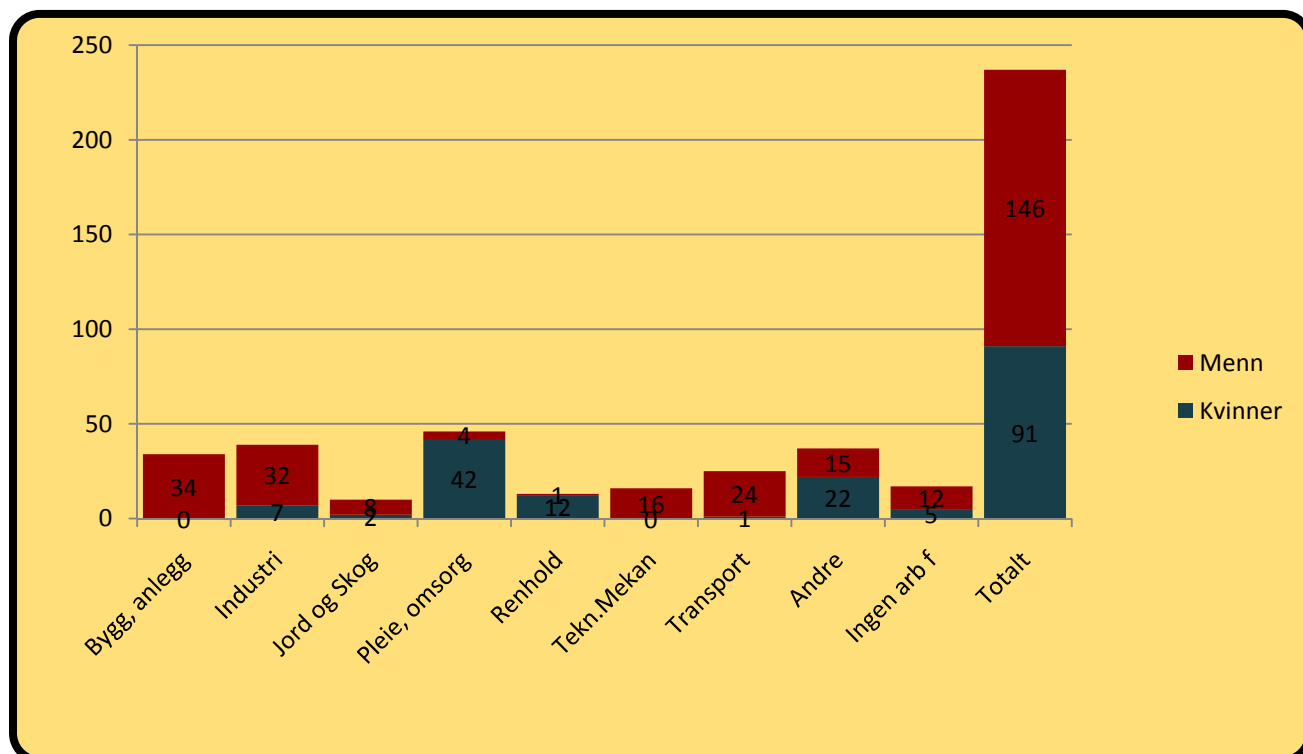
Totalt 237 pasienter

**Kommentar:**

Gjennomsnitt sykmeldingsperiode før pasientene kom til Hernes Institutt var 18 mnd for RTB og 17 mnd for ORD. Det gjelder de samme vilkår for inntak av RTB som for ORD.

2.8. Pasientenes yrkesbakgrunner

Totalt 237 pasienter.



