

www.sintef.no



SINTEF Helse
Norsk pasientregister

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse:
Teknobyen innovasjonssenter
Abels gate 5

Telefon: 40 00 25 90
Telefaks: 932 70 500

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra,
attføringsinstitusjoner:**

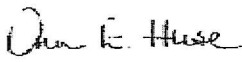
Nasjonal rapport 2005

FORFATTER(E)

Knut Johansen, Tor Krokan

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse- og omsorgsdepartementet

RAPPORTNR. A90	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Ingunn Aalvik, Jostein Hamberg	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 978-82-14-03928-3 / 82-14-03928-2	PROSJEKTNR. 78J05130	ANTALL SIDER OG BILAG 61
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Knut Johansen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Turid B. Strøm
ARKIVKODE E	DATO 2006-04-19	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Unn E. Huse, avdelingssjef 	
<p>SAMMENDRAG</p> <p>Opptreningsinstitusjonene har fra 1.januar 2005 registrert aktivitets- og pasientdata. Data leveres til Norsk pasientregister (NPR), som er ansvarlig for kvalitetskontroll, analyse og rapportering. I foreliggende rapport presenteres data for 2005. Rapporten omfatter 41 institusjoner – de 37 godkjente opptreningsinstitusjonene samt de 4 institusjonene innen arbeidsrettet rehabilitering og helsesport som er organisert i DSHI. Datagrunnlaget for rapporten er pasientdata som beskriver alle opphold som ble avsluttet i 2005. Data for Sofienberg Helse- og Rehabiliteringssenter AS omfatter bare perioden 1.1.-30.6. 2005. Institusjonen begjærte seg konkurs 02.11.2005, og det har ikke lyktes NPR å innhente data for siste halvår. For de øvrige institusjonene er data komplett.</p> <p>I tillegg til pasientdata, innhentet NPR høsten 2005 et sett av tilleggsinformasjon fra disse institusjonene. Dette ble innhentet ved bruk av spørreskjema. Tilleggsinformasjonen omhandler ressurser (plasser, personell), pasientene (pleiebehov), tilgjengelighet (avviste søknader), status som utdanningsinstitusjon for helsepersonell (leger, sykepleiere, fysioterapeuter), vaktordninger samt bruk av tilfredshetsundersøkelser. Data fra denne undersøkelsen inngår også i rapporten.</p> <p>Tilleggsundersøkelsen inneholdt også informasjon om institusjonenes bruk av instrumenter for å måle og evaluere pasientens tilstand eller funksjonsnivå. Presentasjon og analyse av dette er gjort av avdelingsoverlege Håkon E. Dalen ved BHSS. Dette arbeidet inngår ikke i rapporten, men publiseres som selvstendig notat.</p>			
STIKKORD	NORSK	ENGELSK	
GRUPPE 1	Somatikk		
GRUPPE 2	Nasjonal statistikk		
EGENVALGTE	Opptreningsinstitusjoner		

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag av rapportens hovedfunn	5
2	Rapportens grunnleggende premisser	8
	2.1 Innhold	8
3	Pasientdata	10
	3.1 Institusjonsoversikt	10
	3.2 Om inndeling i pasientkategorier	12
	3.3 Kjennetegn ved pasientene	13
	3.4 Pasientrettigheter	14
	3.5 Diagnoser	16
	3.6 Pasientforløp	19
	3.7 Forbruksmønster	21
	3.8 Ventetid	23
	3.9 Liggetid	25
	3.10 Behandlingsinnsats	26
	3.11 Behandlingsinnsats på den enkelte institusjon	27
	3.12 Behandlingsinnsats av ulike personellgrupper	34
	3.13 Hvordan tolke forskjeller mellom institusjonene?	40
	3.14 Oppsummert om behandlingsinnsats	41
4	Tilleggsundersøkelse	43
	4.1 Antall plasser – godkjent og faktisk	43
	4.2 Bemanning	45
	4.3 Legeaktivitet ved ankomst og utskriving	49
	4.4 Pasientenes pleiebehov	51
	4.5 Institusjonenes rolle i utdanning av helsepersonell	53
	4.6 Institusjonenes vaktordning	56
	4.7 Brukertilfredshetsundersøkelser	58
	4.8 Avviste søknader	59
	4.9 Konklusjon	61

Tabelloversikt

Tabell 1: Nøkkeltall for Opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mm. 2005	11
Tabell 2: Kjønnfordeling etter pasientkategori. Prosent.....	13
Tabell 3: Pasientenes alder etter institusjonstype.....	14
Tabell 4: Bruk av individuell plan.....	14
Tabell 5: Rett til nødvendig helsehjelp	15
Tabell 6: Diagnoser etter kapittel i ICD-10. Etter institusjonstype.	16
Tabell 7: Bruk av rehabiliteringskode Z50, etter institusjonstype. Prosent.	18
Tabell 8: Henvissende instans etter pasientkategori. Prosent	19
Tabell 9: Hvor kommer pasientene fra. Etter pasientkategori. Prosent.	20
Tabell 10: Pasienter utskrevet til. Etter pasientkategori. Prosent.....	20
Tabell 11: Sammenhengen mellom institusjonens beliggenhet og pasientens bosted. Prosent	21
Tabell 12: Ventetider etter institusjonstype. Dager. Gjennomsnitt og median.	24
Tabell 13: Antall tiltak individuell behandling pr oppholdsdøgn. Rangert	28
Tabell 14: Antall tiltak gruppebehandling pr oppholdsdøgn. Rangert.....	29
Tabell 15: Behandlingstiltak pr oppholdsdøgn. Individuell- og gruppebehandling. Rangert...	31
Tabell 16: Undervisningstiltak pr opphold. Rangert	33
Tabell 17: Individuelle konsultasjoner pr årsverk lege (inkluderer lege og legespesialist). ...	35
Tabell 18: Individuelle behandlingstiltak pr årsverk fysioterapeut.....	37
Tabell 19: Gruppebehandling utført av fysioterapeut. Pr opphold.	38
Tabell 20: Individuelle behandlingstiltak pr årsverk sykepleier.....	39
Tabell 21: Antall godkjente senger og faktisk antall senger.	44
Tabell 22: Hvilke legespesialiteter finnes ved institusjonen.....	46
Tabell 23: Antall årsverk av personell som brukes i behandlingen	47
Tabell 24: Antall årsverk per plass	48
Tabell 25: Deltok lege i inkomstsamtale. Ble pasientene vurdert av lege før utskrivning	50
Tabell 26: Andel pasienter med pleiebehov ved ankomst til institusjon	52
Tabell 27: Institusjoner godkjent som utdanningsinstitusjon for leger.	53
Tabell 28: Antall turnuskandidater fysioterapi.....	54
Tabell 29: Antall sykepleierstudenter.....	55
Tabell 30: Vaktordning med egen lege.....	56
Tabell 31: Antall helsepersonell utenom ordinær arbeidstid	57
Tabell 32: Brukertilfredshetsundersøkelser, hyppighet og omfang.....	58
Tabell 33: Avviste søknader første halvår 2005. Faktisk antall og relativt.....	59
Tabell 34: Årsaker til avvísninger.....	60

Figuroversikt

Figur 1: Aldersfordeling etter pasientkategori. Kumulativ prosent.	13
Figur 2: ICD-10 Kapittel etter institusjonstype.....	17
Figur 3: Fylkesvise forbruksrater. 2005.	22
Figur 4: Ventetid i dager etter institusjonstype. Kumulativ prosent.	23
Figur 5: Oppholdstider etter institusjonstype. Kumulativ prosent.	25
Figur 6: Andel av oppholdene der ulike faggrupper har iverksatt behandling eller undervisning. Prosent.	26

1 Sammendrag av rapportens hovedfunn

Vi vil her gjøre kort rede for de viktigste resultatene som er presentert i rapporten, og starter med pasientdata.

Institusjonsoversikten (avsnitt 3.1.) viser følgende:

- Totalt 41 institusjoner har rapportert data for 2005. Dette omfatter 37 godkjente opptreningsinstitusjoner, 2 helsesportsentra og 2 institusjoner innen arbeidsrettet rehabilitering
- Det ble innrapportert 32 920 avsluttede opphold i løpet av 2005. Dette genererte nesten 770 000 oppholdsdøgn. Helsesportsentrene og institusjoner innen arbeidsrettet rehabilitering produserte til sammen 58 000 oppholdsdøgn, mens tyngden av aktiviteten altså skjedde ved tradisjonelle opptreningsinstitusjoner
- De fleste institusjonene hadde standard lengde på oppholdene, vanligvis 3 eller 4 uker
- Belegget er beregnet til å utgjøre 94 prosent. De aller fleste institusjonene har høy kapasitetsutnyttelse

Når det gjelder kjennetegn ved pasientene (avsnitt 3.3), viser data følgende:

- 2/3 av pasientene var kvinner
- Pasientene var forholdsvis gamle, og halvparten var eldre enn 68 år
- Pasienter innen helsesportsentrene og arbeidsrettet rehabilitering hadde en kjønns- og alderssammensetning som er svært ulik det man fant innen tradisjonelle opptreningsinstitusjoner. Pasientene ved disse institusjonene er mye yngre, og kjønnsfordelingen er jevnere

Datasettet inneholder også informasjon som belyser aspekter i pasientrettighetsloven (avsnitt 3.4):

- Bruk av individuell plan er mangelfullt rapportert. Dette skyldes at hovedansvaret for individuell plan er lagt til førstelinjetjenesten samtidig som henvisningen i mange tilfeller ikke inneholder informasjon om pasientens status
- Hvorvidt pasienten har rett til nødvendig helsehjelp er også mangelfullt rapportert. Disse institusjonene var ikke forutsatt å vurdere rettighetsspørsmålet selv, og usikkerhet om pasientens rettighetsstatus skyldes derfor at nødvendige opplysninger ikke inngikk i henvisningen

Pasienters diagnose er registrert ved bruk av ICD-10 systemet, og viser følgende (avsnitt 3.5):

- Pasienter med sykdommer i muskel- og skjelettsystemet var dominerende, og utgjorde mer enn halvparten av pasientene i tradisjonelle opptreningsinstitusjoner. Hofteledds- og kneleddsartroser var vanlige pasientgrupper. Pasienter med sirkulasjonslidelser og skader var de andre store diagnosegruppene
- Ved helsesportsentrene var pasienter med sykdommer i nervesystem og muskel- og skjelettsystemet de største gruppene.
- For pasienter til arbeidsrettet rehabilitering var sykdommer i muskel- og skjelettsystemet største diagnosekapittel. Psykiske lidelser var den andre store gruppen
- Rehabiliteringskoden (Z50) viser at få behandlingsopplegg oppfyller kravene til kompleks rehabilitering (kode Z5080)
- Om lag halvparten av oppholdene oppfyller kravene til vanlig rehabilitering (kode Z5089)
- Omfanget av kompleks og vanlig rehabilitering var relativt større ved helsesportsentrene og arbeidsrettet rehabilitering

Opptreningsinstitusjonenes plassering i behandlingsskjeden er tema for avsnitt 3.6, og følgende forhold blir dokumentert:

- I tradisjonelle opptreningsinstitusjoner sto sykehus og primærleger hver for halvparten av henvisningene

- Innen helsesportsentrene og arbeidsrettet rehabilitering var primærlege viktigste henvisende instans, og sto for om lag $\frac{3}{4}$ av henvisningene
- Innen tradisjonelle opptreningsinstitusjoner kom halvparten av pasientene fra sykehus, de resterende fra egen bolig
- I helsesportsentrene og arbeidsrettet rehabilitering kom alle pasientene fra egen bolig
- De aller fleste pasientene ble utskrevet til egen bolig. Fra tradisjonelle opptreningsinstitusjoner ble 4 prosent utskrevet til annen institusjon

I avsnitt 3.7 er befolkningens forbruksmønster tema. Følgende momenter kan trekkes fram:

- Fylkesvise forbruksrater varierte fra 1,8 opphold pr 1000 innbyggere i Rogaland til 13,8 pr 1000 i Finnmark. Snitt for hele landet var 7,1 pr 1000
- Det var en klar tendens til at pasientene ble behandlet i sitt hjemfylke

Tilgjengelighet til tjenesten er belyst i avsnitt 3.8. Dette viser:

- Ventetiden var kort til tradisjonell opptrening. Særlig gjaldt dette pasienter henvist fra sykehus, som gjerne ventet mindre enn 7 dager
- Median ventetid for pasienter til arbeidsrettet rehabilitering var 68 dager
- Median ventetid for pasienter til helsesportsentrene var 5 måneder. 13 prosent hadde en ventetid som oversteg 1 år. En del av de lange ventetidene skyldes planlagt venting
- De fleste oppholdene hadde en lengde på 21 eller 28 dager. Det var institusjonsvise forskjeller i dette

Datasettet inneholder informasjon om de enkelte personellgruppenes behandlingsinnsats overfor hver enkelt pasient. Dette er registrert både som individuell- og gruppebehandling, samt undervisning (avsnitt 3.10):

- Fysioterapeut var viktigste faggruppe målt ut fra omfanget av gitt behandling
- 90 % av pasientene mottok individuell behandling fra fysioterapeut
- Fysioterapeuter utførte $\frac{3}{4}$ av den gruppebehandling som ble gitt
- Også sykepleiere utførte mye individuell behandling, men var lite involvert i gruppebehandling
- 80 prosent av pasientene mottok individuell behandling fra lege eller legespesialist
- Fysioterapeuter var den gruppe som drev mest undervisning

Behandlingsinnsatsen er analysert institusjonsvis i avsnitt 3.11:

- Data viser svært store forskjeller mellom institusjonene når det gjelder omfanget av den behandling som ble gitt
- Institusjonene som rapporterer mest individuell behandling hadde 5 ganger så mange tiltak pr oppholdsdøgn som institusjonen med færrest behandlingstiltak
- Når det gjelder gruppebehandling var forskjellene enda større
- 4 institusjoner drev ikke undervisning, mens 4 rapporterte 10 eller flere undervisningstiltak pr opphold
- Forskjellene er så store at vi mener det langt på vei skyldes ulik registreringspraksis

Rapportens kapittel 4 omhandler den gjennomførte tilleggsundersøkelsen, der vi vil framheve følgende forhold:

Da institusjonene ble godkjent som opptreningsinstitusjoner etter daværende forskrift for opptreningsinstitusjoner, ble de godkjent for et maksimalt antall plasser. I undersøkelsen har vi innhentet informasjon om hvor mange plasser de i sin tid ble godkjent for, samt antall plasser de hadde i 2005. Oversikten (avsnitt 4.1.) viser følgende:

- Det er en differanse mellom antall godkjente senger og antall faktiske senger. Institusjonene hadde totalt 10 prosent flere senger enn de var godkjent for.

I undersøkelsen ble det også innhentet oversikt over antall årsverk av helsepersonell i institusjonene. Se avsnitt 4.2., som viser følgende:

- De fleste legespesialister er ansatt i små stillingsandeler, og mange institusjoner benyttet seg av innleide timeverk. Høyest antall årsverk for spesialistene fant vi i kategoriene fysikalsk medisin og rehabilitering, og allmenntid medisin.

- Det er stor variasjon i bemanningen. Fysioterapeuter og sykepleiere er de to dominerende personellgrupper, og finnes hos samtlige institusjoner. Totalt var det 0,33 årsverk per seng blant disse institusjonene.

Datasettet inneholder også informasjon om leges deltakelse i vurdering av pasientene ved ankomst og avreise (avsnitt 4.3.):

- Lege deltok i inntakssamtale i 44 prosent av tilfellene, og i 55 prosent av tilfellene ved utskrivning av pasientene. De fleste benyttet lege i vurdering før utskrivning, i hvert fall for deler av pasientmassen, mens langt færre benyttet lege ved inntakssamtalen.

I avsnitt 4.4. er pasientenes pleiebehov tema. Denne kartleggingen viser at:

- 20 prosent av alle pasientene hadde pleiebehov ved ankomst til institusjon. Dette varierer veldig blant institusjonene, og henger naturlig nok sammen med de ulike målgrupper institusjonene har.

I forhold til bruken av institusjonene som arena for praksis og utdanning av nytt helsepersonell (avsnitt 4.5.), viser datasettet følgende:

- Institusjonene brukes i liten grad til utdanning av helsepersonell. Spesielt i forhold til legestudenter er tallet lavt. DSHI har totalt sett flere studenter enn de ordinære opptreningsinstitusjonene både når det gjelder legestudenter og sykepleierstudenter. Data viser altså at DSHI-institusjonene var de viktigste for utdanning og opplæring av helsepersonell.

I avsnitt 4.6. ser vi på institusjonenes vaktordninger, og følgende resultater fremkom:

- De aller fleste institusjonene har personell tilgjengelig hele døgnet, også i helgene. Kun 3 institusjoner opplyste at de ikke hadde dette. Bemanningen er imidlertid minimal hos de aller fleste.

Vi spurte også om institusjonene gjennomfører brukertilfredshetsundersøkelser (avsnitt 4.7.):

- De fleste foretar brukertilfredshetsundersøkelser ved utskrivning av pasienter. Over halvparten av institusjonene involverer alle pasientene i slike undersøkelser.

I avsnitt 4.8. er avvisning av søknader tema. Vi ser både på omfanget, og årsaker til avvisninger. Av datasettet fremkom følgende:

- 19 prosent av alle søknader første halvår 2005 ble avvist av institusjonene. Institusjonene innen DSHI avviser relativt sett flest søknader. Kapasitetsmessige forhold og manglende tilbud er de to hovedårsakene for avvisning av søknader. Disse årsakene ligger til grunn i 67 prosent av tilfellene.

2 Rapportens grunnleggende premisser

Rapporten presenterer pasientdata fra landets godkjente opptreningsinstitusjoner, helsesportssentrene og attføringsentrene. Med godkjente institusjoner menes her de institusjonene som ble godkjent etter Forskrift for opptreningsinstitusjoner (Forskrift 2000-12-20-1555, Sosialdepartementet). Godkjenning av institusjoner ble gjort på grunnlag av forskriftens krav til behandlingstilbud, bemannings- og bygningsmessige forhold. Hver enkelt institusjon ble godkjent for et visst antall behandlingsplasser. Denne forskriften er nå opphevet.

Datagrunnlaget omfatter 41 institusjoner, derav 37 godkjente opptreningsinstitusjoner, 2 helsesportsentra og 2 attføringsentra. Disse institusjonene startet 1.1. 2005 med registrering av pasientdata. Registreringen skjer på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, med SINTEF Helse Norsk pasientregister som ansvarlig for mottak, kvalitetskontroll og rapportering av nasjonale data.

Pasientdata i opptreningsinstitusjonene registreres på record utarbeidet spesielt for disse institusjonene, men med et grunnleggende prinsipp om å replisere NPR-data for øvrig somatisk spesialisthelsetjeneste så langt som mulig. Behovet for å utarbeide et datasett spesielt for disse institusjonene forankres til nødvendigheten av å ivareta særegenheten for disse institusjonene inkludert pasientpopulasjon, behandlingsregime og ressurser.

Ved oppstart var det nødvendig å ta hensyn til institusjonenes plattform når det gjaldt avgjørende forhold som IT-standard, samt registrerings- og rapporteringsevne. Dette var utslagsgivende for at Excel ble valgt for registrering og rapportering.

NPRs engasjement overfor sektoren har hatt stor nytte av en aktiv referansegruppe som har gitt faglige råd om innhold og gjennomføring av dette arbeidet. Referansegruppen har bestått og består av representanter fra institusjonene, RHF-ene og SHdir.

2.1 Innhold

Rapporten består av to hoveddeler.

