



# **Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering Kvalitetsrapport 2022**

## Innhold

1	Innledning.....	4
1.1	Døgntilbud for øvrig:.....	4
1.2	Polikliniske tilbud/dagtilbud .....	4
1.3	Helse og arbeid: .....	5
1.4	Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.....	5
1.4.1	Kvalitetssystemer .....	6
1.4.2	Kvalitetsregister .....	6
1.4.3	Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet .....	6
1.4.4	Innsatsområder .....	7
1.4.5	Antibiotikastyring.....	7
1.4.6	Internrevisjon .....	7
1.4.7	Brukermedvirkning .....	7
1.4.8	Klager.....	8
1.4.9	Måloppnåelse for utvalgte indikatorer.....	8
1.4.10	Pasientdata per Seksjon.....	9
2	Tilgjengelighet .....	10
2.1	Gjennomsnittlig ventetid.....	10
3	Døgnopphold og poliklinisk aktivitet.....	10
3.1	Video- og telefonkonsultasjoner .....	11
3.2	Bruk av tolk, fjerntolking .....	12
3.3	Passert planlagt tid for pasientavtaler .....	12
4	Effektivitet.....	13
4.1	Gjennomsnittlig liggetid per seksjon. ....	13
4.2	Pasienter «ikke møtt» “ønsket utsettelse” og “ønsker ikke helsehjelp” .....	13
4.3	Epikrise sendt innen én dag .....	14
5	Effekt .....	15
5.1	Barthel Index 20 – BI-20.....	15
5.2	EQ-5D – opplevd livskvalitet og fysisk funksjon.....	16
5.3	Utskrivelse fra døgnrehabilitering.....	21
6	Pasientsikkerhet.....	21
6.1	Meldte avvik og uønskede hendelser .....	21
6.1.1	Pasienthendelser .....	22
6.1.2	Fallhendelser - pasient .....	22

6.1.3	HMS/andre hendelser .....	23
6.2	Risikoscreening .....	25
6.3	Antibiotikaforbruk .....	25
6.4	Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner .....	25
7	Pasienttilfredshet.....	25
7.1	Svarprosent.....	26
7.2	Pasient og pårørendeklager.....	26
8	Oppsummering.....	27

# 1 Innledning

Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering er det rehabiliteringsfaglige tyngdepunktet ved Sykehuset i Vestfold. Klinikken organiserer ulike aktiviteter innenfor en vid tolkning av rehabiliteringsbegrepet og har lokasjoner på Kysthospitalet i Stavern, ved akutt sykehuset i Tønsberg, på Vear i Tønsberg og ved sykehuset i Larvik. Tilbud der klinikken har regional funksjon:

- Multitraume med omfattende funksjonssvikt
- Akutte ikke-progredierende nevrologiske tilstander (Guillain-Barré syndrom, myopati/nevropati, pontin myelinolyse)
- Ikke-traumatisk ervervet hjerneskade med spesielle rehabiliteringsbehov
- Funksjonelle nevrologiske symptomer (FNS)
- Regional senfølgeklinikk Covid-19

## 1.1 Døgntilbud for øvrig:

- Amputasjoner – underekstremiteter
- Multippel sklerose
- Charcot Marie Tooth
- 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

## 1.2 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, samt 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 spastisitettsbehandling med botoxinjeksjoner.

### 1.3 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 HelseIArbeid som også omfatter forebyggende tiltak på arbeidsplassen.

### 1.4 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. Ikke valgt
  - E. The Rehabilitation and Service Process for Children and Adolescents Served
  - F. Service Delivery Using Information and Communication Technology (ny)
- III. Program Standards
- A. Comprehensive Integrated Inpatient Rehabilitation Program
  - B. Outpatient Medical Rehabilitation Program

#### **1.4.1 Kvalitetssystemer**

KFMR har dokumentstyringssystem fra Extend Quality System (EQS) til dokumentasjon på nivå 2, lokale dokumenter. Dokumentasjon som gjelder hele sykehuset ligger i Elektronisk Kvalitetshåndbok (EK). I EK er det også moduler for HMS-handlingsplan, vernerunde, interne og eksterne revisjoner og for forbedringsarbeid. Disse modulene ble evaluert og noe revidert etter innspill fra klinikkene. Det er nå utviklet en generell handlingsplan som skal overta for de ulike handlingsplanene som først ble lansert. Gjennom forenkling håper man at handlingsplanmodulen skal brukes mer.

EQS benyttes fremdeles som system for registrering og oppfølging av avvik og 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 digital registrering og oppfølging av opplæring. 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.

#### **1.4.2 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 helse relatert 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.

Bruken av Rehabiliteringsregisteret har hatt en økning siden det ble innført på KFMR. I 2021 var det registrert 272 pasienter (244 unike), i 2022 økte dette til 298 (253 unike).

#### **1.4.3 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 Klinikken kvalitetsutvalg eller Arbeidsmiljøutvalget. Andre hendelser tas opp som rapportering med hendelsestype og årsak. Kvalitetsrådet kan foreslå tiltak knyttet til hendelsene.

Klinikken kvalitetsutvalg har fokus på pasientsikkerhet og Arbeidsmiljøutvalget på arbeidsmiljø og sikkerhet for ansatte. Utvalgene ledes av klinikk sjef 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.

I 2022 ble det registrert 158 uønskede hendelser knyttet til pasient, 46 til HMS/andre. I 2021 ble det registrert 123 hendelser knyttet til pasient, og 39 knyttet til HMS/andre. Det er en liten økning, 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.

#### **1.4.4 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 utskrivning
- Underernæring
- Tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost

#### **1.4.5 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 %.

I sykehusets antibiotikarapporter fremkommer ikke KFMRs tall, men de fire prevalensundersøkelsene i 2022 viser at ved tre av undersøkelsene var det 1 pasient med antibiotikabehandling, og en undersøkelse uten pasienter med antibiotika.

#### **1.4.6 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 2022 har det ikke vært gjennomført noen internrevisjoner i klinikk FMR.

#### **1.4.7 Brukermedvirkning**

Sykehuset i Vestfold har et brukerutvalg og et ungdomsråd. En representant fra Brukerutvalget er medlem i klinikken 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.

#### 1.4.8 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. Klagenes 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. Klinikkk FMR legger sine klager manuelt inn i EQS, for kategorisering og mulighet til å ta ut statistikk.