Kommentarer:

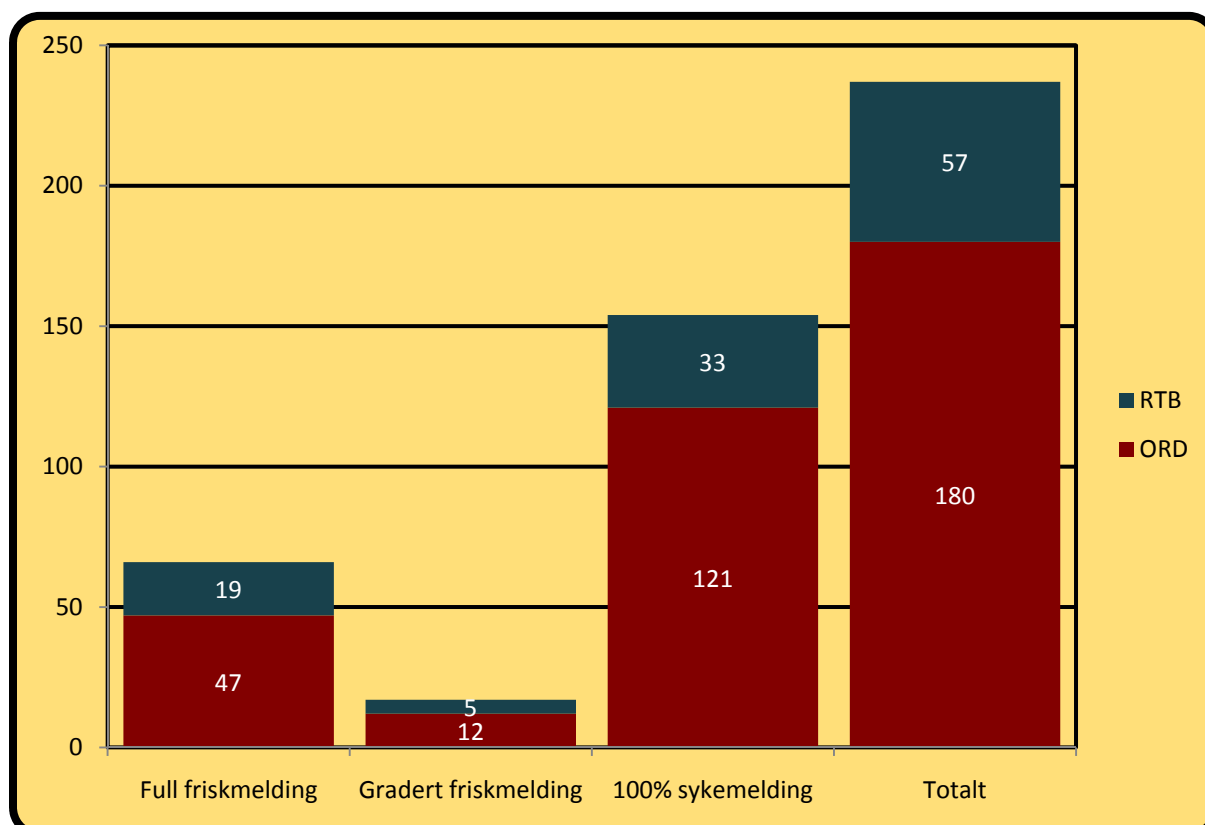
- Inndelingen i denne oversikten er en grov oversikt over pasientenes yrkesbakgrunner.
- Med noen få unntak er pasientgruppen rekruttert fra yrkesgrupper der kravet til teoretisk utdanning er lavt, vesentlig på videregående skole – nivå. Realkompetansen er erfaringsmessig høy i disse yrkene.
- De fleste menn finner vi i de tradisjonelle, mannsdominerte tungarbeidsgruppene som bygg og anlegg, industri, og teknisk/ mekaniske yrker.
- For kvinner er det også de tradisjonelle kvinnedominerte yrker som er størst, renhold og pleie/ omsorgssektoren. Det er innen pleie og omsorgssektoren vi finner de fleste med akademisk utdanning i vår pasientgruppe (Sykepleiere).
- Andelen "andre yrker" er yrker HI tradisjonelt ikke har tatt inn, men som regnes som fysisk krevende. Andelen andre yrker øker jevn fra år til år.

