



Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering Kvalitetsrapport 2023

Innhold

Innledning	4
Døgntilbud	4
Polikliniske tilbud/dagtilbud	4
Helse og arbeid:	5
Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid	5
Kvalitetssystemer	6
Kvalitetsregister	7
Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet	7
Innsatsområder	8
Antibiotikastyring	8
Internrevisjon	8
Brukermedvirkning	8
Klager	9
Måloppnåelse for utvalgte indikatorer	9
Pasientdata Rehabiliteringsavdeling	11
Tilgjengelighet	11
Gjennomsnittlig ventetid	11
Døgnopphold og poliklinisk aktivitet	12
Video- og telefonkonsultasjoner	13
Bruk av tolk, fjerntolkning	14
Passert planlagt tid for pasientavtaler	15
Effektivitet	15
Gjennomsnittlig liggetid per seksjon	15
Pasienter «ikke møtt» “ønsket utsettelse” og “ønsker ikke helsehjelp”	15
Epikrise sendt innen én dag	17
Effekt	18
Barthel Index 20 – BI-20	18
EQ-5D – opplevd livskvalitet og fysisk funksjon	19
Utskrivelse fra døgnrehabilitering	21
Oppfølging tre måneder etter endt opphold	21
Utbytte av rehabilitering	22
Opplevd livskvalitet og funksjon	22
Pasientsikkerhet	23

Meldte uønskede hendelser	23
Pasienthendelser	23
Fallhendelser - pasient.....	23
HMS/andre hendelser	24
Risikoscreening	26
Antibiotikaforbruk	27
Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner	27
Pasienttilfredshet.....	27
Svarprosent.....	27
Pasient og pårørende klager.....	28
Oppsummering.....	30

Innledning

Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering er det rehabiliteringsfaglige tyngdepunktet ved Sykehuset i Vestfold. Klinikken organiserer ulike aktiviteter innen rehabilitering, og har lokasjoner på Kysthospitalet i Stavern, ved akutt sykehuset i Tønsberg, på Vear i Tønsberg og ved sykehuset i Larvik.

Døgntilbud

Klinikken har døgnbaserte rehabiliteringstilbud til et bredt spekter av problemstillinger. Dette omfatter også tilbud der klinikken har en regional funksjon (RF).

- Multitraume med omfattende funksjonssvikt (RF)
- Akutte ikke-progredierende nevrologiske tilstander (Guillain-Barré syndrom, myopati/nevropati, pontin myelinolyse) (RF)
- Ikke-traumatisk ervervet hjerneskade med spesielle rehabiliteringsbehov (RF)
- Funksjonelle nevrologiske lidelse FNL) (RF)
- Amputasjoner – underekstremiteter
- Multippel sklerose (MS)
- Charcot Marie Tooth (CMT)
- Rehabilitering under/etter behandling for kreft
- Komplekse smertetilstander som krever rehabilitering i spesialisthelsetjenesten
- Barn og unge, med funksjonsnedsettelse, som har gjennomgått ortopediske inngrep
- Mobilitetsvurdering og transportbehov
- Pasienter som har gjennomgått et sykdomsforløp med intensivbehandling (covid –19, critical illness etc)
- Rehabilitering i tidlig fase – fire senger lokalisert til nevrologisk sengepost i Tønsberg

Polikliniske tilbud/dagtilbud

Fysikalsk medisinsk poliklinikk i Stavern gjør utredninger av pasienter med muskel/skjelettplager. Poliklinikken har kompetanse på ultralyddiagnostikk og injeksjonsbehandling. I tillegg til dette har poliklinikken utredninger av smerte og utmattelsestilstander, inkludert senfølger etter Covid-19. Det er også opprettet et tett systematisk samarbeid med ortopedisk seksjon rundt pasienter med plager fra rygg og skulder. I tillegg til dette driftes tverrfaglig fotpoliklinikk med lege og ortopeditekniker.

Det er i tillegg til utredninger laget noen strukturerte behandlingsforløp for følgende diagnosegrupper:

- Rygg- og nakkeplager
- Langvarige smerter
- Utmattelse
- Sykelig overvekt
- Tendinopatier
- Skulder

Rehabiliteringsavdelingen har polikliniske konsultasjoner (kartlegging/oppfølging) for pasienter med de diagnoser/problemstillinger som ivaretas på døgn. I tillegg er det et poliklinisk tilbud for spastisitetssproblematikk med botoxinjeksjoner.

Helse og arbeid:

Helse og arbeidspoliklinikken er et samarbeid mellom Klinikk FMR og Klinikk psykisk helse og avhengighet. Poliklinikken har et arbeidsrettet fokus og behandler pasienter med muskel- og skjelettplager og/eller psykiske helseutfordringer. Tiltaket består av individuell tilnærming i form av avklaring og veiledning, samt ulik undervisningsvirksomhet. Poliklinikken har også et tett samarbeid med Nav om konseptet HelseArbeid som også omfatter forebyggende tiltak på arbeidsplassen.

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

KFMR er klinikk i Sykehuset i Vestfold som er en del av Helse Sør-Øst og har samme visjon:

Gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det, når de trenger det

Og verdiene er:

- **Kvalitet**
- **Trygghet**
- **Respekt**

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, nasjonal handlingsplan og regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring danner rammeverk for kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet. I tillegg er KFMR akkreditert etter et internasjonalt kvalitetssystem som er tilpasset medisinsk rehabilitering, Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF). CARF er en internasjonal ideell organisasjon, som akkrediterer tjenesteleverandører innen medisinsk rehabilitering verden over. Akkrediteringen gjelder:

- I. Aspire to Excellence – Systemnivå
 - A. Leadership
 - B. Governance – ikke aktuell i Norge
 - C. Strategic Planning
 - D. Input from the Persons Served and Other Stakeholders
 - E. Legal Requirements
 - F. Financial Planning and Management
 - G. Risk Management
 - H. Health and Safety
 - I. Workforce Development and Management
 - J. Technology
 - K. Rights of Persons Served
 - L. Accessibility
 - M. Performance Measurement and Management

- N. Performance Improvement
- II. Rehabilitation and Service Process for the Persons Served
 - A. Program/Service Structure for all Medical Rehabilitation Programs
 - B. The Rehabilitation and Service Process for the Persons Served
 - C. Ikke valgt
 - D. Standard D1-D11
 - E. The Rehabilitation and Service Process for Children and Adolescents Served
 - F. Service Delivery Using Information and Communication Technology
- III. Program Standards
 - A. Comprehensive Integrated Inpatient Rehabilitation Program
 - B. Outpatient Medical Rehabilitation Program

Kvalitetssystemer

Elektronisk Kvalitetshåndbok (EK) er sykehusets dokumentstyringssystem. I EK er det også moduler for handlingsplan, vernerunde, interne og eksterne revisjoner og årshjul.

EQS er sykehusets læringssystem og benyttes blant annet til registrering og oppfølging av uønskede hendelser. I tillegg benytter KFMR EQS til evaluering etter beredskapsøvelser. I EQS er det satt opp ulike rapporter som gjør det enkelt for ledere å følge med på status i sine enheter.

Kompetanseportalen er et elektronisk system for kompetanseoppfølging. Systemet brukes både i utdanning av leger i spesialisering og på sykehuset generelt. Det er utviklet sykehusovergripende planer, hvor noen av disse er obligatoriske for nyansatte. I tillegg er det utviklet planer for klinikken og avdelingsspesifikke planer. Systemet ivaretar både generell kompetanse og kompetanse for den enkelte faggruppe.

Kvalitetsregister

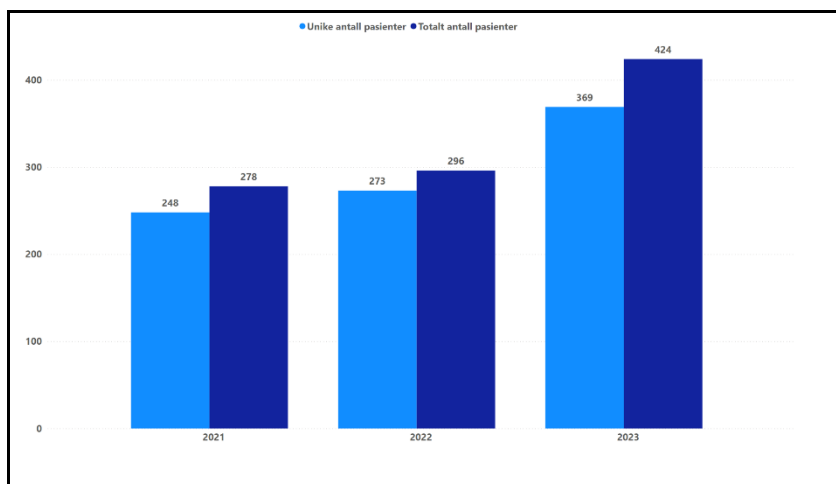
Siden våren 2020 har KFMR arbeidet med å etablere og bygge opp et kvalitetsregister over alle pasienter som får rehabilitering på KFMR; Rehabiliteringsregisteret. Registeret er samtykkebasert og det samles inn pasientrapporterte mål for helserelatert livskvalitet, samt mål for funksjon og symptomtrykk. I tillegg hentes det relevant informasjon om oppholdet fra pasientens journal inn i registeret.

Inklusjonskriterier er:

- ✓ Være 18 år eller eldre
- ✓ Være samtykkekompetent
- ✓ Være i stand til å forstå spørsmålene og gi svar
- ✓ Forstå og kunne velge svar i de språkalternativene som er tilgjengelig i registeret

Alle pasienter som innlegges til et rehabiliteringsopphold med planlagt minimum en ukes varighet skal forespørres om deltakelse.

Registeret organiseres og driftes fra seksjon forskning og utvikling. Antall pasienter inn i registeret har gradvis økt.



Figur 1. Antall pasienter per år lagt inn i Rehabiliteringsregisteret.

Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

KFMR har i hver avdeling kvalitetsråd hvor uønskede hendelser behandles. Det skilles ikke på om hendelsen omhandler pasient, ansatt eller materiell, alle hendelser kan tas opp og behandles i kvalitetsråd. Kvalitetsråd er tverrfaglig sammensatt og ledes av avdelingssjef. Hendelser med læringseffekt eller hvor utfallet er betydelig skade tas enten til Klinikkens kvalitetsutvalg eller Arbeidsmiljøutvalget. Andre hendelser tas opp som rapportering med hendelsestype og årsak. Kvalitetsrådet kan foreslå tiltak knyttet til hendelsene.

