

www.sintef.no





SINTEF Helse

Postadresse:

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/

7465 Trondheim

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Evaluering av Henie-Onstad bo og rehabiliteringssenter

FORFATTER(E)

Marit Pedersen og Thomas Halvorsen

OPPDRAGSGIVER(E)

Bærum kommune og Sykehuset Asker og Bærum HF

RAPPORTNR. STF78 A055006	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Christine Furuholmen	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03685-2	PROSJEKTR. 78h031	ANTALL SIDER OG BILAG 84 inkl bilag
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\nis\prosjekt\78H03330\Ekstraksid.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Marit Pedersen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Beate Huseby
ARKIVKODE E	DATO 2005-02-07	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Kari Nyland	

SAMMENDRAG

Rapportene evaluerer kvalitetsmessig effekt for pasienter, og kostnadsmessig effekt stat og kommune ved opprettelse av tilbudet spesialenhet for utskrivingsklare pasienter ved Henie-Onstad bo- og rehabiliteringssenter.

Evalueringen viser at pasientene har kvalitetsmessig god nytteeffekt av opphold ved spesialenheten. Nytte for pasienter har blitt evaluert ved hjelp av spørreskjema til beboere ved SUP og dybdeintervjuer av utvalgte beboere og eks-beboere. Pasientene opplever at de raskere blir i stand til å vende hjem når opphold ved spesialenheten inkluderes i behandlingsskjeden. I intervjuene framheves det at et godt tilbud av fysioterapi og ergoterapi er viktig for raskere restitusjon. Tilbudet gir derfor større mulighet for omsorg på laveste mulige effektive omsorgsnivå. I tillegg beregnes lavere rater for reinnleggelse i sykehus for pasienter som har fått dette tilbudet, noe som understøtter at pasientene har fått et kvalitetsmessig godt tilbud.

Analysen påviser at pasienter som får dette tilbudet i gjennomsnitt ligger 2,8 døgn kortere tid på sykehus, sammenlignet med tilsvarende pasienter som ikke får dette. Dette representerer frigjort kapasitet for SAB HF. Verdien av kortere liggetid i sykehus og lavere omfang av reinnleggelse beregnes til å utgjøre 1,9 – 3,7 mill kr per år, målt i 2004 kroner. Tiltaket vil også frigjøre kapasitet i pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Det antas at pasienter som får tilbud ved en slik spesialenhet har lavere behov for hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester, og at behov for en mer langsiktig sykehjemsplass utsettes for enkelte av pasientene. Verdien av frigjort kapasitet for pleie- og omsorgssektoren i kommunene beregnes til å utgjøre 9,5 – 15 mill kr per år, målt i faste 2004 kroner. Det er stort spenn i beregningene for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene på grunn av større usikkerhet.

Det beregnes at verdien av frigjort kapasitet for sykehuset og kommune som følge av tilbudet om spesialenhet for utskrivingsklare pasienter overstiger kostnadene ved å drifte tilbudet.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Rehabilitering	Rehabilitation
EGENVALGTE	Eldre	Elderly
	Kvalitet	Quality
	Kostnader	Costs

Forord

Bærum kommune og Sykehuset Asker og Bærum HF har vært oppdragsgiver for dette prosjektet, og prosjektet er i sin helhet finansiert av disse to partene. Vi vil takke Sykehuset Asker og Bærum HF v/ spesialkonsulent Rolf Arne Evensen for tilrettelegging av data-materialer som har gjort analysene mulige. Vi vil også særlig takke tjenesteleder Edith Høgmoen ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter (HOBR) for tilrettelegging av intervjuavtaler, datamaterialer, og mye assistanse med å få tak i kontaktpersoner og diskusjonspartnere i Bærum kommune.

Seniorforsker Beate Huseby ved SINTEF Helse har bidratt i analysene ved å tilrettelegge kommandofiler, og å være diskusjonspartner i metodespørsmål. Beate Huseby har også kvalitetssikret rapporten. Spørreskjema til beboere ved spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR er i utgangspunktet tilrettelagt av Trondheim kommune, og videreutviklet av Beate Huseby. Intervjuguide for dybdeintervjuer har blitt utformet av Thomas Halvorsen Rapportens kapittel 1,2,4 og 5 er skrevet av Marit Pedersen, og rapportens kapittel 3 er skrevet av Thomas Halvorsen. Resultater, konklusjoner og tolkninger i rapporten er forfatterne ansvarlige for.

Trondheim, februar 2005

Marit Pedersen

Thomas Halvorsen

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
1 Innledning	9
1.1 Oppdraget	9
1.2 Bakgrunn.....	9
1.3 Rapportens innhold	11
2 Fakta om spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter	13
2.1 SUP – plasser, budsjett og personell	13
2.1.1 Sengeplasser og beleggsprosent	13
2.1.2 Driftsbudsjett og driftsutgifter per liggedøgn.....	13
2.1.3 Årsverk og årsverk per døgnplass.....	14
2.2 Pasienter og pasientbehandlingen på SUP ved HOBR	16
3 Pasientenes tilfredshet med behandlingstilbudet	19
3.1 Innledning	19
3.2 Tjenestekvalitet	19
3.3 Datamateriale	20
3.4 Resultater fra brukersurvey	20
3.5 Øvrige tilbakemeldinger fra dybdeintervju	35
3.6 Oppsummering.....	38
4 Kostnadmessige effekter.....	41
4.1 Kostnadmessig effekt for Sykehuset Asker og Bærum HF	41

4.1.1	Kostnadsbesparelse som følge av redusert liggetid ved SAB HF	42
4.1.2	Kostnadsbesparelser for SAB HF ved redusert omfang av reinnleggelser i sykehus	46
4.1.3	Diskusjon av resultater for SAB HF	50
4.2	Kostnadmessig effekt for kommunene Asker og Bærum	51
4.3	Samlet kostnadsanalyse for SAB HF og kommunene, og forløpsanalyser	56
5	Oppsummering og diskusjon av resultater	59
5.1	Kvalitetsmessig nytte for pasientene	59
5.1.1	Resultater på bakgrunn av dybdeintervjuer	59
5.1.2	Resultater fra spørreundersøkelsen	60
5.2	Kostnadmessige effekter	60
5.2.1	Kostnadmessige effekter for staten ved SAB HF	61
5.2.2	Kostnadmessige effekter for kommunene	62
5.3	Avsluttende kommentarer	63
6	Litteratur	65
	Vedlegg	67

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Pleieårsverk per døgnplass, andel av personellet med høgskoleutdanning, andel faglært og andel ufaglært arbeidskraft. Tall basert på HOBR i 2004 og sammenligningssykehjem i 2003.	15
Tabell 2.2	Pasientopphold ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter i perioden 24. april 2003 til 31. oktober 2004. Hoveddiagnoser, antall opphold og gjennomsnittlig liggetid målt i antall døgn per hoveddiagnose.....	16
Tabell 4.1	Gjennomsnittlig liggetid ved SAB HF for pasienter som har fått tilbud ved SUP i 2003, og tilsvarende pasienter som ikke har fått dette tilbudet. 5 utvalgte diagnosekoder.....	44
Tabell 4.2	Gjennomsnittlig liggetid ved SAB HF for pasienter som har fått tilbud ved SUP i 2004, og tilsvarende pasienter som ikke har fått dette tilbudet. 6 utvalgte diagnosekoder.....	45

Tabell 4.3	Reinnleggelser i sykehus for HOBR pasienter i 2003, og for kontrollpasienter ved SAB HF i 2003. Totalt antall sykehusopphold. Antall og andel sykehusopphold som reinnleggelser i form av øyeblikkelig hjelp i perioden 1-30 dager og i perioden 31-60 dager etter utskrivning fra sykehus. Ingen krav til lik diagnose i reinnleggelsesoppholdet.	47
Tabell 4.4	Reinnleggelser ved SAB HF for SUP pasienter i 2003, og for sammenligningspasienter ved SAB HF i 2003. Totalt antall sykehusopphold. Antall og andel sykehusopphold som reinnleggelser i form av øyeblikkelig hjelp i perioden 1-30 dager og i perioden 31-60 dager etter utskrivning fra sykehus. Hoved- eller bidiagnoser i reinnleggelsesoppholdet matcher hoveddiagnose i det forutgående sykehusopphold.....	48
Tabell 4.5	Sparte sykehusopphold ved SAB HF i 2003 på grunn av redusert rate for reinnleggelser i sykehus for SUP-pasientene.	49
Tabell 4.6	Beregnet antall sparte sykehusopphold ved SAB HF i 2004 på bakgrunn av redusert rate for reinnleggelser for HOBR-pasientene.	49
Tabell 4.7	Kostnadsbesparelse for SAB HF som følge av reduksjon i reinnleggelsesrate for SUP-pasientene. 2004.....	50
Tabell 4.8	Høye og lave anslag på kostnadsbesparelse for SAB HF som følge av spesialenheten ved HOBR. 2004. Kroner.....	51
Tabell 4.9	Oversikt over hvor pasientene drar etter opphold ved SUP. 2003 og 2004. Antall pasientopphold og prosentandeler.	53
Tabell 4.10	Oversikt over hva pasienter med samme diagnose og alder som SUP-pasientene i 2003, samt status utskrivingsklar ble skrevet ut til. Sammenlignbare pasientgrupper fra Bærum Sykehus i 2002 og SAB HF i 2003.	54
Tabell 4.11	Beregnet endring i driftskostnader for kommunene Asker og Bærum i 2004 som følge av tilbudet ved spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR. Kroner.....	55
Tabell 4.12	Samlet kostnadseffekt for SAB HF og kommunene Asker og Bærum som følge av spesialenheten ved HOBR. 2004. Kroner.....	56

Figuroversikt

Figur 3.1	Beboernes alder.....	21
Figur 3.2	Kjønnsfordeling.	21
Figur 3.3	Bruker fikk skriftlig informasjon om HOBR/Søbstad ved sykehuset.	22
Figur 3.4	Bruker får fortløpende informasjon om endringer som skjer på sykehjemmet.	23
Figur 3.5	Vet bruker hvem som er kontaktperson ved sykehjemmet?.....	23
Figur 3.6	Bruker følger sin vanlige døgnrytme ved sykehjemmet	24
Figur 3.7	Bruker kan selv velge når hun/han vil spise.	25
Figur 3.8	Bruker får den hjelp som trengs for å holde seg velstelt.....	26
Figur 3.9	Bruker får badet eller dusjet ved behov.....	27
Figur 3.10	Bruker får hjelp til toalettbesøk etter behov	27
Figur 3.11	Maten bruker får er appetittvekkende.	28
Figur 3.12	Bruker får nok mat i løpet av døgnet.....	29
Figur 3.13	Bruker kan selv velge middagsmåltid.	29
Figur 3.14	Bruker kan selv velge hvem hun/han ønsker å spise sammen med.....	30
Figur 3.15	Bruker får være med å bestemme hvilken hjelp hun/han vil ha.....	31
Figur 3.16	Bruker opplever at forhold som ikke bruker er fornøyd med blir tatt hensyn til.	31
Figur 3.17	Bruker blir behandlet med respekt og høflighet.....	32
Figur 3.18	Bruker får den oppmerksomheten hun/han har behov for fra personalet.	33
Figur 3.19	Bruker har mulighet til å tilkalle hjelp til enhver tid.	33
Figur 3.20	Bruker får hjelp innen 5 minutter etter tilkalling.	34
Figur 3.21	Bruker føler seg trygg på at hun/han for legehjelp ved behov.....	34

1 Innledning

1.1 Oppdraget

SINTEF Helse har på oppdrag fra Bærum kommune og Sykehuset Asker og Bærum HF evaluert effekten av tiltaket spesialenhet for utskrivingsklare pasienter (SUP) ved Henie-Onstad Bo- og rehabiliteringssenter (HOBR). SUP er et samarbeid mellom SAB HF og kommunene Asker og Bærum. Målsettingen har vært å vurdere om tiltaket fører til en kvalitativt bedre pasientbehandling, og om tiltaket fører til en mer kostnadseffektiv bruk av de samlede ressursene i helsetjenesten. Evaluering har et tredelt perspektiv:

Hva er den kvalitetsmessige nytten for den aktuelle pasientgruppen?

Hva er den kostnadsmessige effekten for staten ved Sykehuset Asker og Bærum HF?

Hva er den kostnadsmessige effekten for kommunene Asker og Bærum?

For at tiltaket SUP skal kunne sies å føre til økt velferd, må det påvises at kvaliteten på pasientbehandlingen øker uten at kostnadene for pasientbehandlingen øker – eller at kostnadene for pasientbehandlingen går ned uten at kvaliteten på pasientbehandlingen reduseres. Det gunstigste resultatet vil være hvis kvaliteten på pasientbehandlingen øker samtidig som samlede behandlingstkostnader går ned. Hvis evalueringen viser at kvaliteten på pasientbehandlingen øker, men at kostnadene også øker, så må det vurderes om nytteøkningen for pasienten er verdt kostnadsøkningen. Sistnevnte type vurdering er ikke aktuelt i dette oppdraget.

Evaluering av kvalitet for pasientene vil ta utgangspunkt spørreskjema til pasienter ved SUP, samt dybdeintervju med et utvalg av pasientene. Ved evaluering av nytte for SAB HF av tiltaket vil det bli beregnet kostnadsendringer som følge av endret i liggetid i sykehus og endring i reinnleggelsesrate for den aktuelle pasientgruppen. For kommunene vil det bli sett på endring i kostnader som følge av driften av SUP. Det vil si at for kommunen så vil kostnadsmessige effekter på grunn av endret behov for øvrige kommunale tjenester, som f eks hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapi og institusjonsplasser – bli sett opp mot kostnader for driften av SUP.

1.2 Bakgrunn

Eldre mennesker er storforbrukere av helsetjenester, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. SAB HF har hatt problemer med overbelegg på sengeavdelingene og lange liggetider for eldre pasienter. Overbelegg på sengeavdelinger kan delvis forårsakes av eldre utskrivingsklare pasienter som er medisinsk ferdigbehandlede. Disse er ofte for svake til å kunne skrives ut til hjemmet. En annen årsak kan være at sengeavdelingene på sykehuset kan være lavt dimensjonert sett i forhold til behov i befolkningen. Kommunene arbeider med å gi denne pasientgruppen et best mulig tilbud.

Eldre utskrivingsklare pasienter på sykehus kan sies å havne i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Manglende retningslinjer og avtaler for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan føre til at behandlingstilbudet til denne pasientgruppen blir for dårlig. For eksempel kan det skje at eldre

som burde hatt et rehabiliteringstilbud blir utskrevet til hjemmet, med påfølgende komplikasjoner og reinnleggelser i sykehus – og eventuelt et akutt behov for sykehjems plass. I og med at andelen eldre mennesker i befolkningen er økende vil dette problemet bli økende i årene framover, såfremt det ikke settes i verk tiltak som bedrer samarbeidet mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.

Sykehusbehandling dreier seg i økende grad om akutt og intensiv behandling av sykdom og skader. Det er også et sterkt fokus på at både den statlige og den kommunale helsetjenesten må bruke ressursene effektivt. Dette har medført diskusjon og nye idéer om hva som er effektiv organisering av den samlede helsetjenesten, gitt at kvaliteten på pasientbehandlingen ikke forringes. For å best mulig utnytte de samlede helseressursene bør pasienten behandles på Laveste Effektive Omsorgsnivå (Leon-prinsippet). Derfor blir muligheter for å utføre helsetjenester som f.eks. pleie, omsorg, rehabilitering og forbyggende helsearbeid på et lavere omsorgsnivå enn sykehus i økende grad vurdert. Det er flere pasientgrupper som antageligvis vil få et bedre tilbud hvis samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bedres. F.eks. kan dette også gjelde kronikere, rusmiddelmissbrukere og personer med psykiske lidelser. Helse Nord har gjort sentrale tilnærminger til dette i forbindelse med sykestuene (1).

Helsedepartementet satte i oktober 2003 ned et utvalg som har vurdert økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemiddel som kan stimulere til bedre samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten (Wisløff-utvalget) (2). Utvalget anbefaler at det settes fokus på helhet i pasientbehandlingen. Utvalget mener også at det har stor verdi at kommuner og helseforetak etablerer formaliserte avtaler som ivaretar og regulerer samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Det vurderes også av utvalget at forsøk med nye måter å organisere tjenestene på er gunstig for å vinne nye erfaringer – og det anbefales forsøk med utførerenheter i felles eie som yter første- og andrelinjetjenester.

De regionale helseforetakene fikk i styringsdokumentet for 2003 pålegg om å prioritere arbeid med systematiske tiltak for å bedre samarbeidet med primærhelsetjenesten. Det ble oppnevnt en nasjonal gruppe ledet av Finn Henry Hansen som utarbeidet et felles strategigrunnlag for helseforetakenes arbeid med samhandling og desentralisering (3). Denne rapporten framhever også betydningen av samarbeidsavtaler mellom kommuner og HF for å ivareta pasientenes behov for en sammenhengende behandlingsskjede.

Helse Asker og Bærum (HAB) er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Asker og Bærum HF (SAB HF) og kommunehelsetjenesten i Asker og Bærum. Det vil si et samarbeidsprosjekt på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Formålet med HAB er å utvikle en helse-tjeneste som gir et mest helhetlig behandlingsforløp, og også å utnytte ressursene i helse-tjenesten på en effektiv måte.

Spesialenheten for utskrivingsklare pasienter (SUP) ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter (HOBR) er et konkret samarbeidsprosjekt for HAB. En andel av eldre utskrivingsklare pasienter, både fra medisinske og kirurgiske avdelinger på SAB, har fra slutten av april 2003 fått et tilbud om korttids-rehabilitering på SUP ved HOBR. Formålet med dette samarbeidet er å avhjelpe sykehusets problemer med overbelegg, og å gi pasientgruppen et kvalitativt godt og helhetlig tilbud. Det er et mål å tilbakeføre flest mulig av pasientene til sitt eget hjem, eventuelt med hjemmebasert omsorg. Pasientene får tilbud om tre ukers opphold ved SUP, med mulighet for utvidelse til fire uker. Det betyr at pasientene som får dette tilbudet i utgangspunktet antas å ikke ha behov for en fast sykehjems plass. Samarbeidet har også som mål å utarbeide rutiner og avtaler for samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, med utgangspunkt i den omtalte pasientgruppen. SUP kan sies å være en spyspiss for eventuelle senere konkrete tiltak for å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Tilbudet ved SUP skal ikke skape en ny pasientgruppe for kommunen. SUP skal bidra til at pasientene får et tilbud på laveste mulige effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Målet er også at pasienten skal møte et sømløst helsevesen preget av rask ansvarsavklaring, tydelig funksjonsdeling og felles opptreden. LEON-prinsippet innebærer at pasienten får forsvarlig hjelp på det nivået i hjelpeapparatet som er kostnadseffektivt, kompetanseeffektivt, trygt, -

og vurdert opp mot pasientens behov. Behandling ved HOBR forutsetter skriftlig informert samtykke fra den aktuelle pasient. Disse målsettingene og forutsetningene er nedfelt i samarbeidsavtalen mellom HOBR og SAB HF.

1.3 Rapportens innhold

Organiseringen av denne evalueringsrapporten er som følger: Kapittel to gir en presentasjon av HOBR, med fokus på organisering, fakta om pasientene, pasientbehandlingen og budsjett. I kapittel tre presenteres en evaluering av pasienttilfredshet og kvalitet. En kostnadsanalyse for SAB HF og kommunene Asker og Bærum som følge av tiltaket SUP ved HOBR gis i kapittel fire. Til slutt gir kapittel fem en oppsummering med resultater fra tidligere kapitler sett i sammenheng. Avsluttende kommentarer om påviste effekter sett i sammenheng med målsetting for tiltaket gis også i det siste kapitlet.

2 Fakta om spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter

Henie-Onstad bo- og rehabiliteringssenter (HOBR) ble i april 2003 omgjort fra å drive boliger med service til en tredelt virksomhet. Den opprinnelige virksomheten bestod av 32 boliger med service. I april 2003 ble senteret delt opp 14 serviceboliger, en korttidsavdeling som er en spesialenhet for utskrivingsklare pasienter fra Sykehuset Asker og Bærum HF med 16 plasser, samt en mer tradisjonell rehabiliteringsenhet med 8 plasser hvor det kan forventes at brukerne oppholder seg i lengre tid.

Dette kapitlet gir en beskrivelse av spesialenheten for utskrivingsklare pasienter (SUP) ved HOBR. Avsnitt 1.1 gir en oversikt over innsatsfaktorer og ressursutnyttelse. Avsnitt 1.2 gir en litt nærmere beskrivelse av pasientene ved SUP.

2.1 SUP – plasser, budsjett og personell

2.1.1 Sengeplasser og beleggsprosent

SUP har 16 plasser i dobbeltrom som er forbeholdt utskrivingsklare pasienter fra SAB. Pasientene er utskrivingsklare fra sykehuset, men trenger fortsatt rehabilitering eller opptrening i institusjon. Plassene er forbeholdt pasienter hjemmehørende i kommunene Asker og Bærum, med henholdsvis tre plasser forbeholdt Asker kommune og 13 plasser forbeholdt Bærum kommune. Asker kommune trer ut av samarbeidet fra 1. januar 2005.

Fra og med januar 2004 til og med oktober 2004 er det registrert 172 pasientopphold som har generert 4 142 liggedøgn. Antall mulige liggedøgn i samme periode er 4 800¹, noe som tilsier en beleggsprosent på 86. Mer tradisjonelle sykehjem med langtidsavdelinger vil normalt ha en beleggsprosent nærmere 100. På grunn av mindre forutsigbarhet i pasientgjennomstrømningen vil det være forventet at en korttidsavdeling har noe lavere beleggsprosent på sengene. Senere oversikter (som ikke presenteres her) viser at HOBR har økt beleggsprosenten de siste månedene av 2004 ved å endre på rutiner for ut- og innskriving.

2.1.2 Driftsbudsjett og driftsutgifter per liggedøgn

Fra januar til og med oktober 2004 har det kostet kr 7 149 000² å drifte SUP. Dette inkluderer utgifter til fysio- og ergoterapi. Med 16 plasser innebærer dette en månedlig driftskostnad per plass på kr 44 682, noe som igjen tilsvarer en driftskostnad per år på kr 536 000.

¹ Her forutsettes de at hver måned har 30 døgn.

² Beløpet består av kr 6 483 000 i direkte fordelte driftskostnader pluss et påslag på kr 666 000 for fysio- og ergoterapitjenester i perioden som ligger til grunn for kostnadsberegningen.

Dette er i tråd med øvrige sykehjem i Bærum kommune, hvor det i 2005 budsjetteres med en årlig brutto driftskostnad på kr 530 000 for en gjennomsnittlig sykehjemsplass, ekskludert utgifter til fysio- og ergoterapeuter³. Hvis vi regner med en lønns- og prisstigning på fem prosent fra 2004 til 2005 tilsvarer dette omtrent kr 505 000 per år målt i 2004-tall. Driftsutgiftene for HOBR viser at påslaget for utgifter til fysio- og ergoterapeuter utgjør omtrent 10 prosent av totale driftsutgifter før dette påslaget. Med et påslag på ca 10 prosent for fysio- og ergoterapitjenester er totale driftsutgifter per år for en gjennomsnittlig sykehjemsplass i Bærum kommune ca kr 550 000.

Ved HOBR registreres det i perioden fra og med januar 2004 til og med oktober 172 pasientopphold som til sammen har generert 4 142 liggedøgn. Dermed beregnes en driftskostnad på 1 726 kr per registrerte liggedøgn ved HOBR i 2004.

2.1.3 Årsverk og årsverk per døgnplass

HOBR har til sammen 31,5 årsverk i drift i 2004. Omlag 30 prosent av årsverkene er knyttet til serviceboligene, men de øvrige 70 prosent arbeider mot SUP og rehabiliteringsavdelingen (langtidsenheten). Personellet flyter fritt mellom SUP og rehabiliteringsavdelingen. Det vil si at det er vanskelig å avgrense hvor stor del av personellet som arbeider mot SUP. I denne vurderingen av personellinnsats og personellsammensetning vil SUP og rehabiliteringsavdelingen bli beskrevet samlet.

Når personellinnsats til serviceboligene korrigeres ut, har SUP og rehabiliteringsavdelingen 10,5 årsverk i form av sykepleiere og fysioterapeuter/ergoterapeuter (inkludert en fulltidsstilling i permisjon) og ca 9,8 årsverk i form av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og miljøarbeidere. Administrasjonen utgjør ca 2,1 årsverk når 30 prosent av årsverkene tilordnes serviceboligene. Det vil si at SUP og rehabiliteringsavdelingen til sammen disponerer ca 21,9 årsverk.

Et vanlig mål på bemanningsinnsats i sykehjem er antall pleieårsverk per døgnplass. I en undersøkelse utført av SINTEF Helse (4) ble denne størrelsen, med utgangspunkt i 29 sykehjem, beregnet til i gjennomsnitt å være 0,79 pleieårsverk per døgnplass. Spredningen i antall pleieårsverk per døgnplass var i størrelsesorden 0,62 til 0,90, det vil si ganske stor variasjon. Pleieårsverk bestod i den nevnte undersøkelsen av sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, og pleieassistenter/miljøarbeidere. Årsverk til renhold og kjøkken inngår ikke i disse tallene. Årsaken til at disse ikke inngår er at praksisvariasjoner angående innkjøp eller egenproduksjon av disse tjenestene kan påvirke bemanningsfaktoren i nokså stor grad.

SUP og rehabiliteringsavdelingen ved HOBR har 18,4 pleieårsverk til disposisjon. Da er 2,1 årsverk til administrasjon og 1,4 årsverk til renhold og kjøkken trukket ut. Tre årsverk ved HOBR til fysioterapi og ergoterapi inngår i de 18,4 pleieårsverkene. Med bakgrunn i den nevnte undersøkelsen av SINTEF HELSE (4), ser det ut til at HOBR har relativt god tilgang til fysioterapeuter og ergoterapeuter. Med 24 sengeplasser til sammen på SUP og rehabiliteringsavdelingen innebærer dette 0,77 pleieårsverk per døgnplass. Dette ligger nokså nært opp til gjennomsnittlig antall pleieårsverk per døgnplass som ble beregnet i den nevnte undersøkelsen (4). Det må presiseres at stilling som fagkonsulent og stillinger som fagutviklingssykepleiere inngår i pleieårsverkene ved HOBR, og også som nevnt fysio- og ergoterapeuter. Det kan kanskje diskuteres om stillingen som fagkonsulent bør vurderes som en administrativ stilling.

Ut fra tallene som ligger til grunn kan det se ut til at HOBR har lavere dekning av pleiepersonell som i hovedsak skal arbeide med å dekke mer grunnleggende behov for pleie og omsorg. Årsaken til dette er at tre stillinger som fysio-/ergoterapeuter inngår i pleieårsverkene

³ Wilhelm Gran i Bærum kommune opplyser at budsjettert brutto driftskostnad for en gjennomsnittlig sykehjemsplass i Bærum kommune koster kr 500 000. Dette består av netto driftskostnader på kr 410 000 pluss brukerbetaling på kr 90 000. I tillegg kommer et påslag for husleie på kr 30 000. Utgifter til fysio- og ergoterapi er da ikke medregnet.

når dekningsgraden beregnes. Ved sykehjem som det sammenlignes ser det ikke ut til at det finnes fysio- og ergoterapipersonell i samme omgang. Dette kan bety at brukere ved HOBR i lavere grad får dekket basisbehov i form av pleie og omsorg. På den andre siden kan det påpekes at SUP ved HOBR driver noe utypisk sykehjemsdrift i og med at 2/3 av plassene er forbeholdt personer som skal rehabiliteres for å i størst mulig grad skal kunne reise hjem.

Tabell 2.1 Pleieårsverk per døgnplass, andel av personellet med høyskoleutdanning, andel faglært og andel ufaglært arbeidskraft. Tall basert på HOBR i 2004 og sammenligningssykehjem i 2003.