o0o

3.0. BEHANDLINGSRESULTATER I 2008.

3.1. Frisk-/sykmeldingsstatus ved utreise

Frisk-/sykmeldingsstatus ved utreise, totalt 237 pasienter

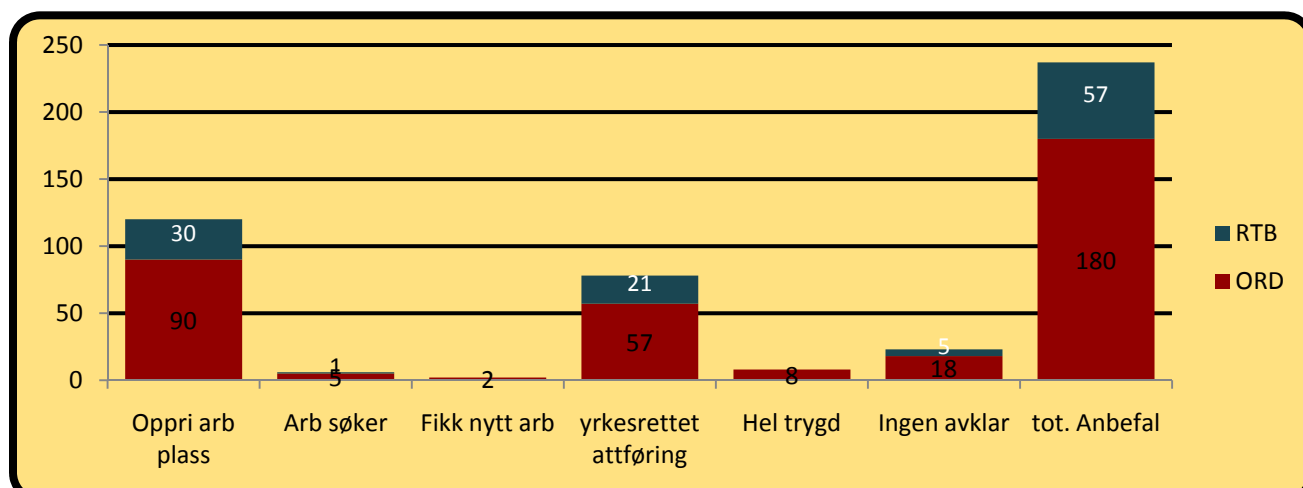


Kommentar:

- Pasienter ORD og pasienter RTB fordeler seg likt mellom de ulike statusgruppene.
- Hele pasientgruppa sett under ett ble ca 28 % ble skrevet ut med hel friskmelding, og ca 7 % med gradert friskmelding, dette gir at 35 % av alle pasienter i 2008 returnerte til arbeidslivet etter opphold på HI, uten bruk av omfattende virkemidler fra velferdsetaten (heretter NAV). Dette er noe lavere enn fjoråret, og vi har de siste årene sett en nedgang i dette tallet de siste årene.
- De som ble gradert friskmeldt etter utskrivelse gikk tilbake til sin jobb i redusert stilling, der planen i de fleste tilfeller var å komme tilbake i full jobb i løpet av kort tid.
- 154 (ca 65 %) reiste ut igjen etter opphold på HI med full sykemelding. I denne gruppen finner de vi anbefalte retur til arbeidslivet med bruk av mer omfattende og tidkrevende virkemidler fra NAV (yrkesrettet attføring, se pkt 3.2).

3.2. Avklaringer tilbake til arbeidslivet.

237 pasienter = 100 %.



Kommentar:

Løsningene i diagrammet ovenfor er utarbeidet i tett dialog under pasientens med pasienten, arbeidsgiver (i de tilfellene der pasientene har et arbeidsforhold), bedriftshelsetjeneste, NAV lokalt, behandlingsopphold på Hernes Institutt.