Klinikkens kvalitetsutvalg har fokus på pasientsikkerhet og Arbeidsmiljøutvalget på arbeidsmiljø og sikkerhet for ansatte. Utvalgene ledes av klinikkssjef og består av ledere, ansattrepresentanter og andre relevante fagpersoner. Det er stort sett de samme medlemmene i disse to fora, noe som bidrar til at det er lettere å se både pasient- og ansattssikkerhet i sammenheng.

Tabell 1. Antall uønskede hendelser registrert pr år

	Pasient	HMS/andre	Totalt
2021	123	39	162
2022	158	46	204
2023	138	46	184

Det er en liten reduksjon fra 2022 til 2023, men klinikken jobber kontinuerlig med å øke meldefrekvens. Det antas at det fortsatt er en underrapportering av uønskede hendelser. Ledere, på alle nivåer, skal se uønskede hendelser i et systemperspektiv. Dette skaper et miljø der de ansatte opplever det som trygt og hensiktsmessig å melde avvik/uønskede hendelser.

Innsatsområder

Pasientsikkerhetsarbeidet er forankret i Nasjonal handlingsplan og regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Dette arbeidet drives fra SiV sentralt, sammen med klinikkene. KFMR har fulgt innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7».

- Forebygging av fall
- Forebygging av trykksår
- Samstemming av legemiddellister
- Trygg utskriving
- Underernæring
- Tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost

Antibiotikastyring

I 2016 ble det pålagt alle HF å implementere antibiotikastyringsprogram. Arbeidet fortsetter for «*Riktig antibiotikum til riktig pasient, til rett tid, med riktig dose, med riktig administrasjonsvei, med riktig varighet, og med minst mulig fare for individuelle og økologiske bivirkninger.*» Målet er å redusere bruk av bredspektret antibiotika med 30 %.

Internrevisjon

Internrevisjoner er en viktig del av sykehusets kvalitetssikringsarbeid. Gjennom slike revisjoner kan man identifisere avvik og avdekke risiko og manglede samsvar med krav. Sykehuset i Vestfold HF har et system for internrevisjoner og bruker da revisjonsmodulen i den elektroniske kvalitetshåndboken. I løpet av 2023 har det ikke vært gjennomført noen internrevisjoner i klinikk FMR.

Brukermedvirkning

Sykehuset i Vestfold har et brukerutvalg og et ungdomsråd. En representant fra Brukerutvalget er medlem i klinikkens kvalitetsutvalg, KKV. Klinikken har deltagelse fra brukere i opprettelse og revidering av klinikkens tiltak. Lærings- og mestringssenteret er en seksjon i klinikken, i gjennomføring av opplæring og kurs har brukere en sentral rolle. Lærings- og mestringssenteret har fokus på å øke helsekompetansen til den enkelte pasient og pårørende.

Både inneliggende og polikliniske pasienter er med på å sette sine egne mål, og er aktivt med i sin egen rehabiliteringsprosess. For inneliggende pasienter er det alltid en utskrivningssamtale med oppsummering av oppholdet, og fokus på veien videre. I tillegg har mange av pasientforløpene en pasienterfaringssamtale, hvor man henter inn pasientens erfaringer med oppholdet. Disse erfaringene brukes til å forbedre pasientforløpet for kommende pasienter.

Klinikken har brukerundersøkelsen «Si Din Mening», som er en enkel undersøkelse med fem spørsmål og ett fritekstfelt. Det er lav deltagelse på undersøkelsen. Sykehuset planlegger anskaffelse av et nytt verktøy for brukerundersøkelse, hvor skjemaet sendes som lenke i SMS til pasienter etter utreise/poliklinikk på sykehuset.

Klager

Sykehuset har et etablert system for å motta og håndtere klager fra pasienter og pårørende. Klager skal, på grunn av personvern hensyn, sendes per post til sykehuset. Klagen fordeles til aktuell enhet for behandling og svar. Klinikkovergripende klager er det Kvalitetsseksjonen som har koordineringsansvar for. Alle klager legges inn i sak/arkivsystemet Public 360, behandles og svares opp der. Klinik FMR legger sine klager manuelt inn i EQS, for kategorisering og mulighet til å ta ut statistikk.

Måloppnåelse for utvalgte indikatorer

Alle ledere på sykehuset har en lederavtale signert med sin nærmeste leder. Lederavtalen består av ulike indikatorer med mål. Indikatorene er målbare og viser utvikling rettet mot spesifikke mål, noe som gjør ledere i stand til å vurdere måloppnåelse innen gitte rammer. Resultatene for måloppnåelse visualiseres gjennom bruk av «trafikklys» som grønn, gul og rød (Tabell 1.).

Tabell 2. Resultat lederavtaler 2023.
Grønn: Høy måloppnåelse Resultat ligger innenfor akseptabelt nivå

Gul: Moderat måloppnåelse Resultat ligger er utenfor akseptabelt nivå og skal ha fokus

Rød: Lav måloppnåelse Resultat ligger vesentlig utenfor akseptabelt nivå og skal ha stort fokus

1. Kvalitet og pasientsikkerhet			
KPI 1.1. Snitt ventetid ny-henviste alle	2023	Mål: 34,0 dager	Resultat: 58,4 dager
	2022	Mål: 34,0 dager	Resultat: 56,5 dager
KPI 1.2 Passert planlagt tid	2023	Mål: 0,0 %	Resultat: 4,1 %
	2022	Mål: 0,0 %	Resultat: 1,2 %
KPI 1.3 Timeavtale tildelt innen 10 virkedager fra mottak henvisning.	2023	Mål: 100 %	Resultat: 90,3 %
	2022	Mål: 100 %	Resultat: 91,4 %
KPI 1.4 Andel fristbrudd	2023	Mål: 0,0 %	Resultat: 0,6 %
	2022	Mål: 0,0 %	Resultat: 0,5 %
KPI 1.5 Andel henvisninger vurdert innen 5 dager	2023	Mål: 100 %	Resultat: 89,6 %
	2022	Mål: 100 %	Resultat: 91,7 %
KPI 1.6 Epikrise, andel sendt innen 1 dag	2023	Mål: 55,0%	Resultat: 53,0%
	2022	Mål 55,0%	Resultat: 46,7%
2. Pasientbehandling og aktivitet			
KPI 2.1 Total antall polikliniske konsultasjoner	2023	Mål: 31043	Resultat: 32693
	2022	Mål: 29125	Resultat: 27734
KPI 2.1 a Telefonkonsultasjoner	2023	Mål: 15 % (inkl video)	Resultat: 743; 7,2 % inkl video
	2022	Mål: 15 % (inkl video)	Resultat: 750; 10 % inkl video
KPI 2.1 b Videokonsultasjoner:	2023	Mål: 15 % (inkl telefon)	Resultat: 1603, 7,2 % inkl telefon
	2022	Mål: 15 % (inkl telefon)	Resultat: 2038, 10 % inkl telefon
KPI 2.1 c Ambulant:	2023	Mål:	Resultat: 26
	2022	Mål: 71	Resultat: 22
KPI 2.2 Antall døgnopphold:	2023	Mål: 1073	Resultat: 971
	2022	Mål: 1096	Resultat: 903
KPI 2.3 Antall DRG-poeng:	2023	Mål: 2764,6	Resultat: 2644,3
	2022	Mål: 2729,2	Resultat: 2394,2
3. Forskning og kunnskapsutvikling			
KPI 3 Antall vitenskapelige publikasjoner	2023	Mål: 5	Resultat: 9
	2022	Mål: 5	Resultat: 6
4. Medarbeidere			
KPI 4.1 Score fra Forbedring, «Jeg får tilstrekkelig opplæring»	2023	Mål: 80,0	Resultat: 86,0
	2022	Mål: 80,0 %	Resultat: 80,0 %
KPI 4.2 Sykefravær	2023	Mål: 5,0 %	Resultat: 7,9 %
	2022	Mål: 5,0 %	Resultat: 9,5 %
5. Økonomi			
KPI 5 Avvik mot budsjett	2023	Mål: 0	Resultat: 4003 TNOK
	2022:	Mål: 0	Resultat: 224 TNOK

Pasientdata Rehabiliteringsavdeling

Tabell 3. Oversikt over rehabiliteringsavdeling, hvor mange rehabiliteringsopphold vært gjennomført, unike pasienter som har gjennomført, andel kvinner og aldersfordeling (totalt).

		Gjennomført(n)	Unike (n)	Andel kvinner (%)	Alder Gj.snitt
Rehabiliteringsavdeling	2021	854	677	44	51
	2022	885	711	45	55
	2023	937	732	42	54

Tilgjengelighet

Gjennomsnittlig ventetid

Sykehuset i Vestfold hadde i 2023 et måltall på gjennomsnittlig ventetid for nyhenviste på 50 dager. Måltallet for KFMR var 34 dager. Resultatet ved KFMR var 58,4 dager, en økning på 1,9 dager fra 2022, som er økt med 13,5 dager fra 2021. De fleste pasienter som venter er henvist til Fysikalsk medisinsk poliklinikk.

Fysikalsk medisinsk avdeling har ikke oppnådd måltallet på 50 dager i 2022. I 2022 startet et samarbeid med sykehuset i Telemark rundt fysikalsk medisinske pasienter, målet er at alle fysikalsk medisinske pasienter skal motta sin helsehjelp ved sykehuset i Vestfold fra 2024. Dette har ført til en relativt stor økning av henvisninger til avdelingen. Til tross for at flere tiltak iverksatt i 2023 har hatt effekt på delmål har økningen av pasienter vært større enn effekten av tiltakene. Det har til tross for en økning på ca 13 % på antall gjennomførte utredninger likevel ført til lengre ventetid. Arbeidet med tiltak for å endre den negative utviklingen vil fortsette i 2024. Antall ventende hadde en negativ endring første del av året, men har de siste månedene av året hatt en positiv utvikling.