Personellinnsats	Gjennomsnitt for sykehjem ⁴ (spredning)	SUP og rehabiliteringsavdelingen ved HOBR
Pleieårsverk per døgnplass	0,79 (0,62-0,90)	0,77
Andel av personell med høyskoleutdanning	0,29 (0,11-0,46)	0,54
Andel faglærte	0,55 (0,28-0,75)	0,37
Andel ufaglærte	0,16 (0,02-0,40)	0,09

For å beskrive behandlingspersonellens kompetansesammensetning kan vi se på andel av personellet med høyskoleutdanning, fagutdanning og ufaglærte. Ved SUP og rehabiliteringsavdelingen ved HOBR har 54 prosent av de 18,4 pleieårsverkene høyskoleutdanning. Dette gjelder sju sykepleiere og tre fysio- og ergoterapeuter. Sammenlignet med gjennomsnittlig andel sykepleierårsverk beregnet i undersøkelsen utført av SINTEF Helse referert til tidligere, som er 29 prosent, har HOBR en mye høyere andel pleiere med høyskoleutdanning. Det må igjen presiseres at det inngår tre fysio- og ergoterapeuter i tallene fra HOBR. De resterende pleieårsverkene fordeler seg på 37 prosent fagutdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere og 9 prosent ufaglærte miljøarbeidere (tilsvarende pleieassistenter). De sammenlignbare gjennomsnittstallene fra undersøkelsen referert til tidligere er 55 prosent fagutdannede hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og 16 prosent ufaglærte pleieassistenter. Dette tyder på at HOBR har en høyere andel personell med høyskoleutdanning enn et gjennomsnittlig sykehjem har. Hvis andel faglærte og andel med høyskoleutdanning summeres, kommer det fram at 91 prosent av personellet ved HOBR er fagutdannet, mot et gjennomsnitt på 84 prosent ved sykehjemmene som det sammenlignes med. Dette kan indikere høyere kvalitet i behandlingen ved HOBR. Imidlertid inngår som nevnt tidligere fysioterapeuter og ergoterapeuter ved HOBR i denne sammenligningen. Det må også tas forbehold om kategorisering av fagkonsulent.

Administrasjonen utgjør ca 9,5 prosent av årsverkene ved HOBR.

⁴ Gjennomsnittallene er basert på undersøkelsen "Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem" utført av SINTEF Helse (4).

2.2 Pasienter og pasientbehandlingen på SUP ved HOBR

I perioden 24. april 2003 til 31. oktober 2004 er det registrert 303 utskrevne pasientopphold ved SUP. Den gjennomsnittlige liggetiden for disse oppholdene er 22,1 døgn. Søbstad sykehjem i Trondheim har en lignende korttidsavdeling. Ved den lignende korttidsavdelingen på Søbstad sykehjem er gjennomsnittlig liggetid ca 18 døgn (informasjon fra samtale med Helge Garåsen 15. november 2004). Det at liggetiden ved Søbstad er kortere enn ved SUP kan være et tegn på en mer effektiv pasientbehandling på Søbstad. Men det kan også at kriteriene for å få et tilbud ved Søbstad sykehjem er strengere enn for å få et tilbud på SUP ved HOBR, dvs at pasientgruppen som får et tilbud ved Søbstad er friskere enn de som får et tilbud fra SUP.

Tabell 2.2 Pasientopphold ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter i perioden 24. april 2003 til 31. oktober 2004. Hoveddiagnoser, antall opphold og gjennomsnittlig liggetid målt i antall døgn per hoveddiagnose.

ICD10-kode	Tekst	Antall opphold	Gj.snitts- alder	Gjennomsnittlig liggetid ved HOBR
S72	Brudd i lårben	66	84,4	25
	Ikke diagnose ¹⁾	18	80,6	15
Z50	Rehabiltieringstiltak	15	82,1	25
S32	Brudd i bekken og lumbalkolomna	12	84,9	20
I63	Hjerneinfarkt	11	85,0	23
I50	Hjertesvikt	8	82,8	18
C61	Ondartet svulst i blærehalskjertel	7	80,9	18
S42	Brudd i skulder og overarm	7	80,4	27
S82	Brudd i kne, legg og ankel	7	84,0	24
A41	Annen sepsis	5	73,2	24
C18	Ondartet svulst i tykktarm	5	75,6	21
I35	Ikke-reumatiske aortaklaffefeil	5	86,4	19
I70	Aterosklerose	5	81,6	19
I21	Akutt hjerteinfarkt, 1. gang	4	83,8	26
I22	Akutt hjerteinfarkt, 2. gang eller senere	4	82,5	22
I61	Hjerneblødning	4	84,0	15
I69	Følgetilstander etter hjernekar sykdom	4	76,3	25
J44	Annen kronisk obstruktiv lungesykdom	4	81,3	11
M54	Ryggsmerter	4	85,0	24
S22	Brudd i ribben, brystbein og torakalkolomna	4	81,3	17
S52	Brudd i underarm	4	84,0	27
T84	Komplikasjoner ved innvendige implantater, ortopediske proteser og transplantater	4	77,8	24
SUM		208 (av 303)	82,7	22 (for alle 303 opphold)

¹⁾ Dette gjelder pasienter beskrevet som å ha nedsatt almenntilstand, feber, smerter – men også noen udiagnostiserte.

De 303 avsluttede pasientoppholdene i den aktuelle perioden har mange ulike hoveddiagnoser, hele 96 forskjellige. Tabell 1.1 gir en oversikt over hoveddiagnoser med mer enn fire tilfeller blant pasientene på SUP ved HOBR, samt gjennomsnittlig liggetid. Vi ser av tabell 2.2 at diagnoser som lårbensbrudd, bekkenbrudd, slag, hjertesvikt og rehabilitering er relativt vanlige diagnoser fra SAB HF for pasientene ved SUP.

Gjennomsnittsalderen på pasientgruppen samlet er 82,2 år, hvor gjennomsnittsalderen for kvinner er 83,0 år og for menn er den 80,7 år. 65 prosent av pasientene er kvinner og 35 prosent av pasientene er menn. Gjennomsnittsalderen for pasienter med lårbensbrudd er 84,4 år, det vil si at disse pasientene er relativt gamle.

For 286 av de 303 pasientoppholdene er det registrert hvilken avdeling på SAB HF pasienten kommer fra (kirurgisk eller medisinsk avdeling). Av de 286 pasientene kommer 54,2 prosent fra kirurgisk avdeling på SAB, og dermed 45,8 prosent fra medisinsk avdeling. Det vil si at SUP tar i mot en nokså jevn fordeling av kirurgiske og medisinske pasienter.

3 Pasientenes tilfredshet med behandlings tilbudet

3.1 Innledning

Som en del av SINTEFs evaluering av Spesialenheten for utskrivningsklare pasienter (SUP) ved Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter (HOBR) har det blitt gjennomført en undersøkelse av pasientenes tilfredshet med tjenestetilbudet (i stedet for å benytte benevnelsen SUP vil vi videre i dette kapitlet bare referere til "spesialenheten ved HOBR" eller bare "HOBR").

Formålet med pasienttilfredshetsundersøkelsen er kanskje innlysende nok å vurdere hvor tilfredse beboerne ved HOBR er med de tjenestene som ytes. For å kunne si noe meningsfullt om dette bør resultatene fra HOBR ha et sammenligningsgrunnlag. I forhold til hovedformålet med denne evalueringen burde survey-dataene fra HOBR blitt sammenlignet med data fra brukere av kontrafaktiske pasientforløp til HOBR. Sagt på en annen måte så burde HOBR-data blitt sammenlignet med brukerdata fra brukere som kvalifiserer som HOBR-pasienter, men som følger andre pasientforløp (f.eks. ligger lengre på sykehus for så å utskrives til ordinære sykehjem). På denne måten kunne man si noe om spesialenheten ved HOBR er kvalitetsmessig bedre for brukerne enn de alternative pasientforløpene. Slike data har vi dessverre ikke tilgang til, men vi har blant annet hentet inn data fra en korttidsavdeling fra Søbstad Sykehjem i Trondheim som benyttes som sammenligningsgrunnlag. Vi kommer tilbake til dette under diskusjonen av datamaterialet.

3.2 Tjenestekvalitet

Den kanskje viktigste innfallsvinkelen i vurderingen av tjenestekvalitet er å ta utgangspunkt i brukernes meninger. Det er tross alt hos brukerne resultatene av helsetjenestene kommer til syne. Brukernes opplevelse av tjenestekvalitet blir filtrert gjennom både behov, livserfaringer og forventninger. Hvor tilfreds brukerne er vil også være avhengig av hvordan de man sammenligner seg med har det (Strengenhagen 1994).

I rapporten *Kvaliteten i eldreomsorgen* utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund (ibid.) ble det konkludert med at ivaretagelse av de grunnleggende behov er en absolutt forutsetning for å gi brukerne et verdig og godt tilbud. Dette innbefatter i stikkordsform fysiologiske behov, behov knyttet til personlig hygiene og påkledning, behov knyttet til behandling, pleie og omsorg, terminalpleie, behov for trygghet, sosial kontakt og aktivitet, behov for et selvstendig dagligliv og døgnrytme og til slutt behovet for privatliv. De fleste av disse momentene er til en viss grad dekket gjennom datainnsamlingen som er gjennomført.

Undersøkelsen av pasienttilfredshet ved HOBR har til hensikt å si noe om kvaliteten ved de tjenestene som tilbys, men tjenestekvalitet kan bare bedømmes i forhold til noe annet. En strategi er å sammenligne med virksomheter i andre kommuner. En annen strategi er å sammenligne resultatene med de mål som er satt opp for virksomheten. I forskriftene til kommunehelsetjenesteloven og i retningslinjene til sosialtjenesteloven er det nedfelt kvali-

tetsmålsetninger for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. I vurderingen av data fra HOBR vil vi både benytte data fra et tilsvarende prosjekt i en annen kommune (korttidsavdelingen ved Søbstad) og sammenholde data med kvalitetsmålsetningene i lovverket.

3.3 Datamateriale

Pasienttilfredshetsundersøkelsen omfatter data hentet inn gjennom dybdeintervjuer og en spørreskjemaundersøkelse blant beboere og tidligere beboere. I alt ble det gjennomført syv dybdeintervjuer, fire med beboere og tre med tidligere beboere ved spesialenheten ved HOBR. Vedlegg tre viser spørreskjemaet som har blitt benyttet, og vedlegg 4 viser intervjuguiden som ble lagt til grunn for dybdeintervjuene.

Vi fikk inn til sammen 25 svar på de utsendte spørreskjemaene. I utgangspunktet var det lagt opp til at både pårørende og beboere skulle besvare egne spørreskjema, men det ble prioritert å få inn svar fra beboerne. Derfor er samtlige av de returnerte spørreskjema fylt ut av beboere (kun et fåtall av disse svarene består av tidligere beboere ved HOBR på grunn av vanskeligheter med å få inn spørreskjema fra disse). Hovedandelen av spørreskjema er fylt ut av beboere ved HOBR i november og desember 2004. Spørreskjema ble delt ut og samlet inn av de ansatte ved HOBR.

Utformingen av spørreskjemaene ble gjort etter mal fra spørreskjema som benyttes i en større studie av sykehjem i Trondheim kommune i regi av kommuneoverlege Helge Garåsen. Fra denne Trondheimsstudien har vi også fått tilgang til data fra korttidsavdelingen ved Søbstad sykehjem. Denne korttidsavdelingen var en av de første av denne typen i Norge og har fungert som forbilde da spesialenheten ved HOBR ble etablert. Data fra Søbstad sykehjem består av i alt 39 innsendte spørreskjema innsamlet i løpet av høsten 2004. Disse data vil fungere som sammenligningsgrunnlag for data innhentet fra HOBR.

I en vitenskapelig idealsituasjon så ville brukerne ha vært så like som mulig når man sammenligner to behandlingstilbud. Dette kan oppnås gjennom en randomiseringsprosess som helt tilfeldig velger ut- og fordeler brukerne på en av de to institusjonene. Dette ville normalt ha sikret at det ikke lå noen systematisk skjevhet i datamaterialet. En slik utvelgelsesprosess ligger naturlig nok ikke til grunn for brukersammensetningen ved HOBR og Søbstad. Det vil derfor godt kunne være forskjeller i hvordan brukerne rekrutteres som har betydning for hvordan institusjonene skårer på samtlige mål på brukertilfredshet. Det kan for eksempel være forhold ved utvelgelsen av brukere som gjør at en av institusjonene systematisk velger ut tyngre brukere som stiller høyere krav til tjenestene enn ved den andre institusjonen, noe som igjen kan resultere i en systematisk strengere brukervurdering av denne institusjonen. En slik systematisk skjevhet vil i så fall ikke skrive seg fra en reell forskjell i tjenestekvalitet mellom institusjonene, men snarere reflektere forskjeller i brukersammensetningen.

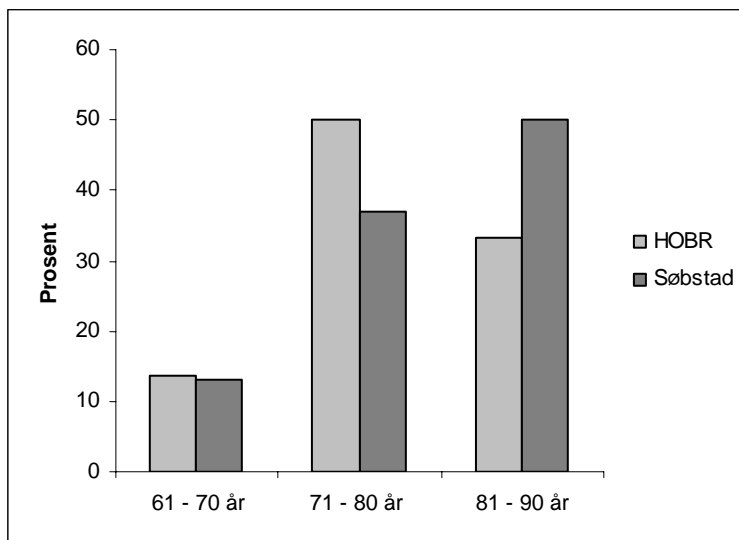
I tilknytning til hver tabell som presenteres har vi testet hvorvidt forskjellene mellom HOBR og Søbstad er statistisk signifikante. Vi legger til grunn et signifikansnivå på 5 %. Det vil si at det skal være mindre enn fem prosents sannsynlighet for at forskjellene framkommer tilfeldig før vi sier at de er signifikante. En forutsetning for denne typen analyser (ANOVA – analyse av varians) er at observasjonene er uavhengige av hverandre. I dette tilfellet betyr det at brukerne ikke skal ha noen mulighet til å påvirke hverandre. Denne forutsetningen er ikke oppfylt i dette tilfellet, noe som kan betraktes som en svekkelse av de konklusjonene man kan trekke ut i fra disse testene.

3.4 Resultater fra brukersurvey

I dette delkapitlet presenteres resultatene fra brukersurveyen som ble gjennomført ved HOBR. Som nevnt blir resultatene fra HOBR sammenholdt med tilsvarende undersøkelse ved korttidsavdelingen ved Søbstad. I den grad det er overlapp mellom de tema som ble diskutert i dybdeintervjuene og brukersurveyen vil tilbakemeldingene fra dybdeintervjuene bli trukket inn i diskusjonen av surveyresultatene.

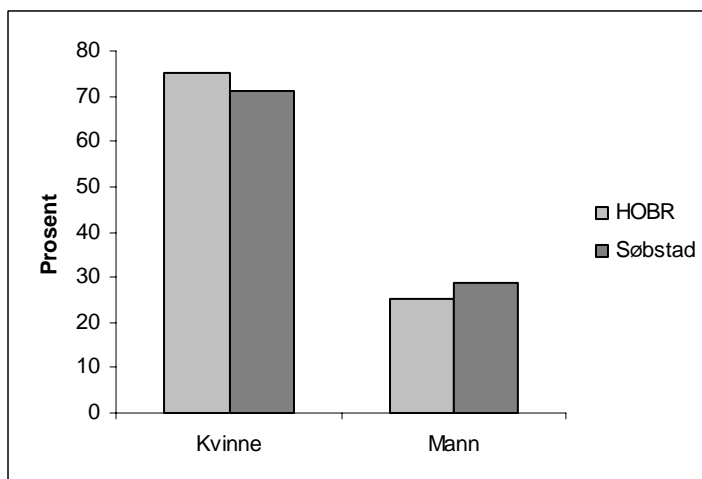
Opplysninger om brukerne

En måte man kan få en indikasjon på hvorvidt brukersammensetningen er forskjellig mellom institusjonene er å samle inn bakgrunnsinformasjon om brukerne.



Figur 3.1 Beboernes alder.

Av Figur 3.1. kan man se at det er forskjeller i alderssammensetningen blant de som har deltatt i brukerundersøkelsen. Andelen i den yngste aldersgruppen er tilnærmet lik for HOBR og Søbstad med i overkant av 13 % for begge institusjonene, men for de to eldste aldersgruppene skiller HOBR og Søbstad lag. Hovedtyngden av respondentene fra HOBR er i aldersgruppene 71 til 80 år (med 50 % av beboerne) mens hovedtyngden for Søbstad ligger i aldersgruppen 81 til 90 år. Det er usikkert om denne forskjellen i respondentenes alder har betydning for hvor tilfredse de er med behandlingstilbudet.



Figur 3.2 Kjønnfordeling.

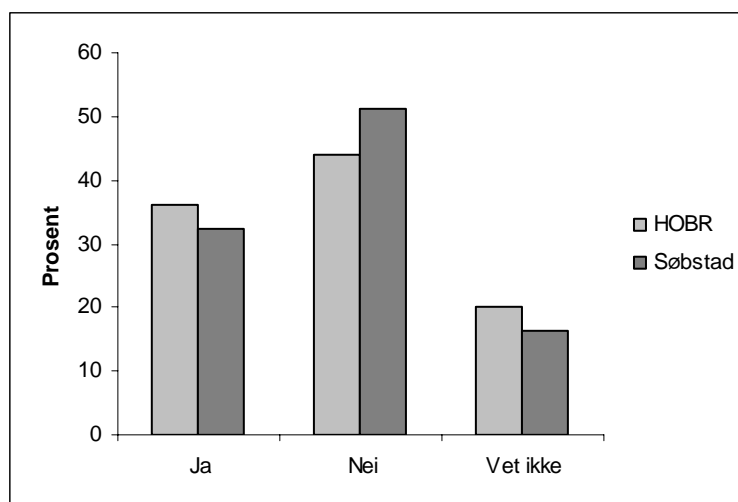
Det er også usikkert på om en eventuell skjevhet i respondentenes kjønnsfordeling mellom HOBR og Søbstad ville ha påvirket resultatet i noen grad. Av Figur 3.2 ser man imidlertid at det ikke er noen stor forskjell mellom avdelingene i andelen kvinner og menn som har deltatt i spørreundersøkelsen. At det er vesentlig flere kvinner enn menn som har svart hos både

HOBR og Søbstad skyldes i hovedsak at dette svarer til den faktiske kjønnsfordelingen ved disse avdelingene.

Informasjon

Tilgang til informasjon er en viktig forutsetning for å skape trygghet hos brukere og pårørende. Tilgang til informasjon er dessuten nedfelt som en rettighet i Lov om pasientrettigheter. § 3-2 beskriver dette:

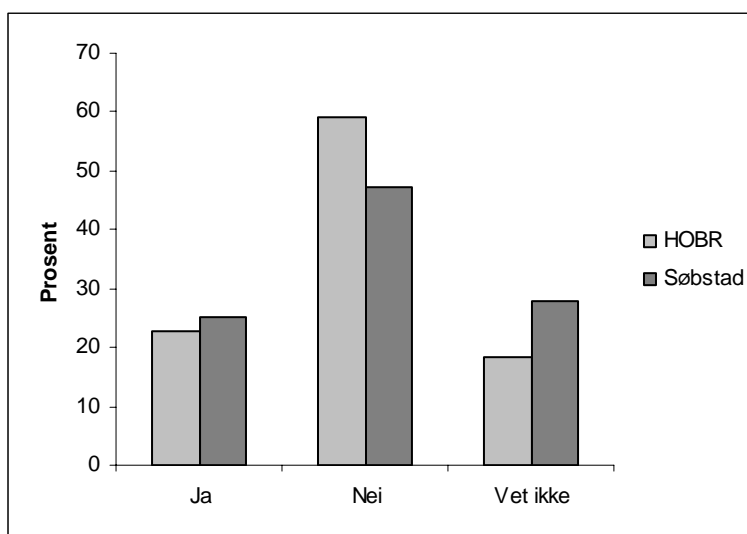
"Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. [...] Den som er utpekt som ansvarlig for å gi informasjon i helseinstitusjon, har ansvaret for at pasienten faktisk får informasjon og at informasjonen tilfredsstiller de kravene som oppstilles i loven. Det er også denne personen som pasienten kan henvende seg til for å få fullstendig informasjon (Sosial- og helsedirektoratet 1999)".



Figur 3.3 Bruker fikk skriftlig informasjon om HOBR/Søbstad ved sykehuset.

Av Figur 3.3. kan man se at prosentvis noen flere oppgir å ha fått skriftlig informasjon om behandlingstilbudet ved HOBR enn ved Søbstad da de var sykehuspasienter, men dette er ikke statistisk signifikante forskjeller. 36 % av beboerne ved HOBR oppgir at de fikk skriftlig informasjon om dette behandlingstilbudet da de var sykehuspasienter. 44 % sier at de ikke fikk skriftlig informasjon og 20 % vet ikke om de fikk informasjon. At bare 36 % av beboerne oppgav at de hadde fått skriftlig informasjon kan kanskje sies å være noe lavt. I de syv intervjuene som ble gjennomført kom det imidlertid fram at de fleste av disse hadde blitt informert om tilbudet av Jens R. Eskerud, avdelingsoverlege ved HOBR.

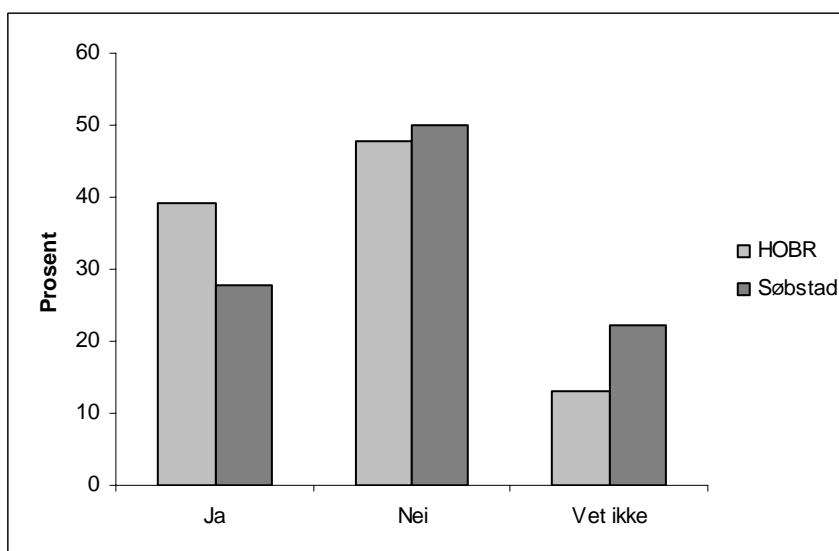
At de som har blitt tilbudt en plass ved HOBR har vært i kontakt med Eskerud er naturlig, det er imidlertid uvisst hvor mange som ikke har fått - eller som ikke har tatt i mot plass ved HOBR som også har blitt personlig informert om dette tilbudet. Hvis målsetningen er at flest mulig skal bli informert om behandlingstilbudet ved spesialenheten ved HOBR så vil en mer omfattende distribusjon av skriftlig informasjon om dette tilbudet være hensiktsmessig.



Figur 3.4 Bruker får fortløpende informasjon om endringer som skjer på sykehjemmet.

Resultatene fra spørsmålet om brukerne får fortløpende informasjon om endringer ved sykehjemmet (som er gjengitt i Figur 3.4) er litt vanskelig å fortolke. Grunnen til dette er at man ikke kan være sikker på om den lave andelen som oppgir at de får fortløpende informasjon skyldes at få brukere faktisk får fortløpende informasjon, eller alternativt at det i løpet av de ukene de er ved avdelingen ikke finner sted spesielle endringer, og at dette er den egentlige grunnen til at så få oppgir at de får fortløpende informasjon.

Det skiller lite mellom prosentandelen som oppgir at de får fortløpende informasjon ved HOBR og Søbstad. For begge avdelingene svarer i overkant av 20 % at de får fortløpende informasjon. Når nærmere 60 % av beboerne ved HOBR, mens 47 % av beboerne ved Søbstad svarer det samme så skyldes det primært at det er flere som svare "vet ikke" ved Søbstad. Forskjellene mellom HOBR og Søbstad er ikke statistisk signifikante.



Figur 3.5 Vet bruker hvem som er kontaktperson ved sykehjemmet?

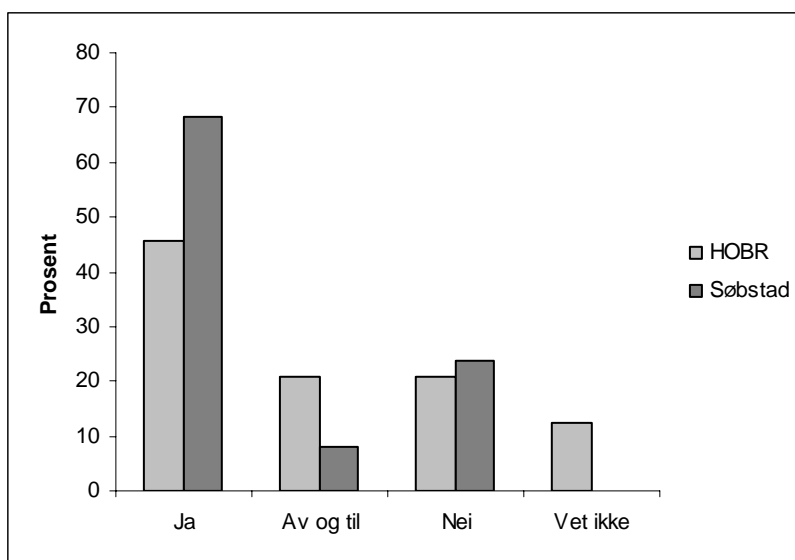
Det er 11 % flere som oppgir at de vet hvem som er deres kontaktperson ved HOBR enn ved Søbstad (ikke en statistisk signifikant forskjell), men det er allikevel ikke mer enn 39 % som oppgir at de vet hvem deres kontaktperson ved HOBR.

Sett i lys av at tilgang på informasjon om kontaktperson er nedfelt som en rettighet i Pasientrettighetsloven, og at det ikke burde være særskilt ressurskrevende å sørge for at disse opplysningene blir kjent blant brukerne anbefaler vi at avdelingen gjennomfører tiltak som besørger dette.

Døgnrytme

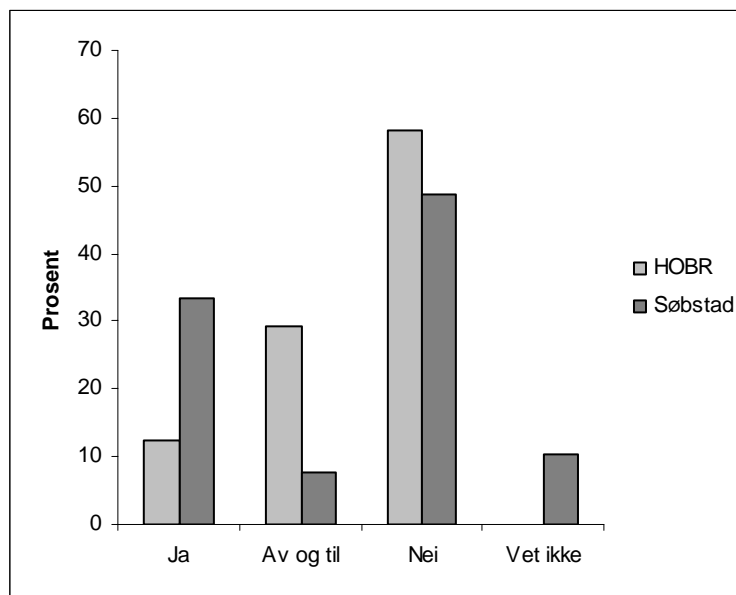
Et sentralt punkt i rapporten *Kvaliteten i eldreomsorgen* (1994) er knyttet til brukernes behov for et normalt dagligliv:

"I institusjoner og boformer for eldre bør det så langt som mulig praktiseres fleksibilitet i forhold til for eksempel måltider, leggetider og andre forhold som er av betydning for styring over eget dagligliv. Dette innebærer blant annet at pasienter i institusjon skal ha mulighet til å følge normal døgnrytme" (ibid.: 39).