#### 1.4.9 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 1.** Resultat lederavtaler 2022.

Høy måloppnåelse <i>Resultat ligger innenfor akseptabelt nivå</i>	Moderat måloppnåelse <i>Resultat ligger er utenfor akseptabelt nivå og skal ha fokus</i>	Lav måloppnåelse <i>Resultat ligger vesentlig utenfor akseptabelt nivå og skal ha stort fokus</i>
<b>1. Kvalitet og pasientsikkerhet</b>		
	KPI 1.1.Snitt ventetid nyhenviste alle Resultat: 56,5 dager Mål: 34,0 dager	
KPI 1.2 Passert planlagt tid Resultat:1,2 % Mål: 0,0 %		
	KPI 1.3 Timeavtale tildelt innen 10 virkedager fra mottak henvisning. Resultat: 90,1 % Mål: 100 %	
KPI 1.4 Andel fristbrudd Resultat: 0,5 % Mål: 0,0 %		



	KPI 1.5 Andel henvisninger vurdert innen 5 dager Resultat: 91,7 % Mål: 100 %	
<b>2. Pasientbehandling og aktivitet</b>		
	KPI 2.1 Total antall polikliniske konsultasjoner Resultat: 27734 Mål: 29125	
	KPI 2.1 a Telefonkonsultasjoner Resultat: 750; 10 % inkl video Mål: 15 % (Inkl video)	
	KPI 2.1 b Videokonsultasjoner: Resultat: 2038, 10 % inkl telefon Mål: 15 % (inkl telefon)	
		KPI 2.1 c Ambulant: Resultat: 22 Mål: 71
		KPI 2.2 Antall døgnopphold: Resultat: 903 Mål: 1096
		KPI 2.3 Antall DRG-poeng: Resultat: 2394,2 Mål: 2729,2
<b>3. Forskning og kunnskapsutvikling</b>		
KPI 3 Antall vitenskapelige publikasjoner Resultat: 6 Mål: 5		
<b>4. Medarbeidere</b>		
KPI 4.1 Score fra Forbedring, «Jeg får tilstrekkelig opplæring» Resultat: 80,0 % Mål: 80,0 %		
		KPI 4.2 Sykefravær Resultat: 9,5 % Mål: 5,0 %
<b>5. Økonomi</b>		
KPI 5 Awik mot budsjett Resultat: 224 TNOK Mål: 0		

#### 1.4.10 Pasientdata per Seksjon

**Tabell 2.** Oversikt over rehabiliteringsseksjoner, hvor mange rehabiliteringsopphold vært gjennomført, unike pasienter som har gjennomført, andel kvinner og aldersfordeling (totalt).

		Gjennomført(n)	Unike (n)	Andel kvinner (%)	Alder Gj.snitt
<b>Nevrologisk rehabiliteringsseksjon</b>	2020	1064	729	47	54
	2021	1060	668	49	53
	2022	901	579	49	56
<b>Rehabiliteringsseksjon</b>	2020	751	558	53	51
	2021	821	594	48	51
	2022	614	454	50	51

## 2 Tilgjengelighet

### 2.1 Gjennomsnittlig ventetid

Sykehuset i Vestfold hadde i 2022 et måltall på gjennomsnittlig ventetid for nyhenviste på 50 dager. Måltallet for KFMR var 34 dager. Resultatet ved KFMR var samme år 56,5 dager. Dette er en økning på 13,5 dager fra 2021. De aller fleste pasienter som venter er henvist til Fysikalsk medisinsk poliklinikk.

Poliklinikk ved Fysikalsk medisinsk avdeling har lengre ventetider enn måltallene. Selv om ventetiden er lengre enn ønsket er ventetiden innenfor hva som ansees som medisinsk forsvarlig. Pasienter som prioriteres vil få time tidligere. Poliklinikken har få fristbrudd. Fristbrudd er med på å indikere at pasienter ikke blir tilsett innen fristen legen har satt. Fristen for start behandling/utredning er basert på medisinsk tilstand og er med på å indikere hva som er faglig forsvarlig. Det er flere årsaker til at ventetiden ligger noe høyere i 2022 enn måltallene. Klinikken har mottatt flere gjestepasienter fra Telemark grunnet lavere kapasitet ved Sykehuset i Telemark og det er fortsatt et etterslep etter koronaårene der kapasiteten var lavere. Det arbeides kontinuerlig med å få ventetidene ned og innenfor måltallene. Dette gjøres ved:

- Bedre kapasitetsutnyttelse på tvers av seksjonene.
- Tydeligere prioritering av pasienter.
- Jobbglidning.

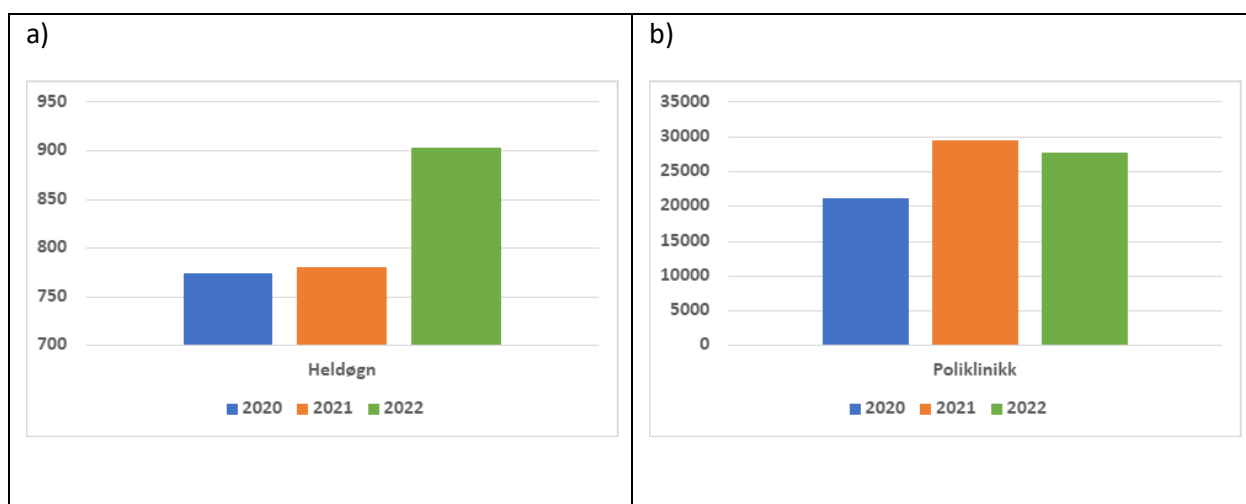
## 3 Døgnopphold og poliklinisk aktivitet

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

Måltallet for antall døgnopphold var i 2022, 975 opphold. Resultatet for samme år var 903 opphold. Dette en økning fra 2021, hvor det var 780 opphold. Rehabiliteringsavdelingen har de seneste årene ikke oppnådd det antall døgnopphold/utskrivelser som er satt som måltall. Det vurderes at måltallet sannsynligvis er for høyt. Årsakene til dette er flere. Det er vanskeligheter med å få belagt alle senger

til enhver tid, bla grunnet at en stor andel opphold endres på kort varsel etter ønske fra pasient. Det er en økt andel pasienter med komplekse medisinske problemstillinger som krever større andel av tilgjengelige ressurser. Videre er det slik at det er ulik grad av måloppnåelse for sengepostene. Det er behov for å se på den totale aktiviteten ved Rehabiliteringsavdelingen og vurdere hvordan ressurser på tvers av seksjoner kan utnyttes på en mer hensiktsmessig måte.

I 2022 ble det gjennomført 27 734 polikliniske konsultasjoner i klinikken. Dette er 1391 færre polikliniske konsultasjoner enn målsetningen på 29 125. Det er flere årsaker til at det ble gjennomført færre polikliniske konsultasjoner enn målsetningen i 2022. Noe lavere aktivitet knyttet til utredninger gjort av leger skyldes lavere bemanning deler av året. En del av årsaken til lavere aktivitet skyldtes også redusert aktivitet på Helse og arbeid. Den reduserte aktiviteten på Helse og arbeid skyldes færre henvisninger fra pasienter med psykiske lidelser, redusert bemanning og utfordringer i arbeidsfordelingen mellom seksjonene.