Pasientdata presenteres i kapittel 3. Datagrunnlaget for denne delen er et sett av informasjon som er registrert for alle behandlingsopphold som ble avsluttet i løpet av 2005. Leverandør av data er de 41 institusjonene som startet med registrering av slike opplysninger fra 1.1. 2005. Dette omfatter 37 godkjente opptreningsinstitusjoner samt 2 helsesportssenter og 2 institusjoner innen arbeidsrettet rehabilitering. Datagrunnlaget omfatter totalt 32 920 institusjonsopphold. Ved NPR har Knut Johansen hatt ansvaret for denne delen av rapporten.

Rapportens kapittel 4 er viet en tilleggsundersøkelse som ble gjennomført ved siste årsskifte. Undersøkelsen ble gjennomført ved spørreskjema som ble sendt til institusjonene i desember 2005. Institusjonene ble bedt om å gjøre rede for en del forhold omkring ressurser (plasser, personell), pasientene (pleiebehov), tilgjengelighet (avviste søknader), status som utdanningsinstitusjon for helsepersonell (leger, sykepleiere, fysioterapeuter), vaktordninger, gjennomføring av brukertilfredshetsundersøkelser. Ved NPR har Tor Krokan hatt ansvaret for denne delen av rapporten.

Opplysninger fra tilleggsundersøkelsen er presentert som selvstendige data. I tillegg er det flere tilfeller der disse opplysningene gir informasjon som supplerer pasientdata – og vise versa.

Gjennom tilleggsundersøkelsen ble det også innhentet informasjon om institusjonenes bruk av instrumenter for å måle og evaluere pasientens tilstand eller funksjonsnivå. Gjennomgang og analyser av dette er skilt ut som eget dokument – **Bruk av standardiserte**

målemetoder/-instrumenter. Årsaken til at vi har valgt å publisere dette separat, er at denne delen av tilleggsundersøkelsen ikke viser direkte tilbake til pasientdata på samme måte som øvrige opplysninger fra tilleggsundersøkelsen. Dette dokumentet kan bestilles fra NPR.

Dokumentet er utarbeidet av avdelingsoverlege Håkon E. Dalen ved Beitostølen helsesportsenter. Han er medlem av referansegruppen for NPRs arbeid med opptreningsinstitusjonene, og har jobbet med slike problemstillinger i flere sammenhenger tidligere. Vi er derfor glad for at vi har hatt muligheten til å benytte oss av hans kunnskaper om et tema som NPR ikke selv har tilstrekkelig erfaring med.

Dalens gjennomgang viser at mindre enn halvparten av institusjonene brukte anerkjente måleinstrumenter. Forfatteren fremhever behovet for å heve kvaliteten i dette arbeidet. Et slikt utviklingsarbeid vil kunne gi institusjonene viktig informasjon om vesentlige sider ved det faglige tilbudet, gi et viktig bidrag til faglig utvikling og være et hjelpemiddel ved utvikling av faglige kvalitetsstandarder og indikatorer. Dalen anbefaler derfor at ansvarlige instanser setter i gang arbeidet med å etablere et minimumssett av instrumenter for bruk i opptreningsinstitusjonene.

3 Pasientdata

I dette kapitlet presenteres institusjonenes pasientdata for 2005. Vi starter med en institusjonsoversikt. Deretter vil følgende forhold bli belyst: kjennetegn ved pasientene (alder, kjønn), bruken av individuell plan, vurdering av pasientens status i forhold til nødvendig helsehjelp, diagnoser, pasientforløp, forbruksmønster og rater, ventetid fra henvisning til oppstart behandling, oppholdstid i institusjonene samt gjennomførte behandlingstiltak.

3.1 Institusjonsoversikt

I dette avsnittet presenteres en del sentrale opplysninger om institusjonene. Se nedenstående tabell.

Tabell 1: Nøkkeltall for Opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mm. 2005

	Institusjon	Antall opphold	Antall oppholdsdøgn	Median oppholdstid	Godkjente plasser	Beleggsprosent
1	Aure	564	10937	21	34	89
2	Bakke	985	21533	21	61	98
3	Bjørnang	682	18336	28	54	94
4	Borger Bad	442	11083	28	30	103
5	Eiken	712	14150	21	39	101
6	Finnmark	767	18367	27	50	102
7	Frydenberg	555	13650	21	41	92
8	Godthaab	1436	29621	21	71	116
9	Grande	800	16842	21	45	104
10	Hagahaugen	600	13063	21	38	95
11	Haugland	708	17445	21	50	97
12	Hokksund	1336	33226	27	102	90
13	Hurdal	632	14682	21	40	102
14	Jeløy kurbad	1199	27684	21	77	100
15	Kastvollen	451	9720	21	28	96
16	Landaasen	1161	25834	21	80	90
17	Meråker	725	18816	27	54	97
18	Muritunet	1326	26386	21	72	102
19	Nord-Norges Kurbad	1348	34650	28	95	101
20	Nordagutu	588	11115	21	33	94
21	Nordtun	722	17717	27	54	91
22	Paulsrud	482	9705	21	30	90
23	Ravneberghaugen	741	14850	21	40	103
24	Ringen	947	19047	21	58	91
25	Røros	916	25744	28	80	89
26	Salangen	359	8868	28	33	79
27	Selli	760	18333	24	50	102
28	Sjømennenes Rykkinn	1086	21649	21	61	99
29	Sjømennenes Vest	1008	22637	21	62	101
30	Skibotnsenteret	350	8680	26	24	100
31	Skogli	1688	45804	28	130	98
32	Sofienberg	257	7271	28	65	62
33	Steffensrud	1120	25139	21	70	100
34	Sølvskottberget	495	12297	27	34	100
35	Tonsåsen	865	20476	28	60	95
36	Vikersund	1380	34873	27	105	92
37	Ødegården	449	11133	21	35	88
38	Beitostølen	644	13528	19	58	93
39	Valnesfjord	826	19045	26	72	90
40	Hernes	193	8100	44	25	90
41	Rauland	615	17895	28	49	101
	Total	32920	769931	21	2289	94

Tabellen er satt opp alfabetisk. Det er gjort et skille mellom de ordinære opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjonene, og helsesports- og attføringsssentrene (DSHI). Tradisjonelle opptreningsinstitusjoner er nummerert med 1-37. Helsesportsentrene er nr 38-39, og attføringsssentrene er nr 40-41.

Størst aktivitet – ut fra både antall opphold og antall døgn, var det ved Skogli, med 1688

opphold og 45804 døgn. Av tradisjonelle opptreningsinstitusjoner, var aktiviteten minst ved Salangen og Skibotsenteret – begge med om lag 350 opphold. Data for Sofienberg omfatter bare første halvår, noe som skyldes at institusjonen ble begjært konkurs i november, og ikke har levert data for siste del av året. Hernes er den minste institusjonen, målt etter både antall plasser og antall opphold.

De aller fleste institusjonene baserer seg på opphold på 3 eller 4 uker (se kolonne for median oppholdstid). Median oppholdstid for hele materialet er 21 døgn. DSHI-institusjonene har større variasjon i oppholdstider, og de lengste oppholdene er på Hernes, der medianverdien er 44 døgn.

5 institusjoner har mer enn 100 døgnplasser. Skogli med sine 130 plasser er størst. 12 institusjoner har færre enn 50 plasser. Mange institusjoner har flere plasser enn de er godkjent for, det finnes derfor en viss ubenyttet kapasitet i sektoren. Denne kapasiteten har ikke vært benyttet grunnet manglende offentlig finansiering. Se for øvrig eget kapittel om tilleggsundersøkelsen.

Beleggsprosenten for hele materialet er 94, men det er en viss variasjon mellom institusjonene. 10 av de tradisjonelle opptreningsinstitusjonene har beleggsprosent som overstiger 100, mens 2 har mindre enn 80 prosent belegg.

Situasjonen for helsesportsentrene er spesiell grunnet mange innlagte barn der foreldrene er med som ledsager (1/4 av pasientene i disse institusjonene er yngre enn 18 år). Hvert barn har med minst en forelder, av og til to – avhengig av problemstilling og funksjonsnivå. Ledsagere er nødvendig både i forhold til daglig tilsyn, og med tanke på reelle muligheter for oppfølging av tiltak. Hver forelder beslaglegger en seng som i prinsippet kunne vært brukt til andre pasienter. Ledsagerne inngår ikke i datagrunnlaget, og ut fra pasienttallene har disse institusjonene et belegg på ca 70 prosent. Det reelle belegget – inklusive ledsagere, tilsvarer imidlertid 92 prosent.

3.2 Om inndeling i pasientkategorier

Videre i rapporten presenteres data basert på 3 pasientkategorier – kalt opptrening, arbeidsrettet og helsesport. Dette skillet er innført for å kunne dokumentere at disse pasientkategoriene skiller seg markert fra hverandre når det gjelder de fleste forhold som analyseres i rapporten. På pasientnivå framtrer forskjellene både når det gjelder kjønns- og alderssammensetning og diagnoser. Videre er det klare forskjeller også når det gjelder ventetid, oppholdstid og behandlingsinnsats. Gjennom hele rapporten vil disse forskjellene bli synliggjort i presentasjonen av data.

Skillet følger i utgangspunktet institusjonsinndelingen (som vist i tabell 1). Vi har imidlertid gjort et unntak når det gjelder arbeidsrettet rehabilitering. I et visst omfang foregår det arbeidsrettet rehabilitering også på noen av de tradisjonelle opptreningsinstitusjonene. I den grad institusjonene har rapportert til NPR hvilke opphold som gjelder arbeidsrettet rehabilitering, er disse inkludert i kategorien Arbeidsrettet. Ikke alle opphold som gjelder arbeidsrettet rehabilitering er identifisert, og det totale omfanget på arbeidsrettet rehabilitering var derfor noe høyere i 2005 enn hva som fremkommer i rapporten. Vi anbefaler at det gjøres endringer i recorden slik at det blir lettere å identifisere disse pasientene i framtiden.

Det som kjennetegner arbeidsrettet rehabilitering er fremst to forhold. Det ene er at det parallelt med en individuell rehabiliteringsprosess arbeides mot systemnivå, dvs. de aktører som er og kan bli potensielle samarbeidspartnere i en tilbakeføringsprosess mot arbeidslivet (arbeidsgivere, trygde- og a-etat, bedriftshelsetjenester, sosialkontor med videre). Det andre er at i en arbeidsrettet rehabiliteringsprosess har arbeidslivsdimensjonen et hovedfokus, mens denne dimensjon ikke er så fremtredende i tradisjonell rehabilitering/opptrening.

3.3 Kjennetegn ved pasientene

I denne delen presenteres pasientene ved kjønn og alder. Vi starter med kjønnsfordeling, se nedenstående tabell.

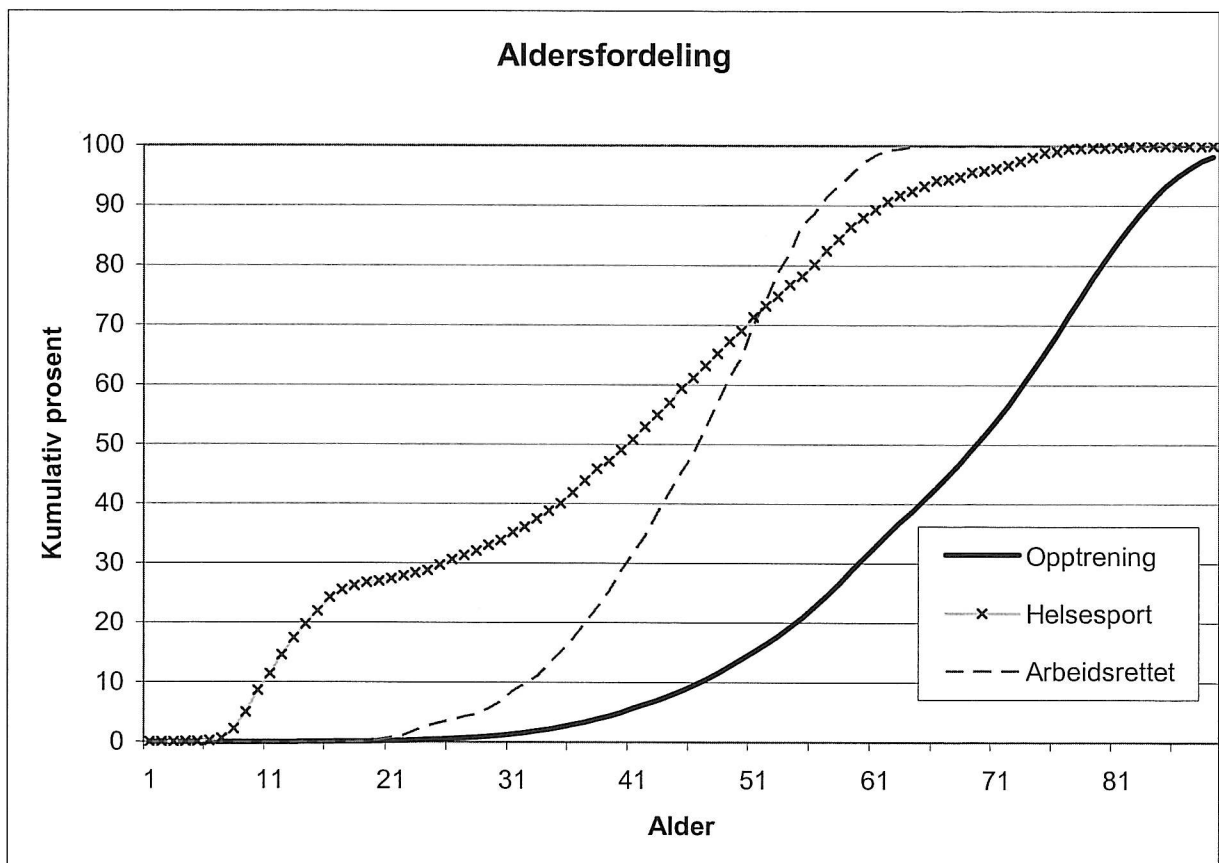
Tabell 2: Kjønnsfordeling etter pasientkategori. Prosjenter.

	Opptrening	Arbeidsrettet	Helsesport	Sum alle
Mann	31	41	48	32
Kvinne	69	59	52	68
Total	100	100	100	100
Antall	30469	981	1470	32920

Det er generelt en stor overvekt av kvinner i disse institusjonene. Kvinneandelen er aller høyest i tradisjonelle opptreningsinstitusjoner, med hele 69 prosent kvinner, det er 59 prosent kvinner i arbeidsrettet rehabilitering, mens helsesportsentrene har tilnærmet lik kjønnsfordeling.

Vi skal nå se på alderssammensetningen for de tre pasientgruppene – se figur.

Figur 1: Aldersfordeling etter pasientkategori. Kumulativ prosent.



Figuren viser at alderssammensetningen for de tre pasientgruppene er svært ulik. Helsesportsentrene har et betydelig innslag av unge pasienter. ¼ av pasientene er yngre enn 18 år. Så unge pasienter finner man knapt i de andre institusjonene. Kurven for helsesportsentrene er forholdsvis lineær, hvilket betyr at man har pasienter i alle aldersgrupper opp til om lag 70 år. Kun 4 prosent er eldre enn 70 år.

Pasienter til arbeidsrettet rehabilitering er i alderen 30 – 60 år. Kun 5 prosent er yngre enn 30 år, mens bare 2 prosent er eldre enn 60 år. Dette er en naturlig konsekvens av

behandlingsformål relatert til arbeidsfunksjon.

For de tradisjonelle opptreningsinstitusjonene, er det først ved 50-års-alder at man har en betydelig økning i antall pasienter. Kun 12 prosent er yngre enn 50 år. Halvparten av pasientene er eldre enn 70 år.

Tabell 3: Pasientenes alder etter institusjonstype.

	Alder. Gjennomsnitt	Alder. Median	Antall
Opptrening	67	70	30469
Helsesport	38	41	1467
Arbeidsrettet	46	47	981
Total	65	68	32917

Avsnittet har vist at det er stort kvinneoverskudd i disse institusjonene. Når det gjelder alder, har vi vist at pasientene er forholdsvis gamle, og halvparten er over 68 år. Pasienter innen helsesportsentrene og arbeidsrettet rehabilitering har en kjønns- og alderssammensetning som er svært ulik det man finner innen tradisjonelle opptreningsinstitusjoner.

3.4 Pasientrettigheter

Opptreningsinstitusjonene registrerer informasjon om pasientens status i forhold til lovverkets bestemmelser om individuell plan og retten til nødvendig helsehjelp. Disse forholdene er tema i dette avsnittet.

Tabell 4: Bruk av individuell plan.

	Antall	Prosent
Pasienten har Individuell plan ved ankomst	292	1
Institusjonen har bidratt til å utarbeide Individuell plan	1262	4
Uaktuelt / Vet ikke	31366	95
Total	32920	100

Svært få pasienter hadde fått utarbeidet individuell plan før ankomst til opptreningsinstitusjon. Tabellen viser videre at institusjonene i et visst omfang har tatt initiativ til utarbeidelse av individuell plan i løpet av oppholdet. I pasientrettighetsloven forutsettes at individuell plan utarbeides gjennom et samarbeid mellom relevante instanser. Våre data inneholder ikke opplysninger om omfanget av samarbeid mellom institusjon og øvrige instanser, men vi forutsetter at institusjonene er kjent med kriteriene i loven, og registrerer data i tråd med dette.

Det er særlig institusjonene innen arbeidsrettet rehabilitering som utarbeider individuell plan til sine pasienter. Etter endt rehabiliteringsopphold skrives epikrise. I epikrisen innarbeides forslag til aktuelle tiltak som kan gjøre at pasienten på ny bli en aktiv deltaker i samfunnet og ikke minst i arbeidslivet. Denne rehabiliteringsplanen er en detaljert beskrivelse av hva som vurderes å være hensiktsmessig for å få til ønsket forandring. Epikrise med innholdende rehabiliteringsplan sendes til innsøkende instans og primærlege. Innhold i rehabiliteringsplanen forankres hos relevante aktører enten i form av telefonisk kontakt eller gjennom aktiv deltakelse i bla attføringsutvalgsmøter i bedrifter, basisgruppemøter, møter med a-etat og så videre. Erfaringene tilsier at det er nødvendig med denne forankring lokalt.

Hele 95 prosent av pasientene har ikke individuell plan. Det er ingen grunn til å anta at svært mange av opptreningsinstitusjonenes pasienter har behov for individuell plan. I

tilleggsundersøkelsen blir det vist at institusjonene har en viss pågang fra pasienter med hjelpebehov, men også at hjelpebehov brukes som avslagsgrunn på henvisninger (se eget kapittel). Vi er likevel usikre på hvorvidt disse dataene gir et riktig bilde av situasjonen. Dette fordi hovedansvaret for utarbeidelse av individuell plan ligger i førstelinjetjenesten, og pasientens status med hensyn til dette ikke inngår som fast element i henvisningen.

Rett til nødvendig helsehjelp er en annen lovfestet rettighet. Vi skal se hvordan dette framstilles i opptreningsinstitusjonenes data.

Tabell 5: Rett til nødvendig helsehjelp

	Antall	Prosent
Ikke rettighetspasient	6428	20
Rettighetspasient	4802	15
Vet ikke	21690	65
Total	32920	100

15 prosent av oppholdene er oppgitt å gjelde pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Tabellen viser imidlertid at status er uavklart for det store flertallet av pasienter. Denne usikkerheten skyldes at opptreningsinstitusjonene i 2005 ikke hadde myndighet til å vurdere pasientens rettighetsstatus, men at man var avhengig av opplysninger fra henvisende instans. Når slik informasjon ikke inngikk i henvisningen, ble det derfor umulig for opptreningsinstitusjonene å gjøre rede for dette.