Figur 3.6 Bruker følger sin vanlige døgnrytme ved sykehjemmet

En kan se av Figur 3.6. at 46 % av brukerne ved HOBR oppgir at de kan følge sin vanlige døgnrytme ved sykehjemmet mens 68 % av brukerne ved Søbstad oppgir det samme. Dette er riktignok ikke en statistisk signifikant forskjell, men statistisk signifikans er samtidig et meget strengt vurderingskriterium for de forskjellene vi ser her. Det ville ha vært interessant å undersøkt hva som kan være årsakene til disse forskjellene mellom institusjonene, men dette ligger dessverre utenfor rammene for dette prosjektet. Vi anbefaler imidlertid at HOBR selv følger opp dette.

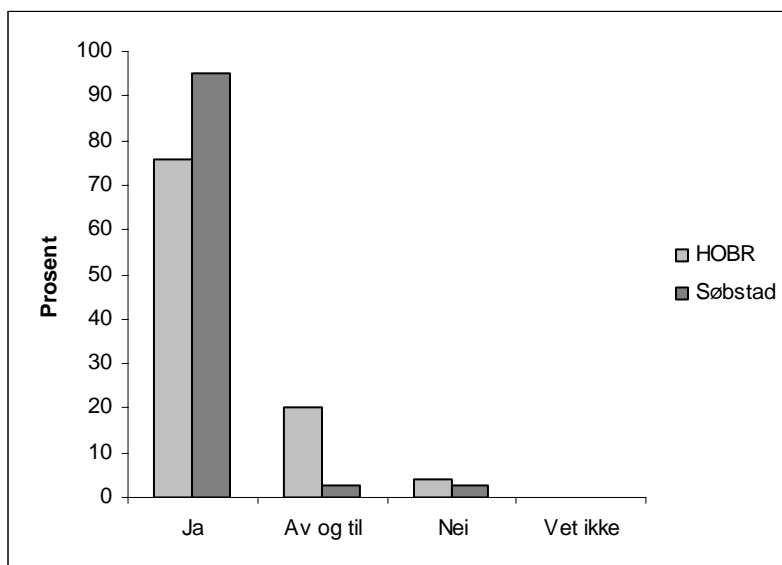


Figur 3.7 Bruker kan selv velge når hun/han vil spise.

Noe av forklaringen på at HOBR skårer lavere enn Søbstad på brukernes mulighet for å følge vanlig døgnrytme kan være knyttet til at Søbstad ser ut til å praktisere en større fleksibilitet i forbindelse måltidene enn ved HOBR. Dette er i hvert fall slik det ser ut i fra Figur 7. 33 % av beboerne ved Søbstad oppgir at de kan selv velge når de vil spise, mens i overkant av 12 % sier det samme ved HOBR. Selv om dette ikke er signifikante forskjeller er en forskjell på 20 % allikevel verdt å merke seg. En kan også se av figuren at det er vesentlig flere ved HOBR som oppgir at de av og til har mulighet til å velge når de skal spise. Dette gjør at det er bare omtrent 10 % flere ved HOBR som oppgir at de ikke kan spise når de vil.

Personlig hygiene

Personlig hygiene er viktig for brukernes trivsel og helse. Dette gjelder ikke minst for ivaretagelsen av et positivt selvbilde. Det vil derfor være viktig at brukerne får nødvendig hjelp til vask og stell, samt hjelp til toalettbesøk hvis dette er nødvendig.

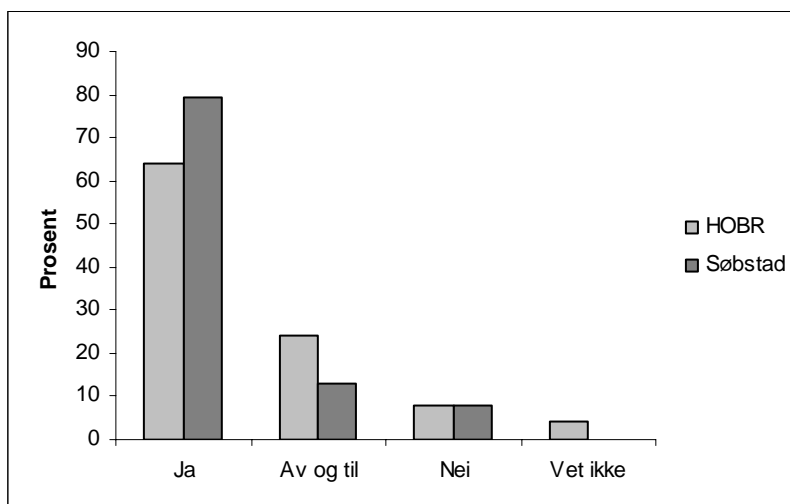


Figur 3.8 Bruker får den hjelp som trengs for å holde seg velstelt

Figur 3.8 viser at 76 % av brukerne ved HOBRO (som er med i denne undersøkelsen) og 95 % av brukerne ved Søbstad oppgir at de får den hjelp som trengs til å holde seg velstelt. Dette er samtidig en statistisk signifikant forskjell⁵. 20 % av respondentene fra HOBRO oppgir at de av og til får den hjelpen som trengs for å holde seg velstelt. Hvis man ser kategoriene "ja" og "av og til" under ett så utgjør disse til sammen nært 100 %.

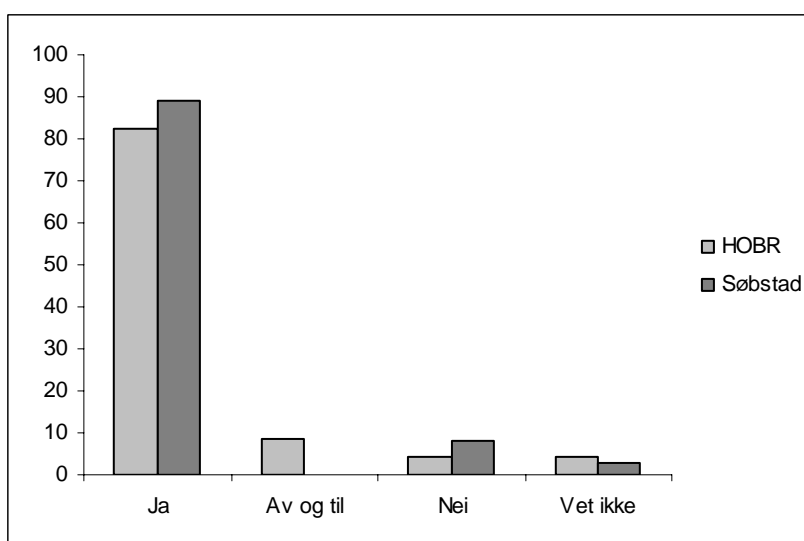
Disse resultatene kan sammenlignes med en større undersøkelse gjennomført i 1997 hvor nærmere 1000 beboere fordelt på 16 sykehjem i Trondheim ble intervjuet (Hofstad 1997). Her svarte 83,5 % av brukerne at de fikk tilstrekkelig hjelp til vask og stell. Denne undersøkelsen mangler riktig nok kategorien "av og til" for dette spørsmålet, noe som gjør at resultatene ikke er direkte sammenlignbare. Dette ser man når man sammenligner hvor stor andel som oppgir at de ikke fikk den nødvendige hjelp til å holde seg velstelt. I alt 16,5 % av brukerne oppgav dette i Trondheimsundersøkelsen, mens bare 4 % oppgav det samme ved HOBRO. Med utgangspunkt i hvor stor andel som sier at de ikke får tilstrekkelig hjelp til å holde seg velstelt så kommer altså HOBRO meget godt ut av denne sammenligningen. 20 % ved HOBRO oppgir at de av og til får den nødvendige hjelp for å holde seg velstelt.

⁵ Det er altså mindre enn 5 % sannsynlighet for at denne forskjellen er en tilfeldighet.



Figur 3.9 Bruker får badet eller dusjet ved behov.

Som en kan se av Figur 3.9. oppgir 64 % av respondentene fra HOBR at de får badet eller dusjet ved behov. Til sammenligning oppgir i overkant av 79 % det samme ved Søbstad. Denne forskjellen skyldes primært at det er flere som svarer "av og til" ved HOBR. Disse forskjellene er riktignok ikke signifikante på 5 %-nivå.



Figur 3.10 Bruker får hjelp til toalettbesøk etter behov

At det er viktig å få hjelp til toalettbesøk ved behov er noe som gir seg selv. Av Figur 3.10. ser en at nær 83 % av respondentene fra HOBR oppgir at de får den nødvendige hjelp, mens 89 % oppgir det samme ved Søbstad. Ved Søbstad er det imidlertid en noe større andel som oppgir at de ikke får tilstrekkelig hjelp. En kan også se at det er nærmere 9 % ved HOBR som oppgir at de av og til får hjelp ved behov mens det er ingen fra Søbstad som har svart det samme. Forskjellene er ikke statistisk signifikante.

Ernæring og spisesituasjon

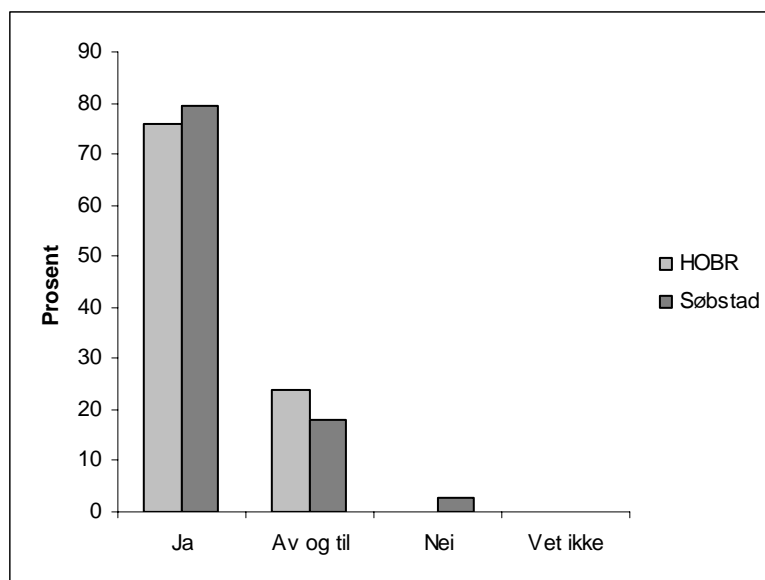
Mat og ritualer knyttet til måltidene er ofte definerende kulturelementer. Dette gjelder også den norske matkulturen. Følgende verdier kan knyttes til mat (Karoliussen and Smeby 1997 [1985]):

- en avgjørende ressurs for overlevelse;
- en frigjøring fra sult;
- et symbol for fredelig samhandling;
- et middel til å fremme helbredelse;
- et middel til ekte omsorg eller mangel på omsorg;
- en mulighet for interpersonlig nærhet eller distanse;
- et uttrykk for kjærlighet eller sinne;
- et uttrykk for likhet og solidaritet;
- en mulighet til å få informasjon fra andre;
- en validering av sosiale og kulturelle seremonier.

Mat og spisesituasjon har med andre ord stor betydning ut over det rent ernæringsmessige.

Under anbefalinger og tiltak i rapporten *Kvaliteten i eldreomsorgen* fra Sosial- og helse-departementet og Kommunenes sentralforbund heter det:

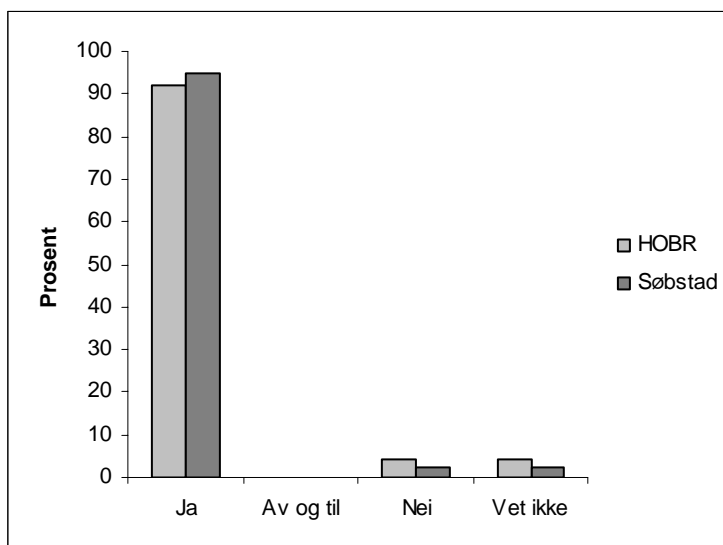
"Det må legges vekt på at eldre pleietrengende mennesker både i og utenfor institusjon får dekket sine fysiologiske behov. Det må sørges for tilstrekkelig næring og væske – og tilpasset kosthold om tilstanden tilsier det. Det skal settes av god tid til måltidene – ikke minst dersom pasienten trenger hjelp til å spise. Pasienten må ha tid og ro til å spise og drikke godt. Pasienten bør ha mulighet til å velge mat" (Strengenhagen 1994).



Figur 3.11 Maten bruker får er appetittvekkende.

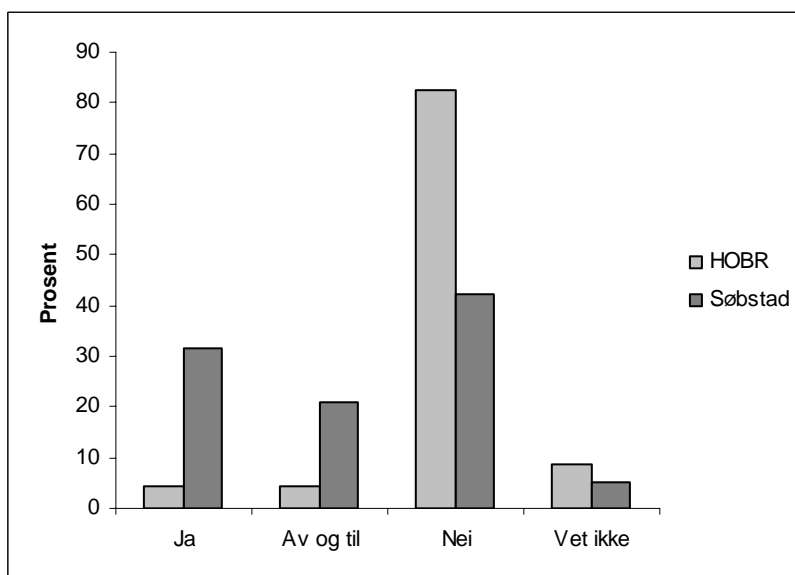
Av Figur 3.11 kan en se at 76 % av respondentene fra HOBR mener at maten er appetittvekkende. I overkant av 79 % mener det samme ved Søbstad. 24 % fra HOBR sier at

maten er appetittvekkende "av og til". Det er altså til sammen 100 % som mener at maten ved HOBR er appetittvekkende eller av og til appetittvekkende. Ingen fra HOBR har altså oppgitt at maten ikke er appetittvekkende. Forskjellene mellom HOBR og Søbstad er ikke statistisk signifikant.



Figur 3.12 Bruker får nok mat i løpet av døgnet.

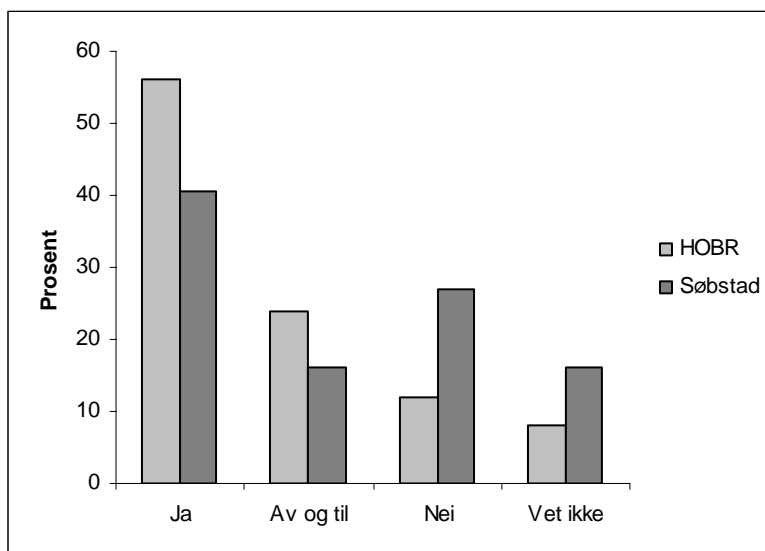
Figur 3.12 sier oss at 92 % av respondentene fra HOBR opplever at de får nok mat i løpet av døgnet, mens 4 % svarer nei og 4 % svarer vet ikke. Når det er alt 25 som har svart på dette spørsmålet fra HOBR betyr det at det kun er en person som har svart "nei" og en person som har svart "vet ikke". Ved Søbstad har 95 % svart at de får nok mat, resten fordeler seg med like deler på "nei" og "vet ikke". Forskjellene mellom HOBR og Søbstad er ikke statistisk signifikante.



Figur 3.13 Bruker kan selv velge middagsmåltid.

Som en kan se av Figur 3.13 så er det ikke mer enn 4 % fra HOBR som oppgir at de selv kan velge middagsmåltid. Til sammenligning oppgir i overkant av 31 % det samme ved Søbstad. En kan også se at 4 % oppgir at de av til kan velge middag ved HOBR mens i overkant av 20 % ved Søbstad sier det samme. Det kan se ut som om det utøves mindre fleksibilitet i forbindelse med valg av middagsmåltid ved HOBR enn ved Søbstad. Disse forskjellene er også statistisk signifikante på et 5 %-nivå.

Også i dybdeintervjuene ble det uttrykt ønske om flere valgmuligheter i tilknytning til middagsmåltidet. Vi anbefaler at det taes opp til diskusjon hvordan man ved HOBR kan innføre en noe større grad av valgfrihet i forbindelse med valg av middag.



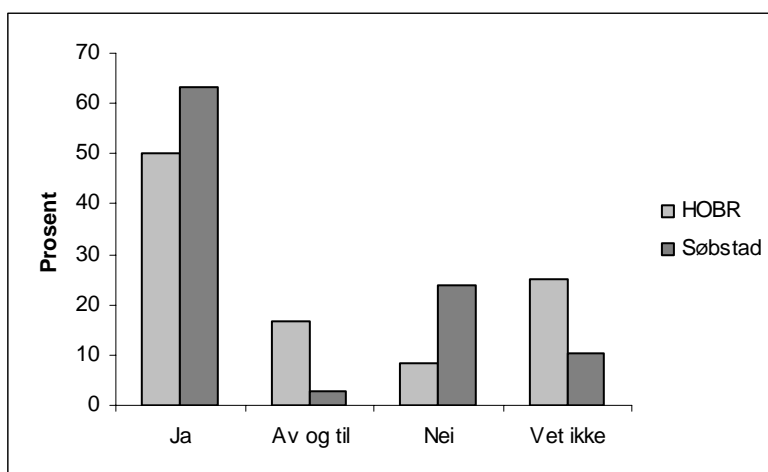
Figur 3.14 Bruker kan selv velge hvem hun/han ønsker å spise sammen med.

At brukerne har mulighet til å velge hvem de ønsker å spise sammen med kan også ha stor betydning i forhold til hvor godt måltidet fungerer som en sosial arena. Av Figur 3.14 kan en se at 56 % av brukerne ved HOBR oppgir at de har mulighet til å velge hvem de ønsker å spise med. Tilsvarende tall fra ved Søbstad er ca. 41 %. Også for de som oppgir at de av og til kan velge hvem de spiser med skårer HOBR noe høyere med 24 % i forhold til Søbstads 16 %. Forskjellene er imidlertid ikke statistisk signifikante.

Brukermedvirkning

I føle Lov om pasientrettigheter har pasientene rett til å medvirke i gjennomføringa av helsehjelpen (Sosial- og helsedirektoratet 1999). I § 3-1 står følgende:

"Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon".

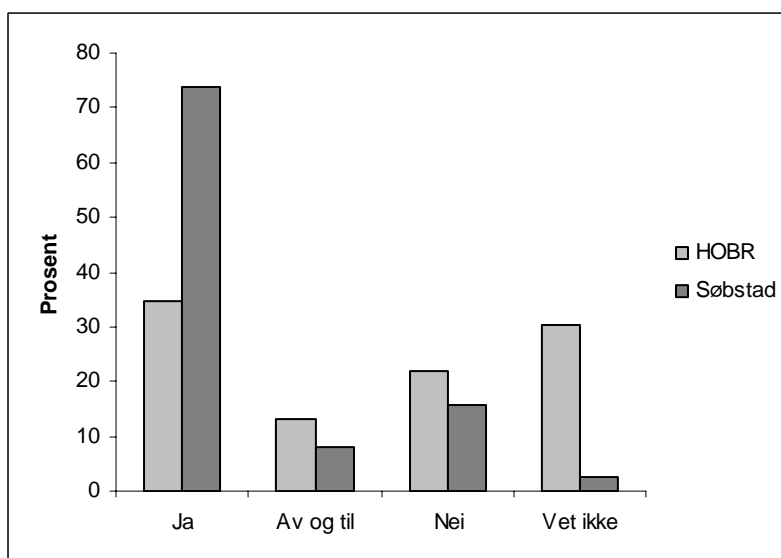


Figur 3.15 Bruker får være med å bestemme hvilken hjelp hun/han vil ha.

Som vist i Figur 3.15 så oppgir 50 % av respondentene fra HOBR at de får være med å bestemme hvilken hjelp de mottar. Dette er noe under hva Søbstad på 63 % kan vise til, men samtidig er det en større andel ved HOBR (ca. 17 %) som sier at de av og til kan være med å bestemme hvilken hjelp de mottar enn ved Søbstad (ca. 3 %). Det er bare 8 % fra HOBR som oppgir at de ikke kan være med å bestemme hvilken hjelp de skal motta, mens andelen er en del større ved Søbstad (ca. 24 %). Disse forskjellene er ikke statistisk signifikante.

Ved tidligere nevnte sykehjemsundersøkelse i Trondheim fra 1997 svare 57 % av brukerne at de får være med å bestemme når det tas avgjørelser som angår dem (Hofstad 1997).

Brukermedvirkning er et generelt begrep som ikke avgrenser seg til medbestemmelse i hvilken behandling brukerne skal motta. Brukermedvirkning handler også om brukernes mulighet til innflytelse og medbestemmelse i forhold som berører deres livssituasjon ved institusjonen mer generelt.



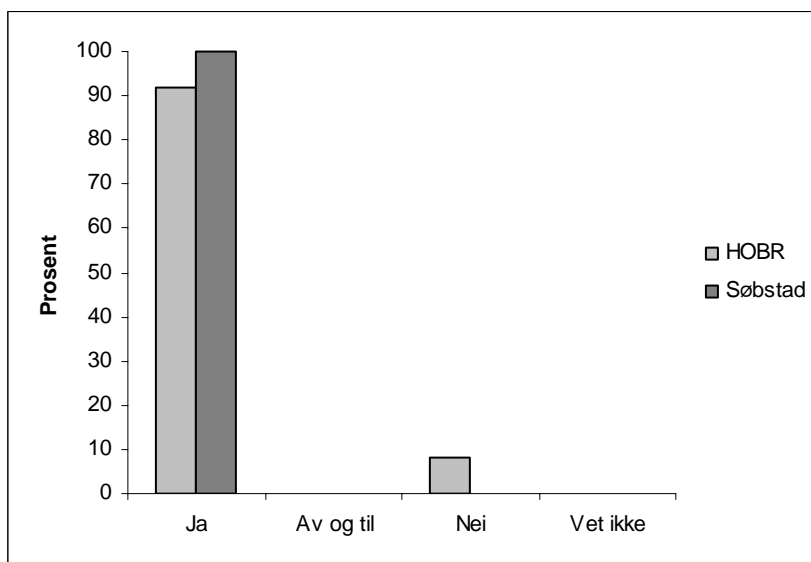
Figur 3.16 Bruker opplever at forhold som ikke bruker er fornøyd med blir tatt hensyn til.

Av Figur 3.16 kan vi se at det er betydelige forskjeller mellom hvor stor andel det er som svarer ja på spørsmål om bruker opplever at forhold som bruker ikke er fornøyd med blir tatt hensyn til. 35 % fra HOBR svarer "ja", mens 74 % svarer "ja" fra Søbstad. Denne forskjellen ser i all hovedsak å skrive seg fra at i overkant av 30 % fra HOBR svarer "vet ikke" på dette spørsmålet samtidig som bare 3 % svarer det samme ved Søbstad. At såpass mange ved HOBR melder at de ikke vet om forhold som de ikke er fornøyd med blir tatt hensyn til betyr kanskje at de ikke får gode nok tilbakemeldinger på sine klager.

Forskjellene mellom HOBR og Søbstad er ikke statistisk signifikante.

Brukernes mulighet til medvirkning er ganske sikkert viktig i deres opplevelse av kvaliteten på tjenestene som ytes. Et annet beslektet forhold, som er av minst like stor betydning er hvorvidt brukerne føler at de blir behandlet med respekt og høflighet. I Stortingsmelding 50 (1996-97) "Handlingsplan for eldreomsorgen" heter det:

"Oppbygging av system og prosedyrer som skal søke å sikre kvaliteten i tjenestene, bør skje samtidig med en bevisstgjøring hos personellet. Personellet er pleie- og omsorgstjenestens viktigste ressurs og personellens kvalifikasjoner, holdninger og atferd er avgjørende for brukernes opplevelse av kvalitet på tjenestene".



Figur 3.17 Bruker blir behandlet med respekt og høflighet.

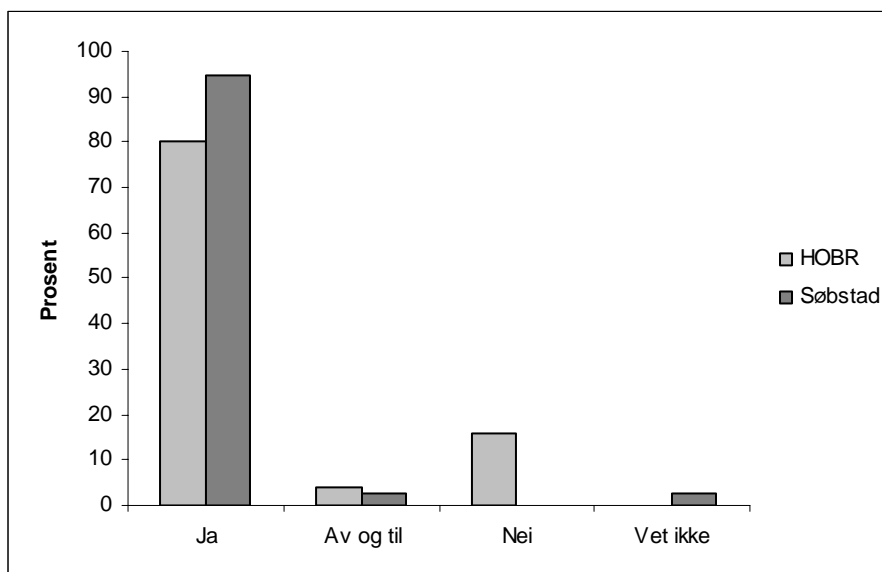
Av Figur 3.17 kan en lese at det skåres høyt for både HOBR og Søbstad på spørsmål om brukerne blir behandlet med respekt og høflighet. 92 % av respondentene fra HOBR oppgir at de blir behandlet med respekt og høflighet. Samtlige respondenter oppgir det samme ved Søbstad.

Også i dybdeintervjuene ble det gjennomgående gitt ros til personalet ved HOBR for deres vennlighet og hjelpsomhet.

I sykehjemsundersøkelsen gjennomført i Trondheim i 1997 svarte 83 % av brukerne at de ble behandlet med respekt. HOBR ligger med andre ord noe over dette nivået.