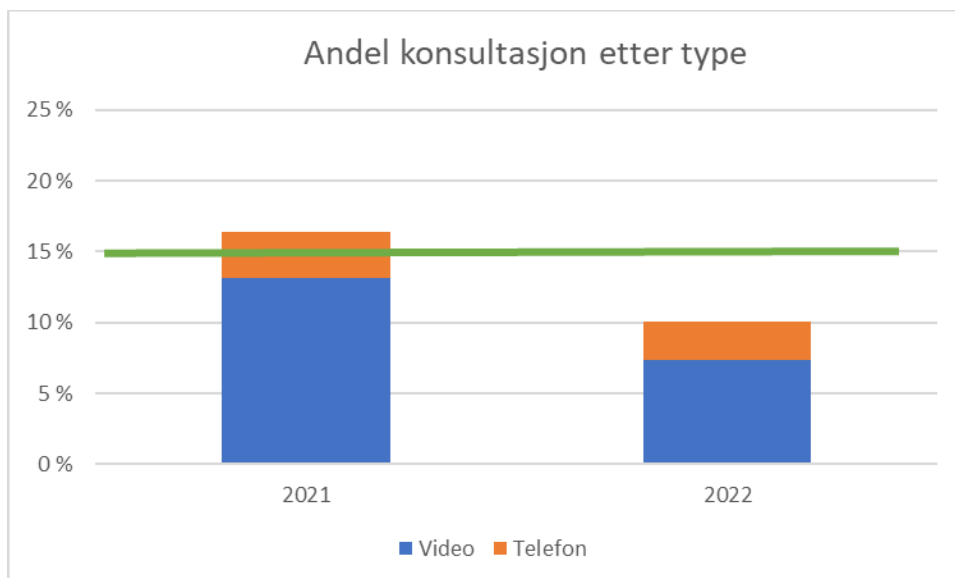
**Figur 1.** Figuren viser antall utskrivelser fra a) heldøgn rehabilitering og b) antall polikliniske konsultasjoner for de tre siste år.

### 3.1 Video- og telefonkonsultasjoner

I løpet av 2022 ble det gjennomført 27 734 polikliniske konsultasjoner. Av disse ble 10 % gjennomført over video eller telefon. Det er 5 % under målsetning på 15 % satt av Helse Sør-Øst.

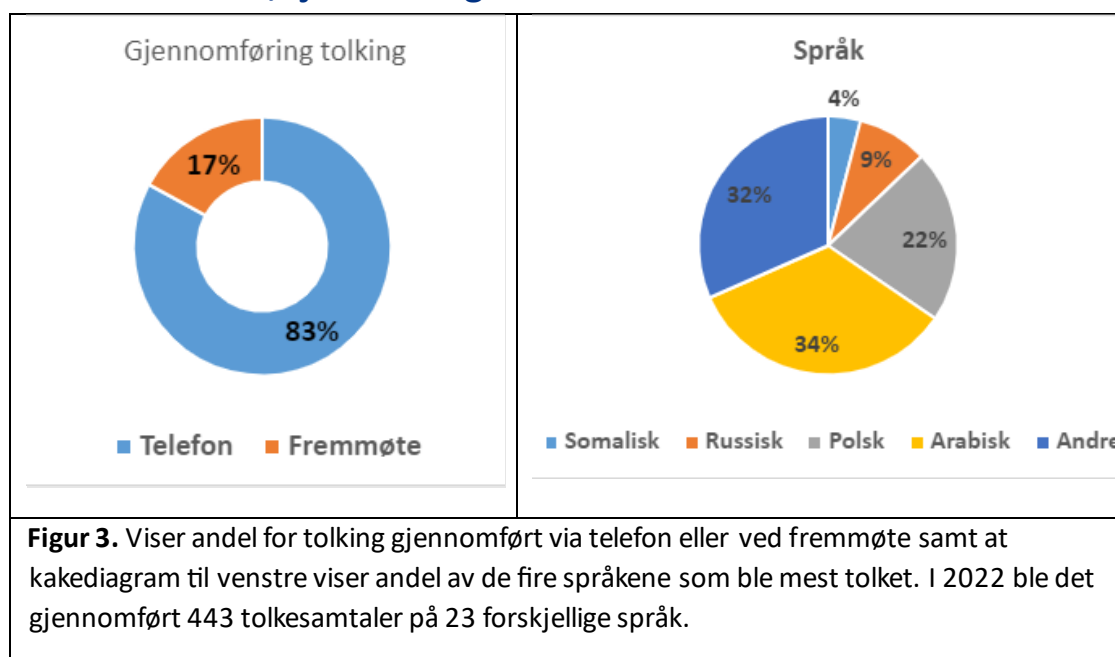
Ved fysikalsk medisinsk avdeling gjøres det en rekke utredninger, de fleste av disse krever en fysisk undersøkelse. Disse undersøkelsene er vanskelig å gjøre faglig godt digitalt. De fleste pasienter som følges opp for utmattelsestilstander eller langvarige smerter vil få tilbud om oppfølging pr. video.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

Ved Rehabiliteringsavdelingen består de polikliniske konsultasjonene hovedsakelig av pasienter med komplekse problemstillinger der behovet for døgner rehabilitering skal vurderes. Disse vurderinger krever et fysisk møte mellom pasient og behandler. Dermed er video-/telefonkonsultasjon i mange tilfeller ikke et reelt alternativ, og målet om 15 % oppnås ikke.



**Figur 2.** Viser andel av polikliniske konsultasjoner fordelt på år, etter om det var over video eller telefon.

### 3.2 Bruk av tolk, fjerntolkning



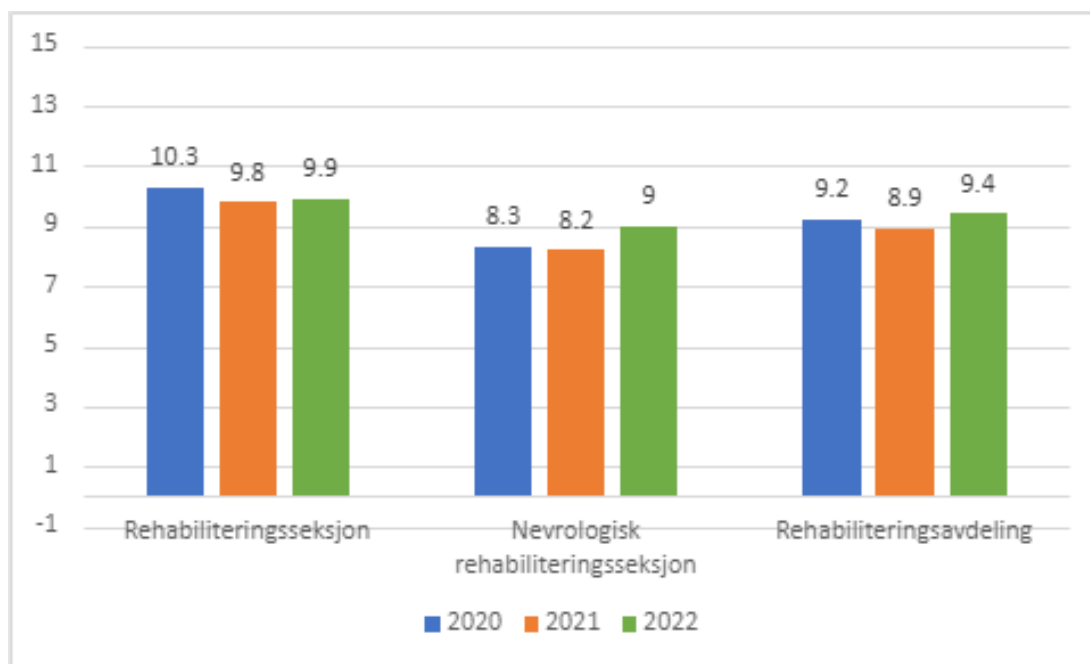
### 3.3 Passert planlagt tid for pasientavtaler