- I alt 120 pasienter (50.7 %) anbefalte vi å beholde sitt arbeidsforhold etter opphold hos oss, og i alt 8 pasienter anbefalte vi å bytte jobb (2 skaffet ny jobb under oppholdet p HI).
- I 2008 anbefalte vi yrkesrettet attføring til i alt til 33 % av pasientene.
- I 2008 anbefalte vi at 8 pasienter (3.4 %) ikke å gå tilbake til arbeidslivet, verken i hel eller deltid. Disse hadde en snittalder på 57 år.
- Av de til sammen 16 som ble anbefalt gradert uførepensjon i 2008 var snittalderen 55 år.
- De fleste av de som ble anbefalt gradert trygd kombinerer dette med arbeid.
- Legger vi sammen de friskmeldte, de gradert friskmeldte, de med gradert ufp og de vi anbefalte å gå tilbake til arbeidslivet med yrkesrettet attføring, får vi at ca 87 % av alle pasientene ble anbefalt en løsning retning arbeidslivet i 2008.
- I alt 9.7 % av samtlige pasienter fikk ingen avklaring mht arbeidsevne i 2008.
- 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 90 % av pasientene i 2008 en dokumentert avklaring vedrørende arbeidsevne i 2008.

oOo

3.3. Arbeidslivsdeltagelse, ett år etter utskrivelse (Pasienter skrevet ut i 2007).

I 2008 tok Hernes Institutt skriftlig kontakt med i alt 176 personer som hadde et behandlingsopphold i 2007. 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.

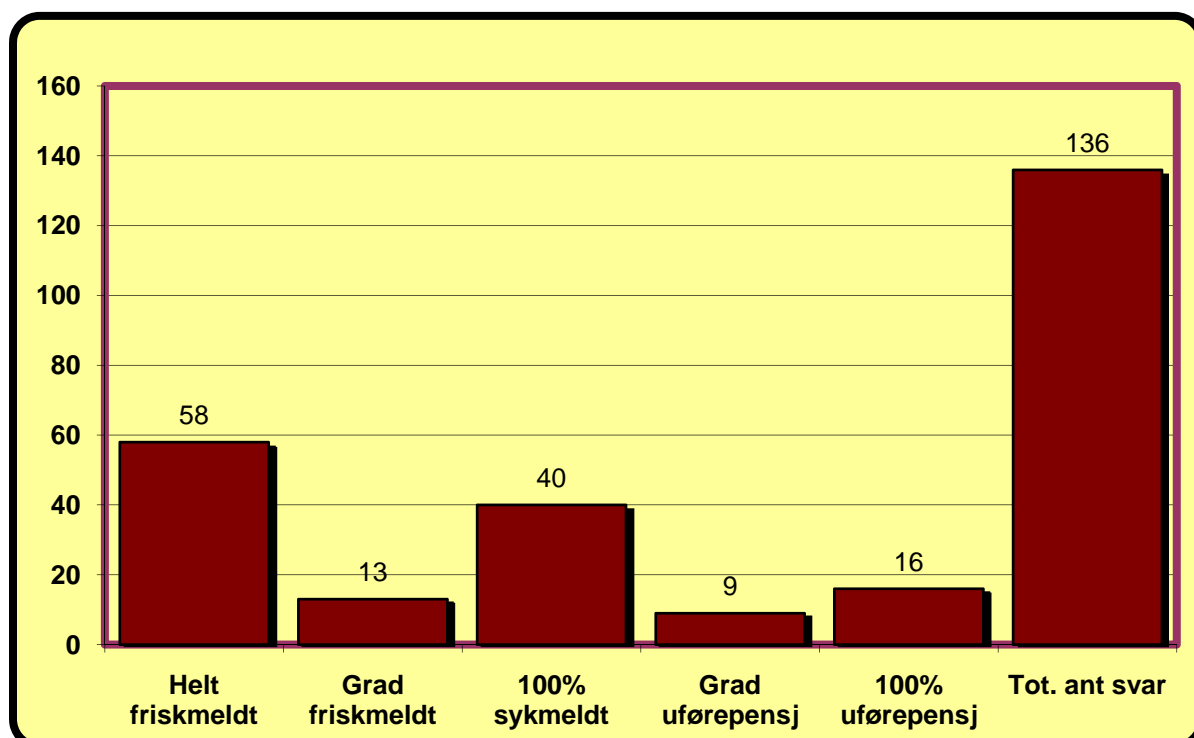
Alle data er basert på tilbakemeldinger fra pasientene selv. Vi har ingen kontrollgruppe å sammenligne resultatene av undersøkelsen mot, men vi har imidlertid god oversikt over hva prognosene sier mht langtidssykmeldte med muskel - skjelletlidelser og arbeidslivsdeltagelse. I 2007 da disse pasientene var innlagt på Hernes Institutt hadde 85 % av dem vært sykemeldt i 7 til 12 mnd, 61 % hadde vært sykemeldt i étt til to år, og 28 % i to til tre 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 2007 fikk et enkelt spørreskjema som skulle fylles ut og returneres til Hernes Institutt i en vedlagt frankert konvolutt. De kan også 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 136 tidligere pasienter, hvilket gir en svarprosent på 77,3 %. Denne svarprosenten er som årene før. 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. (Diagram neste side)