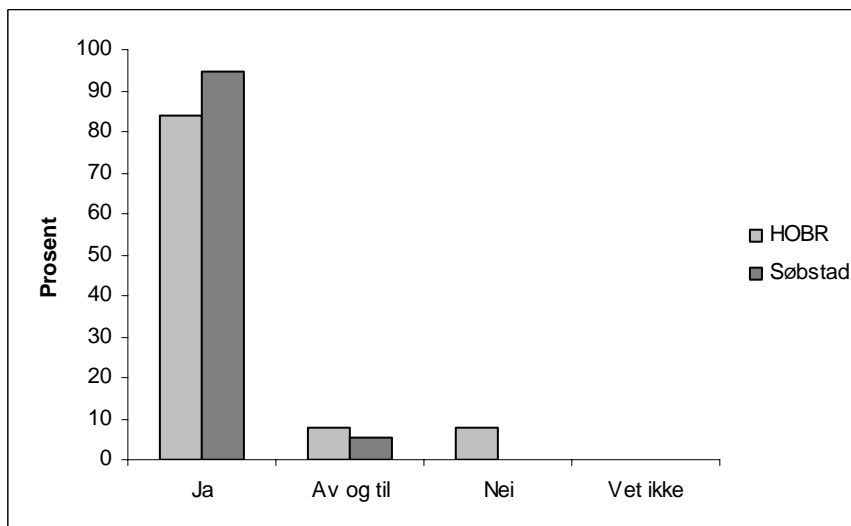
Trygghet

For mange brukere vil ønsket om plass ved institusjon være basert på et ønske om en større grad av trygghet. Det vil for mange derfor være avgjørende for deres oppfatning av kvaliteten ved institusjonen at de føler seg trygge, og at de får den oppmerksomhet og hjelp de trenger når de har behov for det.



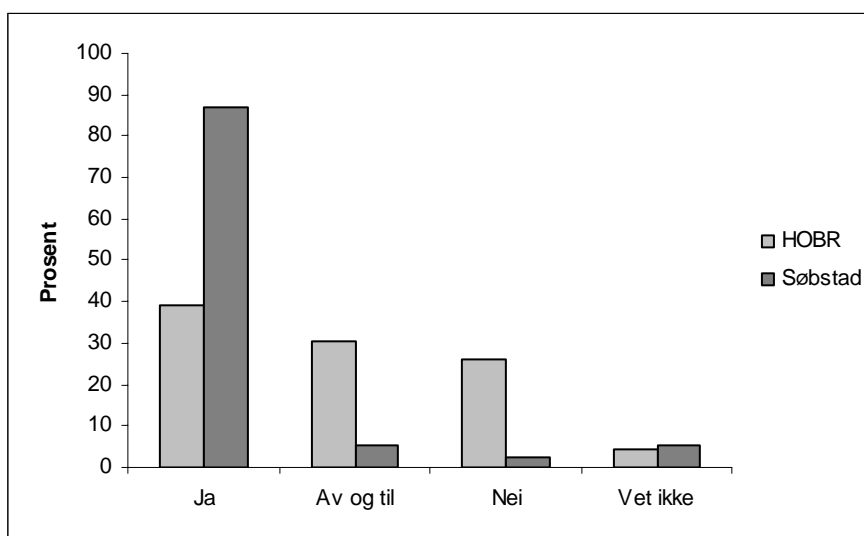
Figur 3.18 Bruker får den oppmerksomheten hun/han har behov for fra personalet.

Vi kan se av Figur 3.18 at 80 % fra HOBR og 95 % ved Søbstad oppgir at de får den oppmerksomheten de har behov for fra personalet. Vi kan også se at 16 % ved HOBR oppgir at de ikke får den oppmerksomheten de har behov for, mens ingen oppgir dette ved Søbstad. Forskjellene mellom HOBR og Søbstad er i tillegg statistisk signifikante.



Figur 3.19 Bruker har mulighet til å tilkalle hjelp til enhver tid.

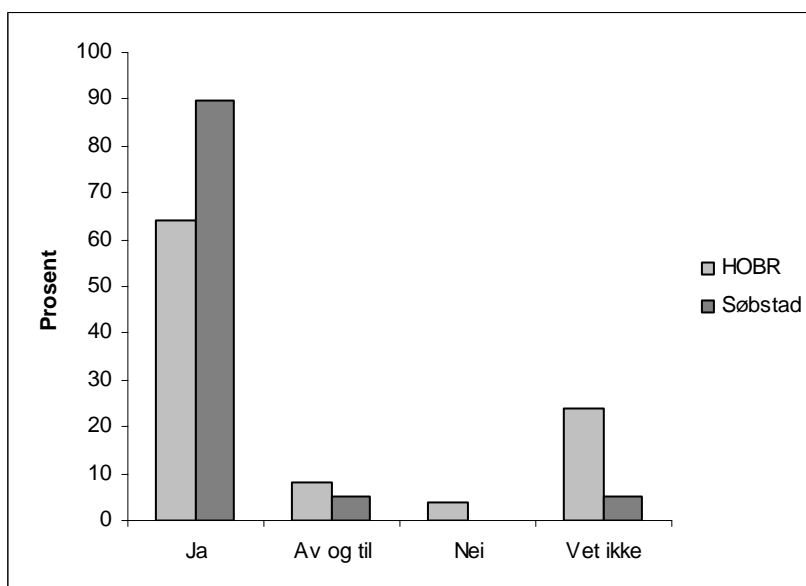
At brukerne har mulighet til å tilkalle hjelp fra personalet til enhver tid vil være viktig for brukernes trygghetsfølelse. Av Figur 3.19 ser en at 84 % fra HOBR oppgir at de kan tilkalle hjelp til enhver tid. Nærmere 95 % oppgir det samme ved Søbstad. 8 % ved HOBR oppgir at de "av og til" kan tilkalle hjelp til enhver tid, mens tilsvarende tall ved Søbstad er 5 %. Ved HOBR er det også 8 % som oppgir at de ikke kan tilkalle hjelp til enhver tid. Disse forskjellene mellom HOBR og Søbstad er statistisk signifikante på 5 %-nivå.



Figur 3.20 Bruker får hjelp innen 5 minutter etter tilkalling.

Av forrige figur (Fig 3.19) kunne man se at det var en stor andel ved begge institusjonene som oppgav at de hadde mulighet til å tilkalle hjelp til enhver tid. Et annet spørsmål som også vil være sterkt knyttet til brukernes trygghetsfølelse er hvor raskt de får hjelp etter tilkalling. Av Figur 3.20 ser vi at 39 % av respondentene fra HOBR oppgir at de får hjelp innen 5 minutter etter tilkalling mens 87 % oppgir det samme ved Søbstad. Dette er en forskjell på 48 %. Her bør HOBR søke å finne ut hva denne forskjellen skriver seg fra. En vanlig forklaring på slike forskjeller i responstid er bemanning, men det kan også f.eks. være et spørsmål om arbeidsorganisering.

Drøyt 30 % ved HOBR oppgir at de av og til får hjelp innen 5 minutter. 26 % oppgir at de ikke får hjelp innen 5 minutter. Ikke overraskende er disse forskjellene mellom HOBR og Søbstad signifikante på 5 %-nivå.



Figur 3.21 Bruker føler seg trygg på at hun/han for legehjelp ved behov.

Også i forhold til om brukerne føler seg trygg på at de får den legehjelp de har behov for er det relativt stor forskjell på HOBR og Søbstad. 64 % føler seg trygge på at de får legehjelp ved behov. Tilsvarende tall fra Søbstad er 90 %. Denne forskjellen ser ut til å skyldes at det er en mye større andel ved HOBR som er usikker på om de får legehjelp ved behov. 24 % av respondentene ved HOBR oppgir at de "vet ikke", mens tilsvarende tall ved Søbstad er 5 %. Det er en signifikant forskjell i varians mellom gruppene på 5 %-nivå.

I sykehjemsundersøkelsen fra 1997 svarte nærmere 80 % av brukerne at de fikk den nødvendige legehjelpen ved behov. I overkant av 12 % svarte "både/og", mens 9 % svarte at de ikke fikk den nødvendige legehjelpen ved behov. Her var det ikke en egen "vet ikke" kategori.

Tilbakemeldingene på legetjenesten fra dybdeintervjuene var i all hovedsak positive. De var nesten uten unntak fornøyd med både hyppigheten og utførelsen av legevisittene. Informantene beskrev en hyggelig og imøtekommende lege med god sans for humor som tok seg tid med den enkelte bruker.

3.5 Øvrige tilbakemeldinger fra dybdeintervju

Fra sykehus til HOBR

Flere studier har vist at kontinuitet i relasjonene mellom brukere og omsorgs- og pleiepersonell er viktig i brukernes opplevelse av kvaliteten i det totale tjenestetilbudet (Se f.eks. Olsen and Ingvald 2000). Vi var derfor interessert i å finne ut hvordan brukerne opplevde å bli overført fra sykehus til en korttidsavdeling hvor oppholdet er begrenset til kun noen ukers varighet.

Det ble først spurt om de på det tidspunktet de fikk et tilbud ved HOBR ville ha foretrukket å forbli ved sykehuset helt til de kunne skrives ut til hjemmet eller til en annen institusjon med et tilbud med lengre tidsperspektiv. Seks av sju beskrev at de var godt fornøyde med å bli overført til HOBR, mens en gav uttrykk for at oppholdet ved sykehuset gjerne kunne ha vært lengre. Av de som var glade for å bli skrevet ut til HOBR var det flere som beskrev at de kjedet seg ved sykehuset, og at de fremfor alt ønsket å komme hjem. Oppholdet ved HOBR ble oppfattet som et skritt i riktig retning i så måte.

Vi spurte deretter om mente de hadde blitt skrevet ut for tidlig fra sykehuset. Fire av sju mente at de ikke hadde blitt skrevet ut for tidlig fra sykehuset, mens tre syntes de hadde vært nødt til å forlate sykehuset for tidlig (en hadde derimot ombestemt seg etter at vedkommende kom til HOBR). For de som ikke syntes at de hadde blitt utskrevet av sykehuset for tidlig var begrunnelsen for dette gjerne knyttet til at de faktisk selv oppfattet seg som ferdigbehandlet ved sykehuset, og at det var liten aktivisering ved sykehuset ut over behandlingen. For de som gav uttrykk for at de hadde blitt for tidlig skrevet ut av sykehuset så ble dette for noen begrunnet med at de hadde god nytte av behandlingen der og at de gjerne hadde sett at den kunne ha vart noe lengre.

Brukerne ble så spurt om hvordan de opplevde å bli overført fra sykehus til HOBR. Om de opplevde selve overføringen som slitsomt og stressende. For noen ser selve overføringen ut til å ha gått helt greit. Tre av fire beskriver dette som helt greit og uten stress. Tre andre beskrev selve overføringen som stressende og slitsom. Her blir det trukket fram at det er krevende å tilpasse seg nye omgivelser. Dette gjelder andre brukere, personalet og rutinene ved HOBR. Det var flere som hadde innvendinger i forhold til bruken av enkelt- og dobbeltrom, og hadde gjerne sett at egne preferanser i forhold til dette ble tatt hensyn til fra første dag av.

Det ble deretter spurt om de var spente på om de kom til å få god nok oppfølging ved HOBR. De fleste oppgav at de følte seg trygge på at de kom til å få god oppfølging ved HOBR. Det ble også nevnt at flere at HOBR hadde et godt rykte på seg, noe som også bidro til at de følte seg trygge. De som gav uttrykk for mest utrygghet i forhold til oppfølginga ved HOBR var også de som hadde gitt uttrykk for at de hadde blitt utskrevet fra sykehus noe tidlig.

Pleie og behandling

I dybdeintervjuene ble det også spurt en del om hvordan brukerne opplevde den pleie og behandling de fikk ved HOBR. Fordi en del av spørsmålene overlappet med spørsmålene fra brukersurveyen så er tilbakemeldingene på disse spørsmålene gjengitt sammen med resultatene fra surveyen.

Kontinuitet er viktig også når det gjelder pleie og behandling. Derfor spurte vi om beboerne opplevde at det var god sammenheng mellom behandlinga ved sykehuset og den oppfølginga de fikk ved HOBR. De fleste tilbakemeldingene er positive. De fleste trekker fram som positivt at det er mye mer fysikalsk behandling og trening ved HOBR enn ved sykehuset. En kritisk tilbakemelding som kom opp var at overgangsvanskene som oppstod kunne ha vært løst om det hadde blitt med fagpersonell fra sykehuset som kunne ha overlappet med personellet ved HOBR.

Neste spørsmål var om de ofte nok fikk pleie fra pleiepersonalet. Tilbakemeldingene fra brukerne er at de får pleie ofte nok, men at det også er en del venting i forbindelse med pleie (noe som stemmer godt overens med tilbakemeldingene fra brukersurveyen). Noen hadde også en oppfatning av at dette skyldtes en lav bemanning.

Det ble deretter spurt om hvordan de opplevde kvaliteten på pleien. På dette spørsmålet består tilbakemeldingen fra brukerne av en lang rekke superlativer: "Overraskende god pleie", "de er enestående" og "de er vennlige og blide" er noen av beskrivelsene som ble brukt. Det var med andre ord ingen som hadde noe annet enn positivt å si om kvaliteten på pleien.

Så ble det spurt om det var noe tidsrom i løpet av døgnet og i løpet av uka at oppfølginga kunne ha vært bedre. Tilbakemeldingene fra de fleste brukerne er at de opplever at det skjer lite på kveldstid og i helgene, og at dette er perioder som fort kunne bli langsomme. En annen tilbakemelding var at brukerne kunne tenke seg mer oppfølging ved frokosten fordi bordplassering og plasseringen på buffeen gjorde det vanskelig å ta seg fram, spesielt for de som benyttet rullator.

Til slutt ble det spurt om hvordan de vurderte oppfølginga ved HOBR i forhold den de fikk ved sykehuset de ble utskrevet fra. Det er flere som gir uttrykk for at de er fornøyde med oppfølginga både ved sykehuset og ved HOBR. De fleste gir imidlertid uttrykk for at de hadde det bedre ved HOBR, dette begrunnes med blant annet at det er bedre fysikalsk oppfølging ved HOBR, at det ikke er noe sosialt miljø ved sykehuset og at det er viktig rent mentalt å komme seg ut fra sykehuset. "Det var på HOBR jeg ble frisk" var ett av utsagnene.

Lengden på oppholdet ved HOBR

I kraft av å være en korttidsavdeling er intensjonen at brukernes opphold ikke skal vare lengre enn maksimalt fire uker ved HOBR. Ut i fra medisinske og praktiske avveininger er det imidlertid ikke gitt at et opphold på maksimalt fire uker er ideelt for brukerne. Derfor har vi bedt om brukernes opplevelse av oppholdets lengde ved HOBR.

Reaksjonene fra brukerne er noe forskjellige på dette. Et par tilbakemeldinger går ut på at de gjerne hadde sett at tilbudet kunne ha vart noen uker lengre. Dette kan ha sammenheng med at de har måttet innom enda en institusjon (etter HOBR) før de har kunnet vende hjem, noe som blir trukket fram som stressende.

Det er også flere tilbakemeldinger på at lengden på oppholdet ved HOBR har vært av passende lengde og at behandlingsopplegget ved HOBR har gjort at de fikk store framskritt på kort tid.

Etter HOBR

En av intensjonene ved etablering av korttidsavdelinger som HOBR er at de skal avlaste spesialisthelsetjenesten og kanskje også primærhelsetjenesten. Vi formulerte noen spørsmål

rundt dette temaet, men det er selvfølgelig vanskelig å generalisere basert på svarene fra noen få tidligere brukere fra HOBR. Men vi var også interessert i å vite hvordan tidligere brukere hadde klart seg etter at de hadde blitt utskrevet fra HOBR, noe som kan gi en indikasjon på om tilbudet ved HOBR har fungert etter intensjonen i et rehabiliteringsperspektiv.

På spørsmål om de trodde de hadde blitt raskere bedre gjennom tilbudet ved HOBR sammenlignet med et lengre sykehusopphold som deretter hadde resultert i hjemsendelse eller utskrivning til et ordinært sykehjem svarte samtlige tre eksbeboere at behandlingsopplegget ved HOBR hadde vært avgjørende for at de har kunnet vende raskt hjem. Samtlige mente altså at oppholdet ved HOBR hadde forkortet restitusjonsperioden sammenlignet med hva man kunne forvente av andre behandlingstilbud (et par av disse informantene har tidligere erfaringer å bygge på). Også her ble det trukket fram at det er viktig for restitusjonen å komme seg raskt ut av sykehusmiljøet. Tilgangen til naturskjønne omgivelsene ved HOBR ble også trukket fram som viktig.

Det ble også spurt om de hadde hatt mindre behov for å oppsøke primærlegen sin som følge av oppholdet ved HOBR enn hva som ellers ville vært tilfelle. Her var det i hvert fall en tilbakemelding på at vedkommende hadde hatt mindre behov for hjelp gjennom primærhelsetjenesten som følge av oppholdet ved HOBR. Vedkommende beskriver en god oppfølging av sykdommen ved HOBR og at dette har ført til redusert behov for legetjenester i ettertid. De øvrige informantene hadde ikke noen synspunkter på dette.

Til slutt ble det spurt om hvordan brukeren hadde klart seg etter utskrivelsen fra HOBR. Ingen av brukerne beskrev noen vansker med å klare seg etter oppholdet ved HOBR, men flere beskrev at også denne overgangen var en mental omstillingsprosess.

Et annet behandlingstilbud? Kunne noe ha vært gjort annerledes?

Til slutt i intervjuene ble informantene spurt om de hadde foretrukket et annet tilbud enn HOBR hvis dette hadde vært tilgjengelig og hva som eventuelt kunne ha vært gjort annerledes ved HOBR.

På spørsmål om de visste om noe annet behandlingstilbud de heller kunne ha tenkt seg ble det fra de fleste gitt uttrykk for at de ikke visste av noe bedre enn HOBR. Et par av brukerne trakk fram helseheimer/ rehabiliteringshoteller hvor det var mer trim og bruk av varme bad i behandlingen.

Det siste spørsmålet som ble stilt i intervjuene var om det var noe som kunne ha vært gjort annerledes ved HOBR. Dette spørsmålet utløste hos de fleste en rekke beskrivelser av hvor bra de hadde det ved HOBR, men noen få kritiske bemerkninger kom også opp:

- Kveldsmaten er smurt om morgenen noe som ikke gjør den like appetittlig.
- Det er underbemannet – personalet har for mye å gjøre.
- De kunne ha spurt om hvor fornøyd man er med å dele rom. Det er viktig at de som deler rom passer sammen.
- Bygningene er gamle – de er ikke tilpasset gamle folk.
- Det går ikke an å få rullestol ut gjennom dør fra spisesal til veranda.
- Det er for mye medikamentering.
- Et tilbud som involverte samvær med dyr hadde vært bra.

Spesielt punktene som gjelder infrastruktur og situasjonen med deling av rom med andre ble trukket fram av flere av brukerne.

3.6 Oppsummering

En del av SINTEFs evaluering av Spesialenheten for utskrivningsklare pasienter ved Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter har bestått av en vurdering av tjenestekvaliteten ved denne enheten. Vi har valgt å samle inn data gjennom dybdeintervjuer med beboerne og gjennom en bredere brukersurvey. Resultatene fra brukersurveyen har blitt sammenlignet med resultatene fra en tilsvarende korttidsavdeling ved Søbstad sykehjem i Trondheim. I vurderingen av tjenestekvaliteten har det blitt lagt vekt på grunnleggende behov slik som fysiologiske behov, behov knyttet til hygiene, pleie og omsorg, behovet for trygghet, behovet for sosial kontakt og døgnrytme.

Resultater fra brukersurvey

For brukere av sykehjemstjenester er tilgangen til informasjon viktig, ikke minst fordi dette er en forutsetning for å skape trygghet hos beboerne og deres pårørende. Tilgang til informasjon, spesielt i forhold til behandling, er også nedfelt som en rettighet i Lov om pasientrettigheter. Det er imidlertid et mindretall av brukerne fra HOBR som oppgir at de har fått skriftlig informasjon om HOBR ved sykehuset. Det samme gjelder også for korttidsavdelingen ved Søbstad. Enda færre oppgav at de fikk fortløpende informasjon om endringer ved sykehjemmet. Under en fjerdedel av brukerne opplevde at de ble fortløpende informert, og i underkant av 40 % oppgav at de viste hvem som var deres kontaktperson ved HOBR. Såpass lav skår på spørsmålene knyttet til tilgangen til informasjon gir grunn til å anta at det ligger et forbedringspotensialet på dette området for HOBR.

Alle mennesker har behov for å leve et dagligliv som følger egen døgnrytme. Brukerne ved sykehjem har selvfølgelig også slike behov, og deres opplevelse av kvalitet vil naturlig nok påvirkes av deres mulighet til å følge egen døgnrytme. Under halvparten av respondentene fra HOBR oppgir at de følger sin vanlige døgnrytme, mens over to tredeler oppgir det samme ved Søbstad. Samtidig oppgir omtrent en av ti ved HOBR og omtrent tre av ti ved Søbstad at de selv kan velge når de skal spise. Her er det imidlertid tre av ti fra HOBR som oppgir at de av og til kan velge spisetidspunkt. Det er forståelig at det av ressursmessige hensyn er visse begrensninger i brukernes mulighet til fullt ut å følge egen døgnrytme. Man bør allikevel innarbeide fleksible rutiner knyttet til for eksempel spisetidspunkt for i størst mulig grad tilpasse systemet til brukernes individuelle døgnrytme.

Personlig hygiene er av stor betydning for livskvalitet og brukernes selvbilde og helse. I brukersurveyen ble det derfor spurt om de fikk nødvendig hjelp til vask og stell, samt toalettbesøk. Omtrent tre fjerdedeler av brukerne ved HOBR oppgav at de fikk den nødvendige hjelp til å holde seg velstelt, og i underkant av en fjerdedel oppgav at de av og til fikk den nødvendige hjelp. Her svarer godt over ni av ti fra Søbstad at de får den nødvendige hjelp til å holde seg velstelt. I forhold til bading og dusjing oppgir i overkant av seks av ti fra HOBR at de får badet eller dusjet ved behov samtidig som drøyt to av ti oppgir at de av og til får badet eller dusjet ved behov. Også her skårer Søbstad noe høyere. Det ble også spurt om brukerne fikk hjelp til toalettbesøk etter behov. Over åtte av ti fra HOBR, og nærmer ni av ti fra Søbstad oppgav at får hjelp til toalettbesøk etter behov. Som vi skal se senere så er det en god del av brukerne ved HOBR som rapporterer om venting etter tilkalling. Hvis brukere ved HOBR med f.eks. toalettbehov blir nødt til å vente, kan dette kanskje forklare hvorfor HOBR skårer noe lavere på dette området.

Det er mye kultur og felleskapsverdier knytte til mat og spisesituasjonen, noe som gjør at måltidene har stor betydning ut over det rent ernæringsmessige. Over ni av ti oppgir at de får nok mat i løpet av døgnet, mens to tredeler av brukerne ved HOBR oppgir at maten de får er appetittvekkende. Her er det små forskjeller mellom HOBR og Søbstad. Det er derimot stor forskjell på de to avdelingene når det gjelder brukernes mulighet til å velge middagsmat. Omtrent en av tyve oppgir at de kan velge middagsmåltid ved HOBR mens noe i underkant av en tre oppgir det samme ved Søbstad. Det ser imidlertid ut til at brukerne ved HOBR har noe større valgfrihet i forhold til hvem de spiser sammen med. Over halvparten av brukerne ved HOBR oppgir at de selv kan velge hvem de skal spise sammen med, mens

under halvparten av brukerne ved Søbstad sier det samme. Generelt kan man altså si at brukerne får nok mat, og at maten er appetittlig ved både HOBR og Søbstad. Det kan derimot virke som at det ved HOBR er færre valgmuligheter for valg av middagsmat enn ved Søbstad, men at det utvises større fleksibilitet i forhold til at brukerne selv kan velge hvem de ønsker å spise med ved HOBR enn ved Søbstad.

Brukernes rett til medvirkning i valg av behandling er nedfelt i Lov om pasientrettigheter. Brukermedvirkning er imidlertid et gode som kan omfatte alle forhold som berører brukernes livssituasjon ved institusjonen. Halvparten av brukerne ved HOBR og to tredeler av brukerne ved Søbstad oppgir at de får være med på bestemme hvilken hjelp de skal ha. Gitt at dette er en rettighet de har krav på så er andelen som oppgir medbestemmelse ved HOBR i laveste laget. Også når det gjelder brukernes opplevelse av at de blir tatt hensyn til når det er noe de ikke er fornøyde så skårer HOBR relativt lavt. I overkant av en tredel av brukerne ved HOBR oppgir at de blir tatt hensyn til mens tre firedeler ved Søbstad oppgir det samme. Et annet forhold som er minst like viktig for brukernes opplevelse av tjenestekvalitet er at de blir behandlet med respekt og høflighet fra personalet. På dette punktet skårer både HOBR og Søbstad svært høyt. Over ni av ti fra HOBR og samtlige brukere fra Søbstad oppgir at de blir behandlet med respekt og høflighet.

Vi vet at trygghet ofte vil være helt avgjørende for brukernes opplevelse av kvalitet ved institusjoner. Ønsket om plass ved institusjon vil i mange tilfeller være basert på et ønske om større grad av trygghet. Åtte av ti ved HOBR og over ni av ti ved Søbstad oppgir at de får den oppmerksomheten de har behov for fra personalet. Samtidig er det over åtte av ti ved HOBR og over ni av ti ved Søbstad som oppgir at de har mulighet til å tilkalle hjelp til enhver tid. Det er imidlertid bare fire av ti ved HOBR som oppgir at de får hjelp innen fem minutter etter tilkalling. Over åtte av ti ved Søbstad oppgir å få hjelp innen fem minutter etter tilkalling. Også på spørsmål om brukerne føler seg trygge på at de får legehjelp ved behov er det en betydelig forskjell på institusjonene. I overkant av seks av ti respondenter ved HOBR og ni av ti ved Søbstad føler seg trygge på at de får legehjelp ved behov. Det er meget sannsynlig at dette henger sammen med at respondentene fra HOBR opplever å måtte vente lengre ved tilkalling enn ved Søbstad. Det må imidlertid presiseres at tilbakemeldingene på legetjenestens kvalitet fra intervjuene i all hovedsak var positiv.

Tilbakemelding fra dybdeintervju

Fra tidligere studier har det blitt dokumentert at kontinuitet i relasjonene mellom personalet og brukernes er viktig for brukernes kvalitetsoppfattelse. Det samme gjelder selvfølgelig kontinuitet i behandlingstilbudet. Dette var derfor et sentralt tema i intervjuene.

I intervjuene kom det fram at de fleste var godt fornøyde med å bli overflyttet fra sykehus til HOBR selv om de visste at dette tilbudet var begrenset til noen ukers varighet. De fleste mente også at de ikke hadde blitt skrevet ut av sykehuset for tidlig. Den rådende oppfatningen var at de ikke hadde noe å gjøre på sykehuset når den spesialiserte behandlingen var avsluttet, og at de da hadde godt av å komme seg vekk fra sykehusmiljøet.

Gjennom intervjuene kom det fram at det var stor forskjell på om brukerne opplevde overføringen fra sykehuset som slitsom og stressende. Omtrent halvparten beskrev denne overføringen som helt uproblematisk, mens den andre halvparten opplevde en del stress i forbindelse med selve overføringen og tilpasningen til en ny tilværelse ved HOBR.

I forhold til kontinuiteten i behandlingsopplegget ved overførsel til HOBR var de fleste tilbakemeldingene positive. Spesielt ble mengden med fysikalsk behandling og trening opplevd som positivt ved HOBR. Noen beskrev at personalet la et mildt press på dem i forhold til å forsøke å gjennomføre en del øvelser, og at dette kunne være noe anstrengende, men at de da gjerne klarte å gjøre mer enn de selv var klar over. Flere pasienter rapporterer om store framskritt i løpet av perioden ved HOBR. Brukerne beskriver også at de generelt hadde det bedre ved HOBR enn ved sykehuset fordi de fikk mer fysikalsk oppfølging samtidig med at det sosiale livet ved HOBR var bedre enn ved sykehuset. Forøvrig var brukernes tilbakemelding på pleiekvaliteten uten unntak positiv.

Det var delte meninger blant brukerne på om oppholdet ved HOBR var av passende lengde. Noen mente de fire ukene var lenge nok, mens kanskje spesielt de som opplevde å bli sendt videre til ett nytt kortvarig opphold ved en annen rehabiliteringsinstitusjon mente at oppholdet ved HOBR godt kunne ha vært noe lengre.

En av intensjonene bak opprettelsen av korttidsavdelinger som HOBR og Søbstad er at de skal avlaste både andre- og førstelinjetjenesten. Samtlige brukere mente at behandlingsopplegget ved HOBR hadde vært avgjørende for at kunne vende raskt hjem og at dette tilbudet hadde forkortet restitusjonsperioden sammenlignet med hva man kunne forvente av andre behandlingstilbud. Det ble av enkelte også hevdet at de hadde mindre behov for å oppsøke sin primærlege enn hva man kunne forvente ellers etter oppholdet ved HOBR. Ingen av brukerne opplyste om problemer med å klare seg selv etter at de ble utskrevet fra HOBR.