Så vidt vi kjenner til er det vedtatt endringer med hensyn til dette i flere RHF. I Helse Midt-Norge og Helse Øst RHF legger man opp til at henvisende instans skal vurdere rett til helsehjelp når søknad om opptrening sendes fra helseforetakene. Ved søknad fra kommunene/fastleger skal opptreningsinstitusjonene vurdere pasientens rettighetsstatus.

I Helse Nord RHF skal spesialist ved opptreningsinstitusjonen fra 2006 vurdere søknaden uansett hvem som er henvisende instans.

Totalt sett bør dette bety at institusjonenes rapportering i 2006 bør kunne bli mer komplett med hensyn til dette spørsmålet.

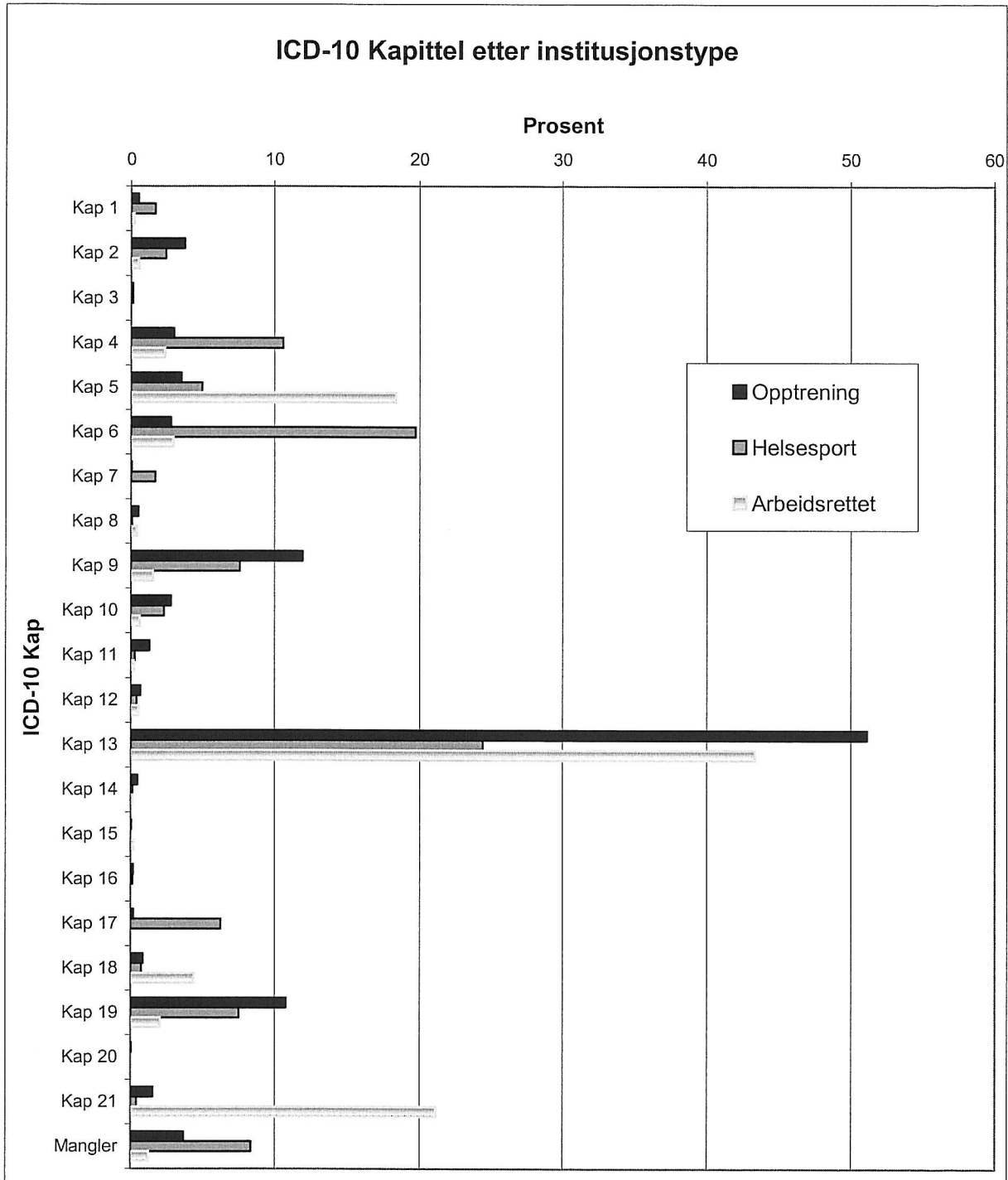
3.5 Diagnoser

Tema for avsnittet er pasientenes medisinske tilstand, uttrykt gjennom diagnosesettingen. Det rapporteres hoveddiagnose i ICD-10, samt bruk av rehabiliteringskode (diagnose Z50). Det har så langt ikke vært egne kolonner for registrering av bidiagnoser, men institusjonenes data inneholder mange tilfeller der flere diagnoser er registrert i gjeldende felt for hoveddiagnose, noe som tilsier at man bør vurdere å innføre egne felt for bidiagnoser. Dette særlig fordi noen institusjoner har betydelige pasientgrupper med doble diagnoser. Presentasjonen starter med å vise hoveddiagnoser på kapittelnivå. For lesbarhetens skyld har vi valgt å presentere diagnosene både tabellarisk og som figur. Kommentarene kommer etter figuren.

Tabell 6: Diagnoser etter kapittel i ICD-10. Etter institusjonstype.

	Opptrening	Helsesport	Arbeidsrettet	Total
	Prosent	Prosent	Prosent	
Kapittel I Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	1	2	0	1
Kapittel II Svulster	4	2	1	4
Kapittel III Sykdommer i blod og bloddannende organer	0	0	0	0
Kapittel IV Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer	3	11	2	3
Kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	4	5	19	4
Kapittel VI Sykdommer i nervesystemet	3	20	3	4
Kapittel VII Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0	2	0	0
Kapittel VIII Sykdommer i øre og ørebensknute	1	0	0	1
Kapittel IX Sykdommer i sirkulasjonssystemet	12	8	2	11
Kapittel X Sykdommer i åndedrettssystemet	3	2	1	3
Kapittel XI Sykdommer i fordøyelsessystemet	1	0	0	1
Kapittel XII Sykdommer i hud og underhud	1	0	1	1
Kapittel XIII Sykdommer i muskel-skjelettsystem	51	24	43	50
Kapittel XIV Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	0	0	0	0
Kapittel XV Svangerskap, fødsel og barseltid	0	0	0	0
Kapittel XVI Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0	0	0	0
Kapittel XVII Medfødte misdannelser, deformiteter	0	6	0	0
Kapittel XVIII Symptomer, tegn, unormale kliniske funn	1	1	4	1
Kapittel XIX Skader, forgiftninger	11	8	2	10
Kapittel XX Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0	0	0	0
Kapittel XXI Faktorer som har betydning for helsetilstand	2	0	20	2
Manglende diagnoseregistrering	4	8	1	4
Antall	30469	1470	981	32920

Figur 2: ICD-10 Kapittel etter institusjonstype



Ovenstående viser pasientens hoveddiagnose – uttrykt ved kapitlene i ICD-10. Sykdommer i muskel-skjelettsystemet (ICD-10 kapittel 13) dominerer innen alle institusjonstyper. Det er likevel markerte forskjeller mellom de 3 institusjons-/pasientgruppene.

På de tradisjonelle opptreningsinstitusjonene står pasienter med muskel-skjelettlidelser for mer enn halvparten av oppholdene. Pasienter med hofteleddsartrose (M16) er den største gruppen, og står alene for 16 prosent av oppholdene. Artrose i kneledd (M17) er også vanlig, og dette utgjør 8 prosent av oppholdene. Ryggglidelser (M40-M54) er også en stor gruppe, og står for 11 prosent.

Sirkulasjonslidelser (kapittel 9) er også en stor pasientgruppe innen tradisjonelle

opptreningsinstitusjoner, og utgjør 12 prosent. Største grupper er iskemiske hjertesykdommer (I20-I25; angina, hjerteinfarkt) og hjernekar sykdommer (I60), som begge står for 4 prosent av oppholdene.

Skader (kapittel 19) er den tredje store pasientgruppen innen tradisjonelle opptreningsinstitusjoner, med 11 prosent av oppholdene. Skader i hofta og lår (S70-S79) står alene for 5 prosent.

Også på helsesportsentrene er muskel-skjelettlidelser vanlig, og utgjør 24 prosent. Denne gruppen er altså relativt sett bare halvparten så stor her som på de tradisjonelle opptreningsinstitusjonene. Rygglidelser (M40-M54) er vanligste gruppe, og utgjør 15 prosent.

Nest største diagnosekapittel på helsesportsentrene, er sykdommer i nervesystemet (kapittel 6), som utgjør 20 prosent av oppholdene. Cerebral parese (G80) står alene for 12 prosent.

Metabolske forstyrrelser (kapittel 4) er tredje største ICD-kapittel, og omfatter 11 prosent av oppholdene. Denne gruppen består nesten utelukkende av fedmerelaterte lidelser (E66).

Pasienter med sykdommer i muskel-skjelettsystemet er største gruppe også innen arbeidsrettet rehabilitering. Rygglidelser (M40-M54) står alene for 23 prosent av oppholdene.

Psykiske lidelser (kapittel 5) er nest største kapittel, og omfatter 18 prosent av oppholdene. Andelen pasienter med slike lidelser er betydelig større her enn hos de andre institusjonstypene, og understreker skillet mellom pasientpopulasjonen på institusjonene. Reaksjon på alvorlig belastning (F43) er største enkeltgruppe innen kapitlet, med 6 prosent av oppholdene.

Vi går nå over til å se på bruk av rehabiliteringskoden Z50 – se nedenstående tabell.

Tabell 7: Bruk av rehabiliteringskode Z50, etter institusjonstype. Prosent.

	Opptrening	Helsesport	Arbeidsrettet	Sum alle
Z500 - Hjertesykdom	3	-	-	3
Z501 – Fysikalsk behandling	20	-	-	19
Z502 – Rehabilitering av alkoholiker	0	-	-	0
Z503 – Rehabilitering av legemiddelmisbruker	0	-	-	0
Z504 – Psykoterapi	0	-	-	0
Z505 – Taleterapi	-	-	-	-
Z506 – Ortoptisk trening	1	-	-	1
Z507 – Arbeidsterapi og yrkesinnrettet rehabilitering	0	-	20	1
Z508 – Bruk av annet spesifisert behandlingstiltak	18	-	-	17
Z5080 – Kompleks rehabilitering	1	8	17	2
Z5089 – Vanlig rehabilitering	52	81	63	50
Z509 – Uspesifisert rehabiliteringstiltak	1	0	0	1
Total	96	88	99	94
Kode ikke registrert	4	12	1	4
	100	100	100	100
Antall	30469	1470	981	32920

Forklaring 0: koden er brukt, men omfatter mindre enn 0,5 prosent av totalen.
- : koden er ikke brukt

Registrering av disse diagnosekodene skjer etter et hierarkisk system, der kodene Z5080 (kompleks rehabilitering) eller Z5089 (vanlig rehabilitering) skal brukes hvis kravene til koding er oppfylt. For vanlig rehabilitering er det krav om et rehabiliteringsopplegg som involverer minst 4 ulike helsefaggrupper, der det arbeides etter en individuell behandlingsplan, og der det foregår et kontinuerlig samarbeid med relevante etater utenfor

institusjonen. For kompleks rehabilitering gjelder de samme kravene til individuell behandlingsplan og samarbeid med eksterne instanser. I tillegg er det bl.a. krav om at behandlingen involverer minst 6 ulike helsefaggrupper, og at arbeidet ledes av lege med spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering, reumatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri.

For opphold der ikke kravene til noen av disse oppfylt, så anvendes fortrinnsvis kodene Z500-Z507, evt. kode Z508 hvis ingen av de andre passer.

Ved tradisjonelle opptreningsinstitusjoner er drøyt halvparten av oppholdene registrert som vanlig rehabilitering. Kun 1 prosent av oppholdene er registrert som kompleks rehabilitering. Dette forklares naturlig med det forhold at få institusjoner har lege med spesialistutdanning som er nødvendig for å kunne bruke kode for kompleks rehabilitering. Omfanget av kompleks rehabilitering er relativt større ved helsesportsentrene og arbeidsrettet rehabilitering. Disse institusjonene har også relativt sett flere årsverk av de spesialistene som er nødvendig for å bruke kode for kompleks rehabilitering.

På helsesportsentrene ser det ut til at de aller fleste oppholdene oppfyller kravene til vanlig/kompleks rehabilitering, men det er en betydelig andel opphold der rehabiliteringsdiagnosen ikke er registrert.

Ved arbeidsrettet rehabilitering, er det 20 prosent av oppholdene som ikke oppfyller kravene til vanlig/kompleks rehabilitering, og disse er naturlig nok registrert som yrkesrettet rehabilitering. Disse oppholdene gjelder i all hovedsak ved Hernes.

Diagnosetellingen viser at helsesportsentrene og arbeidsrettet rehabilitering har målgrupper som i mange henseende skiller fra pasientene innen tradisjonelle opptreningsinstitusjoner.

3.6 Pasientforløp

I denne delen gjør vi rede for opptreningsinstitusjonenes samhandling med øvrig helsetjeneste. Dette gjøres gjennom oversikt over henvisende instans, hvor pasientene kommer fra, og hva de utskrives til.

Tabell 8: Henvisende instans etter pasientkategori. Prosent

	Opptrening	Helsesport	Arbeidsrettet	Total
Sykehus	47	15	3	45
Poliklinikk	1	14	1	2
Primærlege	49	70	77	51
Spesialist	2	0	7	2
Trygdekontor	-	-	2	0
A-etat	0	-	0	0
BHT	-	-	8	0
Annen	0	-	2	0
Uten henv	0	-	-	0
Mangler	0	0	1	0
	100	100	100	100
Antall	30469	1470	981	32920

Forklaring 0: koden er brukt, men omfatter mindre enn 0,5 prosent av totalen.
- : koden er ikke brukt

For tradisjonelle opptreningsinstitusjoner er det to viktige instanser som henviser pasienter til opptrening. Både sykehus og primærleger står for nær halvparten av pasientene. De andre instansene henviser svært få pasienter til opptreningsinstitusjonene. Også i dette spørsmålet er det klare forskjeller mellom pasientgruppene. Pasienter til både helsesportsentrene og arbeidsrettet rehabilitering kommer i mindre grad fra sykehusene, og for disse står primærlegene for om lag $\frac{3}{4}$ av henvisningene. For arbeidsrettet rehabilitering, så er det i

tillegg en del henvisninger fra instanser som bedriftshelsetjeneste (BHT) og private spesialister.

I neste punkt skal vi se hvorvidt pasientene kommer fra annen institusjon eller fra egen bolig – se nedenstående tabell.

Tabell 9: Hvor kommer pasientene fra. Etter pasientkategori. Prosent.

	Opptrening	Helsesport	Arbeidsrettet	Total
Annen institusjon	49	0	-	45
Bolig	51	100	100	55
	100	100	100	100
Antall	30469	1470	981	32920

Forklaring 0: koden er brukt, men omfatter mindre enn 0,5 prosent av totalen.
- : koden er ikke brukt

For tradisjonelle opptreningsinstitusjoner så kommer halvparten av pasientene fra annen institusjon, mens den andre halvdel kommer fra egen bolig. For helsesportssentrene og arbeidsrettet rehabilitering, er det ikke vanlig at pasienter ankommer fra sykehus, og alle pasientene kommer fra egen bolig.

Til sist i denne delen presenteres oversikt over hva pasientene blir utskrevet til.

Tabell 10: Pasienter utskrevet til. Etter pasientkategori. Prosent.

	Opptrening	Helsesport	Arbeidsrettet	Total
Annen institusjon	4	0	0	4
Bolig	93	99	98	94
Som død	0	-	-	0
Mangler	2	1	2	2
	100	100	100	100
Antall	30469	1470	981	32920

Forklaring 0: koden er brukt, men omfatter mindre enn 0,5 prosent av totalen.
- : koden er ikke brukt

Pasienter til tradisjonell opptrening blir i noen grad utskrevet til annen institusjon (sykehus). Dette gjelder 4 prosent (1308 pasienter). For helsesportssentrene og arbeidsrettet rehabilitering gjaldt dette svært få (henholdsvis 3 og 4 pasienter). 35 pasienter døde under opphold på tradisjonelle opptreningsinstitusjoner, ingen dødsfall var registrert på de andre institusjonene.

Også på dette punktet ser vi at institusjonene arbeider på ulike måter, og at institusjonene har ulike målgrupper. De tradisjonelle opptreningsinstitusjonene er mer orientert mot sykehusene.

3.7 Forbruksmønster

Sett på både fylkes- og RHF-nivå er det store forskjeller i antall plasser innen opptreningsinstitusjonene. Av den grunn er det relevant å analysere forbruksmønsteret. Vi starter med å se på sammenhengen mellom institusjonens beliggenhet og pasientens bosted. Deretter vil vi presentere fylkesvise forbruksrater. Nedenstående tabell viser sammenhengen mellom bostedsfylke og institusjonsfylke.

Tabell 11: Sammenhengen mellom institusjonens beliggenhet og pasientens bosted. Prosent

		INSTITUSJONSFYLKE															
B O S T E D S F Y L K E		Østf	Ak	Hed	Oppl	Bus	Tel	V-A	Hord	S-F	M-R	S-T	N-T	Nord	Tro	Fi	
		Østf	44	1	1	4	1	1		0	1	0	1			0	
		Ak	16	37	17	13	6	4				0	3	0	0	1	
		Osl	23	50	13	19	10	3		0	0	0	1	0	0	0	
		Hed	1	1	57	5	0	1				0	7	0			
		Oppl	1	1	9	24	2	0		0		0	1	0	0		
		Bus	2	2	1	5	49	5		0			0	0		0	
		Vestf	4	1	1	3	16	15	0	0	0	0	0		0	0	1
		Tel	1	0	0	2	4	55	0			0	0			0	
		A-A	2	0	0	1	1	4	36		0		0			0	
		V-A	2	0	0	1	1	3	38	0			0		0	0	
		Rog	1	1	0	2	1	3	25	8	5	0	1	0		0	
		Hord	2	0	0	6	6	4	0	88	56	0	0	0	0	0	
		S-F	0	0		2	1	1	0	3	36	10	0	0			
		M-R	0	0	0	5	1			0	1	85	7	1	0		0
		S-T	0	1	0	2	0	0				2	71	28	0	0	
		N-T		0	0	1	0					0	4	61	2	0	
	Nord	1	1		2	1	0		0			1	9	85	35	1	
	Tro	0	0	0	1	0	0		0	0	0	0	0	8	54	6	
	Fi	0	0	0	0	0			0		0	0	0	3	9	93	
	SUM	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

Tabellen leses med utgangspunkt i institusjonens beliggenhet (øverste linje). For å bruke Østfold som eksempel, så viser tabellen at 44 prosent av rehabiliteringsoppholdene i fylket gjaldt pasienter bosatt i fylket, mens 16 prosent av oppholdene på institusjoner i Østfold gjaldt pasienter bosatt i Akershus.