KFMR har en målsetning om at 100 % av avtaler skal gjennomføres innen avtalt tid. I 2022 var dette resultat 98,8 % (en økning fra 2021). Med dette resultat vurderes det som at målsetningen er oppnådd.

## 4 Effektivitet

### 4.1 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.



**Figur 4.** Viser gjennomsnitt liggetid på avdeling og fordelt på seksjon.

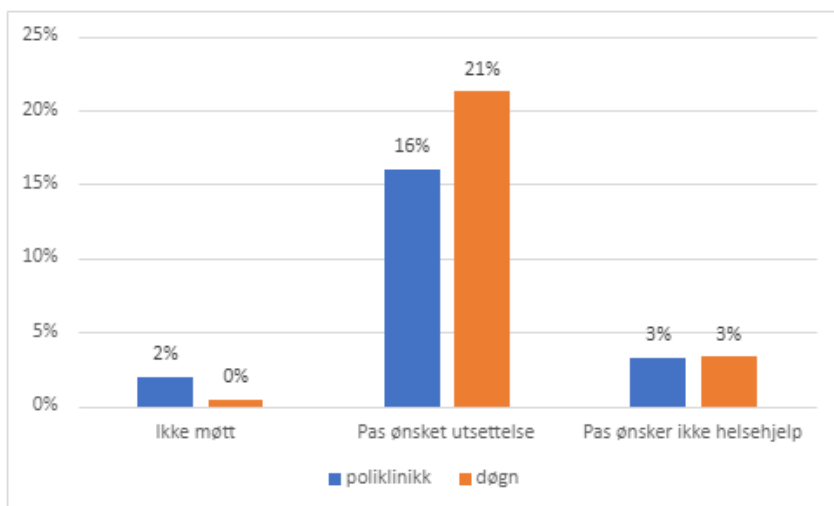
### 4.2 Pasienter «ikke møtt» “ønsket utsettelse” og “ønsker ikke helsehjelp”

En relativt stor andel pasienter gjennomfører ikke rehabiliteringsoppholdet til den tid som opprinnelig ble avtalt (Figur 5.). Pasienter møter ikke opp, gir beskjed om endring av avtale med kort varsel, eller ønsker ikke det avtalte tilbudet. Dette er en utfordring for avdelingen da det vanskelig lar seg gjøre å kalle inn en ny pasient, med like langt opphold, på kort varsel. Dette kan medføre at det er tilstede mer personalressurser enn det egentlig er behov for i en gitt periode. Det er iverksatt tiltak, som å ringe å minne pasienten på avtale etc, men dette har kun fanget opp noen pasienter.

Ca 25 prosent av de polikliniske pasientkontaktene som ble avtalt i 2022 ble ikke gjennomført til avtalt tid. Dette kan ha ulike årsaker. Enkelte pasienter ønsker ikke helsehjelp (3 %), ca 2 % møter ikke opp til oppsatt time uten å gi beskjed om dette på forhånd. Den største andelen skyldes likevel at pasientavtalen flyttes. Årsaken til dette kan være at pasientene ikke kan til avtalt tid eller at sykehuset

er nødt til å flytte avtalen grunnet fravær av behandler eller omprioriteringer. Flytting etter pasientens eget ønske utgjør den største delen av dette.

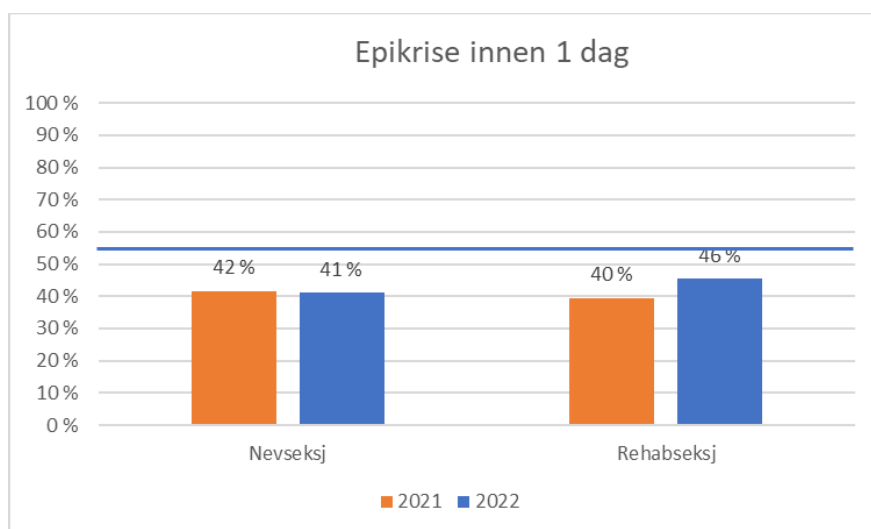
Pasientavtaler som ikke ble gjennomført til planlagt tid utgjør et relativt stort tap av produksjon. Det brukes betydelig merkantile ressurser på planlegging og administrasjon av pasientavtaler. Dette kan reduseres dersom flere møter til først forespeilet time. Den største utfordringen er likevel at ca 2 % ikke møter til timen uten å gi beskjed på forhånd. Da er det avsatt behandlerressurser som kunne ha vært utnyttet til andre pasienter.



**Figur 5.** Viser andel av pasienter fordelt på poliklinikk og døgnbasert rehabilitering som ikke gjennomfører det avtalt kontakt med klinikken som først avtalt.

### 4.3 Epikrise sendt innen én dag

KFMR har en målsetning om at 55 % av alle epikriser skal være sendt ut innen en dag. I 2022 var resultatet på 43 %. Det er flere fagprofesjoner som gjennom sin dokumentasjon legger et grunnlag for legens epikrise. Å etablere en praksis som sikrer at den tverrfaglige dokumentasjonen er ferdigstilt ved utskrivning er et kontinuerlig arbeid. Ikke planlagt fravær hos leger er også en utfordring for ferdigstillelse av epikriser innen en dag.