Noen sluttkommentarer

I brukersurveyen så har vi sett at HOBR på en del punkter skårer lavere enn Søbstad, men som vi var inne på i innledningen av dette kapitlet så betyr ikke dette nødvendigvis at kvaliteten er lavere ved HOBR enn ved Søbstad. Så lenge det ikke er en randomisert plassering av brukerne i de to institusjonene så går det ikke an å si med sikkerhet at slike forskjeller skyldes forskjeller i tjenestekvalitet eller andre eksterne forhold (som f.eks. pleietyngde).

Vi har sett til dels svært høy skår på en rekke viktige dimensjoner knyttet til grunnleggende behov samtidig som vi har identifisert områder hvor det antakelig er grunnlag for forbedringer. For de dimensjonene vi har hatt referansegrunnlag fra bredere sykehjemsundersøkelser har HOBR kommet godt fra disse sammenligningene. Vi har i hvert fall ingen grunn til å tro at HOBR ligger dårligere an på de aktuelle kvalitetsmålene enn ordinære sykehjem ellers i landet.

I forhold til funksjonen som et kortvarig rehabiliteringstilbud til utskrivningsklare pasienter så er vårt inntrykk ut fra brukersurveyen og dybdeintervjuene at Spesialenheten for utskrivningsklare pasienter ved Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter har fungert meget tilfredsstillende. Spesielt dybdeintervjuene etterlater et inntrykk av at brukerne opplever store funksjonsforbedringer i løpet av sitt opphold, og at de fleste er i stand til å vende hjem etter endt opphold ved HOBR.

4 Kostnadsmessige effekter

I dette kapitlet presenteres en kostnadsanalyse som vurderer kostnadsmessig effekt for staten ved Sykehuset Asker og Bærum HF, og for kommunene Asker og Bærum som følge av tiltaket spesialenhet for utskrivingsklare pasienter (SUP) ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter (HOBR). Kostnadsanalysen tar utgangspunkt i en differansebetragtning, som beregner endring i kostnader i løpet av ett år (2004).

Kostnadsanalysen er en kostnadsminimeringsstudie som sammenligner totale kostnader ved spesialenheten for utskrivingsklare pasienter, i relasjon til et mer tradisjonelt behandlingsforløp. Kostnadsminimeringsstudie er et spesialtilfelle av kostnad-effekt analyse (5), hvor det helsemessige resultatet av de alternative behandlingsmodellene anses som like godt. Årsaken til at en kostnadsminimeringsstudie har blitt valgt, er at kvaliteten på pasientbehandlingen ved SUP antas å være minst like god som et mer tradisjonelt behandlingsforløp. Dette begrunnes ut fra pasienttilfredshetsundersøkelsen presentert i kapittel tre, og lavere reinnleggelsesrate i sykehus for pasientgruppen som har fått et behandlingstilbud ved SUP sammenlignet med tilsvarende pasientgrupper – som vises i dette kapitlet. Det beregnes med andre ord endring i kostnader for stat og kommune i 2004 som følge av en spesialenhet for oppfølging av eldre utskrivingsklare pasienter ved HOBR.

Kostnadsmessig effekt for staten ved Sykehuset Asker og Bærum HF (SAB HF) blir presentert i avsnitt 4.1. Kostnadsmessige effekter for kommunene Asker og Bærum blir presentert i avsnitt 4.2. Avsnitt 4.3 gir en samlet vurdering for sykehuset og kommunene, samt eksempler på kostnader for ulike behandlingsforløp.

4.1 Kostnadsmessig effekt for Sykehuset Asker og Bærum HF

Opprettelsen av en spesialenhet for utskrivingsklare pasienter ved HOBR kan frigjøre kapasitet ved SAB HF. Bakgrunnen for denne antakelsen er for det første at det kan tenkes at de aktuelle pasientene skrives raskere ut av sykehuset for å overføres til HOBR. Dermed kan liggetiden ved sykehuset reduseres, og kapasiteten kan øke. Eventuelt kan problemer med overbelegg reduseres. Kostnadsbesparelse for sykehuset som følge av redusert liggetid presenteres i avsnitt 4.1.1. For det andre er det en målsetting at tilbudet ved HOBR skal føre til lavere omfang av reinnleggelser i sykehuset for denne gruppen. Lavere omfang av reinnleggelser for denne pasientgruppen vil øke kapasiteten ved sykehuset, samtidig som det også vil bety økt kvalitet for pasienten. Den kostnadsmessige effekten av redusert omfang av reinnleggelser presenteres i avsnitt 4.1.2.

Det kan påpekes at redusert liggetid og lavere omfang av reinnleggelser for den aktuelle pasientgruppen ikke nødvendigvis betyr sparte kostnader for sykehuset. Årsaken til dette er at omfanget av reduserte liggedøgn og reduksjon i reinnleggelsesrate neppe kan antas å føre til at kapasiteten på avdelingene bygges ned. Men den frigjorte kapasiteten kan benyttes til å behandle flere pasienter, noe som igjen kan bety kortere ventetider og økt effektivitet i pasientbehandlingen. Dette har en verdi, og denne verdien vil bli benyttet som mål på kostnadsbesparelse for Sykehuset Asker og Bærum.

Hvis den frigjorte kapasiteten benyttes til å behandle flere pasienter, har dette en inntektside i form av økte ISF-inntekter. Dette ikke inkludert i denne kostnadsanalysen. Årsaken til

dette er at det her presenteres en analyse som fokuserer på endring i brutto driftsutgifter uavhengig av finansiering.

4.1.1 Kostnadsbesparelse som følge av redusert liggetid ved SAB HF

a) Redusert liggetid ved SAB HF

Det første spørsmålet her er om pasientgruppen som får tilbud ved spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ligger i kortere tid på sykehus på grunn av dette tilbudet. Hvis så er tilfelle, kan det knyttes en verdi til de sparte liggedøgnene. For å undersøke dette har HOBR-pasientenes liggetid ved det forutgående sykehusoppholdet på SAB HF blitt sammenlignet med liggetid for tilsvarende pasienter på SAB HF.

I og med at det her ikke foreligger en randomisert studie med kontrollpasienter på SAB HF, er det ikke helt klart hvem kontrollpasientene er. På bakgrunn av informasjon om alder⁶ og sykehusdiagnose⁷ for pasientene ved SUP i 2003 og 2004, har en tilsvarende pasientgruppe blitt avgrenset i pasientdata fra SAB HF. I perioden fra og med slutten av april 2003 til og med oktober 2004 er det 303 utskrevne pasientopphold ved SUP. For hver av disse 303 pasientoppholdene har det blitt søkt etter kontrollpasientopphold ved SAB HF med utgangspunkt i alder og diagnose.

Tidligere analyser av liggetid viser at gjennomsnittlig liggetid ved SAB HF er noe lengre enn ved andre sykehus på samme hierarkiske nivå (disse sykehusene ble i SAMDATA til og med 2001 benevnt fylkessykehus med sentralsykehusavdelinger). Dette kan ha mange årsaker, men er ikke tema for denne rapporten. I og med at det er kostnadseffekter av SUP for SAB HF som blir analysert her, vil det være mest korrekt å benytte liggetider ved SAB HF for tilsvarende pasienter som kontrollgruppe.

For å kunne si noe om opprettelsen av SUP sin effekt på liggetid i sykehus for den aktuelle pasientgruppen, ble det søkt etter i tilsvarende pasienter ved Bærum Sykehus (BS) i 2002. Året 2002 ble valgt fordi SUP ble opprettet i 2003. Når kontrollpasienter med samme alder og diagnose i NPR-data for BS i 2002 ble funnet, viste det seg at pasientene som ble overført til SUP i 2003 i gjennomsnitt hadde vært innlagt på sykehus 4,7 døgn lengre enn kontrollpasientene. Pasientene som ble overført til SUP i 2004 hadde i gjennomsnitt ligget 4,8 døgn lengre på SAB HF enn kontrollpasientene ved BS i 2002. Variasjonen i liggetid til kontrollgruppen var imidlertid stor.

Det er ingen grunn til å anta at opprettelsen av SUP skulle føre til lengre liggetider på sykehus for den aktuelle pasientgruppen. Derfor ble det stilt spørsmål om at utvalget av kontrollpasienter ble definert for vidt. I tillegg til betingelse om at pasientoppholdene i kontrollutvalget skulle ha samme alder og diagnose som pasientene ved SUP, ble det satt som betingelse at kontrollpasientene skulle ha status som *utskrivingsklare* pasienter fra sykehuset. Denne variabelen i pasientdata er omdiskutert, spesielt går diskusjon på om verdien (dvs dato) som står i dette feltet er riktig. Det er større enighet om at pasienter som har fått en verdi/dato som utskrivingsklar fra sykehuset, er pasienter som har behov for et tilbud etter utskrivning – enten i form av rehabilitering eller sykehjemsplass. For dette formålet har det blitt valgt ut pasienter ved BS i 2002 som er registrert med en verdi i dette feltet, uavhengig av hva verdien måtte være. Med utgangspunkt i at tilbudet SUP ved HOBR rettes mot utskrivingsklare pasienter, kan det argumenteres for at det bør tas utgangspunkt i pasienter med status utskrivingsklar fra sykehuset når et kontrollutvalg defineres. Det må allikevel tas forbehold om kvalitet på denne variabelen.

Når dette tilleggskriteriet ble for kontrollpasienter ble satt, ble resultatet at pasientene som ble overført til SUP i 2003 i gjennomsnitt hadde ligget 6,0 døgn kortere tid på sykehus enn

⁶ Her har aldersskutt med 5-års intervaller blitt benyttet.

⁷ Som diagnose benyttes hoveddiagnose beskrevet ved ICD10 kode på 3-siffer nivå.

tilsvarende pasienter i 2002. Pasienter som ble overført til SUP i 2004 hadde sammenlignet med kontrollpasientene fra 2002 vært 6,5 døgn kortere tid innlagt på SAB HF.

Vedleggstabell 1 viser i kolonne (a) liggetid ved SAB HF i 2003 for pasienter som ble overført til SUP, og gjennomsnittlig liggetid for tilsvarende utskrivingsklare pasienter ved BS i 2002 i kolonne (b).

Det kan være slik at liggetid i sykehus for den aktuelle pasientgruppen endres over tid. F eks kan det tenkes at SAB HF generelt har skrevet eldre pasienter tidligere ut fra sykehuset i 2003, sammenlignet med 2002. SAMDATA somatikk sektorrappport 2003 (1) viser at andel langtidsopphold⁸ i for eldre over 80 år ved Bærum Sykehus i 2002 var åtte prosent, et nivå som var fire prosentpoeng over landsgjennomsnittet. I 2003 har denne andelen sunket til 4,3 prosent, og andel langtidsopphold er da under ett prosentpoeng over landsgjennomsnittet. Samlet gjennomsnittlig beleggspersent på sykehussengene sank ved Bærum Sykehus sank fra 99 prosent i 2002 til 90 prosent i 2003.

Det kan det argumenteres for at det er mer riktig å sammenligne liggetid ved sykehuset for pasientene som ble overført til SUP med liggetid for tilsvarende kontrollpasienter ved SAB HF i 2003. I data fra SAB HF er det mulig å se på liggetid for utskrivingsklare pasienter med tilsvarende alder og diagnose som gruppen som ble overført til SUP – som *ikke* har blitt overført til SUP. På bakgrunn av denne sammenligningen går det fram at pasienter som ble overført til SUP i 2003 i gjennomsnitt lå 2,7 døgn kortere tid på SAB HF. Dette er en indikasjon på at liggetid for eldre pasienter ved SAB HF generelt har gått ned fra 2002 til 2003. Dette reflekterer med andre ord både redusert liggetid som følge av SUP – men også en generell reduksjon i liggetid for eldre pasienter fra 2002 til 2003. Derfor blir det mer riktig å gå ut fra at redusert liggetid ved SAB HF som følge av tilbudet ved HOBR er 2,7 døgn i 2003. Den tilsvarende reduksjonen i liggetid ved SAB HF i 2004 for pasienter som overføres til SUP er beregnet til 2,8 døgn (se vedleggstabell 1 og vedleggstabell 2).

Basert på SUP-pasienter i 2003 og kontrollpasienter for disse har det blitt testet for om redusert liggetid for SUP-pasientene er signifikant lavere enn liggetid for kontrollpasientene. Det har blitt benyttet en t-test som sammenligner gjennomsnittsverdi i to uavhengige utvalg. På bakgrunn av denne testen går det fram at liggetiden for SUP-pasientene er signifikant lavere enn for kontrollpasientene, på et 10% signifikansnivå. Liggetidsforskjellen er ikke signifikant på 5% nivå.

Det beregnes også en sterkt signifikant positiv korrelasjon mellom liggetid på SAB HF for hver SUP-pasient og gjennomsnittlig liggetid for kontrollpasientene. Korrelasjonskoeffisient er 0,58, og den er signifikant på under 0,1 prosent nivå. Dette indikerer at for de pasientene som det har blitt identifisert kontrollpasienter for, så har kontrollpasientene det samme liggetidsmønsteret – men lengre liggetid. Det betyr at kontrollutvalget matcher SUP-pasientene veldig godt.

Vedleggstabellene 1 og 2 viser også at ved utvalg av sammenligningspasienter ved SAB HF i 2003, så finnes sammenligningspasienter med samme alder, samme diagnose og status utskrivingsklar for omtrent 50 prosent av SUP-pasientene. Det finnes sammenligningspasienter for kun 50 prosent av SUP-pasientene fordi kravet om samme diagnose, alder og status utskrivingsklar begrenser utvalget av sammenligningspasienter kraftig. Imidlertid velges det her å anta at en gjennomsnittlig reduksjon i liggetid på 2,7 døgn i 2003 og 2,8 døgn i 2004 basert på omtrent 50 prosent av SUP-pasientene er representativt.

Det må også påpekes at det skjer en siling av pasienter som får tilbud ved SUP. Det antas i utgangspunktet at dette er pasienter som med stor sannsynlighet vil kunne tilbakeføres til hjemmet etter opptrening. Derfor kan det være slik at kontrollpasientene muligens er pasienter som er mer hjelpetrengende enn gruppen som får tilbudet ved SUP. Det kan stilles spørsmål om dette også fører til lengre liggetid på sykehuset for kontrollpasientene. At kontrollgruppen kan forventes å være mer hjelpetrengende behøver imidlertid ikke å bety at

⁸ Langtidsopphold er sykehusopphold som har liggetid ut over et statistisk fastsatt øvre trimpunkt. Andel langtidsopphold for eldre er antall sykehusopphold for eldre over 80 år med liggetid ut over trimpunkt, dividert på totalt antall sykehusopphold for denne aldersgruppen.

de bruker lengre tid på å bli medisinsk ferdigbehandlet på sykehuset, selv om dette muligens er en gruppe som i større grad har behov for en mer langsiktig sykehjemsplass.

SUP-pasientene er valgt ut for tilbudet SUP, noe som gjør at det kan stilles spørsmålsteget ved kontrollgruppens gyldighet. Det må imidlertid påpekes at en rekke av pasientene som ble overført til SUP hadde svært lang liggetid på SAB HF, som representerte store avvik fra tilsvarende pasientgrupper nasjonalt. Dette indikerer at det heller ikke kan hevdes at pasienter som velges ut for tilbudet ved SUP er betydelig friskere enn kontrollgruppen. Når kostnadsbesparelse for SAB HF som følge av tiltaket SUP ved HOBR beregnes, vil det allikevel legges til grunn at liggetiden ved SAB HF for SUP-pasientene reduseres med 2,7 døgn i 2003 og 2,8 døgn i 2004. Imidlertid burde dette ha blitt testet i en randomisert studie.

Det kan også være interessant å se nærmere på om det er enkelte diagnoser som skiller seg ut med kortere liggetid for pasientene som overføres til SUP. Tabell 4.1 nedenfor viser gjennomsnittlig liggetid på sykehus for fem relativt vanlige diagnoser blant HOBR-pasientene, både for HOBR-pasientene i 2003 og for kontrollgruppen. Tabell 4.2 gir samme oversikt basert på SUP-pasienter i 2004, og seks relativt vanlige diagnoser i 2004.

Tabell 4.1 Gjennomsnittlig liggetid ved SAB HF for pasienter som har fått tilbud ved SUP i 2003, og tilsvarende pasienter som ikke har fått dette tilbudet. 5 utvalgte diagnosekoder.

Diagnose- kode ICD10	Diagnosenavn	Antall SUP- pasienter i 2003 (a)	Gj.-snittlig lgd SAB HF for SUP pas i 2003 (b)	Gj.-snittlig lgd SAB HF for kontroll- pasienter i 2003 (c)	SUM lgd på SAB HF for SUP pas i 2003 (d) = (a) * (b)	SUM lgd på SAB HF uten SUP (e) = (a) * (c)	Samlet differanse i liggedøgn (f) = (d) - (e)
I50	Hjertesvikt	10	8	15	80	150	-70
I63	Hjerneinfarkt	7	14	24	98	168	-70
S32	Brudd i bekken og lumbalkolonna	4	6	8	24	32	-8
S72	Brudd i lårben	28	11	13	308	364	-56
Z50	Rehabiliteringstiltak	6	32	34	192	204	-12
SUM		55			702	918	-216

Det framgår av tabell 4.1 at pasienter med hoveddiagnose hjertesvikt og hjerneinfarkt som overføres til SUP har en gjennomsnittlig liggetid på SAB HF som er hhv sju og ti døgn kortere enn kontrollpasientene. De kirurgiske pasientene med lårhalsbrudd og bekkenbrudd har en liggetid på SAB HF som er to døgn kortere enn det kontrollpasientene har.

Det samme bildet gjelder for 2004. Tabell 4.2 nedenfor viser at liggetiden for pasienter med hjertesvikt og hjerneinfarkt er åtte døgn kortere for pasientene som overføres til SUP. For pasienter med kirurgiske diagnoser er reduksjonen i liggetid ved SAB HF som følge av tiltaket SUP i størrelsesordenen ett til tre døgn. Ut fra tabell 4.2 kan det se ut til at andel pasienter ved SUP med medisinske diagnoser er noe lavere i 2004 sammenlignet med 2003.

Tabell 4.2 Gjennomsnittlig liggetid ved SAB HF for pasienter som har fått tilbud ved SUP i 2004, og tilsvarende pasienter som ikke har fått dette tilbudet. 6 utvalgte diagnosekoder.

Diagnose- kode ICD10	Diagnosenavn	Antall SUP- pasienter i 2004	Gj.-snittlig lgd SAB HF for SUP pas i 2003	Gj.-snittlig lgd SAB HF for kontroll- pasienter i 2003	SUM lgd på SAB HF for SUP pas i 2003 (d) = (a) *(b)	SUM lgd på SAB HF uten SUP (e) = (a) * (c)	Samlet differanse i liggedøgn (f) = (d) - (e)
		(a)	(b)	(c)	(d) = (a) *(b)	* (c)	- (e)
I50	Hjertesvikt	6	8	15	47	90	-43
I63	Hjerneinfarkt	6	16	24	94	144	-50
S32	Brudd i bekken og lumbalkolonna	6	7	8	39	48	-9
S72	Brudd i lårben	41	11	13	437	533	-96
Z50	Rehabiltieringstiltak	9	30	34	273	306	-33
S42	Brudd i skulder og overarm	6	6	9	38	54	-16
SUM		74			928	1175	-247

Kostnadsbesparelse som følge av redusert liggetid ved SAB HF

I kostnadsanalysen beregnes endring i kostnader for ett år (2004) som følge av tiltaket SUP ved HOBR. Tidligere i dette avsnittet har det blitt beregnet at liggetiden ved SAB HF i gjennomsnitt reduseres med 2,8 døgn for pasienter som overføres til SUP i 2004. Per 31.10.2004 har det blitt utskrevet 183 pasienter fra SUP. Med utgangspunkt i at det i gjennomsnitt utskrives 18 pasienter per måned fra SUP, antas det at det skrives ut 220 pasienter per år. Dermed kan det antas at totalt antall sparte liggedøgn ved SAB HF på grunn av SUP i 2004 er 220 pasienter * 2,8 døgn per pasient = 616 liggedøgn.

Neste trinn er å feste en verdi til de sparte liggedøgnene. SAMDATA somatikk sektorrapport 2003 (6) viser at et liggedøgn ved SAB HF i gjennomsnitt kostet kr 6 480 i 2003. Hvis det antas at dette kostnadsnivået holder seg i 2004, kan dette tallet prisjusteres for å beregne en sammenlignbar størrelse for 2004. Det tas her utgangspunkt i en prisstigning på fem prosent fra 2003 til 2004⁹. En prisjustert liggedøgnkostnad blir da kr 6 800.

Denne gjennomsnittlige liggedøgnskostnaden inneholder også kostnader for drift av operasjonsavdeling, intensiv- og postoperativ enhet, røntgen avdeling og laboratorievirksomhet - dvs medisinske serviceavdelinger. Det er rimelig å forutsette at på slutten av et sykehusopphold, spesielt for langtidsliggere, så benytter den innlagte i hovedsak ressurser fra sengeavdelingen – og lite av ressursene på de medisinske serviceavdelingene. Kostnadsarbeider i sykehus utført av SINTEF Helse (7) viser at sengeavdelingskostnader i gjennomsnitt utgjør 60-65 prosent av totale driftskostnader i sykehus. Her forutsettes det at sengeavdelingskostnadene utgjør 60 prosent av driftskostnadene ved SAB HF, og dermed settes verdien av ett spart liggedøgn ved sykehuset lik $kr\ 6\ 800 * 0,6 = kr\ 4\ 080$. Ut fra dette beregnes verdien av de sparte liggedøgnene for SAB HF i 2004 til $616\ døgn * kr\ 4\ 080\ per\ døgn = kr\ 2\ 513\ 280$. Denne verdien benyttes videre som kostnadsbesparelse for SAB HF, som følge av redusert liggetid ved sykehuset på grunn av tilbudet som gis ved SUP.

⁹ Det foreligger ikke per 1. februar 2005 beregning av prisindeks fra 2003 til 2004 for statlig forvaltning. Størrelsen på 5 prosent er en antatt størrelse på bakgrunn av prisvekst på 5,5 prosent i sektoren fra 2002 til 2003.

4.1.2 Kostnadsbesparelser for SAB HF ved redusert omfang av reinnleggelser i sykehus

Reduksjon i reinnleggingsrate

Tilbudet som spesialenheten ved HOBR gir har som målsetting å gjøre de eldre pasientene friskere ved tidspunkt for hjemreise. Det er interessant å undersøke om reinnleggingsrate i sykehus går ned for pasienter som får et tilbud ved SUP, sammenlignet med tilsvarende pasienter som ikke får dette tilbudet. Redusert reinnleggingsrate for pasientgruppen betyr frigjort kapasitet for sykehuset, og er også en indikasjon på økt kvalitet for pasientene.

I dette arbeidet har det blitt beregnet reinnleggingsrate for sykehuspasienter som fikk et tilbud ved SUP i 2003. Dette har blitt utført av SAB HF på bakgrunn av pasientoversikt fra HOBR. En del av pasientene som var innlagt på SAB HF i 2003, med påfølgende opphold på SUP, hadde vært innlagt på sykehuset tidligere på året. For å isolere effekten av oppholdet ved SUP har reinnleggingsrater i sykehus etter oppholdet på SUP ved HOBR blitt beregnet. Utgangspunktet er da sykehusoppholdet som går forut for oppholdet på SUP.

Til sammenligning har reinnleggingsrate for kontrollpasientene ved SAB HF i 2003, definert under avsnitt 4.1.1., blitt beregnet¹⁰. Ved beregning av reinnleggingsrater for kontrollpasientene har det kun blitt benyttet et utvalg av pasienter som var utskrevet fra og med 20. april 2003 til og med 31. desember 2003. Dette fordi at perioden det beregnes reinnleggingsrater for skal være sammenfallende med perioden SUP var i drift. Årsaken til at sammenfallende perioder bør sammenlignes er at pasienter som blir utskrevet fra sykehus i november og desember har lavere sannsynlighet for å bli reinnlagt samme år. Den relative betydningen av lavere sannsynlighet for å bli reinnlagt i november og desember vil være større for et utvalg basert på april til desember sammenlignet med et utvalg basert på januar til desember. For å eliminere dette momentet har det her blitt valgt å sammenligne reinnleggingsrate for samme periode i de to utvalgene.

Tabell 4.3 nedenfor viser reinnleggingsrate i sykehus for pasienter ved SAB HF som fikk et tilbud ved HOBR i 2003, og for kontrollpasientene ved SAB HF i 2003. Som reinnleggelse regnes sykehusopphold som øyeblikkelig hjelp i perioden 1-30 dager og i perioden 31-60 dager etter utskriving fra sykehus. Det vil si at planlagte reinnleggelser, serieopphold og innleggelser for øyeblikkelig hjelp senere enn 60 dager etter utskriving ikke defineres som reinnleggelse i sykehus.

For gruppen som får et tilbud ved HOBR kan det være nærliggende å tenke seg at reinnleggelser på sykehus i større grad unngås i perioden de er på HOBR, mens den øker etter at oppholdet på HOBR er over – hvis HOBR-oppholdet ikke har noe reell effekt på reinnleggingsraten.

Tabell 4.3 viser at pasientene som har fått et tilbud ved SUP i 2003 har et nivå på andel reinnleggelser i sykehus som samlet sett er drøyt åtte prosentpoeng lavere enn kontrollpasienter ved SAB HF i 2003. På bakgrunn av Pearsons kji-kvadrattest går det fram at reinnleggingsraten for SUP-pasientene er signifikant lavere enn for kontrollpasientene ved SAB HF i 2003, på et 10 prosent signifikansnivå. reinnleggingsraten er ikke signifikant lavere hvis et signifikansnivå på 5 prosent legges til grunn. Det var muligens forventet at reinnleggingsraten var lavere i perioden 1-30 dager etter utskriving fra sykehus, på grunn av at pasientene som får et tilbud ved SUP da har et omsorgstilbud. Men det går fram av tabell 4.3 at beregnet reinnleggingsrate faktisk ser ut til å være noe lavere i perioden 31-60 dager etter utskriving også.

¹⁰ Dette er sammenligningspasienter ved SAB HF i 2003 som ikke har fått tilbud ved SUP, men som har samme alder og diagnose som SUP-pasientene og status utskrivingsklar pasient i pasientdata fra NPR.

Tabell 4.3 Reinnleggelser i sykehus for HOBR pasienter i 2003, og for kontrollpasienter ved SAB HF i 2003. Totalt antall sykehusopphold. Antall og andel sykehusopphold som reinnleggelser i form av øyeblikkelig hjelp i perioden 1-30 dager og i perioden 31-60 dager etter utskriving fra sykehus. Ingen krav til lik diagnose i reinnleggesoppholdet.

Reinnleggelser i sykehus	Antall sykehusopphold SUP pasienter 2003	Andel reinnleggesopphold på SAB HF for SUP pasienter 2003	Antall sykehusopphold kontrollpasienter 2003	Andel reinnleggesopphold på SAB HF for kontrollpasienter
Totalt antall sykehusopphold	161		121	
Reinnleggelser som ø-hjelp i perioden 1-30 dager etter utskriving fra sykehus	23	14,3 %	25	20,7 %
Reinnleggelser som ø-hjelp i perioden 31-60 dager etter utskriving fra sykehus	6	3,7 %	7	5,8 %
SUM reinnleggelser	29	18,0 %	32	26,5 %

Frekvenstilling på bakgrunn av reinnleggelser for SUP-pasientene presentert i tabell. viser at 24 av 29 reinnleggelser, eller i overkant av 80 prosent, kommer til medisinsk avdeling. I utgangspunktet er drøyt halvparten av pasientene kommer til SUP utskrevet fra ortopedisk og kirurgisk avdeling på sykehuset. Ved samme frekvensteling for kontrollutvalget viser det seg at i underkant av 60 prosent av reinnleggesoppholdene kommer til medisinsk avdeling (19 av 32). Dette kan være en indikasjon på at redusert reinnleggesrate særlig gjelder for kirurgiske pasienter.

I tabell 4.3 har det blitt presentert reinnleggesrater hvor det ikke har blitt stilt noe krav om at reinnleggesoppholdet skal ha samme diagnose som det forutgående sykehusoppholdet. I tabell 4.4 er det stilt krav om at hoved- eller bidiagnoser ved reinnleggesoppholdet skal matche hoveddiagnosen ved det forutgående sykehusoppholdet.