Vurdering og tiltak Fysikalsk medisinsk avdeling:

- Mer bruk av fysioterapeuter til utredninger. Effekt: det har vært en økning på 20% på antall utredninger gjennomført av fysioterapeut ifra 2022-23.
- Flere henvisninger til Helse og arbeid. Vi klarte ikke å overføre flere pasienter til helse og arbeid i 2023 enn i 2022. Dette til tross for at dette var et fokusområde. Det ble overflyttet færre pasienter. Dette kan skyldes at tallene for 2022 var kunstig høye da over 100 av pasientene var knyttet mot pågående forskningsprosjekt på covid-19. Dette arbeidet bør derfor intensiveres i 2024.

I slutten av 2023 er det også satt inn tiltak for å økt andel avslag av henvisninger der vårt behandlingstilbud erfaringsmessig har ingen eller liten effekt. Effekten av dette tiltaket vil ikke kunne evalueres før i 2024, men vi forventer kortere ventetid til behandling.

Vurdering og tiltak Rehabiliteringsavdelingen:

Tiltak iverksatt: Det har ikke vært aktuelt å iverksette tiltak.

Døgnopphold og poliklinisk aktivitet

Døgnopphold

Rehabiliteringsavdelingen ved KFMR har 39 sengeplasser. 4 av disse er sengeplasser ved Tidligrehabiliteringsseksjon i Tønsberg. Resterende 35 er tilknyttet Nevrologisk rehabiliteringsseksjon og rehabiliteringsseksjonen på lokasjon Kysthospitalet.

Måltallet for antall døgnopphold var i 2023 var 1073 opphold og resultatet ble 971 opphold. For 2022 var målet 975, og resultatet 903 opphold. For 2023 når man ikke målet, men man ligger over målet fra 2022, altså en økning i antall døgnopphold fra 2023 til 2022. Det var også økning fra 2021 til 2022, da man i 2021 hadde 780 døgnopphold.

Vurdering og tiltak Rehabiliteringsavdelingen:

- Det arbeides aktivt med å redusere lengden på hvert enkelt opphold. Bla gjennom å raskere sette mål, prioritere områder for rehabiliteringstiltak og iverksette tiltak,
- Tettere samarbeid med kommunale aktører under hele rehabiliteringsforløpet.
- Vurdere å ta i bruk digital egenrapportering der det er hensiktsmessig, for å kunne gjøre deler av kartleggingen i forkant av oppholdet.

Effekt av iverksatte tiltak:

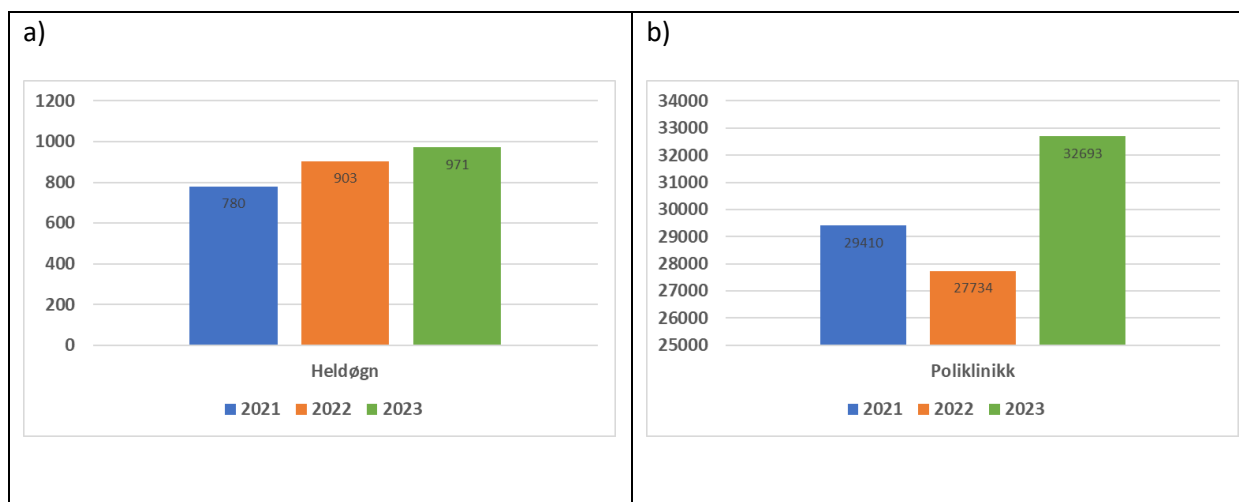
- Det har ikke lyktes helt med å sette mål og tiltak tilstrekkelig raskt.
- Tettere samarbeid med kommunale aktører under hele rehabiliteringsforløpet er under arbeid- her må det utarbeides klarere føringer.
- Digital egenrapportering er i startfasen. Det arbeides nå med å undersøke hvilken type kartlegging - hvilke skjema - som kan være hensiktsmessig å ta i bruk ved Rehabiliteringsavdelingen.

Poliklinisk aktivitet

I 2023 ble det gjennomført 32693 polikliniske konsultasjoner ved klinikken, noe som er 1650 flere enn målet på 31043 konsultasjoner. I 2022 ble det gjennomført 27 734 polikliniske konsultasjoner, som er 1391 færre enn målsetningen på 29 125. Fysikalsk medisinsk avdeling økte sin aktivitet fra 2022 til 2023 med 2674 konsultasjoner fra 2022 til 2023 (+23%). Aktiviteten har økt både på begge seksjonene, men største økningen er knyttet til helse og arbeid som ser en økning på ca 35 % fra 2022 til 2023. Helse og arbeid lå betydelig under måltallene i 2022. Dette skyldes både en redusert bemanning og redusert pasient tilstrømming gjennom Korona og etter korona.

Det er over samme periode vært en økning av henvisninger på ca 10% til fysikalsk medisinsk seksjon. Det har vært en liten nedgang av henvisninger til Helse og arbeid, men vi har likevel kunnet utnytte kapasiteten på den seksjonen ved at flere pasienter har fått oppfølging etter innledende utredning ved fysikalsk medisinsk avdeling. Økningen har skjedd igjennom øket bemanning på helse og arbeid. I 2022 gikk fysikalsk medisinsk avdeling med redusert legebemanning: den økte produksjonen ved

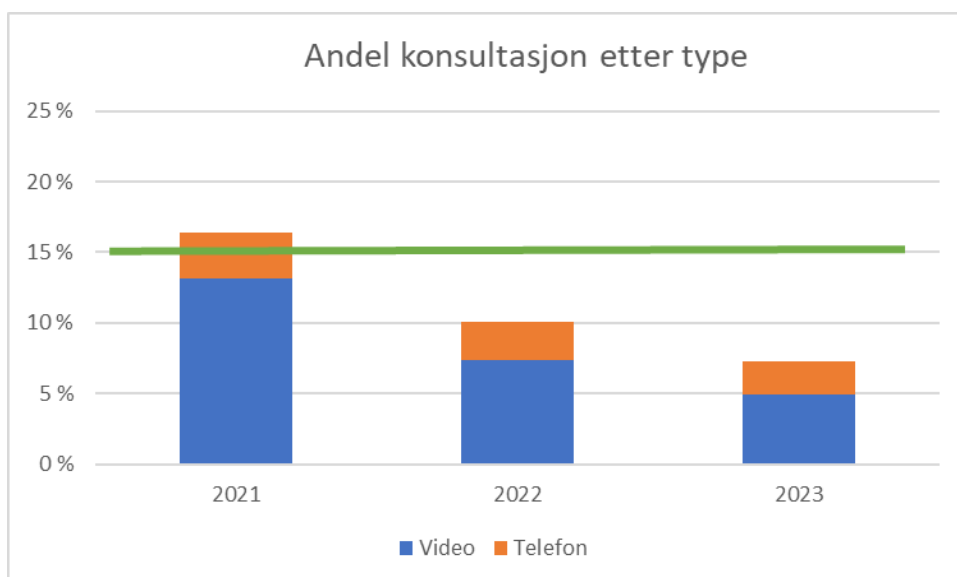
fysikalsk medisinsk avdeling skyldes primært 3 faktorer økt tilbud og etterspørsel etter pusterom, bemannet opp med leger og økt bruk av fysioterapeuter i utredning.



Figur 2. Figuren viser antall utskrivelser fra a) heldøgn rehabilitering og b) antall polikliniske konsultasjoner for de tre siste år.

Video- og telefonkonsultasjoner

Tall fra 2023 viser at ca 7 % av polikliniske konsultasjoner ble gjennomført som enten video- eller telefonkonsultasjoner (Figur 2.). Dette er en nedgang fra 10% i 2022, og godt under målsetningen fra Helse Sør-Øst på 15%.



Figur 3. Viser andel av polikliniske konsultasjoner fordelt på år, etter om det var over video eller telefon.

Ved fysikalsk medisinsk avdeling gjøres det en rekke utredninger, de fleste av disse krever en fysisk undersøkelse. Disse undersøkelsene er vanskelig å gjøre faglig godt digitalt. De fleste pasienter som følges opp for utmattelsestilstander eller langvarige smerter vil få tilbud om oppfølging pr. video. Dette brukes i større omfang for pasienter med lang reisevei. Pasienter som bor i nærheten av

behandlingstedet ønsker ofte selv å møte fysisk. Kravet på 15 % er satt som en målsetning totalt for helsetjenesten og hva som er riktig nivå lokalt vil derfor kunne variere.

Det er store forskjeller internt i avdelingen mellom de ulike enhetene. Den enheten som primært driver utredning er videoandelen nede i 4% prosent, mens den enheten som i all hovedsak driver oppfølging er andelen 21%.

Det er iverksatt flere tiltak for å øke andel videokonsultasjoner ved fysikalsk medisinsk avdeling. Pasientene informeres om videokonsultasjoner og at de har mulighet til å velge dette. Det gjøres en vurdering når henvisningene vurderes om også utredning kan gjøres på Video. Spesielt gjelder dette pasienter med lang reisevei. Pasienter som er syke eller ikke kan møte tilbys videokonsultasjon der dette er vurdert som forsvarlig.