**Figur 6.** Viser andel epikriser sendt innen 1 dag fordelt på seksjoner på Rehabiliteringsavdelingen.

## 5 Effekt

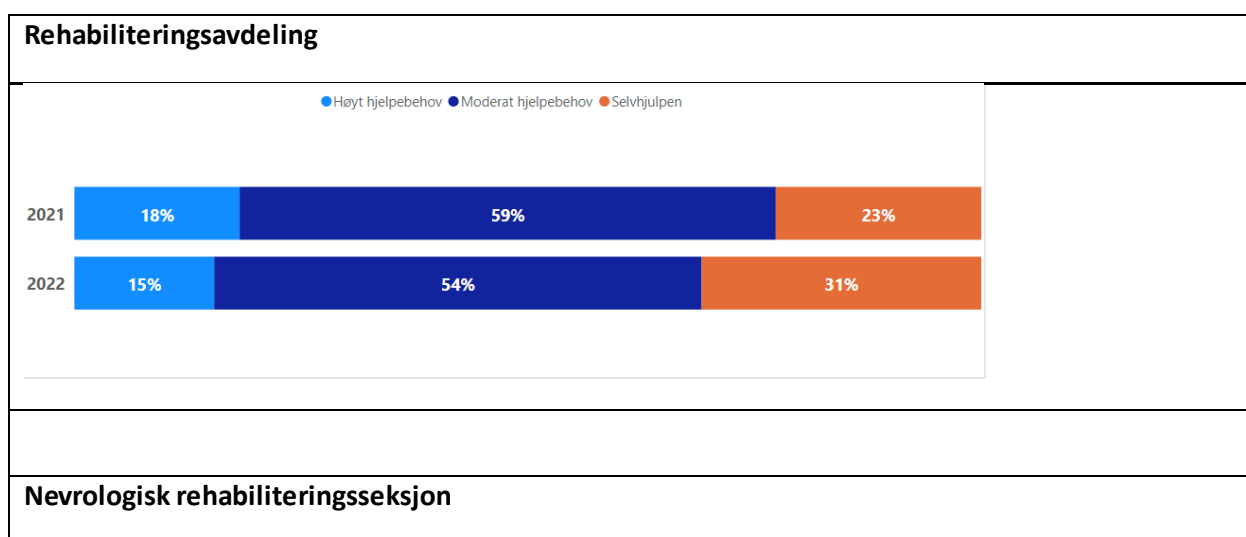
### 5.1 Barthel Index 20 – BI-20

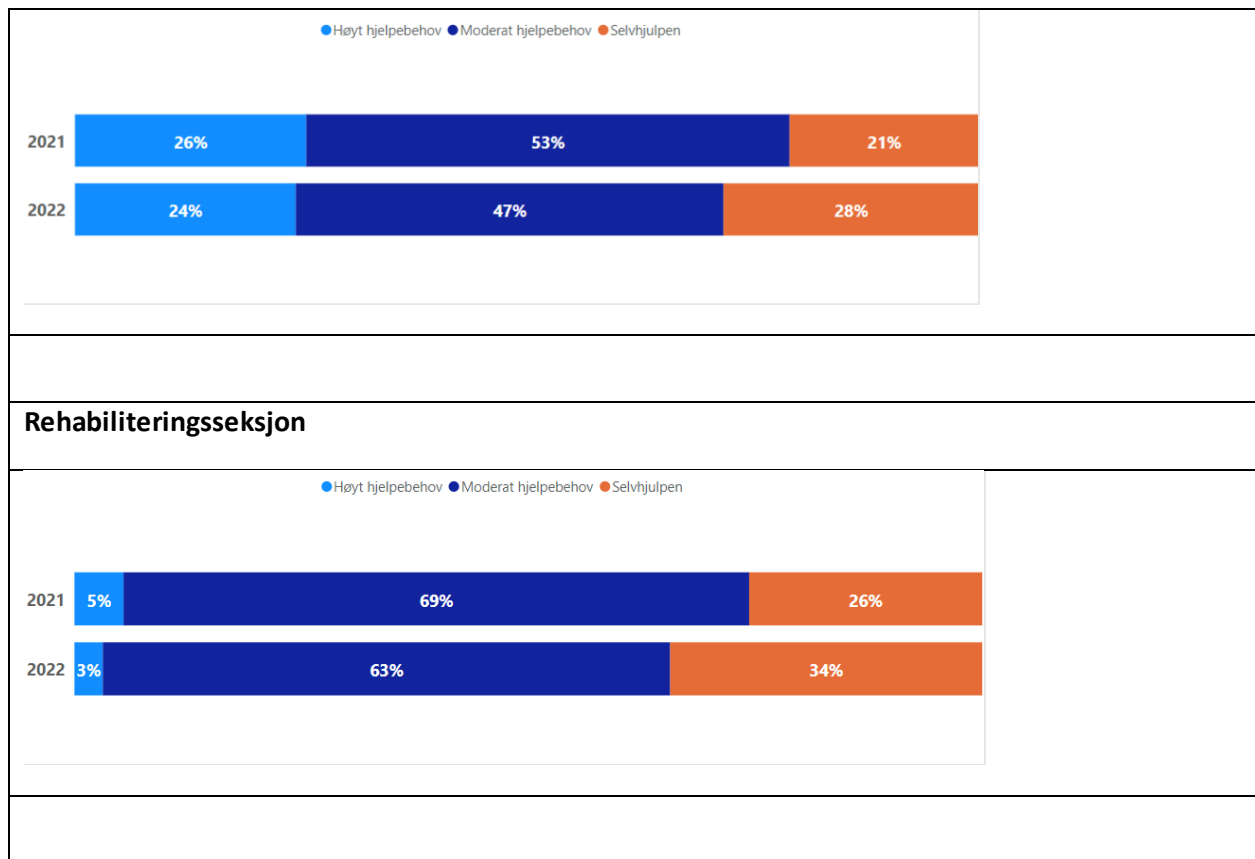
Barthel Index 20 er et vurderingsskjema for aktivitet i dagliglivet (ADL), funksjonell mobilitet og gange som benyttes på pasientene som er innlagt på rehabiliteringsavdelingen. Det er beregnet brukt på voksne med ulike diagnoser og fysiske funksjonsnedsettelse. Skåringskjema består av ti ferdigheter som adderes opp til en sumskåre mellom 0 og 20. Skårer 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.
- Påkledning: 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 selvhjulpen.

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 selvhjulpenhet og hjelpebehov.





**Figur 7.** Viser andel av pasienter som vurderes til å være ha høyt eller moderat hjelpebehov eller er selvhjulpne i aktivitet i dagliglivet (ADL), funksjonell mobilitet og gange.

I perioden 2021 til 2022 ses en økning i andel pasienter som er selvhjulpne i ADL. Det er vanskelig å si om dette er representativt for pasientgruppen på Rehabiliteringsavdelingen eller om dette er et resultat av registreringspraksis og hvilke pasienter som svarer.

Videre utvikling må følges og det må ses i sammenheng med pasientkategorier og svar. Registreringspraksis må undersøkes.