Når det stilles krav om diagnoselikhhet, er det ikke lavere reinnleggesrate i sykehus for pasientene som har fått et tilbud fra SUP. Tabell 4.4 viser at når det stilles krav om diagnoselikhhet, så får pasientene som har fått et tilbud fra SUP en reinnleggesrate som er ett prosentpoeng høyere enn for kontrollgruppen. Differansen er meget liten, så her har det ikke blitt testet om det er signifikant høyere reinnleggesrate for pasientene som har blitt overført til SUP når det stilles krav om diagnoselikhhet. Men det er ingen grunn til å anta det skulle være slik.

Tabell 4.4 Reinnleggelser ved SAB HF for SUP pasienter i 2003, og for sammenligningspasienter ved SAB HF i 2003. Totalt antall sykehusopphold. Antall og andel sykehusopphold som reinnleggelser i form av øyeblikkelig hjelp i perioden 1-30 dager og i perioden 31-60 dager etter utskriving fra sykehus. Hoved- eller bidiagnoser i reinnleggelsesoppholdet matcher hoveddiagnose i det forutgående sykehusopphold.

Reinnleggelser i sykehus	Antall sykehusopphold SUP pasienter 2003	Andel reinnleggelsesopphold på SAB HF for SUP pasienter 2003	Antall sykehusopphold kontrollpasienter 2003	Andel reinnleggelsesopphold på SAB HF for kontrollpasienter
Totalt antall sykehusopphold	161		121	
Reinnleggelser som ø-hjelp i perioden 1-30 dager etter utskriving fra sykehus	10	6,2 %	6	5,0 %
Reinnleggelser som ø-hjelp i perioden 31-60 dager etter utskriving fra sykehus	1	0,6 %	1	0,8 %
SUM reinnleggelser	11	6,8 %	7	5,8 %

Det er nærliggende å anta at reinnleggelser i perioden etter et sykehusopphold ofte har sammenheng med det forutgående sykehusoppholdet, selv om dette ikke framgår av diagnosekodene. En årsak til dette kan f.eks. være reinnleggelser på grunn av infeksjoner eller tromboser etter operasjoner. En annen årsak er at en del pasienter har rehabiliteringskode som hoveddiagnose på det initiale sykehusoppholdet, mens reinnleggelsesoppholdet er kodet med diagnose som beskriver den aktuelle komplikasjonen – som f.eks. infeksjon.

Frigjort kapasitet ved SAB HF som følge av redusert reinnleggingsrate for pasientgruppen beregnes med utgangspunkt i resultatene presentert i tabell 4.3. Det vil si at det tas utgangspunkt i redusert reinnleggingsrate på 8,5 prosentpoeng.

Kostnadsbesparelse som følge av reduksjon i reinnleggingsrate

Ved beregning av frigjort kapasitet på sykehuset tas det utgangspunkt i "sparte" sykehusopphold på grunn av redusert omfang av reinnleggelser. Tabell 4.5 viser at SAB HF har spart 13,7 sykehusopphold på grunn av redusert reinnleggingsrate for pasientene som fikk et tilbud ved SUP i 2003.

Tabell 4.5 Sparte sykehusopphold ved SAB HF i 2003 på grunn av redusert rate for reinnleggelser i sykehus for SUP-pasientene.

Antall sykehusopphold for SUP pasienter 2003	Rate for reinnleggelser ved SAB HF 2003 for kontroll-pasienter	Beregnet antall reinnleggelser uten SUP 2003	Rate for reinnleggelser ved SAB HF for SUP-pasienter	Antall reinnleggelser for SUP-pasienter (E) = (A) * (D)	Sparte sykehusopphold 2003 (F) = (C) – (E)
(A)	(B)	(C) = (A) * (B)	(D)	(D)	(E)
161	26,5 %	42,7	18,0 %	29,0	13,7

Ved utgangen av oktober 2004 er det registrert 183 utskrevne pasientopphold ved SUP. Hvis det forutsettes at det skrives ut 18 pasienter i gjennomsnitt per måned ved spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR, kan det antas at det skrives ut 220 pasienter fra SUP i 2004. Det foreligger ikke beregnede reinnleggelsesrater i sykehus for HOBR-pasientene i 2004. Men hvis det antas at reinnleggelsesratene som ble beregnet for SUP-pasientene i 2003 også gjelder for 2004, kan det ved å benytte samme forholdstall beregnes antatte sparte sykehusopphold for 2004. Tabell 4.6 viser hvordan denne størrelsen kan anslås.

Tabell 4.6 Beregnet antall sparte sykehusopphold ved SAB HF i 2004 på bakgrunn av redusert rate for reinnleggelser for HOBR-pasientene.

Antall pasientopphold ved SUP 2003	Antall sparte sykehusopphold ved SAB HF i 2003	Faktor (C) = (B)/(A)	Antall pasientopphold ved SUP 2004	Beregnet antall sparte sykehusopphold ved SAB HF i 2004 (E) = (C) * (D)
(A)	(B)		(D)	(E)
131	13,7	0,104	220	23,0

Det kan knyttes sparte kostnader for sykehuset opp mot redusert antall sykehusopphold på grunn av reduksjon i reinnleggelsesrater. Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet vil ikke en såpass liten reduksjon i aktiviteten ved sengeavdelingene på SAB HF konkret kunne føre til kostnadskutt som følge av redusert bemanning. Men den frigitte kapasiteten kan benyttes til å behandle flere pasienter, eller redusere overbelegg på sengeavdelingene. Dette representerer en verdi, som her vil defineres som sykehusets kostnadsbesparelse som følge av redusert rate for reinnleggelser.

For å tallfeste kostnadsbesparelse på grunn av reduksjon i antall reinnleggelser vil det tas utgangspunkt i hva et sykehusopphold ved SAB HF faktisk kostet i 2003. SAMDATA somatikk sektorrapport 2003 (6) viste at et gjennomsnittlig sykehusopphold ved SAB HF kostet kr 27 250 i 2003. For å justere denne størrelsen opp til 2004-nivå kan det gis et påslag for forventet prisstigning på fem prosent. Dette tilsvarer en gjennomsnittskostnad på kr 28 600 per sykehusopphold. Den gjennomsnittlige liggetiden var da 4,2 døgn per sykehusopphold, og det forutsettes her at dette vedvarer i 2004. Pasientgruppen som betraktes her er eldre pasienter som ofte ligger nokså lenge på sykehus. Nærmere undersøkelse av liggetid for de av SUP-pasientene som ble reinnlagt ved SAB HF i 2003 viser at gjennomsnittlig liggetid for denne pasientgruppen var 11 døgn. For å beregne sparte kostnader som følge av sparte sykehusopphold for denne gruppen, vil det tas utgangspunkt i hva et gjennomsnittlig sykehusopphold koster med et påslag for liggetid ut over gjennomsnittlig liggetid på 4,2 døgn.

Et liggedøgn ved SAB HF kostet i gjennomsnitt kr 6 480 i 2003. Med et påslag for forventet prisstigning på fem prosent tilvarer dette omtrent kr 6 800 målt i 2004 kroner. Men denne gjennomsnittlige døgnkostnaden tar høyde for kostnader til medisinsk service som f eks operasjonsvirksomhet, intensiv og postoperativ virksomhet, røntgen og laboratorievirksomhet. Kostnadsundersøkelser i sykehus har vist at sengeavdelingskostnadene utgjør i størrel-

sesorden 60-65 prosent av totale driftskostnader ved sykehus (7). Det er nærliggende å anta at pasienter som ligger lenge på sykehus er mest ressurskrevende i starten av sykehusoppholdet, mens de på slutten av sykehusoppholdet i stor grad kun benytter ressurser på sengeavdelingen. 60 prosent av en gjennomsnittlig total liggedøgnskostnad på kr 6 800, det vil si kr 4 080, vil derfor legges til grunn som kostnadspåslag per liggedøgn ut over gjennomsnittlig liggetid. Tabell 4.7 nedenfor viser en oppstilling som viser kostnadsbesparelse ved SAB HF som følge av redusert rate for reinnleggelser for HOBR pasientene.

Tabell 4.7 Kostnadsbesparelse for SAB HF som følge av reduksjon i reinnleggingsrate for SUP-pasientene. 2004.

År	Antall sparte SHO pga reduksjon reinnleggelser (A)	Gjennomsnittlig kostnad per SHO (kr) (B)	Kostnad ved gjennomsnittlig liggetid (kr) (C) = (A) * (B)	Liggetid ut over gjennomsnitt ved reinnleggelser (døgn) (D)	Kostnad per liggedøgn ut over gjennomsnitt (kr) (E)	Samlet kostnad ved lgd ut over gj.-snitt (kr) (F) = (A) * (E)	SUM (kr) (G) = (C) + (F)
2004	23,0	28 600	626 272	6,8	4 080	637 625	1 263 896

Tabell 4.7 viser at SAB HF har en beregnet kostnadsbesparelse på kr 1 263 896 som følge av lavere reinnleggingsrate i sykehus for pasientene som har fått et tilbud fra SUP ved HOBR.

4.1.3 Diskusjon av resultater for SAB HF

Pasientene som har fått et tilbud ved SUP er selekterte med tanke på at det har blitt vurdert at disse pasientene med stor sannsynlighet kan tilbakeføres til hjemmet etter opptrening. Kontrollgruppen kan da være en svakere pasientgruppe. Spørsmålet som kan stilles er om disse kontrollpasientene uansett ville hatt lengre liggetid i sykehus og høyere reinnleggingsrate. Dette spørsmålet er umulig å besvare uten at det foreligger en randomisert studie.

Men det fins indikasjoner på at tilbudet ved SUP har hatt effekt på liggetid og reinnleggingsrater. Når det gjelder reinnleggingsrater viser det seg at over 80 prosent av reinnleggingene for pasientene som har fått et tilbud ved SUP skjer i medisinsk avdeling. I underkant av 60 prosent av kontrollpasientene reinnlegges ved medisinsk avdeling. Dette kan være et tegn på at reinnleggingsratene for i kirurgiske pasienter faktisk går ned som følge av tilbudet ved SUP.

Når det gjelder liggetider for den aktuelle pasientgruppen har det også blitt undersøkt liggetid for tilsvarende pasienter ved lignende sykehus i 2003¹¹. Det har blitt definert et tilsvarende kontrollutvalg med utgangspunkt i at kontrollpasientene skal ha samme diagnose og alder som SUP-pasientene, og det skal være pasienter som har status utskrivingsklar fra sykehuset. Med disse betingelsene kommer det fram at tilsvarende pasienter på lignende sykehus i gjennomsnitt ligger 3,2 døgn lengre tid på sykehus enn det SUP-pasientene gjorde. Til sammenligning ble det i avsnitt 4.1.1 funnet at kontrollpasientene på SAB HF i gjennomsnitt lå 2,7 døgn lengre tid på sykehus enn det pasientene som ble overført til SUP gjorde. Dette kan tolkes som støtte for at tilbudet fra SUP fører til kortere liggetid for pasientgruppen som får dette tilbudet. Det kan bemerkes at i overkant av 60 prosent av sammenligningspasientene fra de øvrige tilsvarende sykehusene kommer fra Diakonhjemmets sykehus i Oslo.

¹¹ Dette er en gruppe sykehus som består av Aker sykehus, Diakonhjemmets sykehus, Sykehuset Innlandet, Haugesund sykehus, Diakonhjemmets sykehus Haraldsplass, Molde sykehus, Kristiansand sykehus, Innherred sykehus, Namdal sykehus, Harstad sykehus, Hammerfest sykehus og Kirkenes sykehus. Disse sykehusene ble tidligere i SAMDATA klassifisert som "Fylkessykehus med sentralsykehusavdelinger".

Indikasjonene presentert i dette avsnittet gir sterk støtte for at tilbudet ved SUP faktisk fører til kortere liggetid på sykehuset, og reduksjon i reinnleggelsesrate for den aktuelle pasientgruppen. Men på grunn av at det ikke foreligger en randomisert studie kan det stilles spørsmål til om hvor sterke disse effektene egentlig er. Det vil i den videre kostnadsanalysen bli forutsatt at en halvering av reduksjonen i liggetid og reinnleggelsesrate i forhold til det som har blitt beregnet i avsnitt 4.1.1 og 4.1.2 er et minimumsanslag på faktisk effekt av SUP ved HOBR. Det vil si at kostnadsbesparelsene som har blitt beregnet i avsnittene 4.1.1 og 4.1.2 blir antatt å være "i beste fall" – altså høye anslag. Tabell 4.8 nedenfor viser lave og høye anslag på kostnadsbesparelse for SAB HF i 2004 som legges til grunn i den videre kostnadsanalysen.

Tabell 4.8 Høye og lave anslag på kostnadsbesparelse for SAB HF som følge av spesialenheten ved HOBR. 2004. Kroner.

Kostnadsbesparelse for SAB HF	Lavt (kr)	Høyt (kr)
1. Kostnadsbesparelse ved redusert liggetid på SAB HF	1 256 640	2 513 280
2. Kostnadsbesparelse ved reduksjon i rate for reinnleggelser ved SAB HF	631 948	1 263 896
SUM	1 888 588	3 777 176

Avslutningsvis i dette avsnittet bør det påpekes at tilbudet som gis ved SUP godt kan tenkes å føre til redusert behov for opphold i statlige opptreningsinstitusjoner som f.eks. Godthaab og Sjømennenes Helseheim. Dette har ikke blitt vurdert i denne analysen, på grunn av et sterkt fokus på effekter for SAB HF og kommunene Asker og Bærum. Men hvis tilbudet ved SUP fører til redusert behov for opphold i andre statlige opptreningsinstitusjoner, vil det også innebære en kostnadsbesparelse for staten. Dette vil ikke bli nærmere undersøkt i dette arbeidet.

4.2 Kostnadmessig effekt for kommunene Asker og Bærum

Et mål for den nye spesialenheten ved HOBR er å tilrettelegge for at de aktuelle pasientene i størst mulig grad skal kunne klare med omsorg på laveste mulige effektive omsorgsnivå. I praksis innebærer dette en målsetting om at en høyere andel av de aktuelle pasientene skal kunne unngå bruk av en mer permanent sykehjemsplass. Det innebærer også en målsetting om pasientene som har fått et tilbud fra spesialenheten ved HOBR i større grad er mer selvhjulpne i hjemmet.

I dette avsnittet vil det bli forsøkt å tallfeste kostnadmessig betydning for kommunene av å ha opprettet tilbudet ved SUP. Tidsperspektivet er endring i kostnader i løpet av ett år (2004). Kostnaden ved å drifte spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR vil bli holdt opp mot antatt redusert behov for hjemmesykepleie og mer permanent institusjonsplass. Det vil si at analysen av kostnadmessige effekter for kommunene av tilbudet SUP er en differansebetragtning.

Det foreligger ikke noen kontrollert studie som tallfester endret behov for hjemmebasert omsorg eller institusjonsplass som følge av tilbudet fra SUP. Endret behov for hjemmebasert omsorg og sykehjemsplass har blitt anslått på bakgrunn av rimelighetsbetraktninger. Nedenfor vil det punktvis redegjøres for hva som her inkluderes som endring i driftskostnader for Bærum kommune i 2004 som følge av at tilbudet ved HOBR har blitt opprettet. Kostnadsberegningen vil oppsummeres i en tabell etter den punktvis gjennomgangen.

1. Drift av spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR

Opprettelse av et nytt tilbud medfører en kostnad. Regnskapsførte brutto driftskostnader for spesialenheten ved HOBR utgjorde kr 7 149 000 i perioden fra og med januar til og med desember 2004. Ut fra dette kan det anslås at driften av HOBR vil koste kr 8 578 000 i 2004. Kostnader for tjenester fra fysio- og ergoterapeuter er da inkludert.

Drift av spesialenheten representerer en merkostnad som følge av opprettelsen av tilbudet.

2. Redusert behov for hjemmesykepleie og rehabiliteringstjeneste

Hvis de aktuelle pasientene ikke hadde fått tilbudet ved SUP, men i stedet for blitt utskrevet til hjemmet, er det rimelig å anta at dette ville ha utløst et større behov for hjemmesykepleie. I tillegg ville det utløst behov for oppfølging fra rehabiliteringstjenesten (fysio- og ergoterapi). Det anslås at en time hjemmesykepleie per dag er vanlig for denne type pasienter. Fysio- og ergoterapeuter ved HOBR anslår at det er vanlig med 2 timer ergoterapeut-tjeneste og 1,5 time med fysioterapi per uke for denne gruppen. Dette innebærer i gjennomsnitt 1,5 time per dag med tjenester fra hjemmesykepleien og rehabiliteringstjenesten. Bærum kommune har budsjettert med at en time hjemmesykepleie i 2005 koster kr 520¹². I dette arbeidet forutsettes det at denne timeprisen gjelder for fysio- og ergoterapeuter også. Hvis det tas utgangspunkt i en prisstigning på om lag fem prosent, vil timepris for hjemmesykepleie og rehabiliteringstjenesten omregnet til 2004-tall være på om lag kr 490. Spesialenheten ved HOBR kan behandle 220 pasienter i løpet av et år (jf avsnitt 4.1.2), og hver ligger i gjennomsnitt 22 døgn på spesialenheten.

Tilbudet ved HOBR fører dermed til sparte kostnader på til sammen kr 3 557 400 for hjemmesykepleien og rehabiliteringstjenesten perioden pasienten er innlagt ved spesialenheten¹³.

3. Redusert behov for hjemmebaserte tjenester etter oppholdet på SUP

Det antas at de fleste av pasientene som har vært på SUP har behov for hjemmebasert omsorg i etterkant av oppholdet. Men det antas også at pasientene som har vært på spesialenheten ved HOBR har mindre hjelpebehov enn tilsvarende pasienter som ikke har fått dette tilbudet. Det tas her utgangspunkt i at pasienter, som ikke har fått tilbud fra SUP, i perioden 2-7 måneder etter utskrivning fra sykehus fortsatt har et nokså omfattende behov for hjemmebasert omsorg. SUP-pasientene antas å ha et noe mindre behov.

Det tas her utgangspunkt i at pasienter som ikke har vært på SUP har behov for i gjennomsnitt 1 time hjemmesykepleie og rehabilitering per dag, mens de som har fått tilbud ved SUP i gjennomsnitt kan klare seg med halvparten av dette. I perioden 7-12 måneder etter utskrivning fra sykehus forutsettes likt behov for hjemmebaserte tjenester. Med disse forutsetningene finner vi at økt behov for hjemmesykepleie i perioden 2-7 måneder etter utskrivning koster kr 9 702 000¹⁴.

Dette er et relativt høyt beløp. Det er usikkerhet knyttet til både hvor stort det økte behovet for hjemmebaserte tjenester er, og også til tidsperioden hvor behovet er større. Hvis det i stedet for antas at pasientene, som ikke har fått tilbud fra HOBR, har økt behov for hjemmebaserte tjenester i perioden 2-4 måneder etter utskrivning fra sykehus vil kostnadsbesparelsen knyttet til dette momentet reduseres til kr 4 851 000.

Hvis det er slik at pasientene som har vært på SUP ved HOBR har redusert behov for hjemmebaserte tjenester over en lengre periode, sammenlignet med tilsvarende pasienter som ikke får dette tilbudet, så vil dette momentet innebære en kostnadsbesparelse av betydning for kommunen.

¹² Timeprisene har blitt oppgitt av Rune Snildal ved "Penger følger bruker" – prosjektet i Bærum kommune.

¹³ Beløpet beregnes som 220 pasienter * 22 døgn * 490 kr/time * (1 time hjemmesykepleie per dag + 0,5 time rehabiliteringstjeneste per da) = kr 3 557 400 for å gi hjemmebasert sykepleie og rehabilitering i 22 døgn til alle pasienter.

¹⁴ Beløpet beregnes som 220 pasienter*6 måneder* 30 dager per måned *0,5 time differanse per dag i behov for hjemmebasert omsorg*490 kr per time = kr 9 702 000.

4. Redusert behov for sykehjemsplass

For møte et økende omfang av eldre i befolkningen, og dermed også et økende behov for pleie- og omsorgstjenester, er det nødvendig å bygge opp under muligheten for å utvikle en tjeneste som baseres på LEON-prinsippet. Dette betyr her i praksis at en målsetting for tilbudet ved spesialenheten ved HOBR er at dette skal føre til redusert behov for en mer permanent sykehjemsplass. Med andre ord er det en målsetting av behovet for sykehjemsplass unngås eller utsettes i tid.

For å vurdere effekten av tilbudet SUP mht framtidig endring i behov for sykehjemsplass, må det gjennomføres en kontrollert studie over tid som viser overføring til sykehjem for pasienter som har fått et tilbud ved SUP, og for en kontrollgruppe som ikke har det. Dette foreligger ikke. Det er også problematisk å sammenligne pasienter som har blitt utskrevet fra SUP med sammenligningspasienter som ikke har fått dette tilbudet. Årsaken til dette er at de som har fått tilbud om opphold på SUP har blitt vurdert til å kunne tilbakeføres til hjemmet med stor sannsynlighet. Dermed er det forventet at sammenligningspasienter som finnes i pasientdata fra NPR med større sannsynlighet vil utskrives til sykehjem.

Ved spesialenheten på HOBR registreres det hvor pasienten drar ved utskriving. Tabell 4.9 viser oversikt over hvor pasientene drar etter utskriving fra HOBR i 2003 og 2004.

Tabell 4.9 Oversikt over hvor pasientene drar etter opphold ved SUP. 2003 og 2004. Antall pasientopphold og prosentandeler.

"Ut_til" etter opphold ved SUP	Antall 2004 (jan-okt)	Prosentandel 2004	Antall 2003 (april-des)	Prosentandel 2003
Hjem	121	66,1 %	83	63,8 %
Rehabiliteringsinstitusjon	32	17,5 %	10	7,7 %
Sykehjem	11	6,0 %	18	13,8 %
Sykehus	19	10,4 %	15	11,5 %
Død	0	0,0 %	4	3,1 %
SUM	183	100,0 %	130	100,0 %

Tabell 4.9 viser at seks prosent av pasientene som ble utskrevet fra SUP i perioden fra og med januar til og med oktober 2004 ble overført til sykehjem. Det er interessant å merke seg at andel pasienter som ble overført fra SUP til sykehjemsplass reduseres med nesten åtte prosentpoeng fra 2003 til 2004. Dette kan muligens være en indikasjon på at pasientene som ble overført til spesialenheten ved HOBR i 2004 var bedre utvalgt for oppholdet enn de som ble overført dit i 2003. Indikasjonen styrkes også av at ingen pasienter ved spesialenheten døde i perioden fra og med januar til og med oktober 2004.

Spørsmålet er om tilbudet ved SUP fører til at færre eldre får behov for en mer langsiktig sykehjemsplass. Dette har blitt forsøkt belyst ved å undersøke hvor pasienter med samme diagnose og alder som SUP-pasientene, samt status utskrivingsklar ble utskrevet til etter det aktuelle sykehusoppholdet. Tabell 4.10 viser en oversikt over dette. Pasienter som har utskrivingsstatus død har blitt fjernet. Årsaken til dette er at disse pasientene sannsynligvis har vært såpass svake at de ikke ville blitt vurdert som aktuelle for opphold ved spesialenheten på HOBR. Det må tas forbehold om kvalitet på verdien i feltet "ut_til" i pasientdata. Årsaken til dette er f eks at pasienter som har fast opphold på sykehjem vil skrives ut til hjem og ikke til institusjon. Det fins en verdi som heter "annet" som hvor det er uklart hva som menes. I tillegg må det tas forbehold om kvalitet på selve registreringen.

Tabell 4.10 Oversikt over hva pasienter med samme diagnose og alder som SUP-pasientene i 2003, samt status utskrivingsklar ble skrevet ut til. Sammenlignbare pasientgrupper fra Bærum Sykehus i 2002 og SAB HF i 2003.

"Ut_til" etter sykehusopphold	Antall utskrevet fra Bærum Sykehus 2002	Prosentandel utskrevet fra Bærum sykehus 2002	Antall utskrevet fra SAB HF i 2003	Prosentandel utskrevet fra SAB HF i 2003
Hjem	82	37,8 %	27	25,5 %
Institusjon og annet ¹	135	62,2 %	79	74,5 %
SUM	217	100,0 %	106	100,0 %

¹ Gruppen annet består av utskrevet til annen institusjon og utskrevet til "Annet". Utskrevet til annen institusjon utgjør om lag 90 prosent av disse. Det er i følge NPR uklart hva utskrevet til "annet" egentlig betyr.

Tabell 4.10 viser at andel sammenligningspasienter som skrives til institusjon er langt høyere enn for SUP-pasientene. Tilsvarende er andel som utskrives til hjem (vanlig bosted) langt lavere. Antall pasienter utskrevet til hjem reduseres kraftig fra 2002 til 2003, noe som støtter at pasientene som har blitt overført til SUP i 2003 er pasienter som alternativt i stor grad ville ha blitt utskrevet til hjemmet hvis tilbudet ikke hadde eksistert. Dette indikerer at SUP-pasientene er har blitt vurdert for tilbudet. Men hovedkonklusjonen er at det ut fra registrerte "ut_til" kode i pasientdata ikke kan gjøres noen antagelser om hvorvidt SUP-tilbudet fører til redusert behov for sykehjemsplass.

I 2004 skrives det ut 220 pasienter fra SUP. Hvis det er rimelig å anta at tilbudet ved SUP fører til at behovet for sykehjemsplass utsettes med ett år for 5 av disse pasientene, så innebærer det en kostnadsbesparelse for kommunen. Bærum kommune budsjetterer en sykehjemsplass til å koste kr 550 000 per år, basert på prisnivå i 2004 (se kapittel to). Hvis tilbudet ved SUP fører til at behovet mer en permanent sykehjemsplass utsettes med ett år for fem pasienter, vil dette innebære en kostnadsbesparelse på kr 2 750 000 for kommunene.

Beregningen her baseres på antagelser. Hvis det holdes fast på at tilbudet ved HOBR faktisk fører til redusert behov for en mer permanent sykehjemsplass, men at behovet reduseres eller utsettes med ett halvt år i stedet for ett, så vil den beregnede kostnadsbesparelsen halveres til kr 1 375 000.

Samlet vurdering og diskusjon av kostnadseffekt for Asker og Bærum kommune

I tabell 4.11 oppsummeres beregnet endring i kostnader for 2004 for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene som følge av tilbudet fra spesialenheten ved SUP presentert under punktene 1-4.

Tabell 4.11 Beregnet endring i driftskostnader for kommunene Asker og Bærum i 2004 som følge av tilbudet ved spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR. Kroner.

Kostnads- komponenter	Driftskostnader HOBR (A)	Driftskostnader alternativt tilbud. Høyt anslag (B)	Driftskostnader alternativt tilbud. Lavt anslag (C)	Kostnads- differanse basert på høyt anslag (D) = (A) – (B)	Kostnads- differanse basert på lavt anslag (E) = (A) – (C)
1. Driftskostnader SUP	8 578 800			8 578 800	8 578 800
2. Økt behov for hjemmebasert omsorg u/ SUP		3 557 400	3 557 400	-3 557 400	-3 557 400
3. Økt behov for hjemmesykepleie 2-7 mnd (B) evt 2-4 mnd (C) etter utskriving fra sykehus u/ SUP		9 702 000	4 851 000	-9 702 000	-4 851 000
4. Økt behov for sykehjemsplass u/ SUP		2 750 000	1 375 000	-2 750 000	-1 375 000
SUM	8 578 000	16 009 400	9 783 400	-7 430 600	-1 204 600

Tabell 4.11 viser at anslått kostnadsbesparelse for kommunene ligger i størrelsesorden 1,2 til 7,4 millioner kroner for 2004. Det er stort sprik mellom lavt og høyt anslag for kostnadsbesparelse, og årsaken til det er at det er relativt stor usikkerhet knyttet til punktene 3. og 4. i tabellen. Disse punktene dreier seg om endret behov for hjemmebasert omsorg i perioden etter sykehusopphold, og endring i behov mer permanent sykehjemsplass – som følge av tilbudet som gis ved SUP. Disse antagelsene burde ha vært testet i en randomisert studie.

Punkt en, driftskostnader for å drifte spesialenheten er en målbar størrelse som ikke kan bestrides. Når det gjelder punkt to, økt behov for hjemmebasert omsorg hvis pasienten ikke hadde fått et tilbud fra SUP, er dette heller ikke basert på randomiserte registreringer. Men denne type pasienter uten tvil vil utløse et stort behov for hjemmebasert omsorg hvis de skrives ut til hjemmet i stedet for til SUP. Basert på disse vurderingene ansees dette behovet for å være rimelig sikkert, og derfor har det ikke blitt beregnet lave og høye kostnadsanslag for denne størrelsen.