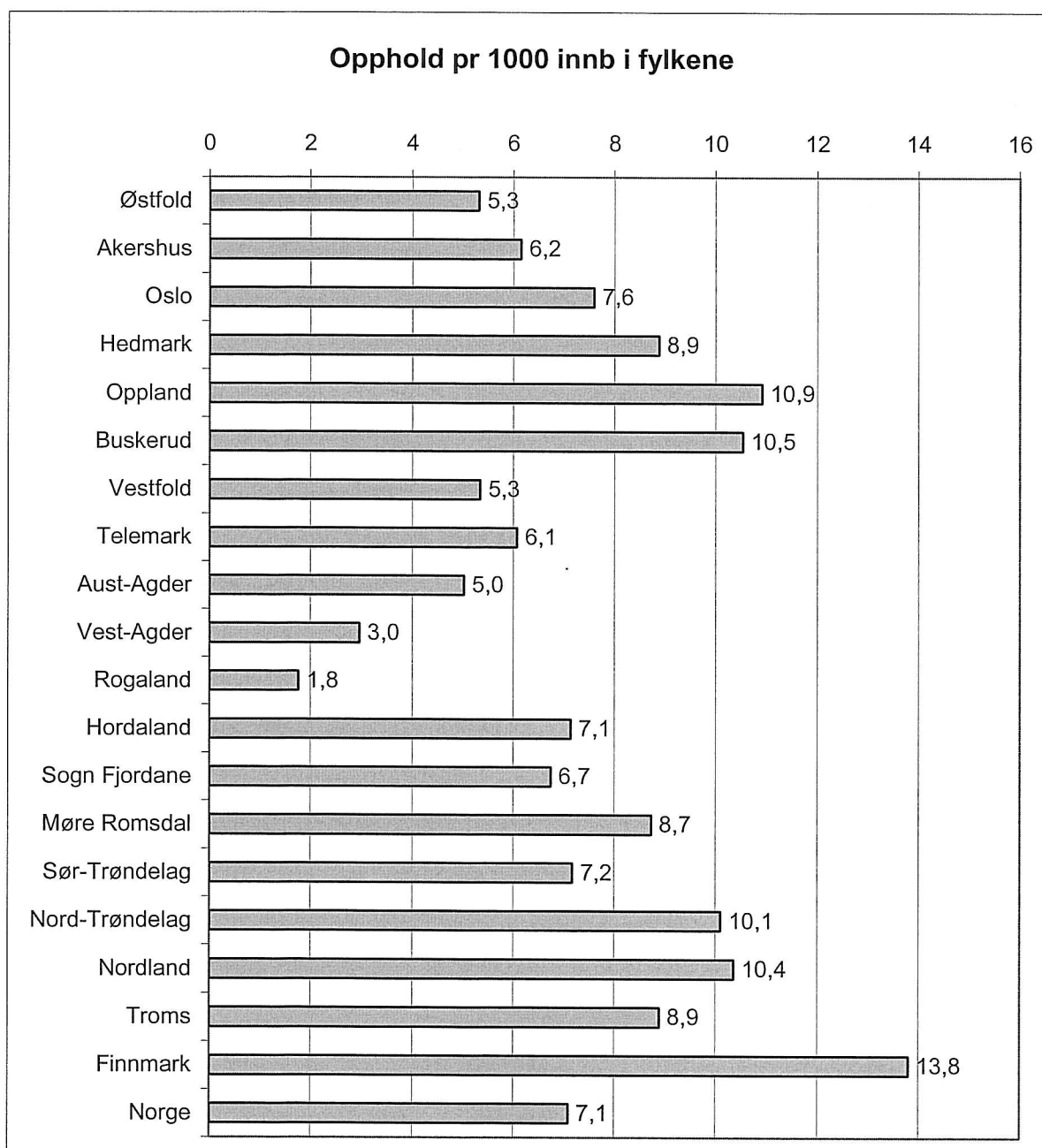
Det er en klar tendens til at pasientene i overveiende grad blir behandlet på institusjon beliggende i bostedsfylket. Av de 15 fylkene som har opptreningsinstitusjoner, er det kun 5 der pasienter bosatt utenfor fylket utgjør mer enn halvparten av pasientoppholdene i 2005. Sammenhengen kan også uttrykkes ved korrelasjon, som er et mål for statistisk sammenheng mellom to variable. Dersom korrelasjonen er høy og positiv, beveger variablene seg i takt; høye verdier i den ene variabelen sammenfaller med høye verdier i den andre. Nedenstående korrelasjonsmatrise viser at dette er tilfelle her, og samvariasjonen er så sterk at den er signifikant på 1%-nivå.

Korrelasjon

		Pasientfylke	Institusjonsfylke
Pasientfylke	Pearson Korrelasjon	1	,815**
	Signifikans (2-halet)		,000
	N	32920	32920
Institusjonsfylke	Pearson Korrelasjon	,815**	1
	Signifikans (2-halet)	,000	
	N	32920	32920

** · Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå (2-halet-test).

Figur 3: Fylkesvise forbruksrater. 2005.



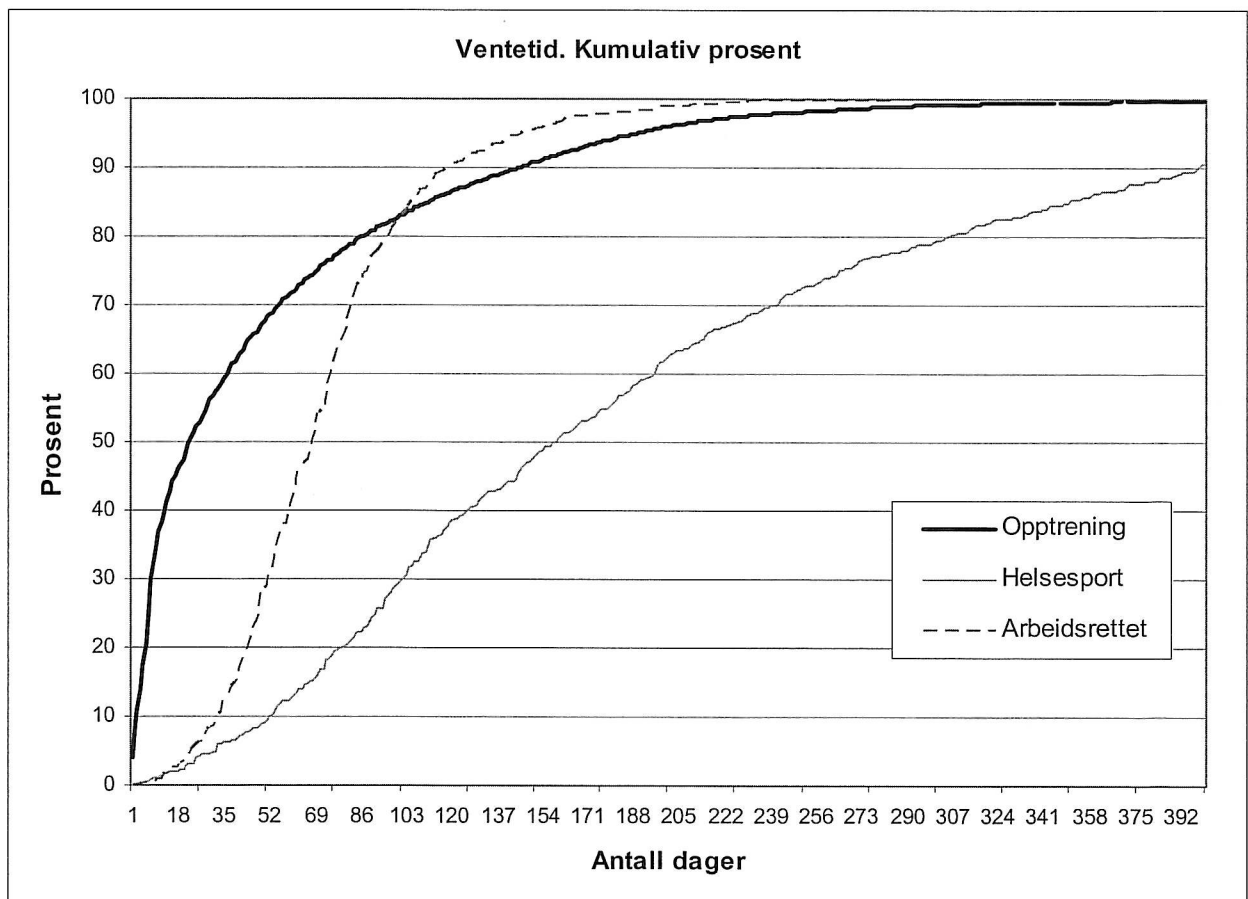
På nasjonalt nivå var det et forbruk som tilsvarte 7,1 opphold pr 1000 innbyggere. De fylkesvise forskjellene må sies å være svært store, og varierer i området 1,8 pr/1000 (Rogaland) til 13,8 pr/1000 (Finnmark).

Rogaland har ingen institusjonsplasser innen opptrening, og ovenstående tabell viser at pasienter fra dette fylket i en viss grad ble behandlet ved institusjon i Vest-Agder – altså Eiken. For Finnmarks vedkommende så viste ovenstående tabell at institusjonen i Finnmark (Opptreningscenteret i Alta) nesten utelukkende tok i mot pasienter fra eget fylke. De andre fylkene med høye forbruksrater (Oppland, Buskerud, Nord-Trøndelag og Nordland) har mange institusjonsplasser innen fylket. Oslo har ikke egne plasser, men har likevel et forbruk på landsgjennomsnittet grunnet mange opphold i nabofylkene – særlig Akershus.

3.8 Ventetid

Tilgjengelighet til tjenesten er et viktig parameter. I dette avsnittet er dette belyst ved ventetid. Ventetid er beregnet som antall dager fra henvisning var mottatt til pasienten ble innskrevet i institusjon. Det er ikke uvanlig at pasienten tas inn på grunnlag av telefonisk henvendelse fra sykehus man har avtale med. I de tilfellene er dato for telefonisk henvendelse å anse som henvisningsdato. Se også kapittel Tilleggsundersøkelse, der omfang og årsaker til avviste søknader presenteres.

Figur 4: Ventetid i dager etter institusjonstype. Kumulativ prosent.



Tabell 12: Ventetider etter institusjonstype. Dager. Gjennomsnitt og median.

	Gjennomsnitt	Median	Antall
Opptrening	50	22	29867
Helsesport	194	157	1466
Arbeidsrettet	73	68	976
Total	57	27	32309

Ventetidsutviklingen er markert forskjellig for de tre institusjonstypene. Tradisjonelle opptreningsinstitusjoner tar inn mange pasienter raskt, og halvparten av pasientene har ventetid kortere enn 22 dager (median). Det er særlig pasienter henvist fra sykehus som kommer raskt inn til behandling. Halvparten av pasienter henvist fra sykehus har en ventetid kortere enn 7 dager – sammenlignet med 59 dager for pasienter henvist fra primærlege. Det er også et stort mindretall pasienter som venter lenge, i figuren illustrert ved den lange "halen". 5 prosent venter mer enn 190 dager. Andelen langtidsventere bidrar til at gjennomsnittlig ventetid er betydelig lengre enn median ventetid – henholdsvis 50 og 22 dager. Sammenlignet med de andre institusjonene, er likevel ventetiden mye kortere på tradisjonelle opptreningsinstitusjoner.

Når det gjelder arbeidsrettet rehabilitering, så er halvparten av oppholdene oppstartet innen 68 dagers venting (median). Få pasienter har mindre enn 30 dagers ventetid, men samtidig er det relativt få som venter svært lenge.

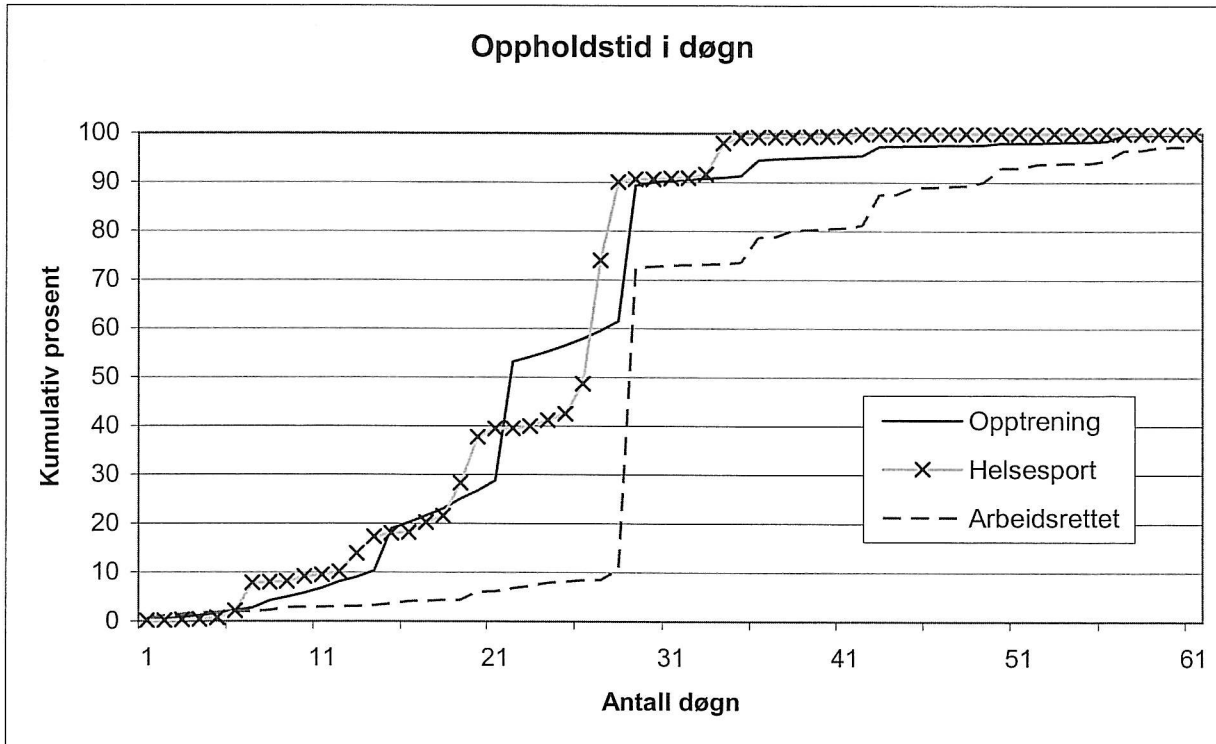
Helsesportsentrene har lang ventetid sammenlignet med de andre i materialet. Halvparten av pasientene venter mer enn 157 dager (median), og samtidig er antallet langtidsventere betydelig. 13 prosent har ventetid som overstiger 1 år. Disse institusjonene har landsdekkende funksjoner overfor visse grupper som derigjennom skal ha tilbud en gang årlig. Noen av pasientene søker tidlig, noe som betyr at de framkommer med lang ventetid i dataene – uten at de nødvendigvis skulle hatt tilbudet tidligere enn de faktisk får.

De påviste forskjellene i ventetid mellom institusjonskategoriene gjelder også innen samme diagnosekapittel. Dette kan eksemplifiseres med pasienter med nevrologiske lidelser (ICD-10, Kap 6). Disse har en median ventetid på 56 dager i tradisjonelle opptreningsinstitusjoner, tilsvarende 180 dager i helsesportsentrene. Pasienter med muskel-skjelettplager (kap 13) har median ventetid 26 dager i tradisjonelle opptreningsinstitusjoner, 72 dager i arbeidsrettet rehabilitering, og 179 dager ved helsesportsentrene.

3.9 Liggetid

Tema for avsnittet er pasientenes oppholdstid på opptreningsinstitusjonene. Data er oppsummert i nedenstående figur, der oppholdstidene er framstilt som kumulative prosent.

Figur 5: Oppholdstider etter institusjonstype. Kumulativ prosent.



Det er et visst innslag av svært korte opphold. Dette skyldes hovedsakelig ikke-planlagte avbrudd av oppholdene. Det er to hovedgrunner til at opphold blir avbrutt; for det første at pasienten ikke ønsker å fullføre oppholdet som planlagt, for det andre at opphold blir avbrutt av medisinske årsaker. Totalt 483 pasienter hadde avbrutt opphold av medisinske årsaker, med påfølgende innleggelse i sykehus. 1/3 av disse kom ikke tilbake til opptreningsinstitusjonen. 95 prosent av opphold avbrutt av medisinske årsaker gjaldt tradisjonelle opptreningsinstitusjoner.

I tillegg er det noen institusjoner som tar enkelte pasientgrupper inn til oppfølgings-/kontrollopphold med varighet på 1 uke. Disse pasientene har gjerne et hovedopphold på 4 uker, deretter en viss tid hjemme (gjerne 2-3 mnd), så en ukes oppfølgings-/kontrollopphold. Noen institusjoner har også familieopphold der barnet og barnets familie og søsken legges inn for 1-ukes opphold.

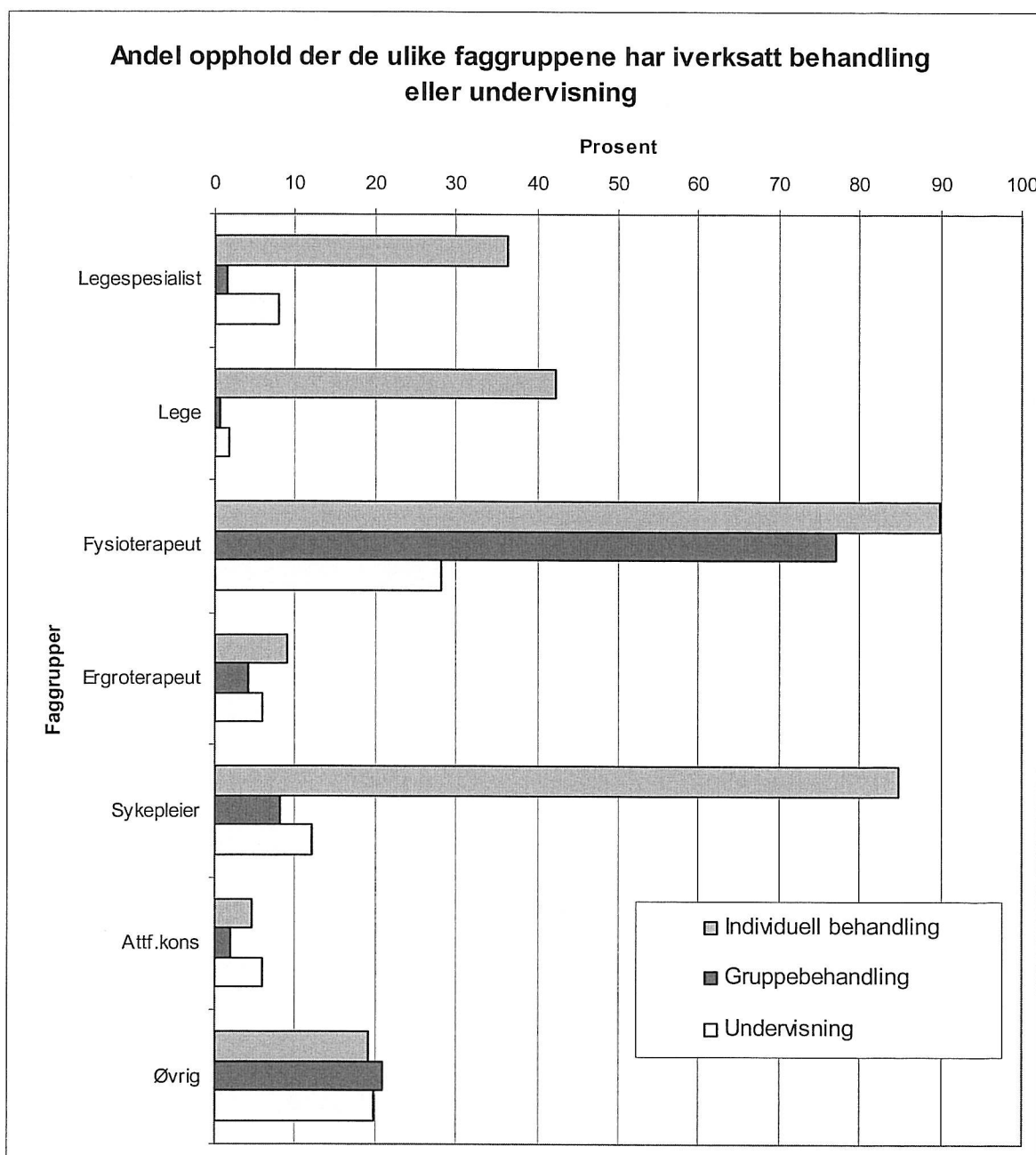
Figuren viser terskler ved 21 og 28 døgn, som er vanlige standardlengder i mange institusjoner. Arbeidsrettet rehabilitering har noe lengre opphold enn de øvrige, som hovedsakelig skyldes at Hernes har 6 uker som standard oppholdslengde for viktige pasientgrupper. Fra Hernes begrunnes de lange oppholdstidene med følgende forhold: pasientene har fysisk tungt kroppsarbeid, et langt sammenhengende sykefravær i forkant av rehabiliteringsoppholdet og et forholdsvis lavt utdanningsnivå (utdanningsnivå under landsgjennomsnittet). Hernes' erfaring er at et forholdsvis langt rehabiliteringsopphold er nødvendig for å oppnå et positivt resultat for denne pasientgruppen.