Vurdering fra Rehabiliteringsavdelingen:

Det vurderes at målet om en spesifikk andel video-/telefonkonsultasjoner ikke har en hensikt i seg selv. Telefon- eller videokonsultasjon tas i bruk da dette vurderes som hensiktsmessig og forsvarlig med tanke på den medisinske problemstillingen. Det er ikke iverksatt noen tiltak for å ukritisk øke andelen slike konsultasjoner.

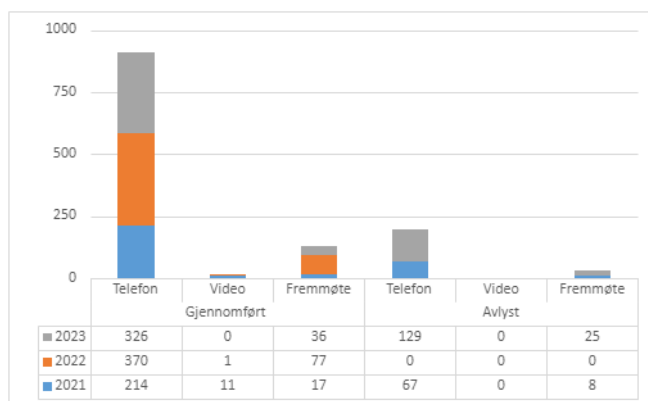
Klinikken har en regional funksjon for pasienter med FND. Nasjonalt finnes lite tilbud til denne pasientgruppe. Dette har medført at klinikken mottar henvisninger fra hele landet. Det vurderes at polikliniske konsultasjoner vedrørende denne problemstilling oftere kan gjøres over video. Dette gjelder da spesielt da pasienten har bosted med lang reisetid til Stavern, i tillegg til store funksjonsnedsettelse.

Tiltak iverksatt: Økt fokus på å gjennomføre videokonsultasjon for pasienter med FND, ved store funksjonsutfordringer og/eller lang reisevei

Effekt av iverksatte tiltak: Det sees ikke en generell økning i andelen video-/telefonkonsultasjoner. Men det kan antas at andelen hadde vært mindre enn 7% om ikke tiltak hadde vært iverksatt

Bruk av tolk, fjerntolking

I 2023 ble det gjennomført 362 konsultasjoner/samtaler med bruk av tolk. Det ble tolket på 31 forskjellige språk, flest på Arabisk (26%), Polsk (24%), Somalisk (7%), Kurdisk (7%), Ukrainsk (6%) og Russisk (4%). Antall tolkinger har vært relativt stabilt siste tre år. Fordeling på språk har også vært nokså stabil, men det er en økning av Russisk de to siste år, og Ukrainsk i 2023.



Figur 4. Viser andel for tolking gjennomført via telefon eller ved fremmøte. Høyre del viser antall tolking som ble avlyst (2022 mangler tall)

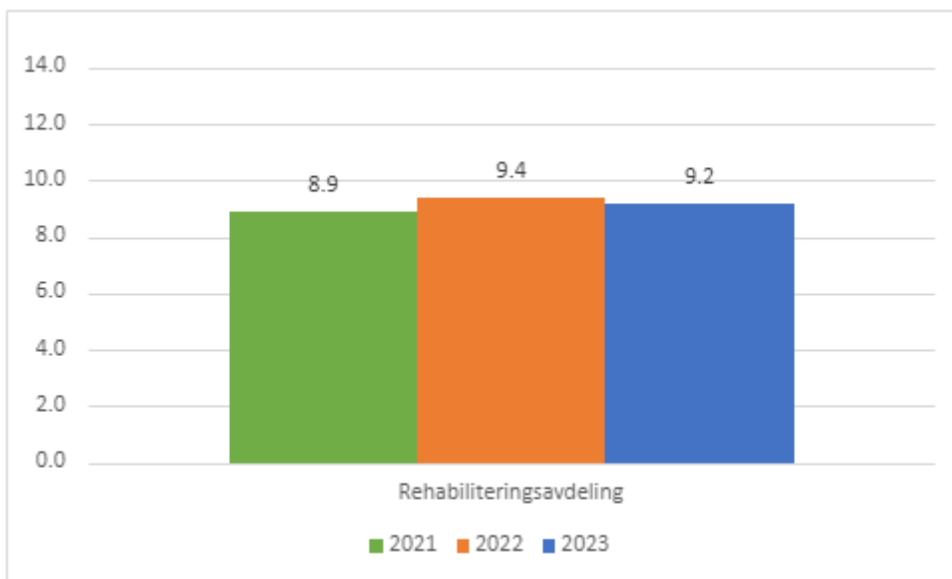
Passert planlagt tid for pasientavtaler

KFMR har en målsetning om at 100 % av avtaler skal gjennomføres innen avtalt tid. I 2023 ble resultatet 98%, og kan ansees nådd. Likevel er det grunn til å følge med på dette videre, da det i 2022 var 98,8 % (en økning fra 2021).

Effektivitet

Gjennomsnittlig liggetid per seksjon

Oppholdets lengde varierer ut fra pasientens behov og type rehabiliteringsprogram. Pasienter som er inneliggende for rehabilitering etter akutt skade/sykdom, har oftest lenger opphold enn pasienter med vurderings- og/eller oppfølgingsopphold. Pasientenes problemstillinger er komplekse og sammensatte med utfordringer relatert til et bredt spekter av funksjonsforhold - medisinsk, psykososialt, arbeid og økonomi. Den enkelte pasient er unik og har behov for en individuelt tilpasset tilnærming med prioritering av mål og tiltak. Videre er det stor variasjon i kompetanse og ressurser hos den kommune som pasienten skal utskrives til. Dette må kartlegges og innvirker også på oppholdets lengde ved KFMR/døgnpost. For Rehabiliteringsavdelingen som helhet er gjennomsnittlig liggetid relativt uforandret siste tre år (Figur 4.)



Figur 5. Viser gjennomsnitt liggetid på avdeling og fordelt på seksjon.

Pasienter «ikke møtt» “ønsket utsettelse” og “ønsker ikke helsehjelp”

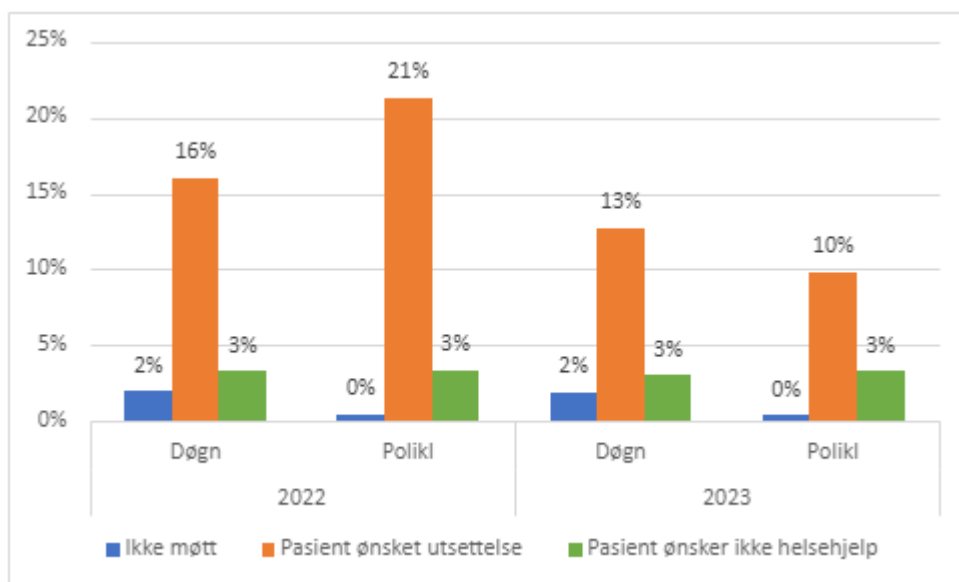
På fysikalsk medisinsk avdeling har det vært en betydelig endring av andel som bytter eller utsetter timen sin. Polikliniske konsultasjoner har økt 18% med siste år, dette gjør at reduksjon av antall ikke er like stor som reduksjon av andel, likevel er antall bytter time er redusert med 7%. Det er positivt at det tross vesentlig økt antall polikliniske konsultasjoner er reduksjon i antall som ønsker byttet time. Det er likevel fortsatt mange som bytter time (>4000), dette er resurskrevende og et stort merarbeid spesielt for de merkantile ressursene.

Årsaken til nedgangen kan ha flere årsaker, begynnelsen av 2022 var det fortsatt ettervirkninger av Korona epidemien som kan ha medvirket til noe høy andel med bytter. Vi har også hatt noe lengere venteliste siste året som kanskje gjør at konsekvensene av byttene blir større for pasienten og at de da heller velger å prioritere timen. I tillegg tror vi at noe av endringen kan tilskrives at det i 2023 ble det innført to SMS-varslere om timen i forkant. Dette innebærer at pasienten får en påminnelse en uke før timen og ikke bare tre dager før. På den måten får pasienten større mulighet til å tilpasse seg slik at de likevel kan møte.

På Rehabiliteringsavdelingen arbeider en med å få enhetlig praksis i registrering av pasienter som ikke møter og/eller ønsker utsettelse av opphold. Dette er viktig for å få et bedre, og mer korrekt grunnlag, for iverksettelse av hensiktsmessige tiltak.

Andel ikke møtt, og andel ønsker ikke helsehjelp er stabil. Andel pasient ønsket utsettelse er redusert med ca 3% fra 2022 til 2023.

Rehabiliteringsavdelingen har iverksatt et tiltak der pasienter med elektive opphold kontaktes i forkant av oppmøte. Dette kan redusere antallet ikke møtt, men samtidig øke antallet pasient ønsket utsettelse. Det "gir rom" for at pasienten kan endre oppholdstidspunkt.



Figur 6. Viser andel av pasienter fordelt på poliklinikk og døgnbasert rehabilitering som ikke gjennomfører det avtalt kontakt med klinikken som først avtalt.