136 pasienter = 100 %.

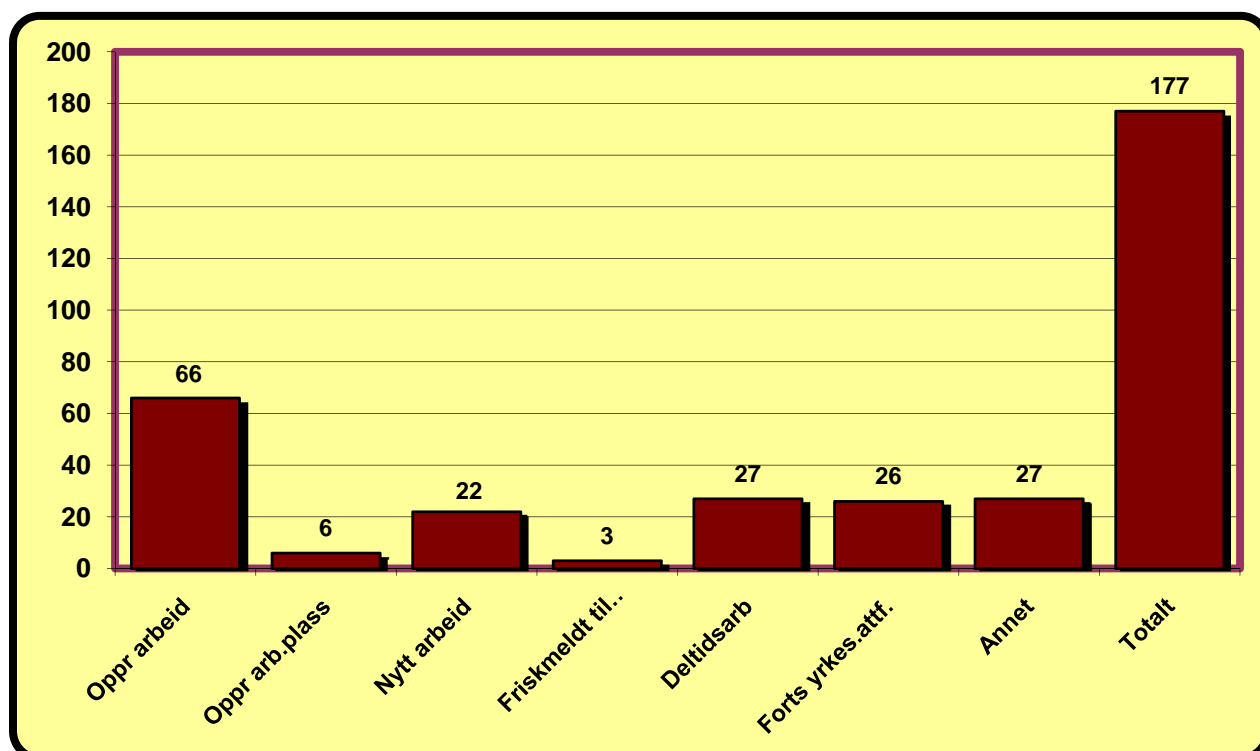


Kommentar:

- 26 av de 40 personene som i vår statistikk er registrert som sykmeldt er fortsatt på yrkesrettet attføring, og dermed i NAV systemet registrert som arbeidssøkere. Dette utgjør 65 % av de 40 som er registrert i systemet som sykmeldt.
- De 9 som har gradert trygd kombinerer denne trygdløsningen med arbeid.
- Totalt sett er 80 personer (59 % av de 136) i en eller annen form for arbeidsaktivitet, ett år etter opphold hos oss. Inkluderes de 26 som er på vei tilbake via yrkesrettet attføring er tallet 106 personer (78 %) av disse 136. Dette er som tidligere år.
- Det er sterkt beklagelig at pasientene opplever å måtte vente så lenge før de kommer i gang i NAV systemet.

3.5. Hvilken form for arbeidslivsdeltagelse er pasientene i, ett år etter utskrivelse? (Diagram på neste side)

Totalt 136 pasienter, utskrevet i 2007

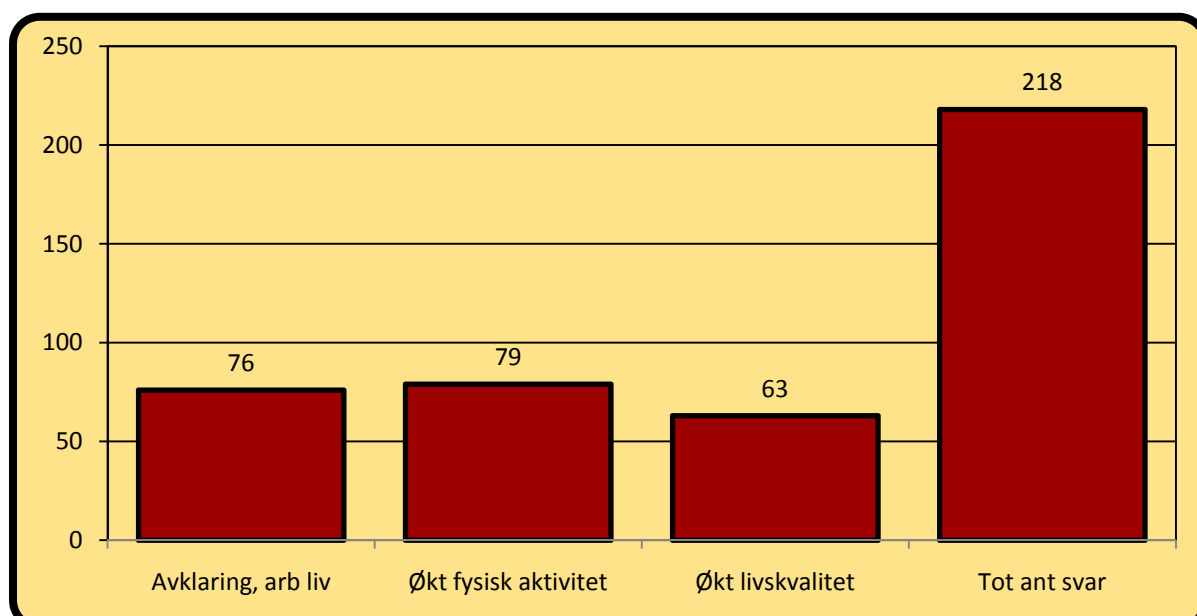


Kommentar:

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 få unntak er det ingen som gikk over på yrkesrettet attføring etter utskrivelse i 2007 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).
- Med noen få unntak hadde alle vi mente ikke hadde restarbeidsevne til å fortsette i arbeidslivet ett år etter oppholdet hos oss 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 2007)



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. Étt år etter mener ca 56 % av alle som svarte at oppholdet hadde positiv betydning mht avklaring av arbeidslivssituasjonen, og ca 46 % følte at oppholdet hadde medført økt livskvalitet.