3.10 Behandlingsinnsats

For hvert opphold registreres omfanget av den behandling som ble gitt. Dette blir registrert for følgende helsefaggrupper: legespesialist, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og attføringskonsulent, og samlekategorien "øvrig personell". For hver av disse helsefaggruppene registreres tre kategorier behandling; individuell behandling, gruppebehandling og undervisning.

I dette avsnittet skal vi gjøre rede for de ulike personellgruppenes behandlingsinnsats. Vi starter med en overordnet presentasjon – se figuren.

Figur 6: Andel av oppholdene der ulike faggrupper har iverksatt behandling eller undervisning. Prosent.



Omtrent 1/3 av pasientene mottok individuell behandling fra legespesialist. Noen flere mottok individuell behandling fra lege uten spesialistutdanning. 20 prosent av pasientene

mottok ingen individuell behandling fra lege eller legespesialist. Begge kategorier leger var i liten grad involvert i gruppebehandling og undervisning. Fra fysioterapeutenes side var det et stort omfang av både individuell og gruppebehandling. Fysioterapeutene sto alene for $\frac{3}{4}$ av gruppetiltak. Fysioterapeutene var også den faggruppe som oftest var involvert i undervisningsopplegg. Også sykepleiere var ofte involvert i individuell behandling, mens omfanget av gruppebehandling og undervisning var forholdsvis lavt for denne faggruppen.

Totalt sett synes ergoterapeuter og attføringskonsulenter å være lite involvert i behandlingen. Dette resultatet må imidlertid sees i sammenheng med at få personell i disse faggruppene jobber innen sektoren. Ved institusjoner som har slikt personell er dette viktige faggrupper som står for mye av behandlingsinnsatsen.

Attføringskonsulentene er en viktig ressurs ved arbeidsrettet rehabilitering, idet 70 prosent av faggruppen er ansatt i de 2 institusjonene som driver kun med arbeidsrettet rehabilitering (Hernes og Rauland). Figuren viser at attføringskonsulentene utfører både individuell behandling og undervisning, og i noe mindre omfang gruppebehandling.

Kategorien øvrig personell var involvert om lag 20 prosent av alle opphold. Dette gjaldt både individuell-, gruppe- og undervisning. Denne gruppen omfatter bl.a. følgende personell (sortert etter synkende antall årsverk): rehabiliteringsassistent, miljøarbeider/aktivitør, idrettspedagog, sosionom, ernæringsfysiolog, spesialpedagog og logoped. Disse gruppene er relativt sett en viktigere del av behandlingsressursen på institusjoner innen DSHI enn i tradisjonelle opptreningsinstitusjoner. DSHI-institusjonene har et bredere spekter og en annen fagsammensetning enn tradisjonelle opptreningsinstitusjoner. Eksempelvis er $\frac{3}{4}$ av idrettspedagogene, $\frac{3}{4}$ av spesialpedagogene, $\frac{1}{4}$ av miljøarbeidere og $\frac{1}{3}$ av rehabiliteringsassistenter ansatt innen DSHI. For disse institusjonene, utgjør det som i ovenstående figur er kalt "Øvrig" en viktig del av behandlingsressursen.

Se for øvrig kapittel 4 for detaljer omkring personellsammensetning.

3.11 Behandlingsinnsats på den enkelte institusjon

Her skal vi gjøre rede for omfanget av behandling utført på den enkelte institusjon. Gjennom tilleggsundersøkelsen har vi innhentet personellstatistikk som viser årsverkstall for de ulike helsefaggruppene. Avsnittets første del viser den samlede behandlingsinnsats, og inkluderer altså tiltak utført av alle faggrupper (se ovenstående avsnitt for oversikt over hvilke personellgrupper som inngår). Presentasjonen omfatter separate tabeller for individuell behandling, gruppebehandling og undervisning. Deretter analyseres behandlingsinnsatsen til hver av personellgruppene.

Vi starter med individuell behandling, og ser i første tabell dette samlet for alle personellgruppene.

Tabell 13: Antall tiltak individuell behandling pr oppholdsdøgn. Rangert

Frydenberg	0,33
Hagahaugen	0,45
Haugland	0,47
Bakke	0,48
Tonsåsen	0,49
Rørøros	0,53
Ødegården	0,60
Skibotnsenteret	0,60
Hokksund	0,65
Kastvollen	0,68
Sofienberg	0,69
Sølvskottberget	0,70
Hurdal	0,70
Finnmark	0,73
Godthaab	0,74
Skogli	0,75
Eiken	0,76
Muritunet	0,77
Vikersund	0,79
Ravneberghaugen	0,79
Bjørnang	0,83
Grande	0,83
Selli	0,83
Landaasen	0,86
Sjømennenes Rykkinn	0,87
Nordtun	0,92
Nord-Norges Kurbad	0,94
Salangen	0,96
Jeløy kurbad	0,99
Borger Bad	1,05
Paulsrud	1,19
Sjømennenes Vest	1,35
Meråker	1,35
Nordagutu	1,39
Ringen	1,49
Steffensrud	1,56
Rauland	0,40
Hernes	0,56
Beitostølen	0,60
Valnesfjord	0,67
Total	0,82

Tabellens grunnlag er det totale omfanget av individuell behandling utført av alle helsefaggruppene – dividert på antall oppholdsdøgn. Gjennomsnittet er 0,82 individuelle behandlingstiltak pr oppholdsdøgn.

Vi ser imidlertid at det er svært store forskjeller mellom institusjonene. 5 institusjoner har mindre enn 0,5 tiltak pr døgn, mens 2 institusjoner har 1,5 tiltak pr døgn. For tradisjonelle opptreningsinstitusjoner representerer forskjellen mellom høyeste og laveste verdi en faktor på 4,7 (0,33 tiltak/døgn relatert til 1,56 tiltak/døgn). De 4 DSHI-institusjonene plasserer seg i nedre sjikt, og antall individuelle behandlingstiltak på alle disse er lavere enn

gjennomsnittet. For Beitostølen er det kun registrert behandling knyttet til den enkelte bruker, og tiltak rettet mot foreldre/foresatte er ikke inkludert i tallene.

Vi går nå over til å presentere gruppebehandling. I nedenstående tabell er det totale omfanget av gruppebehandling vist. Tabellen viser summen av gruppebehandling utført av alt helsepersonell – dividert på antall oppholdsdøgn.

Tabell 14: Antall tiltak gruppebehandling pr oppholdsdøgn. Rangert.

Bjørnang	0,08
Paulsrud	0,08
Sølvskottberget	0,08
Kastvollen	0,24
Godthaab	0,28
Ravneberghaugen	0,29
Landaasen	0,29
Sjømennenes Rykkinn	0,37
Sjømennenes Vest	0,38
Ringen	0,39
Tonsåsen	0,44
Grande	0,45
Ødegården	0,50
Sofienberg	0,52
Hagahaugen	0,52
Hokksund	0,52
Vikersund	0,54
Nord-Norges Kurbad	0,55
Frydenberg	0,56
Meråker	0,58
Borger Bad	0,61
Steffensrud	0,63
Nordtun	0,64
Hurdal	0,68
Salangen	0,70
Finnmark	0,80
Nordagutu	0,81
Muritunet	0,86
Skibotnsenteret	0,86
Selli	0,94
Eiken	1,08
Bakke	1,08
Skogli	1,13
Haugland	1,38
Jeløy kurbad	1,40
Røros	2,44
Hernes	0,66
Rauland	1,42
Beitostølen	1,52
Valnesfjord	2,11
Total	0,77

Tabellens grunnlag er det totale omfanget av gruppebehandling utført av alle helsefaggruppene – dividert på antall oppholdsdøgn. Gjennomsnittet tilsvarer 0,77

behandlingstiltak pr oppholdsdøgn.

Vi ser også her at det er svært store forskjeller mellom institusjonene. Blant tradisjonelle opptreningsinstitusjoner er det 3 institusjoner har svært få gruppetiltak. 6 institusjoner har mer enn 1 tiltak/døgn. Aller høyest ligger Røros, med et volum på gruppebehandling som er 3 ganger høyere enn medianverdien for hele materialet. Institusjonene innen DSHI bruker mye gruppebasert virksomhet.

Et spørsmål er om gruppe- og individuell behandling er komplementære, slik at institusjoner med lav skåre på den ene har høyere på den andre. Dette kan enklest belyses ved å se på forskjellen mellom institusjonene når de to behandlingsformene blir sett i sammenheng – se nedenstående tabell som inneholder både individuell behandling og gruppebehandling.

Tabell 15: Behandlingstiltak pr oppholdsdøgn. Individuell- og gruppebehandling. Rangert

	Behandlingstiltak pr oppholdsdøgn
Sølvskottberget	0,78
Frydenberg	0,89
Bjørnang	0,91
Kastvollen	0,92
Tonsåsen	0,93
Høgahaugen	0,97
Godthaab	1,02
Ravneberghaugen	1,07
Ødegården	1,09
Landaasen	1,14
Hokksund	1,17
Sofienberg	1,21
Sjømennenes Rykkinn	1,24
Paulsrud	1,28
Grande	1,28
Vikersund	1,32
Hurdal	1,38
Skibotsenteret	1,47
Nord-Norges Kurbad	1,49
Finnmark	1,53
Nordtun	1,56
Bakke	1,56
Muritunet	1,64
Salangen	1,66
Borger Bad	1,67
Sjømennenes Vest	1,73
Selli	1,77
Eiken	1,84
Haugland	1,85
Ringen	1,88
Skogli	1,88
Meråker	1,93
Steffensrud	2,18
Nordagutu	2,21
Jeløy kurbad	2,39
Røros	2,97
Hernes	1,23
Rauland	1,82
Beitostølen	2,12
Valnesfjord	2,79
Total	1,59

Tabellen viser at det for hvert oppholdsdøgn ble registrert 1,59 behandlingstiltak (gjennomsnitt). En institusjon hadde bare halvparten så mange tiltak, mens en annen institusjon hadde nesten dobbelt så mange tiltak. Forskjellen mellom institusjonene er noe mindre når vi ser gruppe- og individuell behandling samlet enn hva vi fant ved analyse av hver enkelt. Dette indikerer altså en viss kompensereffekt ved at institusjoner med relativt lite individuell behandling har relativt sett flere gruppetiltak. Forskjellen mellom høyeste og laveste verdi er likevel svært stor, med en faktor på 3,8 (2,97 tiltak/døgn relatert

til 0,78 tiltak/døgn).

Det er ikke umiddelbart lett å se hvordan opplysningene som er presentert i ovenstående tabell(er) gir noen god forståelse av hvordan institusjonene jobber, og hvor "bra" de jobber. Institusjoner med lav kontra høy produksjon av behandlingstiltak har langt på vei samme pasientgrunnlag (diagnoser, kjønn, alder).

Vi går nå over til å se på omfanget av undervisning. Dette er vist i nedenstående tabell, som totalt antall undervisningstiltak pr opphold. Tabellen inneholder undervisning gitt av alle personellgruppene.

Tabell 16: Undervisningstiltak pr opphold. Rangert

	Undervisningstiltak pr opphold
Hagahaugen	0,00
Salangen	0,00
Bjørnang	0,01
Sofienberg	0,02
Kastvollen	0,13
Bakke	0,35
Nordtun	0,39
Ravnebergshaugen	0,45
Finnmark	0,47
Grande	0,51
Eiken	0,59
Ringen	0,60
Borger Bad	0,63
Frydenberg	0,68
Sjømennenes Vest	0,73
Ødegården	0,77
Sjømennenes Rykkinn	0,80
Hurdal	0,82
Selli	0,95
Landaasen	0,97
Sølvskottberget	1,01
Muritunet	1,14
Godthaab	1,27
Steffensrud	1,30
Skogli	1,55
Meråker	1,99
Vikersund	2,00
Haugland	2,09
Nord-Norges Kurbad	2,30
Jeløy kurbad	3,67
Hokksund	4,01
Tonsåsen	5,66
Paulsrud	9,63
Skibotnsenteret	9,72
Nordagutu	12,01
Røros	17,32
Beitostølen	3,24
Hernes	5,87
Valnesfjord	7,45
Rauland	7,82
Total	2,56

I gjennomsnitt ble det for hvert opphold gitt 2,56 undervisningstiltak. 4 institusjoner ga ikke undervisning til sine pasienter, mens 4 institusjoner opererer med 10 undervisningstiltak eller mer til alle pasienter. Aller høyest ligger Røros, med gjennomsnittlig 17 undervisningstiltak pr opphold. Alle DSHI-institusjonene ligger over gjennomsnittet. For Beitostølen er det kun registrert behandling knyttet til den enkelte bruker, og tiltak rettet mot foreldre/foresatte er ikke inkludert i tallene.

Ulikheter i pasientpopulasjon kan selvsagt tilsi at behovet for undervisning er ulikt, og dette forklarer noe av de påviste forskjellene mellom institusjonene. Vi anser likevel forskjellene til å være så store at dette alene vanskelig kan forklare hele tabellen. Også på dette punktet er det derfor grunn til å stille spørsmål ved om registreringen har vært praktisert likt. En faktor i så måte er hvorvidt et gitt undervisningsopplegg er splittet opp i flere elementer, eller om det er registrert som ett tiltak. Et annet forhold er hvorvidt man har registrert flere personellgrupper på hvert tiltak. I rettleiding til registrering heter det: *Gjelder spesifikk, sykdomsrettet undervisning. Gjelder ikke generell orientering.* Videre er det sagt at registreringen skal gjøres av det personell som har utført undervisningen.

3.12 Behandlingsinnsats av ulike personellgrupper

Så langt har vi presentert data som viser den totale behandlingsinnsatsen, altså inkludert alle helsefaggruppene. Vi skal nå se på behandlingstiltak utført av enkelte av faggruppene. Vi har valgt å fokusere spesielt på leger, fysioterapeuter og sykepleiere. Dette fordi disse faggruppene er viktig helsepersonell alle institusjoner sett samlet. Også plasshensyn tilsier at slike detaljerte analyser ikke gjøres for alle grupper.

Gjennom tilleggsundersøkelsen har vi innhentet personellstatistikk som viser årsverkstall for de ulike helsefaggruppene. Disse årsverkstallene er brukt i beregninger av behandlingsinnsats. Først presenteres individuell behandling utført av leger. Vi har valgt å presentere lege og legespesialist samlet.

Tabell 17: Individuelle konsultasjoner pr årsverk lege (inkluderer lege og legespesialist).

	Antall årsverk lege og legespesialist	Antall individuelle konsultasjoner av lege og legespesialist	Antall konsultasjoner pr årsverk lege
Haugland	1	287	287
Finnmark	0,3	223	743
Røros	2,6	2000	769
Bakke	0,6	470	783
Hurdal	1	824	824
Sølvskottberget	0,4	338	845
Jeløy kurbad	3,1	3004	969
Nord-Norges Kurbad	4,1	4046	987
Frydenberg	0,2	203	1015
Tonsåsen	0,4	419	1048
Hagahaugen	0,3	317	1057
Ringem	1,1	1174	1067
Salangen	0,2	227	1135
Muritunet	1,5	1732	1155
Hokksund	2	2378	1189
Vikersund	1,9	2471	1301
Selli	0,5	704	1408
Meråker	1,06	1502	1417
Skogli	3	4390	1463
Nordtun	0,55	836	1520
Ravnebergshaugen	0,2	306	1530
Bjørnang	0,4	648	1620
Sofienberg*	0,3	255	1700
Borger Bad	0,6	1060	1767
Eiken	0,6	1100	1833
Grande	0,3	576	1920
Sjømennenes Rykkinn	0,7	1373	1961
Ødegården	0,35	821	2346
Paulsrud	0,15	363	2420
Steffensrud	1,1	2883	2621
Sjømennenes Vest	0,4	1101	2753
Skibotnsenteret	0,2	583	2915
Kastvollen	0,2	697	3485
Godthaab	0,3	1136	3787
Nordagutu	0,2	862	4310
Landaasen	0,22	1312	5964
Beitostølen	4	1195	299
Valnesfjord	5	1843	369
Rauland	3	1783	594
Hernes	1	599	599
Total	44,63	48041	1076

*Konsultasjoner pr årsverk er korrigert ift at data dekker bare halve året.

Institusjonene har til sammen 45 legeårsverk, og disse "produserte" 48041 individuelle konsultasjoner, noe som gir et gjennomsnitt på 1076 konsultasjoner pr legeårsverk. Forskjellene mellom institusjonene må sies å være svært store. 2 institusjoner hadde om lag 300 konsultasjoner pr årsverk, mens 1 institusjon rapporterer nesten 6000 konsultasjoner. Vi anser disse resultatene som påfallende. En skulle tro at ulikheter i registreringspraksis var

lite framtreende når det gjelder legene. Dette fordi begrepet konsultasjon er brukt – et begrep som er godt innarbeidet. Det er også sagt at registrering skal omfatte bare tilfeller der lege og pasient opererer i et 1:1 forhold. Vi forventet derfor ikke slike store forskjeller. Det er klart at legene har andre oppgaver, og at tabellen ikke er uttømmende når det gjelder alle funksjoner en lege har. Vi har likevel vanskelig for å se at et slikt resultat kan framkomme uten at det i hvert fall delvis forklares med ulik registreringspraksis.

Neste tema er individuell behandling utført av fysioterapeut – se nedenstående tabell som viser dette institusjonsvis pr årsverk.

Tabell 18: Individuelle behandlingstiltak pr årsverk fysioterapeut.