Epikrise sendt innen én dag

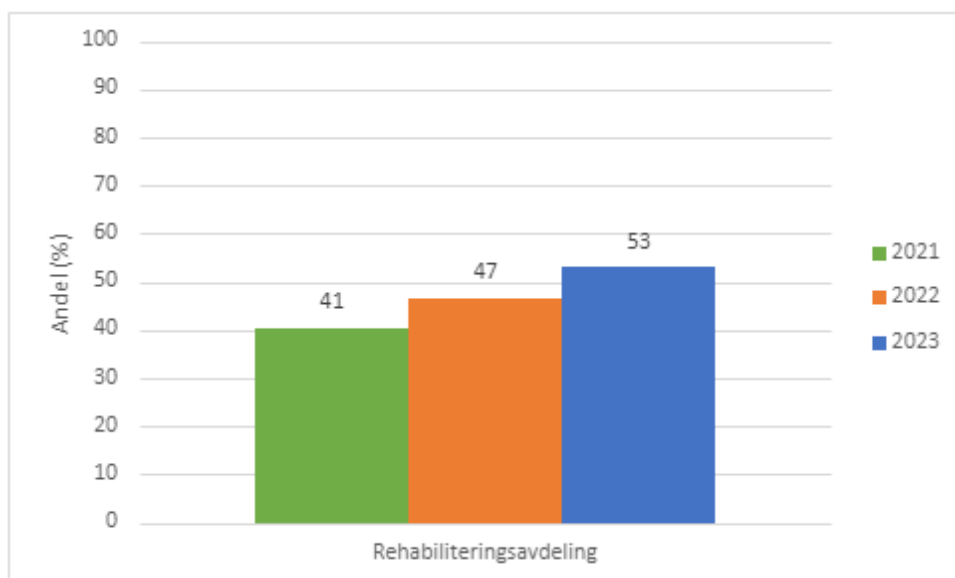
KFMR har en målsetning om at 55 % av alle epikriser skal være sendt ut innen en dag. I 2023 var resultatet 53,0%, dette er 2% lavere enn målsettingen. Dette er imidlertid en økning på 6,3 prosentpoeng fra 2022.

Vurdering og tiltak Rehabiliteringsavdelingen:

Andelen epikriser sendt innen 1 dag er økt fra 2022 til 2023.

Det er gjennomført et forbedringsarbeid med hensikt å forbedre arbeids-/dokumentasjonsflyten ved mobilitetsvurdering. Dette har medført redusert epikrisetid.

Videre er det lagt stor vekt ved at det tverrfaglige teamet, ved alle opphold, må prioritere å ferdigstille sin dokumentasjon slik at lege kan utarbeide epikrise raskt.



Figur 7. Viser andel epikriser sendt innen 1 dag fordelt på seksjoner på Rehabiliteringsavdelingen.

Effekt

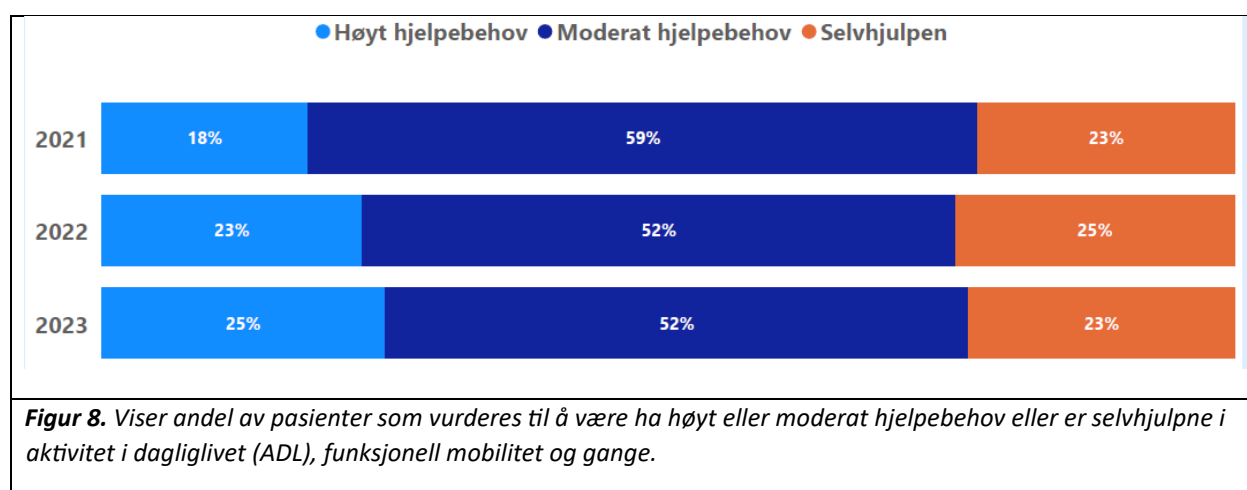
Barthel Index 20 – BI-20

Barthel Index 20 er et vurderingsskjema for aktivitet i dagliglivet (ADL), funksjonell mobilitet og gange som benyttes på pasientene som er innlagt på rehabiliteringsavdelingen. Det er beregnet brukt på voksne med ulike diagnoser og fysiske funksjonsnedsettelse. Skåringskjema består av ti ferdigheter som adderes opp til en sumskåre mellom 0 og 20. Skår representerer grad av uavhengighet av hjelp fra annen person. Hvis det er nødvendig med tilsyn, skåres aktiviteten ikke som 'uavhengig'. Derimot, hvis en aktivitet mestres med bevegelseshjelpemidler skåres personen uavhengig i denne aktiviteten. Barthel Index vurderer ti funksjonsområder som beskriver ADL og mobilitet:

- Spising: evne til å ta til seg mat.
- Bading/dusj: evne til å bade eller dusje på egen hånd.
- Personlig hygiene: evne til å ivareta personlig hygiene med f.eks. tannpuss, barbering og kroppsvask.
- Påklledning: evne til å velge og ta på seg klær.
- Tarmkontroll: evne til å kontrollere avføring.
- Blærekontroll: evne til å kontrollere vannlating.
- Toalettbesøk: evne til å gå på toalettet.
- Forflytning mellom seng og stol: evne til forflytning mellom seng og stol.
- Mobilitet: evne til å forflytte seg til fots eller i rullestol.
- Trappegang: evne til å gå i trapper.

Summen av de 10 elementene i Barthel ADL-indeks. Tall på 0-9 indikerer høyt hjelpebehov, 10-19 moderat hjelpebehov og 20 er selvhjulpne.

Barthel Indeks gjennomføres som et intervju eller spørreskjema (når klienten er i en stabil situasjon og ikke har kognitiv svikt) og/eller observasjoner. Skåringen antyder grad av selvhjulpnehet og hjelpebehov.

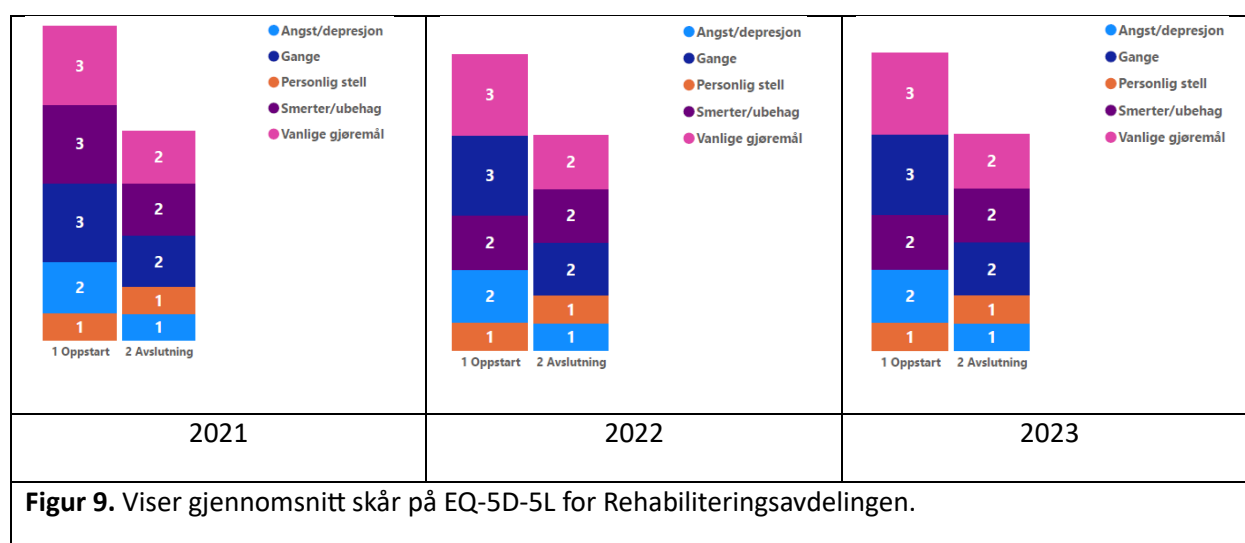


De siste tre årene har andel pasienter som er selvhjulpne i ADL vært nokså stabilt rundt 25 %. Andelen med høyt hjelpebehov har økt de siste to år, samtidig som andel med moderat hjelpebehov har gått tilsvarende ned.

EQ-5D – opplevd livskvalitet og fysisk funksjon

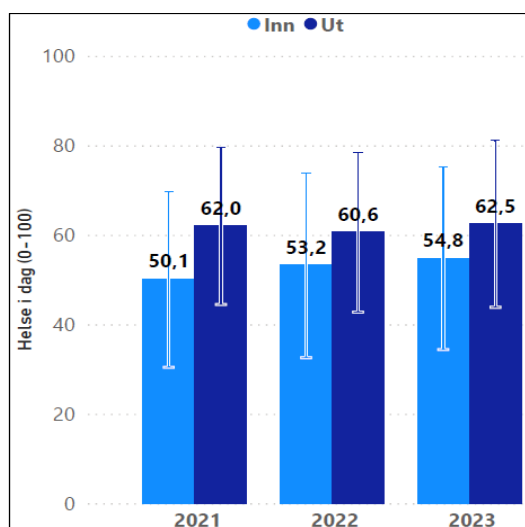
Pasienter som er innlagt på Rehabiliteringsavdelingen blir bedt om å vurdere sin livskvalitet ved innkommst og utreise. Dette gjøres med måleverktøyet EQ-5D. Pasienter med opphold under 7 dager kartlegges kun ved innkommst/starten av rehabiliteringsoppholdet. Svarene ved oppstart bidrar i kartlegging av problemområder som pasienten selv opplever som viktig.