Til punkt to kan det påpekes at en del av de aktuelle pasientene sannsynligvis ikke hadde blitt utskrevet rett til hjemmet etter utskriving fra sykehuset. Det betyr at for en del av disse pasientene så ville andre statlige opptreningsinstitusjoner som Godthaab eller Sjømennenes Helseheim være et alternativ til SUP. Pasientene må imidlertid ha et høyere funksjonsnivå for å overføres til andre opptreningsinstitusjoner. Dette betyr igjen at SUP kan antas å avlaste andre statlige opptreningsinstitusjoner, noe som igjen vil medføre en kostnadsbesparelse for staten. Det er også rimelig å anta at en plass på en opptreningsinstitusjon koster mer enn hjemmebasert omsorg. Oppsummert betyr dette at det er en svakhet at endring i behov for plass på opptreningssenter som følge av SUP ikke har blitt fokusert på i denne undersøkelsen, og at følgen av dette er at kostnadsbesparelsen for staten mest sannsynlig er undervurdert i denne analysen. Kostnadsbesparelsen som beregnes for kommunene kan av samme årsak være noe overvurdert.

Avslutningsvis kan det påpekes at endret behov for dagrehabilitering/dagtilbud som følge av SUP ikke har blitt vurdert. Årsaken er det ikke har blitt prioritert å foreta vurderinger av dette innenfor rammen av dette arbeidet. Det kan tenkes at omfanget av, og kostnader til dette øker når kommunene satser på en mer aktiv rehabilitering av eldre. På den andre siden kan det tenkes at behovet for denne type tjenester reduseres hvis pasientene blir mindre hjelpetrengende etter et opphold på SUP. Implisitt forutsettes det her at det ikke skjer noen endring i behov for dagtjenester.

4.3 Samlet kostnadsanalyse for SAB HF og kommunene, og forløps-analyser

I dette avsnittet oppsummeres resultatene fra kostnadsanalysen i tabell 4.12 nedenfor. For diskusjon om bakgrunn for, og tallfesting av, de ulike kostnadskomponentene vises det til avsnittene 4.1 og 4.2 overfor.

Tabell 4.12 Samlet kostnadseffekt for SAB HF og kommunene Asker og Bærum som følge av spesialenheten ved HOBR. 2004. Kroner.

Kostnadskomponenter	Kostnadsdifferanse basert på lavt anslag (kr)	Kostnadsdifferanse basert på høyt anslag (kr)
1. Kostnader ved å drift av SUP	8 578 800	8 578 800
2. Redusert liggetid på SAB HF m/ SUP	-1 888 588	-2 513 280
3. Redusert rate for reinnleggelser ved SAB HF m/SUP	-631 948	-1 263 896
4. Redusert behov for hjemmebasert omsorg m/ SUP ¹	-3 557 400	-3 557 400
5. Redusert behov for hjemmesykepleie etter utskrivning fra sykehus m/ SUP	-4 851 000	-9 702 000
6. Redusert behov for sykehjems plass m/ SUP	-1 375 000	-2 750 000
SUM kostnadsendring	-3 725 136	-11 207 776

¹ Det kan diskuteres om dette punktet representerer en kostnadsbesparelse som tilfaller kommunene eller staten. Se avsnitt 4.2 og kapittel 5.

Tabell 4.12 viser at det anslås en årlig kostnadsbesparelse for den samlede helsetjenesten i størrelsesorden 3,7 til 11,2 millioner som følge av å overføre 220 eldre pasienter til en spesialenhet for utskrivningsklare pasienter i 2004. Som det også framgår av tabell 4.12 knyttes den anslåtte kostnadsbesparelsen til i stor grad til en vurdering av at pasientene i større grad blir selvhjulpne etter et opphold på SUP, og dermed kan klare seg med et mindre omfang av hjemmebaserte tjenester i etterkant av oppholdet på SUP (se punkt 5 i tabell 4.12). For nærmere diskusjon av forutsetninger og resultater vises det til avsnittene 4.1 og 4.2

For å ytterligere illustrere kostnadseffekten av mindre behov for hjemmebasert omsorg presenteres det nedenfor regneeksempler som viser årlig driftskostnad for en pasient ved fire ulike behandlingsforløp. Enhetskostnadene som benyttes i regneeksemplene er redegjort i avsnittene 4.1 og 4.2. Eksemplene tar utgangspunkt i en eldre pasient, som kan være en dame på ca 84 år med lårhalsbrudd.

Eksempel 1: Sykehusopphold med påfølgende opphold på SUP, og deretter behov for hjemmebasert omsorg.

De aktuelle pasientene med lårhalsbrudd som overføres til SUP ligger i gjennomsnitt 11 døgn innlagt på sykehus (se avsnitt 4.1). Et gjennomsnittlig sykehusopphold på 4,2 døgn ved SAB HF koster kr 28 600. Vi antar et påslag per døgn ut over gjennomsnittlig liggetid på kr 4 080, og for 6,8 døgn tilsvarer dette kr 27 444. Kapittel to viser en pasient med lårhalsbrudd i gjennomsnitt ligger i 25 døgn på SUP. Med en døgnkostnad på kr 1 726 ved SUP (se kapittel to) vil oppholdet på SUP koste kr 43 150. I tillegg antas det at pasienten i gjennomsnitt har behov for 3,5 time hjemmebaserte tjenester i form av hjemmesykepleie og rehabiliterings-tjeneste i 26 uker. Med en timepris på kr 490 for hjemmebasert omsorg, utgjør dette kr 44 590. Oppsummert vil kostnaden for dette behandlingsforløpet se slik ut:

a) Sykehusopphold 11 døgn:	Kr 56 344,-
b) Opphold på SUP i 25 døgn:	Kr 43 150,-
c) Hjemmebasert omsorg 3,5 t/uke i 26 uker	Kr 44 590,-
SUM	Kr 144 084,-

Eksempel 2: Sykehusopphold, ikke overført til SUP, påfølgende behov for hjemmebasert omsorg.

De aktuelle pasientene med lårhalsbrudd som ikke overføres til SUP ligger i gjennomsnitt 13 døgn på sykehus. Kostnaden sykehusoppholdet beregnes da til kr 64 504, som består av kostnaden for et gjennomsnittlig sykehusopphold på kr 28 600 pluss et påslag for liggetid 8,8 døgn ut over gjennomsnittlig liggetid på kr 35 904. Rett etter utskrivning fra sykehus antas et behov for hjemmebaserte tjenester på 10,5 timer per uke i fire uker. Dette utgjør kr 20 580. Deretter antas et behov for hjemmebaserte tjenester på 7 timer per uke i 26 uker, noe som tilsvarer en kostnad på kr 89 180. Oppsummert vil samlet kostnad for dette behandlingsforløpet se slik ut:

a) Sykehusopphold 13 døgn:	Kr 64 504,-
b) Hjemmebasert omsorg 10,5 t/uke i 4 uker	Kr 20 580,-
c) Hjemmebasert omsorg 7 t/uke i 26 uker	Kr 89 180,-
SUM	Kr 174 264,-

Eksempel 3: Sykehusopphold, ikke overført til SUP, påfølgende behov for hjemmebasert omsorg. I tillegg reinnlagt på sykehus etter fire uker.

Det initiale sykehusoppholdet koster som vist under eksempel to kr 64 504. Det antas fortsatt behov for hjemmebasert omsorg i 10,5 timer per uke i fire uker etter det innledende sykehusoppholdet, noe som beregnes å koste kr 20 580. Pasienten antas nå å bli reinnlagt på sykehuset. Frekvensoversikter har vist at gjennomsnittlig liggetid for et reinnleggelsesopphold er 11 døgn. Reinnleggelsesoppholdet på sykehuset vil da i gjennomsnitt koste kr 56 344 (jf eksempel 1). Etter reinnleggelsesoppholdet antas behov for hjemmebasert omsorg i 24 uker med 7 timer per uke, noe som tilsvarer en kostnad på kr 82 320. Oppsummert vil samlet kostnad for dette behandlingsforløpet se slik ut:

a) Sykehusopphold i 13 døgn:	Kr 64 504,-
b) Hjemmebasert omsorg 10,5 t/uke i 4 uker	Kr 20 580,-
c) Reinnlagt på sykehus i 11 døgn	Kr 56 344,-
d) Hjemmebasert omsorg 7 t/uke i 24 uker	Kr 82 320,-
SUM	Kr 223 748,-

Eksempel 4: Sykehusopphold, ikke overført til SUP. Deretter overført til sykehjem.

Det initiale sykehusoppholdet vil fortsatt koste kr 64 504. Med en årskostnad på kr 550 000 for en sykehjems plass vil 11 måneder på sykehjem koste kr 504 167. Samlet år kostnad for et slikt utfall vil se slik ut:

a) Sykehusopphold i 13 døgn:	Kr 64 504,-
b) Sykehjem i 11 måneder:	Kr 504 167,-
SUM	Kr 568 671,-

Det er også et visst omfang av reinnleggelser i sykehus for pasientene som overføres til SUP også. I hvor stor grad opphold på SUP fører til redusert behov for sykehjems plass er usikkert, i og med at pasientene som får tilbudet antas å kunne tilbakeføres til hjemmet etter opptrening. Eksemplene 3 og 4 viser uansett den kostnadsmessige betydningen av å unngå reinnleggelser i sykehus og å utsette behov for sykehjems plass. Under avsnitt 4.1 har det blitt beregnet en signifikant lavere reinnleggingsrate i sykehus for pasienter som har fått tilbud ved SUP.

Dette betyr at største volumet av tenkte pasientforløp er forløpene skissert under eksempel 1 og 2. Eksempel 1 og 2 viser at koster om lag 30 000 kr mer å følge opp en pasient med lårhalsbrudd som ikke får tilbud fra spesialenheten for utskrivingsklare pasienter. Pasienter med lårhalsbrudd som får et tilbud fra SUP har i gjennomsnitt to døgn kortere liggetid ved SAB HF enn tilsvarende pasienter som ikke får dette tilbudet. Avsnitt 4.1 har vist at gjennomsnittlig kortere liggetid ved SAB HF for pasienter som overføres til SUP er 2,8 døgn. Gjennomsnittlig liggetid ved SUP er 22 døgn, mens pasientene med lårhalsbrudd i gjennomsnitt oppholder seg 25 døgn på SUP. Disse to momentene innebærer at kostnadsbesparelsen for andre pasientgrupper er større.

Kostnadsdifferansen mellom eksempel 1 og 2 er basert på høye anslag for kostnadsbesparelse (se avsnitt 4.2 og 4.3). Hvis lave anslag benyttes vil det for eksempel 1 og 2 innebære at perioden hvor det antas at pasientene som har vært på SUP har redusert behov for hjemmebasert omsorg reduseres fra 26 til 13 uker (punkt c)). Hvis lave anslag legges til grunn reduseres kostnadsdifferansen mellom eksempel 1 og 2 til ca kr 8 000, i favør av å benytte SUP. Imidlertid må det presiseres at positive effekter som redusert reinnleggingsrate kommer i tillegg.

5 Oppsummering og diskusjon av resultater

I dette avslutningskapitlet vil resultatene fra analysene i kapittel tre og fire blir oppsummert, og sett i forhold til målsetting for spesialenheten for utskrivningsklare pasienter ved HOBR. Spørsmålet om hva funnene i denne analysen kan brukes til vil også bli diskutert. Fordi kostnadsanalysen ikke bygger på en randomisert pasientundersøkelse, vil det kunne stilles spørsmål til hvor utsagnskraftige resultatene er. Der det finnes hensiktsmessig vil forutsetningene som konklusjonene bygger på bli kommentert, med hensyn på hvor sannsynlige disse er.

5.1 Kvalitetsmessig nytte for pasientene

5.1.1 Resultater på bakgrunn av dybdeintervjuer

På bakgrunn av dybdeintervjuer med tre utskrevne pasienter og fire innlagte pasienter ved SUP, tyder uttalelsene fra informantene på at tilbudet ved SUP er i tråd med målsettingen. Informantene melder om god kvalitet på pleien de mottok, og at personellet behandlet dem med høflighet og respekt. I kapittel fire beregnes lavere reinnleggelsesrate for pasientene som har vært på SUP. Dette er sterke indikasjoner på et kvalitetsmessig godt tilbud.

Fire (fem) av informantene mente at de ikke hadde blitt skrevet ut av sykehuset for tidlig. En ombestemte seg etter at vedkommende kom til spesialenheten, og mente at utskrivningen fra sykehuset ikke var for tidlig likevel. Tre (to) av informantene mente at de hadde stor nytte av sykehusoppholdet, og gjerne kunne tenke seg å være der lengre. Dette er også en viktig tilbakemelding. Imidlertid kan det tenkes at det å til en viss grad føle uvilje mot forandring vil være en forventet menneskelig reaksjon. De som mente at de ikke ble utskrevet for tidlig, oppfattet seg som ferdigbehandlet ved sykehuset. Flere beskrev at de kjedet seg ved sykehuset, og fremfor alt ønsket å komme hjem. Oppholdet ved SUP ble da oppfattet som et skritt i riktig retning.

Samtlige av de tre utskrevne informantene mente at behandlingsopplegget ved SUP hadde vært avgjørende for å kunne vende hjem raskt, og at oppholdet hadde forkortet restitu-sjonsperioden sammenlignet med hva som kan forventes av andre behandlingstilbud. Et par av informantene hadde tidligere erfaringer å bygge på. Disse utsagnene må tolkes som om at tilbudet ved SUP underbygger prinsippet om omsorg på laveste effektive omsorgsnivå, både når det gjelder mulighet for tidligere utskrivning fra sykehuset – og når det gjelder mulighet for tilbakeføring til hjemmet. I tillegg mener informantene at de ble raskere restituert, noe som må tolkes som en indikasjon på et kvalitetsmessig godt tilbud.

I dybdeintervjuene ble det forsøkt å avdekke om informantene hadde synspunkter på om det var god sammenheng i behandlingen ved sykehuset og oppfølginga de fikk ved SUP. De fleste trekker da fram at det var meget positivt med mye fysisk behandling og trening ved SUP. Det kom en kritisk tilbakemeldning på at det var overgangsvansker, som kunne vært løst med ved at sykehuspersonellet i større grad overlappet med personellet fra SUP. Dette kan tolkes som at videre oppfølging med opptrening er utfyllende i forhold til sykehusbe-handlingen, og derfor et skritt i retning av bedre samhandling. Imidlertid kan det se ut til at informasjonsflyt mellom sykehuspersonell og SUP-personell kan forbedres.

Av mer kritiske bemerkninger som kom fram under dybdeintervjuene kan bruken av dobbeltrom trekkes fram. Flere hadde helst sett at egne preferanser hadde blitt tatt hensyn til, og det kom også bemerkninger om at personellet ved SUP på et tidlig tidspunkt rutinemessig kunne ha stilt spørsmål til hvordan "samboerskapet" fungerte. Men det kan også påpekes at en av informantene understrekte at det i en slik situasjon føltes trygt å ha en partner på rommet. Andre kritiske bemerkninger gikk på selve bygget, at det var gammelt og trangt å komme fram med rullestol eller rullator. Denne kritikken går ikke på selve prinsippet og målsettingen for pasientbehandlingen.

Oppsummert kan det hevdes at dybdeintervjuene gir sterke indikasjoner at tilbudet ved SUP er av god kvalitet. Konklusjonen om et kvalitativt godt styrkes også av at det i kapittel fire beregnes lavere reinnleggelsesrate i sykehus for pasienter som har fått et tilbud fra SUP. Tilbudet ser ut til å fremme muligheten for å gi omsorg på laveste mulige effektive omsorgsnivå. Pasientene opplever god kontinuitet i behandlingen, men rutiner for kommunikasjon mellom sykehuspersonell og SUP-personell kan kanskje forbedres. Uttalelsen "Det var på HOBR jeg ble frisk" fra en av de utskrevne informantene er et sterkt utsagn som illustrerer betydningen av tilbudet.

5.1.2 Resultater fra spørreundersøkelsen

Resultatene fra spørreskjemaene som gikk ut til beboerne ved SUP ble sammenlignet med resultater fra tilsvarende spørreskjema sendt ut til beboere ved Søbstad sykehjem i Trondheim. Søbstad sykehjem er en korttidsavdeling, som i prinsippet ligner på spesialenheten ved HOBR. Hovedinntrykket fra spørreundersøkelsen er at både SUP og Søbstad skåret høyt sammenlignet med en større undersøkelse fra 16 sykehjem i Trondheim i 1997, men at Søbstad jevnt over skårer noe høyere enn SUP.

SUP skårer signifikant lavere enn Søbstad på spørsmål om hvordan beboerne oppfatter mulighetene for hjelp og oppmerksomhet fra personalet (se figur 18, 19 og 20 i kapittel tre). Beskrivelsen av SUP i kapittel to viser at SUP ser ut til å ha en noe lavere pleiepersonelldekning enn sykehjem generelt. I stedet for ser det ut å bli satset sterkere på rehabiliteringspersonell i form av ergoterapeuter og fysioterapeuter ved SUP. Dette kan være en indikasjon på at beboerne ved SUP har forventninger om større intensitet i pleie og omsorg. Muligens bør den rehabiliteringsfaglige satsningen formidles enda klarere før pasienten overføres til SUP. Eventuelle forskjeller i personelldekning og personellsammensetning har ikke blitt sammenlignet mellom SUP og Søbstad.

Når det gjelder skriftlig informasjon om tilbudet ved korttidsavdelingen, så skårer SUP ved HOBR bedre enn Søbstad – men forskjellen er ikke signifikant. Det kan allikevel kommenteres at en relativt lav andel på kun 36 prosent av beboerne på SUP oppga at de fikk skriftlig informasjon om tilbudet mens de var sykehuspasienter.

Det må påpekes at spørreskjemaet som ble benyttet ved undersøkelsen ikke er designet med tanke på å avdekke måloppnåelse for denne type korttidsavdelinger som SUP og Søbstad representerer. Hovedresultatet fra denne spørreundersøkelsen er at tilbudet er kvalitativt godt, men at avklaringer for aktuelle brukere i forhold til omfang av pleie muligens bør tydeliggjøres bedre i forkant av oppholdet.

5.2 Kostnadmessige effekter

Det er målsetting at tiltaket SUP ved HOBR skal føre til en mest mulig kostnadseffektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Kapittel fire konkluderer med en antatt samlet kostnadsbesparelse for stat og kommuner i størrelsesorden 4,3 til 12,4 mill kr per år målt i faste 2004-kroner – som følge av tiltaket SUP ved HOBR. Dette tyder på at pasientbehandling som involverer tilbudet SUP ved HOBR fører til en effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Det kan påpekes at kostnadsberegningen bygger på forut-

setninger som ikke har blitt testet i en randomisert studie. I særlig grad gjelder dette beregnet kostnadsbesparelse for kommunene. Dette vil kommenteres nærmere nedenfor.

5.2.1 Kostnadmessige effekter for staten ved SAB HF

Tilbudet ved SUP antas i utgangspunktet å føre til kortere liggetid ved sykehuset, samt reduksjon i reinnleggelsesratene for de aktuelle pasientgruppene. For å vurdere om tilbudet ved SUP fører til kortere liggetid har det blitt avgrenset en kontrollgruppe ved SAB HF i 2003 med samme utskrivingsstatus, alder og diagnose. Dette er utførlig beskrevet i avsnitt 4.1. Det viser seg at pasientene som overføres til SUP i gjennomsnitt ligger 2,8 døgn kortere tid på sykehus enn sammenlignbare pasienter som ikke får dette tilbudet. Forskjellen i liggetid er statistisk signifikant med et signifikansnivå på 10 prosent.

Pasientene som får tilbud om opphold ved SUP velges med utgangspunkt i at dette skal være pasienter som med stor sannsynlighet kan tilbakeføres til eget hjem. Derfor kan det stilles spørsmål til kontrollgruppens gyldighet. Dette på bakgrunn av at kontrollgruppen kan være pasienter som i større grad enn SUP-pasientene har hjelpebehov, og at det derfor kan stilles spørsmål til om disse pasientene uansett ville ha hatt lengre liggetid på sykehuset. På den andre siden kan det stilles spørsmål til om det at kontrollpasientene muligens i større grad er hjelpetrengende fører til lengre tid før de er medisinsk ferdigbehandlet. Det har også blitt avgrenset en til kontrollgruppe med utgangspunkt i sykehus som er sammenlignbare med SAB HF (se avsnitt 4.1). Med samme utvalgsriterier går det fram at liggetid for sammenlignbare pasienter er 3,2 døgn lengre ved andre sykehus – sammenlignet med de som overføres fra SAB HF til SUP. Dette må tolkes som en sterk støtte for at tilbudet ved SUP faktisk fører til kortere liggetid i sykehus.

Kostnadsbesparelsen for SAB HF som følge av redusert liggetid beregnes til kr 2 513 280. I og med at dette ikke har blitt beregnet med utgangspunkt i en randomisert studie settes denne verdien lik kostnadsbesparelse "i beste fall". Minimumsanslaget settes til det halve.

Avsnitt 4.2 viser at pasientene som har fått et tilbud ved SUP har en reinnleggelsesrate i sykehus som er 8,5 prosentpoeng lavere enn tilsvarende pasienter som ikke har fått dette tilbudet. Forskjellen i reinnleggelsesrate er statistisk signifikant med et signifikansnivå på 10 prosent. Samme spørsmål om kontrollutvalgets gyldighet kan stilles her. Ved nærmere undersøkelse av hvilke avdelinger på SAB HF som fikk reinnleggelsene, kom det fram at over 80 prosent av reinnleggelsene blant SUP-pasientene skjedde ved medisinsk avdeling. I kontrollutvalget fikk medisinsk avdeling i underkant av 60 prosent av reinnleggelsene. Dette må tolkes som en sterk støtte for at færre kirurgiske pasienter reinnlegges på sykehus etter opphold på SUP.

Det anslås at det unngås 23 sykehusopphold i 2004 som følge av redusert reinnleggelsesrate. Kostnadsbesparelsen som følge av dette beregnes til kr 1 263 896. I og med at dette ikke har blitt beregnet med utgangspunkt i en randomisert studie settes denne verdien lik kostnadsbesparelse "i beste fall". Minimumsanslaget settes til det halve.

Selv om det i kapittel fire finnes sterk støtte for at både liggetid og reinnleggelsesrater ved SAB HF går ned som følge av tilbudet ved spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR, så anbefales det en randomisert studie for å verifisere resultatene.

Det må påpekes at endring i behov for opphold ved andre statlige opptreningsinstitusjoner som følge av tilbudet ved SUP, f.eks. ved Godthaab og Sjømennenes Helseheim, ikke har blitt vurdert i denne analysen. Årsaken til dette har vært et sterkt fokus på effekter for sykehuset. Det er nærliggende å anta at tilbudet ved SUP kan føre til redusert behov for opphold ved andre opptreningsinstitusjoner. Hvis så er tilfelle har kostnadsbesparelsen for staten blitt noe undervurdert i denne analysen.

5.2.2 Kostnadmessige effekter for kommunene

Når det gjelder kommunale tjenester så er det ikke mulig å konstruere en kontrollgruppe, som det har blitt gjort for sammenligning av sykehustjenester med og uten SUP. Beregningen av kostnadsendring for kommunene som følge av SUP har blitt basert på antagelser om et rimelig tjenestebehov ved et alternativt pasientforløp. Derfor kan kostnadsberegningen for kommunene i større grad enn for sykehuset kritiseres for å bygge på antagelser om endring i tjenestebehov som ikke bygger på en randomisert registrering.

Det har blitt antatt at pasienter som har fått et tilbud ved SUP har mindre behov for hjemmebasert omsorg enn tilsvarende pasienter som ikke har fått dette tilbudet. Hvis pasienten ikke får et tilbud ved SUP, tas det utgangspunkt i at pasienten utskrives til hjemmet etter et lengre opphold på sykehuset. Fysio- og ergoterapeuter ved HOBR anslår at det er normalt med 3,5 timer per uke med hjemmebaserte fysio- og ergoterapitjenester hvis pasientene utskrives til hjemmet. I tillegg har det blitt tatt utgangspunkt i at denne pasientgruppen erfaringsvis trenger en god del hjemmehjelp i perioden rett etter et sykehusopphold. Det anslås at det er vanlig med 7 timer hjemmehjelp/hjemmesykepleie per uke i tiden rett etter utskriving fra sykehus (se avsnitt 4.2, punkt 2). Disse forutsetningene er ikke blitt testet. Imidlertid antas det å være meget rimelig at denne pasientgruppen trenger et stort omfang av hjemmebaserte tjenester hvis de skrives ut til hjemmet. Tjenestebehovet bør testes i en randomisert undersøkelse.

På bakgrunn av forutsetningene som legges til grunn beregnes omfanget av hjemmebaserte tjenester for pasienter som ikke får et tilbud ved SUP til å koste kr 3 557 400 i perioden alternativet hadde vært et tilbud ved SUP. Det kan tenkes at det uansett ikke hadde vært aktuelt med utskriving til hjemmet for en del av pasientene som ikke får tilbudet ved SUP. Det betyr at hvis SUP ikke hadde eksistert, så hadde en del av pasientene etter å ha hatt lengre liggetid på sykehuset blitt skrevet ut til en annen opptreningsinstitusjon. Det er rimelig å anta at opphold på institusjon koster mer enn hjemmebasert omsorg. Derfor kan det hevdes at totalbeløpet for sparte kostnader på kr 3 557 400 i perioden pasientene er på SUP er et minimumsanslag. Men opptreningsinstitusjoner ligger under statlig budsjett, og det betyr at kostnader for dette belastes staten. Derfor kan det hevdes at kostnadsbesparelsen som anslås her ikke i sin helhet tilfaller kommunene. Dette er et poeng. Som nevnt under avsnitt 5.2.1 har kostnadsbesparelse som følger av endret bruk av statlige opptreningsinstitusjoner ikke blitt inkludert i denne analysen. Selv om det kan påpekes at kostnadsbesparelsen som anslås her ikke i sin helhet tilfaller kommunene, tas det uansett utgangspunkt i at dette er et (minimums-)anslag på sparte kostnader for stat og kommune i perioden pasientene får et tilbud ved SUP. Det er uansett den totale kostnadseffekten av tiltaket som er interessant.

I tillegg har det blitt lagt til grunn at pasienter som har vært på HOBR i perioden 2-7 (2-4) måneder etter utskriving fra sykehus har mindre behov for hjemmebasert omsorg enn tilsvarende pasienter som ikke har fått dette tilbudet. Det har blitt tatt utgangspunkt i at pasienter som ikke har fått tilbud fra SUP i gjennomsnitt har behov for 7 timer hjemmebasert omsorg per uke, mens det som har vært på SUP har behov for 3,5 timer. Oppfatningen er at pasienter som har vært på HOBR har redusert behov for hjemmebasert omsorg, men det kan stilles spørsmål om i hvor stor grad behovet reduseres. Dette bør testes i en randomisert undersøkelse. På bakgrunn av disse forutsetningene beregnes kostnadsbesparelse som følge av redusert behov for hjemmebasert omsorg til å utgjøre kr 9 702 000 (kr 4 851 000) per år målt i 2004 kroner. Hvis forutsetningen om at pasientene som har vært på SUP etter oppholdet der har mindre behov for hjemmebasert omsorg over et visst tidsrom, vil dette innebære en kostnadsbesparelse av betydning for kommunene.

Det kan tenkes at rehabiliteringstilbudet ved SUP kan utsette et behov for en mer permanent sykehjemsplass for enkelte av pasientene som får dette tilbudet. Hvorvidt dette skjer bør testes i en randomisert studie. Hvis det antas at behovet for en mer permanent sykehjemsplass utsettes i 6-12 måneder for 5 av de 220 pasientene som får tilbud om opphold ved SUP, innebærer dette en kostnadsbesparelse i størrelsesorden kr 1 375 000 – kr 2 750 000, per år målt i 2004 kroner.

5.3 Avsluttende kommentarer

Evalueringen har vist at tilbudet som spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR er et kvalitativt godt tilbud. Tilbudet oppfyller en målsetting om å gi omsorg på laveste effektive omsorgsnivå. . Pasientene opplever at oppholdet ved SUP en riktig videreføring av sykehusbehandlingen, og at de raskere kan reise hjem.