	Antall årsverk fysioterapeut	Antall individuelle behandlingstiltak av fysioterapeut	Individuelle behandlingstiltak pr årsverk fysioterapeut
Røros	8	2917	365
Skibotnsenteret	2,9	1255	433
Bakke	9,7	7408	764
Kastvollen	2,9	2412	832
Frydenberg	3	2546	849
Haugland	4	3957	989
Hokksund	12,1	12334	1019
Nordtun	7	7200	1029
Vikersund	14,2	14832	1045
Salangen	4	4439	1110
Ødegården	2,5	2863	1145
Sølvskottberget	1,75	2254	1288
Hagahaugen	3,7	4845	1309
Tonsåsen	3,6	4733	1315
Hurdal	4	5270	1318
Skogli	19,1	25745	1348
Eiken	3,2	4316	1349
Borger Bad	4,4	6370	1448
Selli	5	7520	1504
Muritunet	9,8	15124	1543
Ringen	6,6	10404	1576
Steffensrud	8,1	12944	1598
Ravneberghaugen	3,5	5805	1659
Landaasen	8	13529	1691
Jeløy kurbad	9,5	16638	1751
Godthaab	5,8	10640	1834
Bjørnang	4,15	7985	1924
Sjømennenes Rykkinn	5	9662	1932
Nord-Norges Kurbad	12,7	24975	1967
Sofienberg*	4	3943	1972
Paulsrud	2,5	5062	2025
Grande	4,75	10052	2116
Nordagutu	3,5	7515	2147
Sjømennenes Vest	5	12644	2529
Finnmark	4,3	11087	2578
Meråker	6	20238	3373
Beitostølen	8,5	2554	300
Valnesfjord	9,5	2886	304
Rauland	4	1813	453
Hernes	5	2932	586
Total	245,25	331648	1352

*Behandling pr årsverk er korrigert ift at data dekker bare halve året.

Gjennomsnitt for alle institusjoner er 1352 individuelle behandlingstiltak pr årsverk fysioterapeut. Igjen er variasjonen svært stor – fra 365 til 3373 tiltak pr årsverk. Vi har tidligere kommentert at varigheten av det enkelte tiltak er varierende, og at dette er en feilkilde ved sammenligning av institusjonenes resultater. Et annet forhold er selvsagt at noen institusjoner i stor grad baserer seg på gruppebaserte aktiviteter. Vi har tidligere vist at

fysioterapeutene ga gruppebehandling ved 77 prosent av oppholdene. Ovenstående tabell kan derfor suppleres ved å se på omfanget av gruppebehandling utført av fysioterapeut – se tabellen under.

Tabell 19: Gruppebehandling utført av fysioterapeut. Pr opphold.

	Antall tiltak	Antall opphold	Tiltak pr opphold
Finnmark	223	767	0,3
Sølvskottberget	327	495	0,7
Bjørnang	927	682	1,4
Paulsrud	785	482	1,6
Sofienberg	862	257	3,4
Godthaab	6530	1436	4,5
Kastvollen	2058	451	4,6
Ravneberggaugen	4237	741	5,7
Frydenberg	3431	555	6,2
Landaasen	7273	1161	6,3
Sjømennenenes Rykkinn	7933	1086	7,3
Ringen	7342	947	7,8
Sjømennenenes Vest	8676	1008	8,6
Grande	7589	800	9,5
Tonsåsen	8842	865	10,2
Ødegården	4604	449	10,3
Skibotnsenteret	3865	350	11,0
Hagahaugen	6756	600	11,3
Vikersund	16730	1380	12,1
Borger Bad	5486	442	12,4
Hokksund	16835	1336	12,6
Nordagutu	7627	588	13,0
Nord-Norges Kurbad	18317	1348	13,6
Meråker	10008	725	13,8
Steffensrud	15718	1120	14,0
Hurdal	9896	632	15,7
Muritunet	20875	1326	15,7
Nordtun	11368	722	15,7
Salangen	6194	359	17,3
Haugland	14916	708	21,1
Eiken	15184	712	21,3
Selli	17258	760	22,7
Bakke	22999	985	23,3
Skogli	46420	1688	27,5
Jeløy kurbad	38845	1199	32,4
Røros	35724	916	39,0
Rauland	6424	615	10,4
Valnesfjord	12714	826	15,4
Beitostølen	10108	644	15,7
Hernes	4100	193	21,2
Total	446006	32356	13,8

Vi ser at enkelte av institusjonene som hadde få individuelle tiltak ligger høyt når det gjelder gruppebehandling. Spesielt gjelder dette Røros, med lavest skåre for individuell behandling, og høyest skåre når det gjelder gruppe. Også ved Bakke er det en klar tendens til at

fysioterapeutene i all hovedsak jobber med pasientene i grupper. Videre ser vi at Finnmark har en annen behandlingsstruktur, ved at fysioterapeut i hovedsak gir individuell behandling. Neste punkt er individuell behandling utført av sykepleier. I nedenstående tabell er dette vist som antall individuelle behandlingstiltak pr årsverk.

Tabell 20: Individuelle behandlingstiltak pr årsverk sykepleier.

	Antall årsverk sykepleier	Antall individuelle behandlingstiltak av sykepleier	Individuelle behandlingstiltak pr årsverk sykepleier
Frydenberg	7,0	1815	261
Skogli	8,0	2328	291
Nord-Norges Kurbad	8,0	2359	295
Muritunet	9,2	2773	301
Bakke	7,7	2344	304
Hagahaugen	2,2	747	340
Meråker	5,6	2219	396
Kastvollen	3,0	1419	473
Sofienberg*	3,5	832	476
Vikersund	11,3	5459	483
Røros	11,0	5473	498
Ødegården	4,3	2574	599
Haugland	5,0	3118	624
Finnmark	2,4	1658	691
Grande	4,7	3338	710
Hokksund	8,1	6584	818
Skibotnsenteret	4,0	3390	848
Eiken	5,0	4318	864
Bjørnang	6,8	5892	866
Landaasen	6,6	5793	878
Sølvskottberget	6,6	5878	891
Hurdal	4,7	4248	912
Borger Bad	4,0	3980	995
Jeløy kurbad	6,6	6717	1018
Paulsrud	5,5	6172	1122
Salangen	2,5	3485	1377
Nordtun	5,8	8097	1408
Sjømennenes Rykkinn	5,5	7781	1415
Selli	4,5	6969	1549
Nordagutu	3,8	6167	1623
Ravneberghaugen	2,0	3320	1660
Tonsåsen	2,6	4357	1676
Godthaab	5,3	9691	1828
Steffensrud	9,2	21862	2376
Ringan	5,2	16654	3203
Sjømennenes Vest	5,2	16784	3228
Rauland	3,6	1262	351
Beitostølen	5,6	2169	387
Valnesfjord	8,3	3554	431
Hernes	0,0	--	--
Total	219,7	203580	927

*Behandling pr årsverk er korrigert ift at data dekker bare halve året.

Gjennomsnittet er 927 individuelle behandlingstiltak pr sykepleierårsverk. Sjømennenes Vest og Ringen, har rapportert flest tiltak, og mer enn 10 ganger så mange tiltak pr årsverk enn de 5 institusjonene med lavest skåre. Sykepleierne driver i liten grad gruppebehandling, og disse tallene blir derfor ikke nevneverdig "korrigeret" ved en alternativ organisering av arbeidet. Unntaket er Røros, Skibotnsenteret og Vikersund, der sykepleierne i stor grad driver gruppebasert.

Avslutningsvis i denne delen skal vi kommentere behandlingsinnsatsen for ergoterapeuter og attføringskonsulenter, som er de to siste faggruppene. Disse faggruppene finnes bare på et mindretall av institusjonene (ergoterapeuter på 14 institusjoner, attføringskonsulenter på 4 institusjoner), vi viser derfor ikke institusjonstabeller for disse.

Ergoterapeuter utførte 976 individuelle behandlingstiltak pr årsverk. Dette er på omtrent samme nivå som omfanget av individuell behandling pr årsverk lege (1057) og sykepleier (918), men noe lavere enn for fysioterapeut (1339).

Attføringskonsulenter er i en spesiell posisjon ettersom ressursen er konsentrert på institusjoner innen arbeidsrettet rehabilitering. På disse institusjonene utførte attføringskonsulenter 559 individuelle behandlingstiltak pr årsverk. Sammenlignet med andre faggrupper på disse institusjonene, ligger attføringskonsulentene på samme nivå som lege og fysioterapeut, og betydelig høyere enn sykepleier.

3.13 Hvordan tolke forskjeller mellom institusjonene?

Hovedproblemet med tolkingen av disse forskjellene er usikkerhet omkring registreringspraksis. Vi kan ikke uten videre konkludere med at institusjonene har praktisert registreringen likt. Noen prinsipielle forbehold må tas:

1. Hvilke tiltak er registrert?
2. Hvordan sammenligne tiltak som har ulik varighet?
3. Hvordan forholde seg til at institusjonene organiserer arbeidet ulikt? En viktig faktor i så måte er omfanget av gruppebasert aktivitet relatert til den individuelle behandlingsaktiviteten.

Vi vil utdype hva som ligger i disse momentene.

- Hvilke tiltak skal registreres som individuell behandling? Det er ikke mulig å spesifisere hvorvidt enhver tenkelig kontakt mellom personell og pasient skal registreres eller ikke. I rettledningen er det sagt bl.a. følgende: Individuell behandling krever at behandler og pasient opererer i forholdet 1:1. Pasient med individuelt tilpasset program i et gruppebehandlingstilbud er ikke å anse som mottaker av individuell behandling, men skal telles som gruppebehandling.
- Det har også vært reist spørsmål om pasientrettet aktivitet i forhold til myndigheter/kommunen, hjelpemiddelsentral eller andre instanser. Dette kan være utfylling av skjema osv som kan være etterarbeid etter konsultasjoner hos lege eller ergoterapeut. Ofte kan dette ta mer tid enn selve konsultasjonen. Her har vi sagt at det er konsultasjonen som skal registreres. Hva konsultasjonen fører til er en annen sak, noe som ikke skal registreres separat.
- Det har underveis kommet en rekke spørsmål fra institusjonene om hva som skal registreres – særlig knyttet til behandling utført av sykepleier. Dette er avgrenset både positivt (ved å gi eksempler på hva som skal registreres) og negativt (ved å si hva som ikke skal registreres).
- For behandling gjort av sykepleier har vi sagt bl.a. at dette gjelder tiltak som utføres alene eller etter samarbeid med lege, men uten at direkte legekonsultasjon er nødvendig. Tiltaket skal resultere i dokumentasjon i journalen. Blodprøvetaking, EKG-undersøkelse o.a. prosedyrer som er rekvirert av lege regnes ikke som sykepleiertiltak/behandling, men er å oppfatte som en del av legekonsultasjonen. Dette innebærer at noen sykepleieroppgaver ikke kommer fram i registreringene, men det er understreket at poenget ikke er å få med alle detaljer. Man registrerer jo heller

ikke enkeltelementer i legenes konsultasjoner. Om en lege utfører undersøkelse med ultralyd, setter sprøyter eller bare snakker med pasienten er likegyldig i denne registreringen.

- Videre er det sagt hvilke oppgaver som skal registreres bla: Inntakssamtale, kartlegging av behov / funksjonsvurdering, utarbeide behandlingsplan. I tillegg kommer andre oppgaver som personell utfører/ deltar i for eksempel: vurdering av henvisninger, utarbeiding av individuell plan - evt. i samarbeid med andre instanser (jf Lov om pasientrettigheter), bistand i ulike aktiviteter som inngår i behandlingsplanen, bistand og opplæring i ulike former for trening som inngår i behandlingsplanen, måling av endring / framgang – for eksempel ved faglig vurdering/ tester/ brukerevaluering, deltakelse i flerfaglige møter der behandlingen diskuteres, utarbeidelse av videre treningsopplegg for bruk etter utskrivning, vurdering av pasientens status ved utskrivning, avsluttende samtale med pasienten, utarbeidelse av sluttrapport / epikrise
- Man ønsker ikke en registrering av enkeltprosedyrer, men en kartlegging av aktivitet som har betydning i forhold til rehabiliteringsoppgaven. Derfor er det lagt vekt på å registrere oppgaver som er viktige i forhold til oppgaven institusjonene egentlig skal utføre, og for resultatet av behandlingen, med andre ord tiltak som er av direkte betydning for rehabiliteringsmålet. Vedlikehold av tiltak som tidligere er satt i gang, så som Fragminbehandling og insulinsprøyter er med i det som må oppfattes som obligatoriske, basale prosedyrer som må være til stede for å kvalifisere en institusjon til å kunne påta seg de viktige rehabiliterende oppgaver som ikke like lett kan gjøres andre steder.
- Hva er rekkevidden av det enkelte tiltak? Det er ikke mulig å definere at det enkelte tiltak skal vare et bestemt stykke tid. Dette fordi karakteren av behandlingstiltakene er ulike, som betyr at også tidsbruken pr definisjon må være svært forskjellig. Dette representerer derfor en feilkilde når man skal sammenligne institusjonenes resultater. Enkelte institusjoner har gitt tilleggsinformasjon omkring dette. For eksempel har Hernes rapportert om fysioterapeutledet gruppeaktivitet med varighet 2 timer, 5 ganger ukentlig. Når hver av disse registreres som én aktivitet, blir sammenligningen selvsagt skjev i forhold til aktiviteter av kortere varighet.
- De spørsmålene som ble rettet til NPR viser at det hos flere institusjoner var en frykt for at disse resultatene kunne bli brukt direkte inn i en finansieringsordning, og at det derfor var viktig å registrere "så mye som mulig". Man ønsket å framstille egen institusjon i et godt lys ved å vise til høy produksjon. Dette kan ha medført en registrering på et nivå som er mer detaljert enn hva man ønsket.
- Institusjonene organiserer arbeidet på ulike måter, og en viktig faktor er omfanget av gruppebasert aktivitet relatert til den individuelle behandlingsaktiviteten. Det er naturlig å tenke seg at institusjoner som jobber utstrakt flerfaglig og tverrfaglig, med mange faggrupper rundt den enkelte pasient kan ha et lavere volum på individuell behandling.

Til tross for retningslinjene som er gitt, er det ingen garanti for at registreringen er praktisert likt i institusjonene. Dette er derfor et underliggende forbehold som må tas i analyse og tolking av resultatene.

3.14 Oppsummert om behandlingsinnsats

Vi mener at de opplysningene som er vist i dette avsnittet gir grunnlag for å stille spørsmål ved berettigelsen av den delen av registreringen som omhandler behandlingsinnsats fra ulike personellgrupper. Det er for det første ikke mulig å konkludere med at data faktisk er sammenlignbare mellom institusjonene. Derfor er det også usikkert hvilken informasjonsverdi denne delen av registreringen har. Videre anser vi det som et relevant moment at akkurat denne delen av registreringen er svært ressurskrevende for institusjonene. En slik ressursbruk kunne man forsvart hvis nytteverdien var stor. Vi kan ikke konkludere entydig med at det er tilfelle.

Videre er det et moment at man ikke har kvalitetsmål som kan "verifisere" nytten av alle de registrerte behandlingstiltakene. NPR konkluderer derfor med at registrering av behandlingstiltak bør taes ut av recorden. Det er igangsatt arbeid med prosedyrekoder og kjernesett for ICF, noe vi mener vil være bedre redskaper inn i et klassifiseringssystem for disse institusjonene.

Det er også et viktig poeng at disse dataene er av en slik karakter at de vanskelig lar seg innpasse som standardelementer i et pasientadministrativt system. Dette er et moment som bør inngå i vurderingene om hva som skal være et framtidig, permanent datasett for disse institusjonene. Rapporteringen skjer i dag ved bruk av Excel. Dette er imidlertid et format man ønsker å gå bort fra så raskt som praktisk mulig. Arbeidet med å få disse institusjonene over på samme rapporteringsformat som øvrig spesialisthelsetjeneste tilsier at man bør etablere en record som kommuniserer godt med aktuelle pasientadministrative systemer.

4 Tilleggsundersøkelse

SINTEF Helse NPR besluttet i samråd med Helse- og Omsorgsdepartementet at det ikke skulle innkalles data for 3. kvartal 2005. I stedet for den ordinære rapporteringen, ble det besluttet å gjennomføre innsamling av supplerende informasjon. Resultatene fra denne tilleggsundersøkelsen presenteres her som en del av NPRs rapport over årsdata for 2005.

Det er 6 institusjoner som ikke har levert tilleggsundersøkelsen for 2005. Disse institusjonene er: Aure Opptreningscenter, Finnmark Opptreningscenter, Godthaab Opptreningscenter, Haugland Røde Kors, Muritunet as og Sofienberg Helse- og Rehabiliteringscenter.

4.1 Antall plasser – godkjent og faktisk

I denne delen ser vi på institusjonenes sengekapasitet, både hvor mange plasser institusjonene ble godkjent for gjennom forskriften, og hvor mange plasser de faktisk hadde i 2005. Se nedenstående tabell som viser forholdet mellom antall godkjente senger i institusjonene, og faktisk antall senger.

Tabell 21: Antall godkjente senger og faktisk antall senger.

	Godkjent	Faktisk
Aure opptreningscenter	34	34*
Bakke opptreningscenter as	61	67
Bjørnang rehabiliteringscenter as	54	59
Borger Bad	30	36
Eiken opptreningscenter al	39	42
Finnmark opptreningscenter	50	50*
Frydenberg Rehabiliteringscenter	41	41
Godthaab opptreningscenter	71	71*
Grande opptreningscenter	45	63
Hagahaugen	38	45
Haugland Røde Kors	50	50*
Hokksund Kurbad as	102	102
Hurdal opptreningscenter	40	49
Jeløy kurbad	77	82
Kastvollen	28	32
Landaasen Rehabiliteringscenter AS	80	100
Meråker sanitetsforenings kurbad	54	54
Muritunet as	72	72*
Nord Norges Kurbad	95	106
Nordagutu opptreningscenter	33	39
Nordtun HelseRehab	54	55
Paulsrud opptreningscenter	40	30
Ravneberghaugen opptreningsinstitusjon	40	42
Ringen rehabiliteringscenter	58	58
Røros rehabiliteringscenter as	80	95
Salangen opptreningscenter	33	41
Selli Rehabilitering og Opptreningscenter as	48	50
Sjømennenes Rykkinn	60	61
Sjømennenes VEST	62	64
Skibotnsenteret as	24	48
Skogli helse og rehabilitering	135	130
Sofienberg helse- og rehabsenter as	65	65*
Steffensrud opptreningsinstitusjon	70	75
Sølvskottberget rehabiliteringscenter	34	44
Tonsåsen opptreningscenter	60	70
Vikersund	105	122
Ødegården opptreningscenter as	35	38
Beitostølen helsesportsenter	58	58
Valnesfjord helsesportsenter	72	72
Hernes institutt	25	29
Rauland	49	49
SUM	2301	2484

* Som nevnt var det 6 institusjoner som ikke leverte tilleggsundersøkelsen. Antall godkjente senger for disse har vi fra tidligere leveranser. Antall faktiske sengeplasser er satt lik antall godkjente senger.

Som tabellen viser er det et misforhold mellom antall godkjente senger, og faktisk antall senger. I sum har institusjonene 2301 godkjente sengeplasser, mens antall faktiske sengeplasser er 2484. Institusjonene ble i sin tid godkjent for et visst antall plasser etter forskrift om opptreningsinstitusjoner. Denne forskriften er nå opphevet. De fleste institusjonene har utvidet antall sengeposter i forhold til hva de ble godkjent for.

Noen av disse forskjellene kan også skyldes andre forhold. Vi har for eksempel ingen oversikt over om differansen kan skyldes senger som ikke benyttes i pasientbehandlingen. Det kan også skyldes at flere institusjoner har dobbeltrom, samt plasser for pårørende. Men vi ser også at noen få institusjoner har færre sengeplasser enn de er godkjent for. Dette gjelder Skogli helse- og rehabiliteringssenter som er godkjent med 135 senger, men som rapporterer et faktisk antall på 130, og Paulsrud opptreningssenter som er godkjent for 40 senger men faktisk har kun 33.

4.2 Bemanning

Avsnittet inneholder oversikt over bemanningssituasjonen i institusjonene. Først ser vi på antall årsverk legespesialister. Deretter presenteres totalt antall årsverk av personell som brukes i behandlingen. Avslutningsvis vil vi se på sammenhengen mellom antall årsverk og antall plasser.