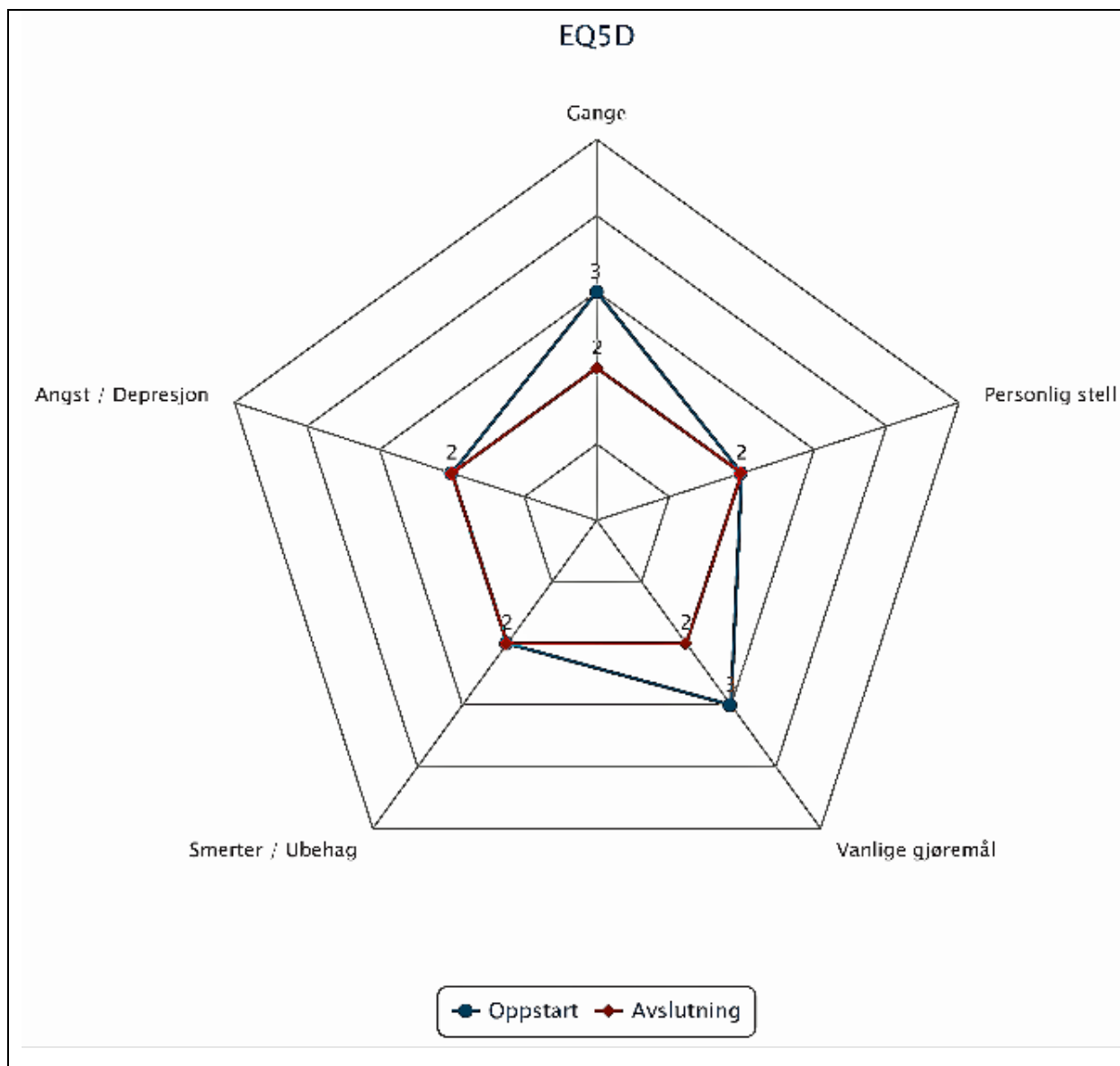
## 5.2 EQ-5D – opplevd livskvalitet og fysisk funksjon

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

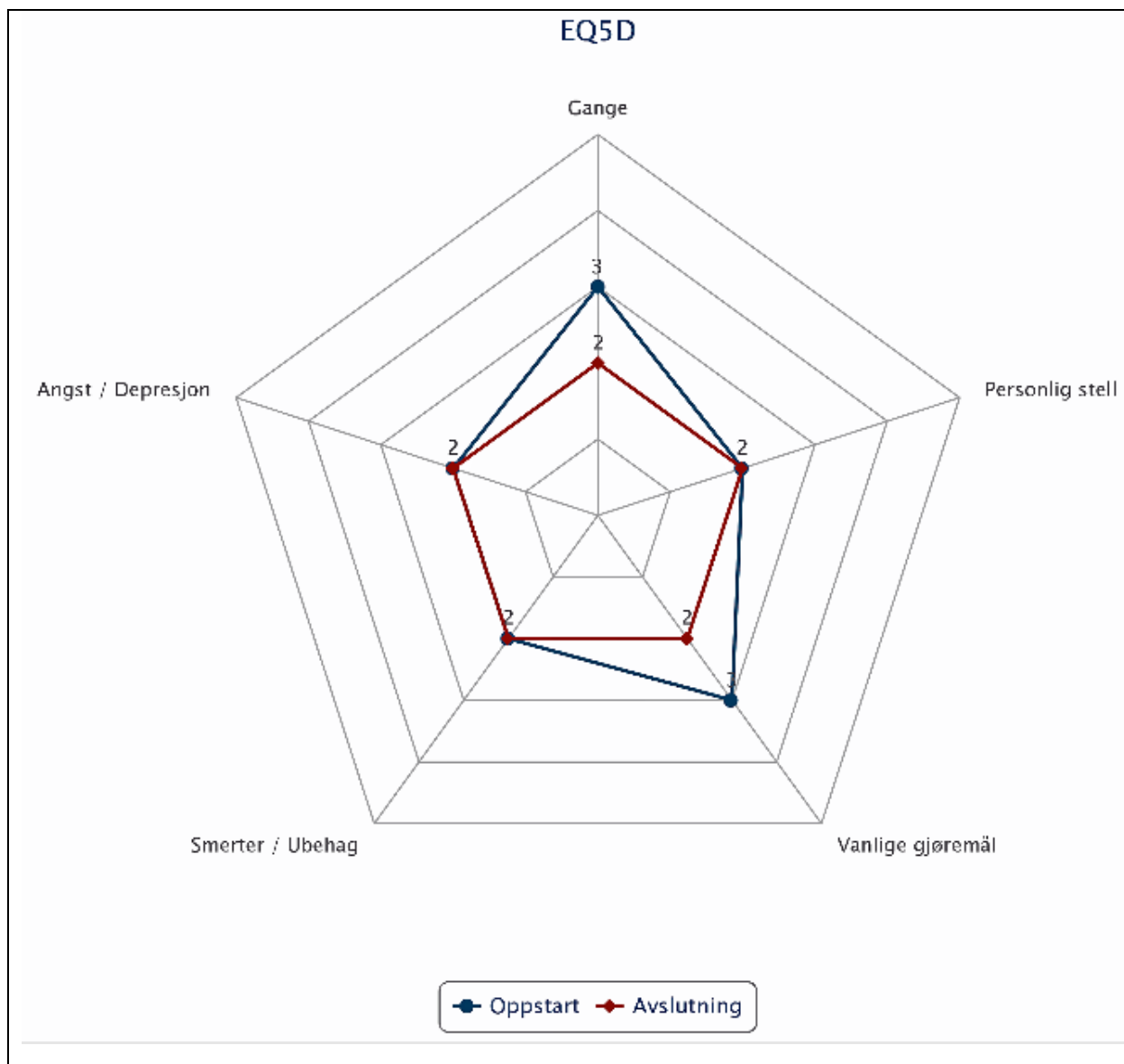
I EQ-5D-5L vurderer pasientene sin funksjon på fem sentrale områder for helse relatert livskvalitet. I Figur 7. - 9. viser en grafisk fremstilling av hvordan pasientene skårer seg ved oppstart og avslutning av rehabiliteringsoppholdet.