I EQ-5D-5L vurderer pasientene sin funksjon på fem sentrale områder for helserelatert livskvalitet. I Figur 8. vises en grafisk fremstilling av hvordan pasientene skårer seg ved oppstart og avslutning av rehabiliteringsoppholdet.



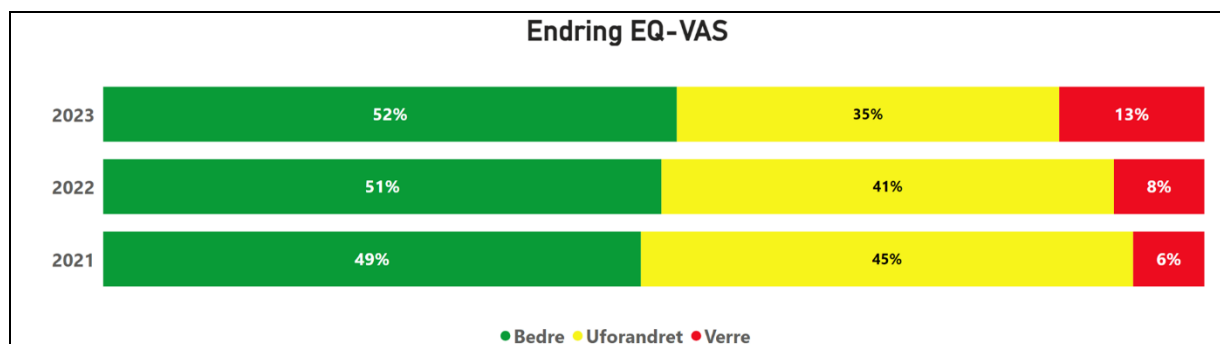
For Rehabiliteringsavdelingen under ett er det ved innkommst oppgitt størst utfordringer på områdene vanlige gjøremål, gange. Ved utreise er det registrert bedring på disse områdene (Figur 8.).

Spørreskjema EQ-5D inneholder også en Visuell Analog Skala (VAS) der pasienten angir generell opplevd helse på en skala fra 0 – 100, der 0 betyr den dårligste helse en kan tenke seg, og 100 betyr den beste helsen.



Figur 10. Viser gjennomsnitt for pasientens svar på spørsmål om hvordan pasienten vurderer sin helse i dag (EQ-VAS (0-100)).

Pasientene skårer seg i gjennomsnitt til å ha bedre opplevd helse ved avslutning av rehabiliteringsoppholdet. Siste to år skårer de seg i snitt ca 8 p bedre. Grense for klinisk meningsfull endring for denne målingen er satt til 10 poeng på EQ-VAS, Rehabiliteringsavdelingen oppnår ikke det.



Figur 11. Viser kvalitetsindikator basert på pasientrapportert data. Pasienten svarer på spørsmål om hvor god eller dårlig de vurderer helsen sin I DAG.

Skalaen de vurderer seg på går fra 0 til 100, der 100 betyr den beste helsen de kan tenke seg og 0 betyr den dårligste helsen de kan tenke seg.

Kvalitetsindikatoren endring av skåre ved avslutning av oppholdet.

Bedre pasienten skårer seg 10 poeng bedre eller mer ved avslutning.

Uforandret pasienten skårer seg med endring mellom –10 og 10 poeng.

Verre pasienten skårer seg –10 poeng eller lavere ved avslutning

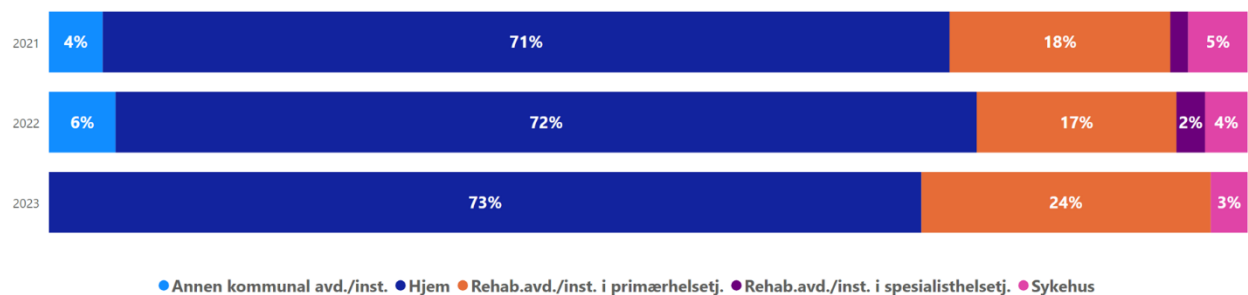
Rundt 50% av pasientene skårer seg minst 10 p ved avslutning av rehabiliteringsoppholdet (Figur 9.). Det er en generell vurdering at en endring i skår på 10 p er klinisk meningsfull. Andelen som skårer seg bedre ved avslutning av rehabiliteringsoppholdet har vært stabilt rundt 50% siste tre år, mens andel som skårer seg verre er økende. Samtidig ser en at andel uforandret reduseres noe (Figur 9.).

Pasienter som innlegges til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten har i økende grad komplekse medisinske problemstillinger. Samtidig med dette så er det fokus på at oppholdene skal være korte og pasientene skal raskere utskrives til oppfølging i primærhelsetjenesten. Dvs rehabiliteringen skal påbegynnes i spesialisthelsetjenesten og pasienten er dermed ikke “ferdigrehabilitert” ved utskrivelse. Det er også slik at pasienter som kommer fra opphold på akutt sykehus direkte til rehabilitering, konfronteres med situasjoner der de plutselig oppdager hvordan sykdommen/skaden faktisk har påvirket livet og hverdagen.

Dette er forhold som må følges opp videre.

Utskrivelse fra døgner rehabilitering

Utskrevet TIL, innlagt fra annet sted enn "Hjem"



Figur 12. Viser andel av fordeling hvor pasientene skrives ut til. Her vises kun pasienter som er innlagt fra annet sted enn hjem.

Etter rehabiliteringsoppholdet i spesialisthelsetjenesten utskrives ca ¼ av pasientene til eget hjem, og ca ¼ utskrives til en rehabiliteringsinstitusjon i primærhelsetjenesten. Tallene sier dog ikke noe om i hvilken grad pasienter som er utskrevet til eget hjem har oppfølging i hjemmet av kommunalt rehabiliteringsteam e.l. Andelen som utskrives til rehabiliteringsinstitusjon i kommunen er økt fra 2022 til 2023. Med bakgrunn i at primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal ha et økt samarbeid om pasienter, så bør dette tallet øke ytterligere i årene fremover.

Oppfølging tre måneder etter endt opphold

Pasienter som inkluderes i rehabiliteringsregisteret får tilsendt et “Ettermålingskjema” tre måneder etter endt rehabiliteringsopphold. Dette ble implementert i registeret på slutten av 2022, så data som presenteres i årets rapport være fra alle som har svart når data ble hentet ut fra registeret.

Utbytte av rehabilitering

Alt i alt, hvilket utbytte har du hatt av innleggelsen for rehabilitering?

● Noe eller mindre ● Stort/Svært stort

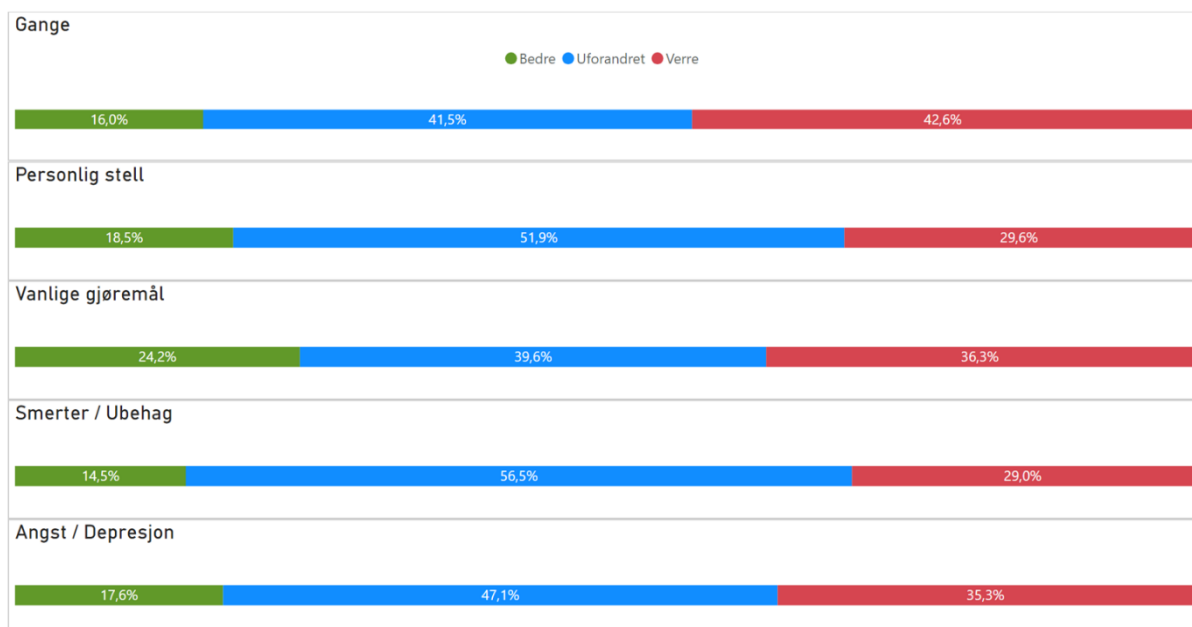


Figur 13. Viser andel av pasienter som angir stort/svært stort utbytte av innleggelsen til rehabilitering tre måneder etter oppholdet ble avsluttet. Det er 5 svaralternativ: "Ingen utbytte, Lite utbytte, Noe utbytte, Stort utbytte, Svært stort utbytte".

Pasientene angir i stor grad å ha hatt utbytte av rehabiliteringsoppholdet.