Tabell 22 gjelder spørsmål om hvilke legespesialister som finnes ved institusjonene. Svarene presenteres i form av antall årsverk.

Tabell 22: Hvilke legespesialiteter finnes ved institusjonen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	SUM Institusjon
Bakke					0,4						0,2			0,6
Bjørnang	0,1	0,1			0,1		0,2							0,4
Borger	0,6													0,6
Eiken	0,3						0,3							0,6
Frydenberg							0,2							0,2
Grande														0
Hagahaugen	0,1													0,1
Hokksund	1													1
Hurdal							1							1
Jeløy	2	0,4		0,4										2,8
Kastvollen														0
Landaasen							0,2							0,2
Meråker	0,1				0,3									0,4
Nord Norges	2	0,2		0,6	0,3									3,1
Nordagutu					0,3		0,3							0,6
Nordtun					0,1									0,05
Paulsrud														0
Ravneberghaugen		0,2												0,2
Ringene			0,1	0,1	0,1		1							1,15
Røros				1			1							2
Salangen							0,2							0,2
Selli					0,1		0,3						0,1	0,5
Rykkinn					0,5					0,2				0,7
Sjømennens Vest									0,2					0,2
Skibotsenteret							0,2							0,2
Skogli		1		1										2
Steffensrud				0,3		0,3	0,6							1,1
Sølvskottberget					0,2							0,2		0,4
Tonsåsen							0,4							0,4
Vikersund	0,2	0,8					0,4							1,4
Ødegården	0,3	0,1				0,1								0,35
Beitostølen	1													1
Valnesfjord	1		0,5					0,5			1			3
Hernes														0
Rauland	1		0,3	0,3		0,3	1	0,5						3,5
SUM	9,7	2,7	0,9	3,6	2,3	0,6	7,3	1	0,2	0,2	1,2	0,2	0,1	29,95

1. Fysikalsk medisin og rehabilitering
3. Nevrologi
5. Ortopedi
7. Allmennmedisin
9. Radiologi
11. Anestesi
13. Indremedisiner

2. Revmatologi
4. Indremedisin
6. Geriatri
8. Samfunnsmedisin
10. Onkologi
12. Psykiater

Tabellen viser for det første at de fleste legespesialistene er ansatt i små stillingsandeler. Dette betyr at mange institusjoner ikke har spesialister fast ansatt, men i mer eller mindre grad benytter seg av innleide timeverk fra legespesialister. Vi ser at de høyeste antall årsverk finner vi i kategoriene Fysikalsk medisin/rehabilitering og allmenntilleggsmedisin, med henholdsvis 9,7 og 7,3 årsverk. ¼ av legespesialistene er tilknyttet institusjonene innen DSHI. På institusjonsnivå ser vi at Rauland har flest legespesialister, med 3,5 årsverk. Hele 15 institusjoner har mindre enn 0,5 årsverk utført av legespesialist, og 3 institusjoner har ingen legespesialist.

I tabell 23 ser vi på det totale antall årsverk som brukes i behandlingen. Vi har også inkludert noen tilfeller av personellkategorier som ikke defineres som helsepersonell, men som av institusjonene framholdes som viktige ressurser i behandlingen.

Tabell 23: Antall årsverk av personell som brukes i behandlingen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	SUM
Bakke					9,7				0,6						1,0	7,7			1,0	20,0
Bjørnang			0,5		4,2	0,8		0,2	0,4							6,8	1,7			14,4
Borger		0,1	0,5		4,4		0,8		0,6		0,1					4,0				10,5
Eiken			0,6		3,2	1,2			0,6		5,5			0,1		5,0				16,2
Frydenberg					3,0	1,9	0,8		0,2							7,0			1,0	13,8
Grande					4,8	1,0		0,3			0,8			0,1		4,7				11,7
Hagahaugen					3,7	3,5		0,2	0,1		0,2					2,2				9,9
Hokksund	1,0				12,1		1,0	1,0	1,0				4,8	0,3		8,1	0,8		1,0	31,0
Hurdal					4,0	2,6			1,0		0,3		1,0			4,7	1,5			15,1
Jeløy					9,5	0,5		0,4	2,7		2,0	0,2	2,0			6,6	1,0		4,0	28,9
Kastvollen			1,0		2,9	6,9		0,2				0,7				3,0				14,7
Landaasen					8,0	3,5		0,2			0,4					6,6				18,8
Meråker			1,5		6,0	3,7		0,7	0,4	0,3	1,0					5,6				19,1
Nord Norges			1,0	1,0	12,7	1,5		1,0	3,1	0,1	1,5	0,1	5,0	1,0		8,0	2,5			38,5
Nordagutu					3,9	4,8	1,0	0,3			1,0					4,5			0,6	16,1
Nordtun					7,0	5,5		0,5	0,1		1,0					5,8			1,0	20,8
Paulsrud					2,5			0,2			1,0					5,5				9,2
Ravnebergh					3,5	6,0			0,2					1,0		2,0				13,5
Ringebu			0,5		6,6	3,0			1,1		0,5					5,2	0,9		1,0	18,8
Røros		1,0	1,0	2,0	8,0	4,0	3,0	0,6	2,0		1,0	0,4		1,3		11,0	2,0			37,3
Salangen					4,0	2,4		0,2								2,5			0,6	9,7
Selli					5,0	4,5		0,3	0,2		0,3					4,5	0,7			15,5
Rykkinn					5,0	2,5			0,7		0,6					5,5			0,6	14,9
Sjøm. Vest					5,0	1,8		0,2	0,2		1,0					5,2				13,4
Skibotn					2,9				0,2							4,0			0,1	7,2
Skogli			0,8	1,0	19,1	3,4		1,0	2,0		2,2		6,4			8,0	2,0			45,9
Steffensrud			1,0		8,1	1,0			1,1	0,5	0,4		1,0	0,3		9,2				22,6
Sølvskottb.					1,8	0,8			0,4							6,6			0,6	10,2
Tonsås				0,6	3,6	1,8		0,4			1,0					2,6	0,8			10,8
Vikersund			1,9		14,2	7,2		0,5	1,4	1,0	0,5		2,5	1,0		11,3	1,0			42,5
Ødegården			0,4		2,5	2,8			0,4							4,3				10,4
Beitostøl			1,0		8,5		10,4	3,0	1,0		2,5		4,0	1,0	1,0	5,6	2,5			40,5
Valnesfjord	1,0		1,0	1,0	9,5		7,0	2,0	3,0		2,5		6,0	1,0	2,0	8,3	3,0	1,0		48,3
Hernes	1,3				5,0			1,0									1,0		4,0	12,3
Rauland	3,3				4,0		4,0		3,5		1,2					3,6	1,8	0,5	0,3	21,7
SUM	6,6	1,1	12,7	5,6	213,9	73,7	26,9	14,0	30	1,9	28,2	0,7	32,7	7,0	4,0	190,5	23,1	1,5	15,3	703,1

1. Attføringskonsulent
4. Ernæringsfysiolog
7. Idrettspedagog
10. Logoped
13. Rehabiliteringsassistent
16. Sykepleier
19. Andre

2. Bioingeniør
5. Fysioterapeut
8. Lege
11. Miljøarbeider/aktivitør
14. Sosionom
17. Legesekretær

3. Ergoterapeut
6. Hjelpepleier
9. Legespesialist
12. Psykolog
15. Spesialpedagog
18. Rideinstruktør

Vi ser av tabell 23 at det totalt er 703,1 årsverk fordelt på 35 institusjonene som har rapportert sine bemanningstall. Valnesfjorden Helse- og rehabiliteringssenter er den institusjonen med flest årsverk, 48,3. Det er også denne institusjonen som har størst bredde i personellsammensetningen med 14 ulike faggrupper. Generelt ser vi at DSHI har en annen personellsammensetning, bl.a. et relativt stort antall idrettspedagoger. Færrest årsverk var det ved Skibotsenteret, med 7,2 årsverk.

Vi går nå over til å undersøke sammenhenger mellom personell og sengeplasser. Se tabell 24 som viser en institusjonsvis oversikt over antall årsverk pr godkjente sengeplass.

Tabell 24: Antall årsverk per plass

	Antall årsverk	Antall sengeplasser	Antall årsverk pr plass
Bakke	20,0	61	0,33
Bjørnang	14,4	54	0,27
Borger	10,5	30	0,35
Eiken	16,2	39	0,42
Frydenberg	13,8	41	0,34
Grande	11,7	45	0,26
Hagahaugen	9,9	38	0,26
Hokksund	31,0	102	0,30
Hurdal	15,1	40	0,38
Jeløy	28,9	70	0,41
Kastvollen	14,7	28	0,53
Landaasen	18,8	80	0,24
Meråker	19,1	54	0,35
Nord Norges	38,5	95	0,41
Nordagutu	16,1	33	0,49
Nordtun	20,8	54	0,39
Paulsrud	9,2	40	0,23
Ravneberghaugen	13,5	40	0,34
Ringan	18,8	58	0,32
Røros	37,3	80	0,47
Salangen	9,7	33	0,29
Selli	15,5	48	0,32
Sjømennenes Rykkinn	14,9	60	0,25
Sjømennenes Vest	13,4	62	0,22
Skibotn	7,2	24	0,30
Skogli	45,9	135	0,34
Steffensrud	22,6	70	0,32
Sølvskottb	10,2	34	0,30
Tonsåsen	10,8	60	0,18
Vikersund	42,5	105	0,40
Ødegården	10,4	35	0,30
Beitostølen	40,5	58	0,70
Valnesfjord	48,3	72	0,67
Hernes	12,3	25	0,49
Rauland	21,7	49	0,44
SUM	703,1	1952	0,36

Vi ser at det totalt er 0,36 årsverk per seng blant disse institusjonene. Variasjonen mellom institusjonene har et spenn fra 0,18 på det laveste, til 0,70 på det høyeste. De 4 spesielle helseinstitusjonene (nederst i tabellen), har høyt årsverkstall per seng. Disse institusjonene

har et helt annet behandlingsopplegg enn de ordinære rehabiliteringsinstitusjonene. Dette gjelder spesielt Beitostølen og Valnesfjorden som jobber mye med barn. Blant de tradisjonelle opptreningsinstitusjonene har Tonsåsen det laveste antall årsverk per seng med 0,18.

Vi ser av denne delen at det er en relativt stor spredning i bredden av personell blant institusjonene. Fysioterapeuter og sykepleiere er de to dominerende personellgrupper med henholdsvis 216,4 og 192,5 årsverk, og er representert hos de aller fleste institusjonene. De minst representerte personellgruppene er rideinstruktør med 1,5 årsverk (kun hos Rauland og Valnesfjorden), psykolog med 0,7 årsverk (kun hos Røros, Nord Norges Kurbad og Jeløy) og bioingeniør med 1,1 årsverk (kun hos Røros og Borger Bad).

Det er store forskjeller i kurdøgnpris mellom institusjonene. Dette har stor betydning for institusjonenes muligheter til å rekruttere personell. Forskjellen i kurdøgnpris er på over 1000 kr. per døgn, noe som gir svært ulike forutsetninger for å knytte til seg sterkere faglig bemanning. Dette forklarer en del av den variasjon vi ser med hensyn til bemanningssituasjonen i institusjonene.

Tema for neste avsnitt er hvorvidt leger er involvert i inkomstsamtale og vurderingssamtale ved utskriving.

4.3 Legeaktivitet ved ankomst og utskriving

I denne delen ser vi nærmere på i hvor stor grad lege er involvert i vurdering av pasienter.

Tabell 25 viser i hvor stor grad lege deltok i vurdering av pasienter som ble lagt inn i første halvår 2005. Tallene reflekterer vurdering både i forhold til inkomstsamtale og vurdering av avreise fra institusjonen.

Tabell 25: Deltok lege i inkomstsamtale. Ble pasientene vurdert av lege før utskrivning

	Antall opphold	Andel der lege deltok ved inkomst	Andel der lege deltok ved utskrivning
Bakke opptreningsssenter as	454	0	51
Bjørnang rehabiliteringssenter as	356	0	100
Borger Bad	224	100	100
Eiken opptreningsssenter al	348	0	29
Frydenberg Rehabiliteringssenter	241	0	75
Grande opptreningsssenter	389	0	67
Hagahaugen	291	20	3
Hokksund Kurbad as	503	76	20
Hurdal opptreningsssenter	350	0	25
Jeløy kurbad	592	100	100
Kastvollen	220	0	100
Landaasen Rehabiliteringssenter AS	597	40	20
Meråker sanitetsforenings kurbad	360	100	100
Nord Norges Kurbad	691	100	100
Nordagutu	588	0	0
Nordtun HelseRehab	357	0	14
Paulsrud opptreningsssenter	226	44	21
Ravneberghaugen opptreningsinstitusjon	406	0	21
Ringan rehabiliteringssenter	574	44	21
Røros rehabiliteringssenter as	448	100	100
Salangen	197	0	0
Selli Rehabilitering og Opptreningsssenter	386	0	61
Sjømennenes Rykkinn	542	33	67
Sjømennenes Vest	510	0	0
Skibotsenteret as	269	0	100
Skogli helse og rehabilitering	837	100	100
Steffensrud opptreningsinstitusjon	550	0	0
Sølvskottberget rehabiliteringssenter	240	0	11
Tonsåsen opptreningsssenter	412	0	34
Vikersund	706	86	47
Ødegården opptreningsssenter as	222	0	50
Beitostølen helsesportsenter	303	100	100
Valnesfjord helsesportsenter	318	100	100
Hernes institutt	96	100	100
Rauland	301	100	100
Sum	14104	44	55

Tabellen viser at lege deltok ved inkomstsamtalen i 44 prosent av tilfellene, og i 55 prosent av tilfellene ved utskrivning. De aller fleste institusjonene benyttet lege i vurderingen ved utskrivning av pasienten, i hvertfall for deler av pasientmassen. Kun 3 institusjoner benyttet ikke lege i dette henseende. Langt færre institusjoner benyttet lege ved inkomstsamtale. Hele 18 institusjoner opplyser at vurdering ved ankomst ble gjort uten lege.

Dersom vi sammenligner dette med personelltallene i tabell 23, dukker det opp noen interessante momenter. Vi ser for eksempel at Borger Bad opplyser at de har 0,6 legeårsverk. Dette harmonerer dårlig med tabell 25 som viser at lege deltok i alle 224 pasientvurderingene i første halvår 2005. Dette virker tidsmessig vanskelig. På den andre siden finner vi for eksempel Steffensrud som står oppført med et legeårsverk på 1,1, men der lege ikke er involvert i noen pasientvurderinger. Dette harmonerer etter vårt skjønn

dårlig. Dersom vi ser dette i sammenheng med kapittel om institusjonsvise behandlingsrater i pasientdata, kan bildet nyanseres noe. Her ser vi at Steffensrud hadde 2621 konsultasjoner per årsverk lege. Borger Bad hadde 1767 konsultasjoner per årsverk lege. Begge disse institusjonene hadde med andre ord en svært høy legeproduktivitet. Forskjellen er at denne legeproduktiviteten distribueres ulikt hos institusjonene. Hos Borger Bad legger de vekt på at lege deltar i pasientvurderingen ved ankomst og/eller utskrivning, mens hos Steffensrud prioriteres bruk av lege til andre konsultasjoner. Men begge ligger høyt over gjennomsnittet i forhold til legeproduktivitet.

Dette kan forklare noe av resultatene i tabell 25. En annen viktig faktor er at flere institusjoner benytter vurderingsteam, der lege inngår, ved inntak av nye pasienter. Data tilsier imidlertid at lege kanskje ikke deltar aktivt i vurderingene. Det kan derfor være vanskelig å vurdere nøyaktig hvilken rolle lege har i pasientvurderingene hos institusjonene.

4.4 Pasientenes pleiebehov

Tema for avsnittet er pasientenes pleiebehov ved ankomst til institusjonen. Nedenstående tabell viser hvor stor andel av pasientene innlagt i første halvår 2005 som hadde pleiebehov ved ankomst (pleiebehov er forstått slik at pasienten ikke var selvhjulpen med ADL-funksjoner).

Tabell 26: Andel pasienter med pleiebehov ved ankomst til institusjon

	Antall opphold	Andel pleiebehov
Bakke opptreningsssenter as	454	11,0
Bjørnang rehabiliteringssenter as	356	21,3
Borger Bad	224	0,0
Eiken opptreningsssenter al	348	51,7
Frydenberg Rehabiliteringssenter	241	5,0
Grande opptreningsssenter	389	33,4
Hagahaugen	291	6,9
Hokksund Kurbad as	503	0,0
Hurdal opptreningsssenter	350	42,9
Jeløy kurbad	592	40,5
Kastvollen	220	13,6
Landaasen Rehabiliteringssenter AS	597	25,1
Meråker sanitetsforenings kurbad	360	5,0
Nord Norges Kurbad	691	23,2
Nordagutu	588	0,0
Nordtun HelseRehab	357	28,0
Paulsrud opptreningsssenter	226	50,0
Ravneberghaugen opptreningsinstitusjon	406	0,0
Ringens rehabiliteringssenter	574	87,1
Røros rehabiliteringssenter as	448	0,0
Salangen	197	0,0
Selli Rehabilitering og Opptreningsssenter	386	50,5
Sjømennenes Rykkinn	542	7,4
Sjømennenes VEST	510	0,4
Skibotnsenteret as	269	3,0
Skogli helse og rehabilitering	837	19,1
Steffensrud opptreningsinstitusjon	550	12,7
Sølvskottberget rehabiliteringssenter	240	5,0
Tonsåsen opptreningsssenter	412	0,0
Vikersund	706	10,6
Ødegården opptreningsssenter as	222	20,3
Beitostølen helsesportsenter	303	40,3
Valnesfjord helsesportsenter	318	18,9
Hernes institutt	96	0,0
Rauland	301	0,0
SUM	14104	19,3

Av totalt 14.104 pasienter hadde 19 prosent (2718 pasienter) pleiebehov ved ankomst til institusjonen. Det er 1 institusjon som skiller seg markant ut her, og det er Ringen Rehabiliteringssenter. Her hadde 87,1 prosent av alle pasienter som ankom i løpet av 1. halvår 2005 pleiebehov. Ellers rapporterte 9 institusjoner at ingen pasienter hadde pleiebehov ved ankomst. Noe av forklaringen på forskjellene her kan knyttes opp mot institusjonenes målgruppe. Hovedmålgruppen hos Ringen rehabiliteringssenter er pasienter som har gjennomgått større operasjoner, og/eller som har skader i muskel- skjelett. Det er naturlig at en stor andel av disse vil ha pleiebehov ved ankomst til institusjonen.

4.5 Institusjonenes rolle i utdanning av helsepersonell

I dette avsnittet gjør vi rede for institusjonene som arena for praksis og utdanning. Tre forhold presenteres: godkjente utdanningsinstitusjoner for leger, godkjente turnusplasser for fysioterapeuter og godkjente turnusplasser for sykepleiere.

Først institusjoner godkjent som utdanningsinstitusjon for leger. Se nedenstående tabell som også viser hvilke spesialiteter institusjonene er godkjent for.

Tabell 27: Institusjoner godkjent som utdanningsinstitusjon for leger.

	Allmennmedisin	Fysikalsk medisin og rehabilitering	Revmatologi	Sum institusjon
Jeløy kurbad		Ja		1
Nord Norges Kurbad	Ja			1
Røros rehabiliteringssenter	Ja			1
Skogli helse og rehabilitering	Ja			1
Beitostølen helsesportsenter	Ja	Ja		2
Valnesfjord helsesportsenter	Ja	Ja	Ja	3
Rauland	Ja			1
Sum kategorier	6	3	1	10

Tabellen viser kun institusjoner som er godkjent som utdanningsinstitusjon for leger, og som vi ser gjaldt dette kun 7 institusjoner. Allmennmedisin er vanligste spesialitet. Videre ser vi at DSHI-institusjonene var relativt sett svært viktige som utdanningsinstitusjoner. To av disse var også godkjent for 2-3 spesialiteter.