Det gjøres brukerundersøkelse som pasientene besvarer rett før utreise.

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 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.

Vi ser i 2008 en noe lavere andel som skrives ut med full eller gradert friskmelding, samtidig som at vi ikke anbefaler tilsvarende flere til å slutte i jobben sin, yrkesrettet attføring eller uføretrygd. Denne kan tyde på at flere i noe større grad er avhengig av å få noe mer tilrettelagte arbeidsforhold nå enn tidligere, for å kunne returnere til arbeidsforholdet sitt.

Vi mener våre behandlingsresultater viser at det er mye å hente på å sette i verk arbeidsrettede rehabiliteringstiltak selv om pasientene har vært sykemeldt lenge. 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 mener også at behandlingsresultatene for 2008 viser at effekten av RTB tilbudet på HI er meget god, noe som kan skyldes at det for His vedkommende betydde en ren utvidelse av et allerede eksisterende og godt innarbeidet behandlingstilbud. Ulikhetene mellom pasienter innsøkt via RTB og pasientene innsøkt via ORD er totalt sett svært liten, noe som dokumenterer HI's behandlingstilbud er godt innenfor satsingsområdene for landets helse og velferdspolitikken.

4.3. Rett tilbud til rett pasient til rett tid:

Vi mener at vi i også 2008 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. Det at vi får pasientene til rett tid blir vanskelig å forsvare fullt ut, fordi de fleste av våre pasienter har vært sykemeldt så lenge før de kommer til oss. I 2008 har ventetiden etter at pasientene er kommet på ventelisten gått noe ned, sammenlignet med tidligere år. Dette kan ha sammenheng med HI's økte kapasitet og at det er blitt flere tilbydere av arbeidsrettet rehabilitering.

Vi registrerer at antall søknader som blir avslått er blitt færre de siste årene som flere aktører har kommet til og tilbyr arbeidsrettet rehabilitering. Dette kan tyde på at innsøkere i større grad nå søker pasienter som ville fått avslag på HI til andre behandlingstilbud. Slik sett kan økningen i antall tilbud ha ført til at pasientene raskere blir sluset til rett tilbud.

I senere tids studier av årsaker til sykefravær konkluderes det med at yrkesgrupper med lav utdanning og liten innflytelse på egen arbeidssituasjon ofte har de største problemene med å komme tilbake til arbeidslivet når sykdom rammer. I tillegg viser alle sykefraværstatistikker at det pasienter med muskel og skjellettplager er den største diagnosegruppen. Vi mener at HI's behandlingstilbud har sin klare berettigelse tar man disse forhold i betraktning.

Et gjengangerproblem er 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. Dette kan forringe effekten av oppholdet som pasientene får hos oss, særlig for de pasientene vi anbefaler bruk av mer omfattende oppfølging og tiltak fra NAV.

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 velferdsstaten blir større gjennom økt arbeidslivdeltagelse. Vi mener derfor at et opphold på Hernes Institutt er samfunnsøkonomisk forsvarlig, fordi så mange pasienter returnerer til arbeidslivet, samt at de som ikke gjør det får en rask, riktig og rettferdig avklaring mht rett tidsbegrensede eller varige ytelser fra NAV. En viktig grunn for å hevde dette er at pasientenes tilbakemeldinger ett år etter utskrivelse selv sier at oppholdet har vært avgjørende for at de har klart å returnere til arbeidslivet. Dette har vært uendret siden vi startet med disse spørreskjemaene i 1998.

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.

4.6 Oppfyllelse av avtalen med HSØ

En utnyttelsesgrad av vår sengekapasitet på 96 % taler sitt tydelige språk. I tillegg har vi ventelister både på ORD og RTB. Vi ser imidlertid på dette som en dokumentasjon på at behovet for denne type behandlingsopplegg til vår brukergruppe er større enn tilbudet.