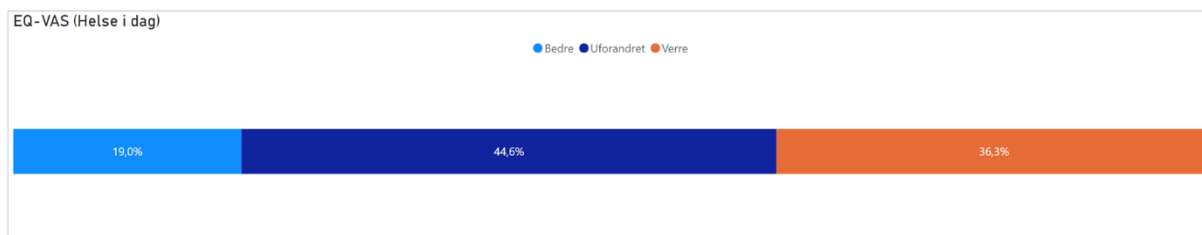
Opplevd livskvalitet og funksjon

Endring av EQ5D5L skår 3 måneder etter avsluttet Rehabiliteringsopphold



Figur 14. Andel (%) pasienter som skårer seg bedre, uforandret eller verre tre måneder etter rehabiliteringsoppholdet.

Majoriteten av pasientene rapporterer uforandret eller bedre skår på de fem områdene i EQ-5D tre måneder etter avslutning av rehabiliteringsoppholdet. Imidlertid skårer mellom 30 og 40% av pasientene seg dårligere, hvilket betyr at de opplever at funksjonen er redusert en tid etter rehabiliteringsoppholdet. For å kunne sette inn relevante tiltak så må det gjøres en gjennomgang av de aktuelle pasienter. Rehabiliteringsavdelingen vil se på om rapportert redusert funksjon er knyttet til spesifikke problemstillinger, kommuner eller andre faktorer.



Figur 15 Viser endring av svar på spørsmålet om hvordan pasientene opplever ”egen helse i dag”(EQ-VAS)

I underkant av 40% av pasientene rapporterer at de opplever å ha en dårligere helse 3 måneder etter utskrivelse fra rehabiliteringsoppholdet. Dette stemmer med det de rapporterer på funksjon (Figur 14.), og vil undersøkes videre av Rehabiliteringsavdelingen.

Pasientsikkerhet

Meldte uønskede hendelser

Pasienthendelser

I 2023 ble det meldt 138 uønskede hendelser knyttet til pasient. Det er færrest registrerte hendelser i februar, juli og august. I juli og august er det ferieavvikling med færre pasienter, samt ferievikarer, noe som kan forklare at det er noe redusert antall her.

Tabell 4. Antall pasienthendelser pr måned, fordelt på hovedkategori:

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
2.01 Pasientadministrasjon	0	1	1	2	1	4	0	1	5	1	3	1	20
2.03 Behandling og pleie	6	0	0	0	1	2	2	1	1	1	2	5	21
2.04 Fall og uhell	4	5	9	7	13	4	3	1	6	7	4	4	67
2.05 Dokumentasjon/Info.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	7
2.07 Legemidler	2	1	2	3	2	2	3	0	0	3	1	1	20
2.08 Medisinsk/ teknisk utstyr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
2.09 Pasientatferd	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Sum	13	7	12	12	18	13	8	3	12	15	11	14	138

Fallhendelser - pasient

Tabell 5. viser antall fall i klinikken de tre siste år. I læringssystemet sees det en økning i antall registrerte fall. Det har vært gjort systematisk arbeid i klinikken for å øke antall registrerte hendelser.

Tabell 5. Fall

	2021	2022	2023
REH	19	29	35
FYS	0	3	5

FOR	0	10	4
-----	---	----	---

Under aktiviteter som skal bidra til å øke pasientens funksjon og gjøre denne mer selvhjulpne, foreligger alltid en risiko for fall. Av denne grunn er det vesentlig at personale gjør gode vurderinger med hensyn til funksjonsnivå, er til stede i situasjoner som vurderes som kritiske, og melder alle hendelser med fall, nesten fall og fall som er håndtert på en kontrollert måte. Denne informasjon gir et grunnlag for utvikling av mer hensiktsmessige tilnærminger og intervensjoner, både for den enkelte pasient, og for tilpasning/utvikling av miljø og tilbudets innhold. I tabellen under fremgår det i hvilken situasjon de ulike fallene har oppstått. I 2021 ble skjemaet for uønskede hendelser oppdatert etter NOKUP-klassifisering; Norsk Kodeverk for uønskede pasienthendelser. De gråmerkede feltene er derfor klassifisering som på gjeldende tidspunkt ikke var i bruk.

Tabell 6. Fall kategoriseres etter hvordan type fall det er

	2021			2022			2023		
Underkategori	REH	FYM	FOR	REH	FYM	FOR	REH	FYM	FOR
Sittende fall under tilsyn							5		
Sittende fall uten tilsyn									
Stående/gående fall under tilsyn							13	1	2
Stående/gående fall uten tilsyn							17	3	1
Liggende fall uten tilsyn									
Annet - fall	2			1				1	1
Behandlingsutstyr	1								
Dusj/badekar	1								
Gikk med støtte av en person	1								
Gulv	2								
Liggende fall uten tilsyn			1						
Seng	1								
Sittende fall under tilsyn			4		1				
Sittende fall uten tilsyn			8						
Stol / rullestol	5								
Stående/gående fall under tilsyn			6	1	3				
Stående/gående fall uten tilsyn			9	2	6				
Toalett	2								
Trapper / dørstokker	2								
Utendørs	2								
	19	0	0	29	3	10	35	5	4

REH = Rehabiliteringsavdeling, FYM = Fysisk medisinsk avdeling, FOR = Fysio- og rehabiliteringsavdeling

HMS/andre hendelser

Antall HMS/andre hendelser registrert i 2023 er 47. 30 hendelser er registrert på Rehabiliteringsavdelingen, 3 på fysisk medisinsk avdeling, 9 på Fysio- og rehabiliteringsavdelingen, 5 i stabsseksjonene.

Vurdering fra fys med: 3 hendelser er relativt lite og omhandler tre ulike områder. Det er derfor ikke stort nok antall til at det går an å lage overgripende tiltak. Hver hendelse er behandlet for seg og det er gjort vurdering og iverksatt tiltak der det er naturlig. Kun 3 uønskede hendelser vurderes til å være en underrapportering og det bør arbeides med økt fokus på innrapportering av uønskede hendelser.

Vurdering fra Rehabiliteringsavdelingen: De meldte HMS-hendelser omhandler flere ulike områder. Bla arbeidsbelastningen for leger og sykepleiere. Tiltak iverksatt: Det er iverksatt et forbedringsarbeid som omhandler oppgaveoverføring fra sykepleier til helsefagarbeider. Dette er et fortløpende arbeid med gradvis overføring av flere oppgaver. Videre er det i begynnelsen av 2024 startet opp et forbedringsarbeid som omhandler oppgaveoverføring (legemiddelsamstemming) fra lege til sykepleier.

Effekt av iverksatte tiltak: Oppgaveoverføring fra sykepleier fra helsefagarbeider er et pågående arbeid. Oppgaveoverføring fra lege til sykepleier – ny praksis er utarbeidet, og det skal iverksettes i september 2024.

HMS-hendelser som omhandler skade på ansatt er knyttet til fall, skade ved mobilisering av pasient og stikkskade. Ansatte er fulgt i hht prosedyrer og av nærmeste leder.

Tabell 7. Utvikling hendelser siste tre år:

Enhet	2021	2022	2023
Stab*	3	0	5
Rehabiliterings-avdeling	25	33	30
Fysikalsk medisinsk avdeling	4	2	3
Fysio- og rehabiliteringsavdeling	7	11	9
Sum	39	46	47

*I stab ligger Kontorseksjonen og Forskning- og utviklingsseksjonen.

Tabell 8. Fordeling av hendelser pr kategori pr år:

Kategori	2021	2022	2023
1 Administrasjon/ Økonomi/ Ledelse/ Opplæring	11		
1 Avfallshåndtering	1		
10 Mat og Drikke	1		
11 Renhold	0		
12 Sikkerhet	3		
14 Utstyr og bygning	2		
15 Utstyr, engangsutstyr	1		
2 Avfall	1		
3 Brannvern	0		
4 Elektromedisinsk utstyr (MTU)	0		
4 Fysisk arbeidsmiljø	2		
5 Organisatorisk/Psykososialt	7		
6 IKT	5		
6 Smittevern (inkl stikkskade)	1		
7 Informasjonssikkerhet / personvern	1		
8 Innkjøp/vareleveranse	2		
8 Utstyr / bygning	0		
9 Vold / trusler / utagerende	1		
Arbeidsutstyr		2	8
Brannvern			7
Bygg og uteområde		2	1
Fysisk arbeidsmiljø		1	2
Fysisk sikkerhet		5	3
IKT/informasjonssikkerhet/personvern/e-helse		1	3
Organisatoriske forhold		19	12
Psykososiale forhold		5	2
Smittevern		3	3
Vareleveranse/tjenester/logistikk		5	2
Vold/ trusler/utagerende adferd		3	4
Sum	39	46	47

Pga endring i skjema er det ikke videreført kategorisering fra 2021.

Risikoscreening

Sykehuset screener alle pasienter for følgende risikoområder ved innleggelse:

- Fall - obligatorisk og standardisert kartlegging av risiko for fall (I trygge hender 24-7)
- Trykksår - kartlegging av hud, sårregistrering
- Smitte - generell informasjon på SIV's nettsider og i innkallingsbrev vedrørende MRSA/ESBL/VRE. Pasienter må kontakte fastlege og testes for infeksjon hvis hen har blitt

undersøkt/fått behandling utenfor Norden siste 12 måneder, pasienten eller noen i husstand tidligere har hatt infeksjon med disse bakterier, har arbeidet som helsepersonale utenfor Norden siste 12 måneder, har hud-/sårinfeksjon, kronisk hudlidelse og har oppholdet seg mer enn 6 uker utenfor Norden i løpet av siste 12 måneder.