Institusjoner godkjent som turnusplass for fysioterapeut er neste forhold. Se nedenstående tabell, som også viser antall turnuskandidater i fysioterapi hos institusjonene i løpet av 2005. Kun institusjoner som er godkjent for dette er med i tabellen.

Tabell 28: Antall turnuskandidater fysioterapi.

	Antall turnuskandidater
Hagahaugen	0
Hokksund Kurbad as	7
Hurdal opptreningssenter	2
Jeløy kurbad	2
Landaasen Rehabiliteringssenter AS	1
Meråker sanitetsforenings kurbad	2
Nord Norges Kurbad	2
Nordtun HelseRehab	1
Ravneberghaugen opptreningssenter	1
Ringens rehabiliteringssenter	2
Røros rehabiliteringssenter as	1
Salangen	0
Selli Rehabilitering og Opptreningssenter as	2
Skogli helse og rehabilitering	2
Steffensrud opptreningssenter	2
Vikersund	4
Beitostølen helsesportsenter	2
Valnesfjord helsesportsenter	2
Hernes institutt	3
Rauland	1
SUM	39

20 institusjoner rapporterte at de var godkjent som turnusplass for fysioterapeuter. Hokksund Kurbad hadde flest turnuskandidater i løpet av året, 7 stk. Alle institusjonene innen DSHI var godkjent, og hadde studenter i løpet av året. Vi ser også at både Hagahaugen og Salangen er godkjent som turnusplass for fysioterapeuter, men ikke hadde kandidater i denne perioden.

I neste del skal vi se hvor mange sykepleierstudenter det var på institusjonene i løpet av året. Kun institusjoner godkjent som praksisplass for sykepleierstudenter er med i tabellen.

Tabell 29: Antall sykepleierstudenter

	Antall studenter
Bakke opptreningscenter as	1
Bjørnang rehabiliteringssenter as	2
Hagahaugen	0
Hokksund Kurbad as	0
Kastvollen	6
Landaasen Rehabiliteringssenter AS	0
Meråker sanitetsforenings kurbad	4
Nordagutu	1
Nordtun HelseRehab	2
Ravnebergshaugen opptreningsinstitusjon	0
Røros rehabiliteringssenter as	3
Salangen	1
Steffensrud opptreningsinstitusjon	3
Sølvskottberget rehabiliteringssenter	2
Vikersund	6
Beitostølen helsesportsenter	2
Valnesfjord helsesportsenter	26
Hernes institutt	0
Rauland	grupper
SUM	59

19 institusjoner var godkjent som praksisplass for sykepleierstudenter, selv om ikke alle faktisk hadde studenter i løpet av 2005. Av disse 19 institusjonene hadde Valnesfjorden helsesportsenter flest studenter med hele 26 stykker. Dette er nesten halvparten av alle registrerte studenter. Rauland opererer med grupper av sykepleierstudenter, og det reelle tallet er derfor uklart. Vi ser også at det var 5 godkjente institusjoner som ikke hadde hatt sykepleierstudenter denne perioden.

Vi har i denne rapporten valgt å fokusere på tre kategorier helsepersonell: lege, fysioterapeut og sykepleier. Vi vet at det i tillegg hospiterer mange andre relevante faggrupper i disse institusjonene, for eksempel idrettspedagoger, studenter fra Norges Idrettshøgskole osv. Men vi har valgt å fokusere på de faggrupper som er mest relevant for feltet sett under ett.

Av dette kan vi slutte at disse institusjonene i liten grad brukes til utdanning av helsepersonell. Dette er spesielt slående i forhold til inntak av legestudenter. DSHI har totalt sett flere studenter enn de ordinære opptreningsinstitusjonene, både når det gjelder legestudenter og sykepleierstudenter. Spesielt i forhold til sykepleierstudenter dominerer de stort. Dette er i hovedsak Valnesfjordens fortjeneste, som tok inn hele 26 studenter i 2005. Data viser dermed at DSHI-institusjonene var de viktigste for utdanning og opplæring av helsepersonell.

I neste avsnitt skal vi se nærmere på hvilke vaktordninger institusjonene har utenom ordinær arbeidstid.

4.6 Institusjonenes vaktordning

I denne seksjonen ser vi i hvilken grad helsepersonell er tilgjengelig for pasientene på institusjonenes vaktordninger, både i forhold til aktivitet utenom ordinær arbeidstid, og om institusjonene har egen lege med i sin vaktordning.

De aller fleste institusjonene opplyser at de har en kontinuerlig vaktordning av helsepersonell. Kun 3 institusjoner svarte negativt på dette. Bildet blir noen annerledes når vi spør om egen lege inngår i vaktordningen. Tabell 30 viser institusjonsvis om egen lege inngår i vaktordningen.

Tabell 30: Vaktordning med egen lege

Bakke opptreningssenter as	ja
Bjørnang rehabiliteringssenter as	nei
Borger Bad	nei
Eiken opptreningssenter al	nei
Frydenberg Rehabiliteringssenter	ja
Grande opptreningssenter	nei
Hagahaugen	legevakt
Hokksund Kurbad as	nei
Hurdal opptreningssenter	ja
Jeløy kurbad	ja
Kastvollen	nei
Landaasen Rehabiliteringssenter AS	nei
Meråker sanitetsforenings kurbad	nei
Nord Norges Kurbad	ja
Nordagutu	ja
Nordtun HelseRehab	ja
Paulsrud opptreningssenter	ja
Ravneberghaugen opptreningssenter	nei
Ringens rehabiliteringssenter	nei
Røros rehabiliteringssenter as	ja
Salangen	nei
Selli Rehabilitering og Opptreningssenter as	nei
Sjømennenes Rykkin	nei
Sjømennenes VEST	ja
Skibotnsenteret as	nei
Skogli helse og rehabilitering	ja
Steffensrud opptreningssenter	ja
Sølvsjøttberget rehabiliteringssenter	nei
Tonsåsen opptreningssenter	nei
Vikersund	ja
Ødegården opptreningssenter as	nei
Beitostølen helsesportsenter	ja
Valnesfjord helsesportsenter	nei
Hernes institutt	nei
Rauland	ja

Vi ser at 15 institusjoner har en vaktordning med egen lege. En institusjon har løst dette gjennom avtale med legevakten som erstatning for egen vaktordning.

Neste punkt er en oversikt over bemanningssituasjonen utenom normal arbeidstid. Se tabell

Tabell 31: Antall helsepersonell utenom ordinær arbeidstid

	Kveld	Natt	Helg
Bakke opptreningscenter as	2	1	2
Bjørnang rehabiliteringssenter as	2	1	2
Borger Bad	1	1	1
Eiken opptreningscenter al	2	1	2
Frydenberg Rehabiliteringssenter	2	1	1
Grande opptreningscenter	2	0	1
Hagahaugen	1	1	1
Hokksund Kurbad as	4	1	1
Hurdal opptreningscenter	2	1	2
Jeløy kurbad	1	1	1
Kastvollen	2	1	4
Landaasen Rehabiliteringssenter AS	2	1	2
Meråker sanitetsforenings kurbad	2	1	2
Nord Norges Kurbad	2	1	2
Nordagutu	2	1	2
Nordtun HelseRehab	2	1	2
Paulsrud opptreningscenter	1	1	1
Ravnebergshaugen opptreningsinstitusjon	1	1	1
Ringene rehabiliteringssenter	2	1	1
Røros rehabiliteringssenter as	0	2	0
Salangen	1	- 1	1
Selli Rehabilitering og Opptreningscenter as	2	1	1
Sjømennenes Rykkin	1	1	1
Sjømennenes VEST	2	1	1
Skibotnsenteret as	0	0	0
Skogli helse og rehabilitering	2	1	2
Steffensrud opptreningsinstitusjon	3	1	5
Sølvskottberget rehabiliteringssenter	1	1	1
Tonsåsen opptreningscenter	1	1	1
Vikersund	4	2	4
Ødegården opptreningscenter as	1	1	1
Beitostølen helsesportsenter	1	1	1
Valnesfjord helsesportsenter	1	1	1
Hernes institutt	0	0	0
Rauland	0	0	0
SUM	55	33	50

Som vi ser er bemanningen av helsepersonell generelt bedre på ettermiddag/kveld enn på natt og helg, noe som er ganske naturlig. Vi ser også at det kun er Røros og Vikersund som har mer enn 1 på natt.

Skibotn skiller seg ut blant de tradisjonelle opptreningsinstitusjonene. De har ikke helsepersonell i vaktordningen sin, verken på kveld, natt eller helg. De fleste institusjonene, med unntak av 4 stykker (Røros, Skibotnsenteret, Hernes og Rauland), er bemannet av helsepersonell i helgene. Kastvollen(4), Steffensrud(5) og Vikersund(4) skiller seg ut med høy helgebemanning.

Vi kan med dette konkludere med at de aller fleste institusjonene har helsepersonell tilgjengelig hele døgnet, også i helgene. Bemanningen er imidlertid minimal hos de fleste.

4.7 Brukertilfredshetsundersøkelser

Tema i dette avsnittet er om institusjonene utfører undersøkelser som omhandler brukertilfredshet blant pasientene. Se nedenstående tabell, som viser omfanget av slike undersøkelser, samt hvor mange pasienter som involveres.

Tabell 32: Brukertilfredshetsundersøkelser, hyppighet og omfang

	Antall ganger årlig
Bakke opptreningscenter	ved utskrivning
Bjørnang rehabiliteringssenter	ved utskrivning
Borger Bad	ved utskrivning
Eiken opptreningscenter	2 ganger
Frydenberg Rehabiliteringssenter	ved utskrivning
Grande opptreningscenter	
Hagahaugen	ved utskrivning
Hokksund Kurbad	ved utskrivning
Hurdal opptreningscenter	ved utskrivning
Jeløy kurbad	1 gang
Kastvollen	2 ganger
Landaasen Rehabiliteringssenter	ved utskrivning
Meråker sanitetsforenings kurbad	ved utskrivning
Nord Norges Kurbad	ved utskrivning
Nordagutu	ved utskrivning
Nordtun	periodisk
Paulsrud opptreningscenter	ved utskrivning
Ravneberghaugen opptreningsinstitusjon	nei
Ringan rehabiliteringssenter	ved utskrivning
Røros rehabiliteringssenter	ved utskrivning
Salangen	1 gang
Selli Rehabilitering og Opptreningscenter	ved utskrivning
Sjømennes Rykkinn	ved utskrivning
Sjømennes Vest	ved utskrivning
Skibotsenteret	månedlig
Skogli helse og rehabilitering	ved utskrivning
Steffensrud opptreningsinstitusjon	ved utskrivning
Sølvskottberget rehabiliteringssenter	ved utskrivning
Tonsåsen opptreningscenter	ved utskrivning
Vikersund	ved utskrivning
Ødegården opptreningscenter	ved utskrivning
Beitostølen helsesportsenter	ved utskrivning
Valnesfjord helsesportsenter	ved utskrivning
Hernes institutt	ved utskrivning
Rauland	1 gang

De aller fleste institusjonene gjennomfører brukertilfredshetsundersøkelser kontinuerlig ved utskrivning av pasientene. Ravneberghaugen opptreningscenter gjennomførte i 2005 ikke slike undersøkelser, men opplyser at de vil starte med dette i 2006. Vi ser også at det er 6 institusjoner som ikke utfører kontinuerlige undersøkelser. Generelt er det slik at alle pasienter blir bedt om å delta i disse undersøkelsene, men svarprosenten varierer. Våre data

gir ikke grunnlag for å konkludere med hensyn til hvordan disse undersøkelsene gjennomføres, heller ikke i forhold til hvordan institusjonene bruker resultatene i sitt videre kvalitetsarbeid.

I neste avsnitt tar vi for oss avvisning av søknader, både omfang og årsaker.

4.8 Avviste søknader

Tema for denne delen er avvisning av søknader/henvisninger. Vi søker her å kartlegge omfanget av avvisninger, samt å se hvilke årsaker som ligger til grunn. Se nedenstående tabell, som inneholder både faktisk antall avvisninger og antall avvisninger relatert til antall opphold i perioden.

Tabell 33: Avviste søknader første halvår 2005. Faktisk antall og relativt

	Antall avvist	Antall opphold	Andel avvist
Bakke opptreningscenter as	102	454	22
Bjørnang rehabiliteringssenter as	9	356	3
Borger Bad	32	224	14
Eiken opptreningscenter al	27	348	8
Frydenberg Rehabiliteringssenter	57	241	24
Grande opptreningscenter	55	389	14
Hagahaugen	60	291	21
Hokksund Kurbad as	71	503	14
Hurdal opptreningscenter	162	350	46
Jeløy kurbad	150	592	25
Kastvollen	30	220	14
Landaasen Rehabiliteringssenter AS	34	597	6
Meråker sanitetsforenings kurbad	79	360	22
Nord Norges Kurbad	24	691	3
Nordagutu	14	588	2
Nordtun HelseRehab	6	357	2
Paulsrud opptreningscenter	30	226	13
Ravneberghaugen opptreningsinstitusjon	15	406	4
Ringan rehabiliteringssenter	47	574	8
Røros rehabiliteringssenter as	34	448	8
Salangen	17	197	9
Selli Rehabilitering og Opptreningscenter	61	386	16
Sjømennenes Rykkinn	190	542	35
Sjømennenes VEST	70	510	14
Skibotsenteret as	26	269	10
Skogli helse og rehabilitering	257	837	31
Steffensrud opptreningsinstitusjon	234	550	43
Sølvskottberget rehabiliteringssenter	62	240	26
Tonsåsen opptreningscenter	300	412	73
Vikersund	121	706	17
Ødegården opptreningscenter as	29	222	13
Beitostølen helsesportsenter	226	303	75
Valnesfjord helsesportsenter	250	318	79
Hernes institutt	50	96	52
Rauland	202	301	67
SUM	3133	14104	22

Totalt ble 3133 søknader avvist i løpet av første halvår 2005. Dette tilsvarer 22 prosent av alle gjennomførte opphold. Det er stor variasjon i utvalget i forhold til andel avviste. Vi ser at alle DSHI avviser mange søknader. 52-79 prosent av søknadene avvises. Spesielt Helsesportsentrene ligger veldig høyt her med henholdsvis 75 og 79 prosent avvisinger. Dersom vi ser på pasientdata, finner vi at helsesportsentrene også skiller seg markant ut i forhold til ventetid. Median ventetid for disse er på 157 dager, betydelig lenger enn ordinære opptreningsinstitusjoner.

Bjørnang og Nord-Norges kurbad avviste kun 3 prosent av alle søknader, mens Nordtun og Nordagutu hadde lavest prosentandel avvisinger med bare 2 prosent.

Det kan være mange årsaker til at en søknad avvises. I tabell 34 presenteres de årsaker institusjonene legger til grunn for avvisinger. Tabellen viser antall avvisinger, samt prosentvis andel.

Tabell 34: Årsaker til avvisinger

Årsaker	Sum avvisinger	Prosentfordeling
Kapasitet	1024	36
Ikke tilbud	864	30
Pleietyngde	241	8
Lite nytte før	142	5
Bør ha lokalt tilbud	141	5
Flere opphold	124	4
Mangelfull søknad	90	3
Mangler yrkesplan	66	2
Motivasjon	47	2
Ønsker uføretrygd	20	1
Erstatningssak	10	0
Ikke nok rehabiliteringspotensiale	53	2
Andre	42	1
Sum	2864	

Vi ser at kapasitetsmessige forhold, og manglende tilbud er de to hovedårsakene til avvising av søknader. Disse ligger til grunn i 67 prosent av alle avvisinger. De resterende 33 prosent fordeler seg relativt jevnt utover de andre årsakene.

Som tabellen viser er manglende kapasitet en av hovedårsakene til avvising av søknader. 4 institusjoner skiller seg spesielt ut i forhold til denne årsaken. Sjømennenes Helseheim Rykkinn avviser 177 søknader på bakgrunn av manglende kapasitet, noe som tilsvarer hele 93 prosent av alle avvisinger. Valnesfjord Helsesportsenter avviste 180 søknader, eller 72 prosent, mens Sjømennenes Helseheim Vest oppgir manglende kapasitet som avvigningsårsak i 50 av 70 tilfeller, noe som tilsvarer 71 prosent. Landaasen Opptreningscenter avviser 24 av 34 søknader på dette grunnlag, en andel på 71 prosent. Tallene tyder ikke på noen spesielle geografiske mønstre her. Det ser ikke ut til at kapasitet og beliggenhet henger sammen på noen måte.

Som vi ser er manglende tilbud årsak til avvising i 30 prosent av tilfellene. Det er spesielt 5 institusjoner som har en stor andel avvisinger på dette grunnlaget. Det er Hokksund Kurbad med 89 prosent, Vikersund med 78 prosent, Sølvsjøttberget Rehabiliteringssenter med 65 prosent, Grande Opptreningscenter med 64 prosent og Meråker Kurbad med 61 prosent. Hvis vi ser dette i sammenheng med tabell 6 som omfattet pleiebehov, finner vi at alle disse institusjonene, med unntak av Grande har en svært lav andel pasienter med pleiebehov. Det er dermed nærliggende å anta at manglende tilbud innbærer at pasientene ikke er i institusjonens målgruppe. Flere institusjoner har som forutsetning at pasientene er

selvhjulpne, og avviser søknader fra pasienter med pleiebehov. Tabellene tyder på en sammenheng her.

Hvis vi ser på de to helsesportsenterene, Beitostølen og Valnesfjorden finner vi at begge avviser flest pasienter på bakgrunn av manglende kapasitet. Beitostølen avviser i tillegg mange på grunnlag av manglende tilbud. Fordelingen er på henholdsvis 49 og 44 prosent. Valnesfjorden avviser flest søknader på grunnlag av manglende kapasitet og lite nytte av behandlingen. Fordelingen her er på henholdsvis 72 og 12 prosent.

4.9 Konklusjon

Hvilke konklusjoner kan vi så trekke ut av dette? Ut i fra det som er presentert kan vi slutte at denne tilleggsundersøkelsen fungerer som et verdifullt supplement til de opplysninger som kommer fram gjennom rapportering av pasientdata. Den informasjon som fremkommer gjør det mulig å gå dypere inn i materiale, og trekke paralleller og se sammenhenger som ellers ikke ville kommet frem på samme måte. Vi ser blant annet legeaktivitet i forhold til pasientvurderinger med hensyn til produktivitet. Vi så også på avvisninger i forhold til ventetider, med særlig fokus på DSHI.

I tillegg til å muliggjøre slike sammenligninger har tilleggsundersøkelsen stor egenverdi. Særlig i forhold til å se på spørsmål omkring bemanning av helsepersonell, kartlegging av legeaktivitet, pleiebehov hos pasientene, institusjonene som arena for utdanning og praksis og avvisning av søknader, samt årsaker til dette. Kapittelet om standardiserte målemetoder/instrumenter gir nyttig og verdifull informasjon i forhold til kvalitetssikring av virksomheten, dokumentasjon av tjenester og som effektmål av intervensjoner.

Vi anser derfor denne supplerende kartleggingen som en kilde til viktig tilleggsinformasjon, og er et nyttig grunnlag for analyser av pasientdata. Tilsvarende undersøkelser i fremtiden vil kunne bidra til å videreføre arbeidet på samme detaljnivå.