For Rehabiliteringsavdelingen under ett er det ved innkomst oppgitt størst utfordringer på områdene vanlige gjøremål, gange. Ved utreise er det registrert bedring på disse områdene. (figur 7).



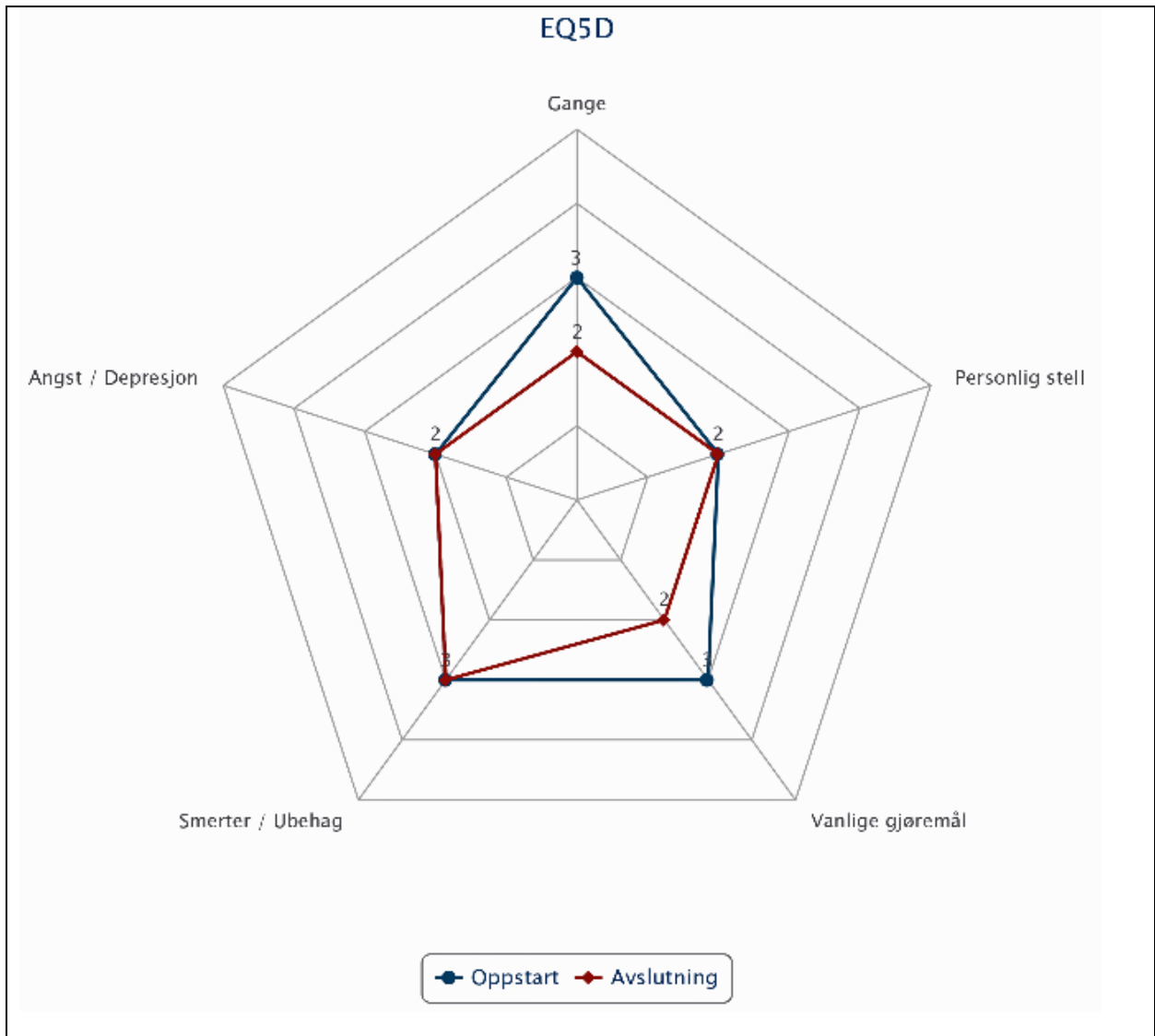


**Figur 8.** Viser gjennomsnitt skår på EQ-5D-5L for Rehabiliteringsavdelingen.



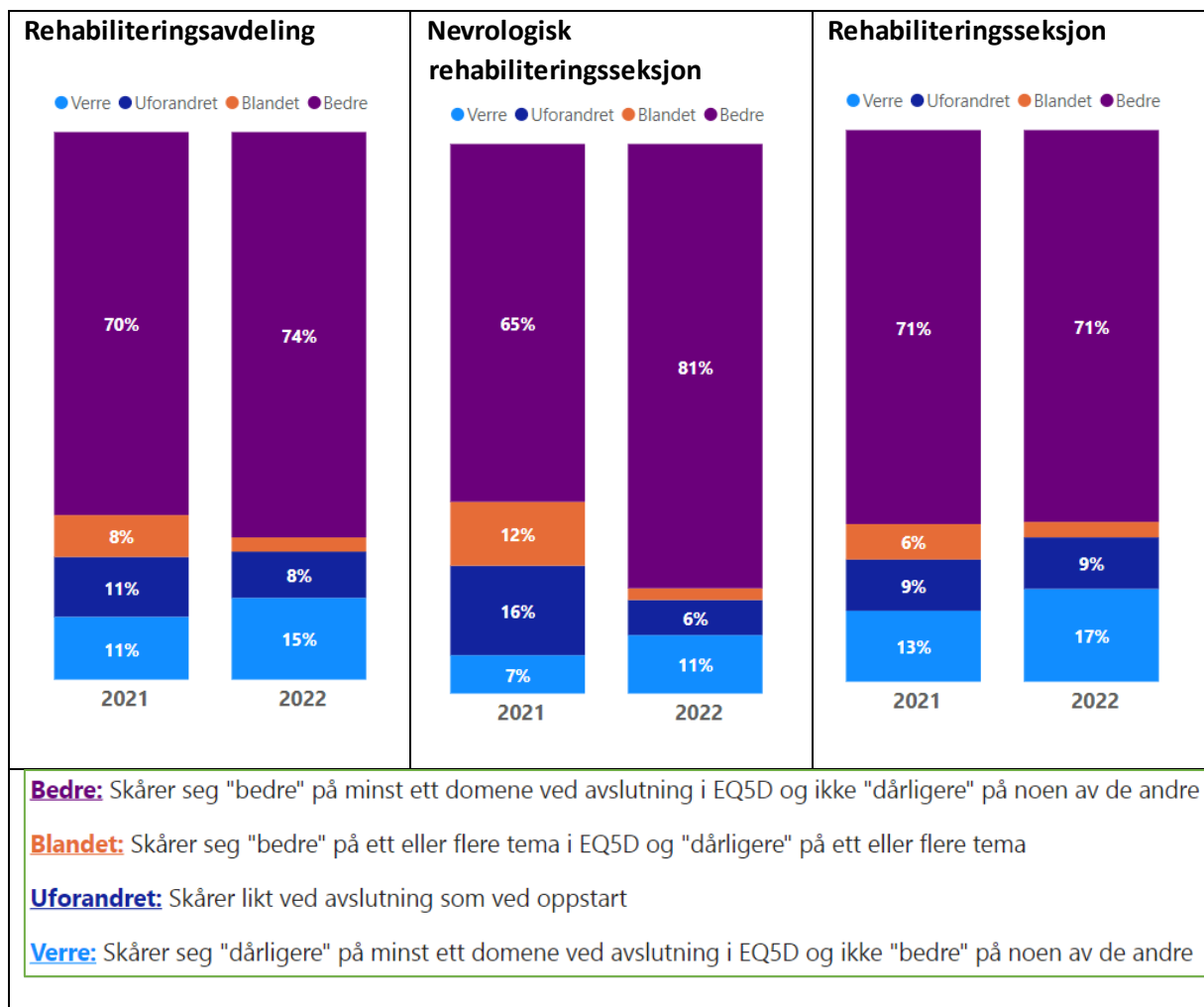
**Figur 9.** Viser gjennomsnitt skår på EQ-5D-5L på Neurologisk rehabiliteringsseksjon