- Underernæring - alle pasienter som innlegges i helseinstitusjon skal vurderes for risiko for underernæring med verktøyet MST (Malnutrition screening tool)
- Alkoholbruk - tema i tverrfaglig kartlegging

Antibiotikaforbruk

KFMR har et lavt forbruk av antibiotika. Pasienter som kommer til innleggelse for døgner rehabilitering, skal i all hovedsak være medisinsk avklart og ha avsluttet infeksjonsbehandling

Tabell 9. Andel pasienter innlagt med antiotikabruk (AB)

	Antall (n) AB	Andel (%) AB	Antall pasienter
Februar 21	2	5,7	35
Mai 21	0	0	19
September 21	0	0	19
November 21	2	7,7	26
Februar 22	1	4,2	24
Mai 22	0	0	27
September 22	1	3,4	29
November 22	1	5,9	17
Februar 23	1	3,6	28
Mai 22	1	3,3	30
September 23	0	0,0	0
November 23	2	6,5	31

Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner

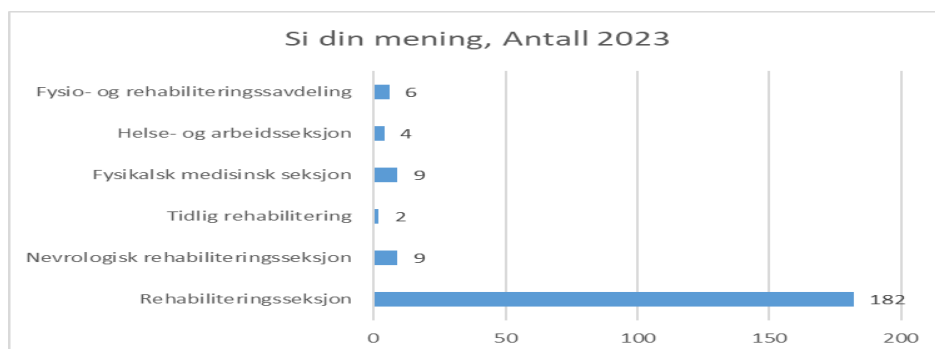
I henhold til Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner er Sykehuset i Vestfold pålagt å gjennomføre prevalensundersøkelser. Undersøkelsene gjøres fire ganger i året; februar, mai, september og november.

I prevalensundersøkelsene gjort i 2021, 2022 og 2023 viser resultatene at KFMR ikke har noen helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Pasienttilfredshet

Sykehuset i Vestfold har en brukerundersøkelse - Si Din Mening - som pasienter og pårørende kan svare på elektronisk. Innspillene benyttes til forbedringsarbeid. Denne undersøkelse er anonym og gir sykehuset generell informasjon om brukernes meninger og opplevelser. Undersøkelsen ivaretar ikke tilbakemelding vedrørende det enkelte behandlingstilbud.

Svarprosent



Figur 16. Viser antall svar på pasienttilfredshetsundersøkelsen *Si din mening* fordelt på seksjonene.

Svarprosenten på Si Din Mening er lav. Rehabiliteringsavdelingen hadde høyest svarprosent på klinikken, 937 gjennomførte opphold i 2023, og 191 svar (20%).

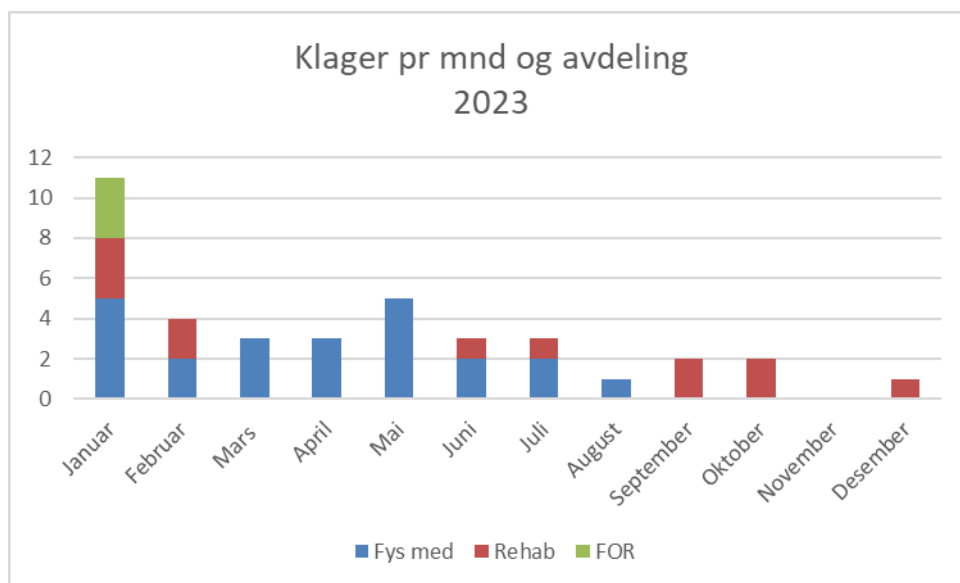
Svarprosenten på sykehuset generelt er lav, og det antas at noe av grunnen er formatet på undersøkelsen. Pasientene må selv oppsøke sykehusets nettside og finne undersøkelsen der. Det jobbes derfor med en løsning hvor invitasjon til undersøkelsen sendes ut på SMS. Foreløpig er det ikke satt oppstartsdato for dette.

Pasient og pårørende klager

I 2023 ble det registrert 38 klager til KFMR; til Fysikalsk medisinsk avdeling og Rehabiliteringsavdelingen. Fysio- og rehabiliteringsavdelingen er ikke tatt med her. Flest klager på ventetid, fulgt av klage på behandling. Det antas at noe av årsaken til hvorfor pasienter klager på ventetid er ordlyden i brevet de mottar med brev om time. Der står det når siste frist for timen er, ikke når de faktisk får time. Ordlyden i innkallingsbrevet bestemmes sentralt, KFMR har derfor liten påvirkning på dette.

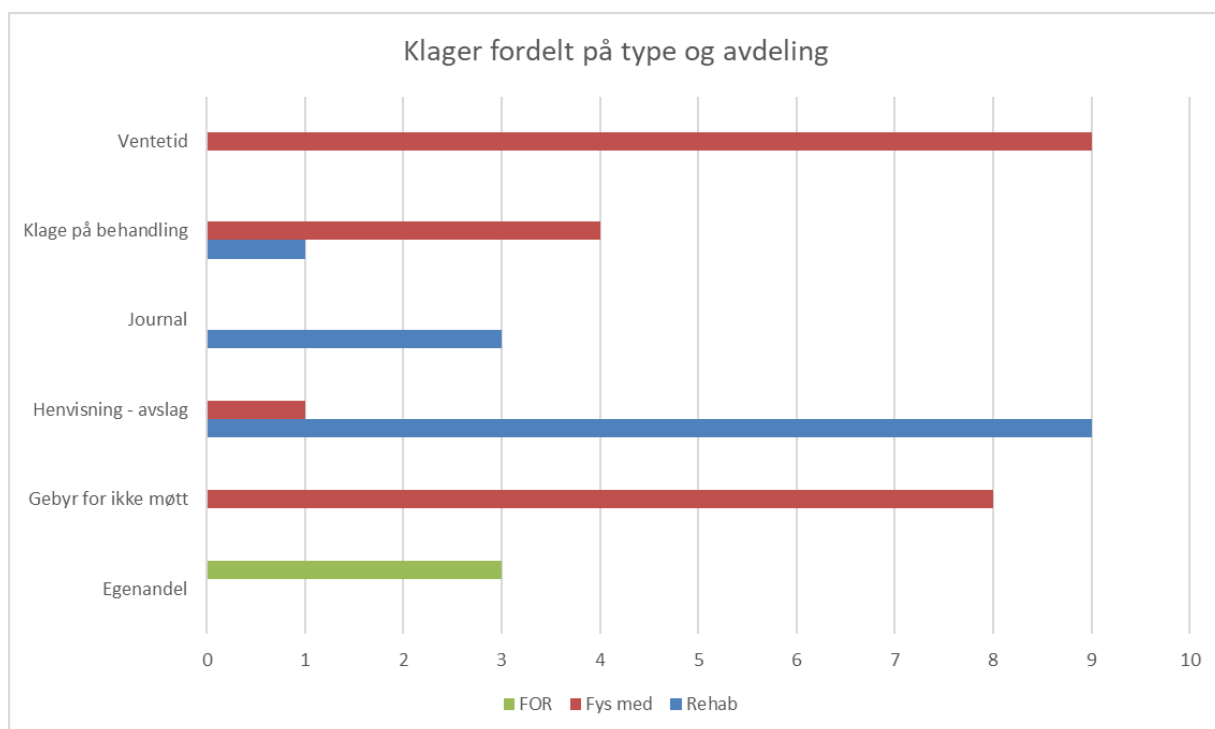
På Rehabiliteringsavdelingen er det klager på avslag som er dominerende.

Klager fordelt på måned og avdeling:



Figur 17. Viser antall klager per måned fordelt på avdeling.

Klager fordelt på type og avdeling:



Figur 18. Viser type klage fordelt på avdeling.

Oppsummering

Det er et nasjonalt mål å redusere risiko for pasientskader og uønsket variasjon i tilbud og kvalitet. KFMR ved Sykehuset i Vestfold har som mål å tilby fysikalsk medisinsk utredning og behandling og spesialisert rehabilitering med høy faglig kvalitet. Totalt viser resultater for 2023 at klinikken har høy måloppnåelse innenfor mange av indikatorene (Tabell 2.). Kontinuerlig forbedringsarbeid innen epikrisetid har hatt effekt og det er god måloppnåelse på epikrise sendt innen én dag. Klinikken har ikke fristbrudd, men har forbedringspotensial med hensyn til ventetid.

Klinikken har en del meldinger om uønsket hendelse på fall. Her jobbes det systematisk med å definere fallforebyggende tiltak. De ansatte scorer høyt på medarbeiderundersøkelse og deltar aktivt i forbedringsarbeid for et stadig bedre arbeidsmiljø. Klinikken er liten, men har høy forskningsaktivitet. Det er publisert flere artikler enn måltallet tilsier. Det er viktig innenfor fagområdet rehabilitering der det er stort behov for oppdatert forskning.

Klinikken har et godt fungerende kvalitetsregister, og har som mål at alle pasienter blir registrert her. I tillegg til funksjonsmål hentes det inn pasientrapporterte data både fra de pasientene som er døgnpasienter og på poliklinikk. Dekningsgraden er jevnt økende, det er fremdeles et potensiale for å få flere av pasientene våre inn i registeret. Data vi samler der gir utgangspunkt for å stadig forbedre våre tilbud til pasientene. Det kan også gi grunnlagsdata for forskning.