Tiltaket har økt samhandlingen mellom kommunene Asker og Bærum og SAB HF, ved at det har blitt skrevet en samarbeidsavtale som regulerer forhold angående spesialenheten for utskrivingsklare pasienter. Denne avtalen kan være et utgangspunkt for framtidige samarbeidsprosjekter for andre aktuelle pasientgrupper.

Omsorg på laveste effektive omsorgsnivå innebærer også omsorg på laveste mulige effektive kostnadsnivå. Beregningen i kapittel fire tyder på at denne målsettingen med stor sannsynlighet oppfylles ved å benytte SUP i behandlingkjeden. For staten ved SAB HF har evalueringen påvist sterk støtte for at tilbudet ved SUP gir reduksjon i liggetiden, og reduserte reinnleggelsesrater. Dette gir en kostnadsbesparelse i størrelsesorden 3-5 mill kr for SAB HF. Spørsmålet som kan stilles er om kostnadsbesparelsen for staten faktisk er større, i og med at forventet redusert bruk av opptreningsinstitusjoner ikke inngår.

For kommunene beregnes en samlet kostnadsbesparelse på 1,2-7,4 mill kr som følge av SUP. I disse tallene inngår utgifter for å drifte SUP. Det er større usikkerhet knyttet til kostnadsberegningene for kommunene, og dermed også større spenn i kostnadsanslagene. Det kan også stilles spørsmål ved om en del av kostnadsbesparelsen for kommunene som beregnes heller burde vært illustrert som redusert bruk av statlige opptreningsinstitusjoner. Med andre ord kan det være sannsynlig at kostnadsbesparelsen som anslås for kommunene er noe overvurdert.

For stat og kommune samlet er det meget rimelig å konkludere med at det er kostnadseffektivt å benytte SUP i behandlingkjeden for den aktuelle pasientgruppen. Kostnadsanalysen i denne rapporten anslår en samlet årlig kostnadsbesparelse i størrelsesorden 4,3-12,4 mill kr som følge av tiltaket. Mulighet for endret bruk av statlige opptreningsinstitusjoner er ikke inkludert i kostnadsanalysen, og det er en svakhet. Det må presiseres at endring i tjenestebehov bør testes i randomiserte studier.

6 Litteratur

Kapittel 3

Hofstad, T. (1997). Kvalitet i sykehjem. Trondheim, Trondheim Kommune.

Karoliussen, M. and K. L. Smeby (1997 [1985]). Eldre, aldring og sykepleie. Oslo, Universitetsforlaget.

Olsen, E. and B. Ingvald (2000). K p, s lj och platta till: Organisasjonsf r ndringar, arbeidsmiljø og omsorgskvalitet i hemtjensten under 1990-talet. Lund, Lunds universitet.

Sosial- og helsedepartementet (1996-97). Stortingsmelding 50. Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet. Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (1999). Lov om pasientrettigheter. Oslo.

Strengenhagen, E. (1994). Kvaliteten i eldreomsorgen. Oslo, Sosial- og helsedepartementet Kommunenes Sentralforbund.

Kapittel 1,2 og 4

1. NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste."

2. Aaras I, Langfeldt E, Ersdal G og D Haga: "Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve!" Tidsskr Nor Lægeforen. 2000;120:702-5.

3. Hansen, HF: "Samhandling og desentralisering. Forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene." Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av de regionale helseforetakene. Bodø, 2004.

4. Paulsen, B, Harsvik, T, Halvorsen, T og L Nygård: "Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem". SINTEF rapport nr STF78 A045006. SINTEF Helse 2004.

5. Drummond MF, O'Brien B, Stoddard GL. Methods for the economic evaluation of health care programs. Second Edition. Oxford: Oxford University Press, 1997.

6. Huseby, B (red): "SAMDATA somatikk 2003. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003". 2004; SINTEF rapport nr STF78 A045015.

7. Pedersen M. Benchmarking av sykehuskostnader – dekomponerte kostnadsindikatorer for sykehus. 2004; SINTEF-rapport nr STF78 A045801.

Vedlegg

Vedleggstabell 1 Oversikt over liggetid på SAB HF for SUP pasienter i 2003 og kontrollpasienter i 2002 og 2003

<i>Løpenr ved SUP 2003</i>	<i>Liggetid (døgn) SAB HF HOBR pasienter 2003 (a)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid BS kontroll- pasienter 2002 (b)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid SAB HF kontroll- pasienter 2003 (c)</i>	<i>Differanse mellom liggetid på SAB HF for SUP og kontroll- pasienter ved BS 2002</i>	<i>Differanse mellom liggetid på SAB HF for SUP og kontroll- pasienter ved SABHF 2003</i>
PAS1	10,0	16,4	11,6	-6,4	-1,6
PAS2	16,0				
PAS3	1,0	11,0	4,0		-3,0
PAS4	3)	13,9	11,2		3)
PAS5	3,0		1)		
PAS6	34,0		1)		
PAS7	8,0	11,0	4,0	-3,0	4,0
PAS8	28,0	22,0	1)	6,0	
PAS9	12,0	14,8	18,3	-2,8	-6,3
PAS10	11,0	14,6	9,0	-3,6	2,0
PAS11	11,0	1)	27,0		-16,0
PAS12	86,0 2) 2)	1)	1)		
PAS15	13,0	16,4	11,6	-3,4	1,4
PAS16	28,0	1)	1)		
PAS17	5,0	15,7	9,9	-10,7	-4,9
PAS18	35,0	1)	1)		
PAS19	13,0	16,0	19,7	-3,0	-6,7
PAS20	5,0	35,5	1)	-30,5	1)
PAS21	13,0	8,0	27,0	5,0	-14,0
PAS22	17,0	30,0	17,5	-13,0	-0,5
PAS23	5,0	4,7	4,0	0,3	1,0
PAS24	49,0	1)	1)		
PAS25	18,0	44,3	21,0	-26,3	-3,0
PAS26	28,0	1)	1)		
PAS27	7,0	15,7	9,9	-8,7	-2,9
PAS28	14,0	1)	1)		
PAS29	9,0	10,0	1)	-1,0	
PAS30	122,0	1)	1)		
PAS31	12,0	20,0		-8,0	
PAS32	12,0	1)	1)		
PAS33	11,0	1)	1)		
PAS34	16,0	1)	1)		
PAS35	7,0	13,9	11,2	-6,9	-4,2
PAS36	34,0	24,7	1)	9,3	
PAS37	28,0	1)	1)		
PAS38	28,0	35,0	1)	-7,0	
PAS39	10,0	1)	1)		
PAS40	20,0	1)	7,5		12,5
PAS41	1,0	1)	1)		
PAS42	63,0	1)	28,0		35,0

<i>Løpenr ved SUP 2003</i>	<i>Liggetid (døgn) SAB HF HOBR pasienter 2003 (a)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid BS kontroll- pasienter 2002 (b)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid SAB HF kontroll- pasienter 2003 (c)</i>	<i>Differanse mellom liggetid på SAB HF for SUP og kontroll- pasienter ved BS 2002</i>	<i>Differanse mellom liggetid på SAB HF for SUP og kontroll- pasienter ved SABHF 2003</i>
PAS43	19,0	30,0	17,5	-11,0	1,5
PAS44	3,0	9,7	7,5	-6,7	-4,5
PAS45	10,0	1)	1)		
PAS46	10,0	1)	1)		
PAS47	5,0	1)	10,0		-5,0
PAS48	5,0	14,9	10,5	-9,9	-5,5
PAS49	11,0	8,0	1)	3,0	
PAS50	21,0	44,3	21,0	-23,3	0,0
PAS51	14,0	14,9	10,5	-0,9	3,5
PAS52	11,0	1)	1)		
PAS53	11,0	23,7	9,0	-12,7	2,0
PAS54	5,0	1)	20,0		-15,0
PAS55	21,0	16,4	11,6	4,6	9,4
PAS56	6,0	1)	1)		
PAS57	15,0	1)	1)		
	2)	15,0		-15,0	
PAS59	9,0	16,0	10,5	-7,0	-1,5
PAS60	20,0	1)	1)		
PAS61	67,0	1)	1)		
PAS62	11,0	54,0	1)	-43,0	
PAS63	8,0	1)	1)		
PAS64	14,0	34,3		-20,3	
PAS65	9,0	19,2	19,7	-10,2	-10,7
PAS66	12,0	15,0	11,6	-3,0	0,4
PAS67	13,0	12,0	1)	1,0	
PAS68	8,0	1)	5,0		3,0
PAS69	5,0	1)	1)		
	2)				
PAS71	18,0	1)	1)		
PAS72	9,0	20,0	1)	-11,0	
PAS73	11,0	1)	1)		
PAS74	19,0	44,0	35,0	-25,0	-16,0
PAS75	5,0	1)	24,7		-19,7
PAS76	7,0	1)	1)		
PAS77	11,0	15,7	16,0	-4,7	-5,0
PAS78	8,0	17,2	9,9	-9,2	-1,9
PAS79	8,0	9,7	1)	-1,7	
PAS80	4,0	10,0	7,5	-6,0	-3,5
PAS81	5,0	5,0	5,0	0,0	0,0
PAS82	13,0	5,0	16,0	8,0	-3,0
PAS83	9,0	1)	16,0		-7,0
PAS84	7,0	14,9	1)	-7,9	
PAS85	6,0	14,9	10,5	-8,9	-4,5
PAS86	7,0	30,0	1)	-23,0	

<i>Løpenr ved SUP 2003</i>	<i>Liggetid (døgn) SAB HF HOBR pasienter 2003 (a)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid BS kontroll- pasienter 2002 (b)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid SAB HF kontroll- pasienter 2003 (c)</i>	<i>Differanse mellom liggetid på SAB HF for SUP og kontroll- pasienter ved BS 2002</i>	<i>Differanse mellom liggetid på SAB HF for SUP og kontroll- pasienter ved SABHF 2003</i>
PAS87	8,0	14,9	17,5	-6,9	-9,5
PAS88	5,0	12,3	10,5	-7,3	-5,5
PAS89	2,0	16,4	1)	-14,4	
PAS90	13,0	16,5	11,6	-3,5	1,4
PAS91	9,0	1)	1)		
PAS92	5,0	32,0	1)	-27,0	
PAS93	14,0	20,0	1)	-6,0	
PAS94	13,0	15,7	1)	-2,7	
PAS95	7,0	6,0	9,9	1,0	-2,9
PAS96	7,0	1)	5,0		2,0
PAS97	4,0	1)	10,0		-6,0
PAS98	24,0	11,0	1)	13,0	
PAS99	50,0	1)	30,0		20,0
PAS100	64,0	15,7	1)	48,3	
PAS101	4,0	23,0	9,9	-19,0	-5,9
PAS102	18,0	1)	7,0		11,0
PAS103	19,0	1)	1)		
PAS104	19,0	1)	1)		
PAS105	23,0	6,0	1)	17,0	
PAS106	15,0	1)	1)		
PAS107	43,0	1)	95,0		-52,0
PAS108	27,0	1)	45,0		-18,0
PAS109	12,0	22,0	24,0	-10,0	-12,0
PAS110	12,0	24,0	13,0	-12,0	-1,0
PAS111	14,0	1)	1)		
PAS112	6,0	15,7	1)	-9,7	
PAS113	12,0	23,0	9,9	-11,0	2,1
PAS114	10,0	1)	1)		
	2)				
PAS116	37,0	1)	28,0		9,0
PAS117	16,0	15,7	34,7	0,3	-18,7
PAS118	14,0	14,9	9,9	-0,9	4,1
PAS119	7,0	1)	1)		
	2)				
PAS121	29,0	6,0	5,0	23,0	24,0
PAS122	2)		10,0		-10,0
PAS123	14,0	13,9	14,0	0,1	0,0
PAS124	1,0	14,2	11,2	-13,2	-10,2
	2)				
PAS126	9,0	1)	1)		
PAS127	14,0	4,7	13,0	9,3	1,0
PAS128	7,0	24,5	1)	-17,5	
PAS129	14,0	1)	1)		
PAS130	10,0	16,4	1)		

<i>Løpenr ved SUP 2003</i>	<i>Liggetid (døgn) SAB HF HOBR pasienter 2003 (a)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid BS kontroll- pasienter 2002 (b)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid SAB HF kontroll- pasienter 2003 (c)</i>	<i>Differanse mellom liggetid på SAB HF for SUP og kontroll- pasienter ved BS 2002</i>	<i>Differanse mellom liggetid på SAB HF for SUP og kontroll- pasienter ved SABHF 2003</i>
Sum					-166,2
Gjennom- snitts- differanse					-2,7

- 1) Finnes ikke kontrollpasienter i sammenligningsgrunnlaget
- 2) Mangler sykehusdiagnose fra HOBR
- 3) Finner ikke pasienten på SAB HF

Vedleggstabell 2 Oversikt over liggetid på SAB HF for SUP pasienter i 2004 og kontrollpasienter i 2002 og 2003

<i>Løpenr SUP 2004</i>	<i>Liggetid (døgn) SABHF for SUP pasienter 2004 (a)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid BS kontroll-pasienter 2002 (b)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid SABHF kontroll- pasienter 2003 (c)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter ved BS 2002 (d) = (a) - (b)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter SABHF 2003 (e) = (a) - (c)</i>
PAS131	28,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PAS132	65,0	0,0	31,0	0,0	34,0
PAS133	21,0	15,7	9,9	5,3	11,1
PAS134	17,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PAS135	12,0	15,7	9,9	-3,7	2,1
	2)				
	2)				
PAS138	14,0	26,0	11,8	-12,0	2,3
PAS139	22,0	0,0	26,0	0,0	-4,0
PAS140	7,0	10,0	21,5	-3,0	-14,5
PAS141	21,0	15,7	9,9	5,3	11,1
PAS142	20,0	15,7	9,9	4,3	10,1
PAS143	14,0	15,7	9,9	-1,7	4,1
PAS144	3)				
PAS145	28,0	1)	1)		
PAS146	3)				
PAS147	19,0	11,0	30,0	8,0	-11,0
PAS148	33,0	1)	1)		
PAS149	22,0	23,0	4,0	-1,0	18,0
PAS150	8,0	1)	1)		
PAS151	19,0	0,0	39,5	0,0	-20,5
PAS152	34,0	1)	1)		
PAS153	8,0	13,9	11,2	-5,9	-3,2
PAS154	3,0	26,0	11,8	-23,0	-8,8
PAS155	10,0	6,0	10,0	4,0	
PAS156	25,0	20,0	1)	5,0	
PAS157	7,0	14,9	10,5	-7,9	-3,5
PAS158	10,0	16,4	11,6	-6,4	-1,6
PAS159	26,0	15,0	32,0	11,0	-6,0
PAS160	3,0	1)	1)		
PAS161	11,0	24,0	12,0	-13,0	-1,0
PAS162	14,0	25,0	1)	-11,0	0,0
PAS163	3,0	10,0	1)	-7,0	0,0
PAS164	6,0	6,0	10,0	0,0	-4,0
PAS165	3)				
PAS166	9,0	27,5	0,0	-18,5	
PAS167	29,0	1)	1)		
PAS168	19,0	24,3	0,0	-5,3	
PAS169	2,0	24,3	0,0	-22,3	
PAS170	3)				
PAS171	8,0	24,0	12,0	-16,0	-4,0
PAS172	9,0	1)	1)		
PAS173	9,0	29,0	1)	-20,0	

<i>Løpenr SUP 2004</i>	<i>Liggetid (døgn) SABHF for SUP pasienter 2004 (a)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid BS kontroll-pasienter 2002 (b)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid SABHF kontroll- pasienter 2003 (c)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter ved BS 2002 (d) = (a) - (b)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter SABHF 2003 (e) = (a) - (c)</i>
PAS174	4,0	6,0	10,0	-2,0	-6,0
PAS175	6,0	15,7	9,9	0,0	-3,9
PAS176	11,0	1)	1)		
PAS177	8,0	24,0	12,0	-16,0	-4,0
PAS178	7,0	1)	10,0		-3,0
	2)				
PAS180	9,0	14,9	10,5	-5,9	-1,5
	2)				
PAS182	3)				
PAS183	5,0	25,5	9,5	-20,5	-4,5
PAS184	6,0	13,9	11,2	-7,9	-5,2
PAS185	3)				
PAS186	16,0	0,0	34,7	0,0	-18,7
PAS187	14,0	0,0	28,0	0,0	-14,0
PAS188	11,0	13,0	1)	-2,0	
PAS189	3)				
PAS190	63,0	1)	26,0		37,0
PAS191	22,0	1)	1)		
PAS192	6,0	27,5	1)	-21,5	
PAS193	11,0	10,0	1)	1,0	
	2)				
Pas195	9,0	1)	1)		
PAS196	9,0	15,7	9,9	-6,7	-0,9
PAS197	2,0	21,0	1)	-19,0	
PAS198	15,0	1)	21,0		-6,0
	2)				
PAS200	8,0	15,7	9,9	-7,7	-1,9
PAS201	6,0	13,9	11,2	-7,9	-5,2
PAS202	3)				
PAS203	19,0	14,8	18,3	4,3	0,8
	2)				
PAS205	6,0	14,9	10,5	-8,9	-4,5
PAS206	12,0	10,0	0,0	2,0	0,0
PAS207	3)				
PAS208	21,0	0,0	28,0	0,0	-7,0
	2)				
PAS210	11,0	1)	12,0		-1,0
PAS211	13,0	1)	1)		
PAS212	7,0	14,6	9,0	-7,6	-2,0
PAS213	7,0	13,9	11,2	-6,9	-4,2
PAS214	5,0	1)	1)		
PAS215	5,0	1)	1)		
PAS216	2,0	6,0	1)	-4,0	
PAS217	3)				
PAS218	15,0	26,5	26,3	-11,5	-11,3
PAS219	2)				

<i>Løpenr SUP 2004</i>	<i>Liggetid (døgn) SABHF for SUP pasienter 2004 (a)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid BS kontroll-pasienter 2002 (b)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid SABHF kontroll- pasienter 2003 (c)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter ved BS 2002 (d) = (a) - (b)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter SABHF 2003 (e) = (a) - (c)</i>
PAS220	17,0	1)	1)		
PAS221	29,0	139,0	1)	-110,0	
PAS222	19,0	12,0	1)	7,0	
PAS223	18,0	26,5	26,3	-8,5	-8,3
PAS224	25,0	1)	1)		
PAS225	3)				
PAS226	11,0	16,4	11,6	-5,4	-0,6
PAS227	3)				
PAS228	37,0	12,0	0,0	25,0	0,0
PAS229	26,0	1)	26,0		0,0
PAS230	3)				
	2)				
PAS232	20,0	16,4	11,6	3,6	8,4
PAS233	160,0	1)	1)		
PAS234	9,0	1)	1)		
PAS235	11,0	13,9	11,2	-2,9	-0,2
PAS236	3)				
PAS237	6,0	15,7	9,9	-9,7	-3,9
PAS238	29,0	1)	28,0		1,0
PAS239	17,0	1)	35,0		-18,0
PAS240	11,0	1)	1)		
PAS241	9,0	16,4	11,6	-7,4	-2,6
PAS242	5,0	1)	15,5		-10,5
	2)				
PAS244	17,0	24,5	0,0	-7,5	0,0
PAS245	3)				
PAS246	3)				
PAS247	9,0	1)	1)		
PAS248	20,0	1)	1)		
PAS249		1)	1)		
PAS250	18,0	26,5	26,3	-8,5	-8,3
PAS251		1)	1)		
PAS252	0,0	6,0	0,0	-6,0	0,0
PAS253	7,0	1)	1)		
PAS254	17,0	16,4	11,6	0,6	5,4
PAS255		1)	1)		
PAS256	14,0	1)	15,0		-1,0
PAS257	7,0	1)	1)		
PAS258	4,0	9,7	7,5	-5,7	-3,5
PAS259	9,0	1)	1)		
PAS260	4,0	1)	1)		
PAS261	10,0	26,0	11,8	-16,0	-1,8
PAS262	9,0	16,0	19,7	-7,0	-10,7
PAS263	6,0	13,9	11,2	-7,9	-5,2
PAS264	19,0	1)	15,0		4,0
PAS265	8,0	9,7	7,5	-1,7	0,5

<i>Løpenr SUP 2004</i>	<i>Liggetid (døgn) SABHF for SUP pasienter 2004 (a)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid BS kontroll-pasienter 2002 (b)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid SABHF kontroll- pasienter 2003 (c)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter ved BS 2002 (d) = (a) - (b)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter SABHF 2003 (e) = (a) - (c)</i>
PAS266	13,0	1)	1)		
PAS267	10,0	14,8	18,3	-4,8	-8,3
PAS268	14,0	1)	1)		
PAS269	11,0	15,7	9,9	-4,7	1,1
PAS270	7,0	20,0	1)	-13,0	
PAS271	17,0	23,0	1)	-6,0	
PAS272	18,0	12,0	23,0	6,0	-5,0
PAS273	15,0	12,0	23,0	3,0	-8,0
PAS274	7,0	7,0	1)	0,0	
PAS275	15,0	30,0	17,5	-15,0	-2,5
PAS276	9,0	15,0	7,0	-6,0	2,0
	2)				
PAS278	10,0	14,9	10,5	-4,9	-0,5
PAS279	7,0	14,6	9,0	-7,6	-2,0
PAS280	15,0	40,0	1)	-25,0	
PAS281	4,0	2,0	1)	2,0	
PAS282	10,0	1)	1)		
PAS283	11,0	2,0	1)	9,0	
PAS284	7,0	16,4	11,6	-9,4	-4,6
PAS285	13,0	15,7	9,9	-2,7	3,1
PAS286	7,0	1)	1)		
PAS287		1)	1)		
PAS288	6,0	1)	1)		
PAS289	8,0	15,7	9,9	-7,7	-1,9
PAS290	7,0	24,4	1)	-17,4	
PAS291	8,0	1)	1)		
PAS292	6,0	13,9	11,2	-7,9	-5,2
	2)				
PAS294	10,0	14,6	9,0	-4,6	1,0
PAS295	16,0	1)	26,0		-10,0
PAS296	24,0	1)	1)		
PAS297	3,0	6,0	1)	-3,0	
PAS298	14,0				
PAS299	9,0				
PAS300	37,0				
PAS301		1)	1)		
PAS302	16,0	24,3	1)	-8,3	
PAS303	13,0	1)	1)		
PAS304	33,0	15,0	1)	18,0	
PAS305	17,0	25,0	38,0	-8,0	-21,0
PAS306	6,0	0,0	8,0	0,0	-2,0
PAS307	4,0	10,0	21,0	-6,0	-17,0
PAS308	7,0	16,4	11,6	-9,4	-4,6
PAS309	11,0	1)	1)		
PAS310	7,0	10,0	1)	-3,0	
PAS311	12,0	0,0	1)	0,0	

<i>Løpenr SUP 2004</i>	<i>Liggetid (døgn) SABHF for SUP pasienter 2004 (a)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid BS kontroll-pasienter 2002 (b)</i>	<i>Gj.snittlig liggetid SABHF kontroll- pasienter 2003 (c)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter ved BS 2002 (d) = (a) – (b)</i>	<i>Differanse liggetid i fht kontroll- pasienter SABHF 2003 (e) = (a) – (c)</i>
PAS312	11,0	5,0	16,0	6,0	-5,0
Sum differanse LGD				-581,5	-229,6
Gj.snittlig diff LGD				-6,5	-2,8

1) Finnes ikke kontrollpasienter i sammenligningsgrunnlaget

2) Mangler sykehusdiagnose fra HOBR

3) Finner ikke pasienten på SAB HF

Spørreskjema

Undersøkelse blant brukere ved Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter

Instruksjoner for utfylling:

Før utfylling ber vi deg legge merke til følgende:

- Det skal ikke føres navn på skjemaet
- Skjemaet leveres slik: Utfylt skjema legges i svarkonvolutt og leveres til personalet på avdelingen. De sender det videre til SINTEF Helse.

Opplysninger om bruker:

BRUKERS ALDER:ÅR

KJØNN: MANN

KVINNE:

Sett ett kryss for hvert spørsmål

Informasjon

Ja Nei Vet ikke

1. Fikk du skriftlig informasjon om Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter mens du var pasient på Bærum sykehus?
2. Får du fortløpende informasjon om endringer som skjer på sykehjemmet?
3. Vet du hvem som er din kontaktperson på sykehjemmet?

Døgnrytme

Ja Av og til Nei Vet ikke

4. Følger du din vanlige døgnrytme når du er på sykehjemmet?
5. Kan du selv velge når du ønsker å spise?

Personlig hygiene

Ja Av og til Nei Vet ikke

6. Får du den hjelpen du trenger for
å holde deg velstelt?
7. Får du badet/dusjet når du har behov?
8. Får du hjelp til toalettbesøk etter
behov?

Ernæring og spisesituasjon

Ja Av og til Nei Vet ikke

9. Er maten du får appetittvekkende?
10. Får du nok mat i løpet av døgnet?
11. Kan du selv velge hva du ønsker å
spise til middag?
12. Kan du bestemme hvem du vil spise
sammen med?

Brukermedvirkning

Ja Av og til Nei Vet ikke

13. Får du være med å bestemme hvilken
hjelp du vil ha?
14. Opplever du at forhold som du ikke er
fornøyd med blir tatt hensyn til?
15. Blir du behandlet med respekt
og høflighet?

Trygghet

Ja Av og til Nei Vet ikke

16. Får du den oppmerksomheten du har
behov for fra personalet?
17. Har du mulighet til å tilkalle hjelp til
enhver tid?
18. Får du hjelp innen 5 minutter
etter tilkalling?
19. FØLER DU DEG TRYGG PÅ AT DU FÅR LEGE-
hjelp dersom du har behov for det?

Takk skal du ha for at du svarte på spørsmålene!

Utfylt spørreskjema legges i svarkonvolutt og postlegges eller leveres personalet i avdelingen.

VEDLEGG 4

Intervjuguide Henie Onstad bo- og rehabiliterings-senter

Dato

Sted

Navn

1. Når var du pasient ved Bærum sykehus?
2. Hvordan fikk du vite om at Henie Onstad kunne gi deg et tilbud?
3. Hadde du på det tidspunktet foretrukket å ha blitt værende på sykehuset helt til du hadde vært klar til å dra hjem?
4. Synes du at du ble skrevet ut for tidlig fra sykehuset?
5. Hvordan opplevde du å bli overført fra sykehuset til Henie Onstad? Var det helt greit eller synes du det var slitsomt å måtte innom enda en institusjon?
6. Har du i løpet av de siste åra vært innlagt på sykehus før?
 - a. I så fall hvordan opplevde du å bli skrevet ut fra sykehuset den gangen i forhold til å bli overført til Henie Onstad?
7. Var du spent på om du kom til å få et god nok oppfølging av din sykdom/plager ved Henie Onstad?
8. Synes du at det var god sammenheng i behandlinga og pleien når du ble overført fra sykehuset til Henie Onstad?
9. Har du fått prate med lege når du har hatt behov for det ved HO?
10. Er du fornøyd med legetilbudet ved Henie Onstad?
11. Fikk du ofte nok pleie fra sykepleiere og hjelpepleiere ved Henie Onstad?
12. Hva synes du om kvaliteten på den pleien du fikk fra sykepleiere og hjelpepleiere ved Henie Onstad?
13. Er det noen spesielle tidsrom i løpet av døgnet at du kunne ha ønsket en bedre oppfølging?
14. Er det noen perioder i løpet av uka at oppfølginga kunne ha vært bedre?

15. Hvordan synes du alt i alt at oppfølginga ved Henie Onstad har vært i forhold til den du fikk ved sykehuset før du ble utskrevet derfra?

For tidligere brukere:

16. Synes du oppholdet ved Henie Onstad har vært av en passende lengde?

17. Hvordan synes du at du har klart deg etter at du ble utskrevet fra Henie Onstad?

18. Tror du at du har hatt mindre behov for å oppsøke primærlegen din som følge av oppholdet ved Henie Onstad enn om du ble skrevet rett ut fra sykehuset?

19. Tror du at du blir raskere bedre gjennom å ha fått tilbudet ved Henie Onstad sammenlignet med å ha vært lengre på sykehus for deretter å ha dratt hjem eller til en ordinær sykehjemsavdeling?

20. Hvis det var mulig, har du da foretrukket et annet tilbud enn Henie Onstad? Hva kunne det i så fall ha vært?

21. Er du totalt sett fornøyd med oppholdet ved Henie Onstad eller synes du at det er noe som kunne ha vært gjort annerledes?

Takk for at du stilte opp!