På Neurologisk rehabiliteringsseksjon er det i hovedsak pasienter med hjerneslag som har blitt inkludert. Det er på områdene "gange" og "vanlige gjøremål" som pasienten angir størst utfordring ved oppstart, det er også på disse områdene de sees størst bedring i skår ved avslutning (figur 8).



**Figur 10.** Viser gjennomsnitt skår på EQ-5D-5L Rehabiliteringsseksjon

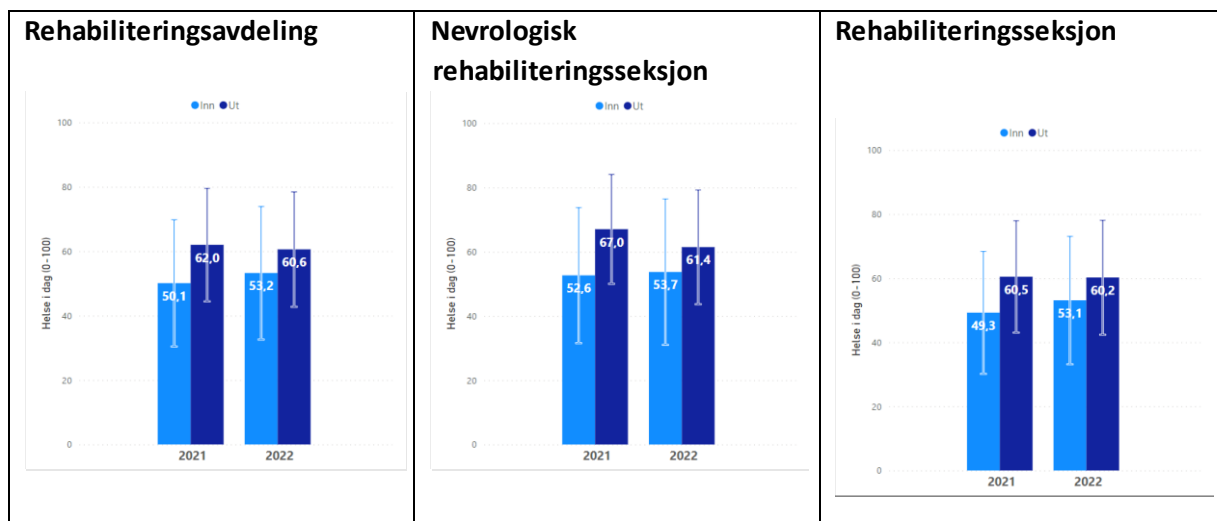
På Rehabiliteringsseksjonen angir pasientene størst utfordring på områdene “gange”, “smerter/ubehag” og “vanlige gjøremål” ved oppstart av oppholdet. På områdene “vanlige gjøremål” og “gange” er det registrert en bedring ved utreise. På området “smerter/ubehag” er det ikke registrert noen endring fra innkomst til utreise (figur 9). Dette må analyseres grundigere, for å finne årsak og sette tiltak.



**Figur 11.** Viser endring i EQ-5D-5L skår. Endringene kategoriseres i 4 kategorier, disse er beskrevet i tekst i figuren.

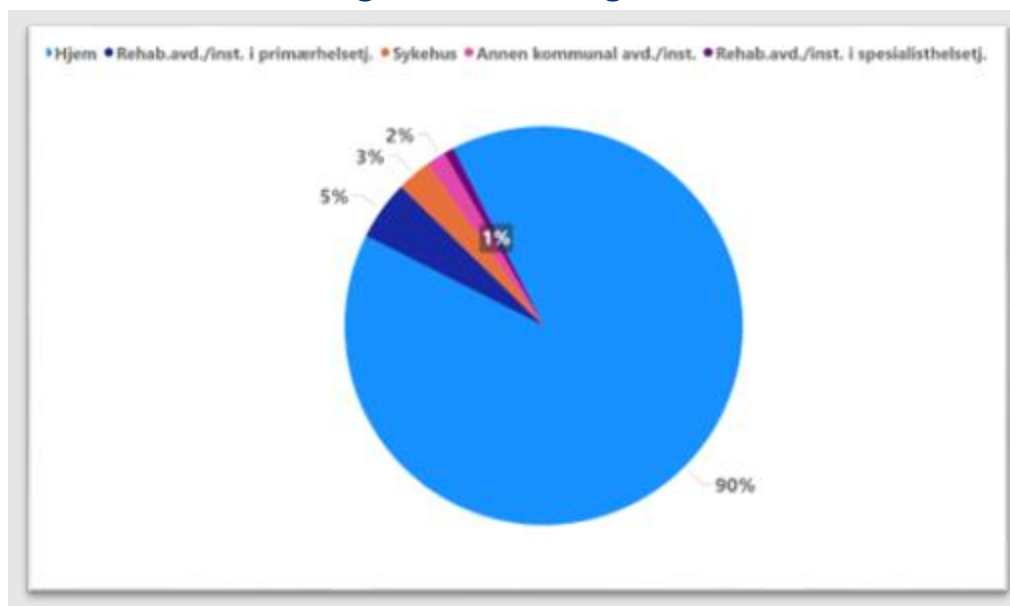
Hovedparten av pasientene oppgir en bedring etter endt rehabiliteringsopphold. Fra 2021 til 2022 er det en svak økning i andelen som skårer seg som "verre" etter endt opphold. For å kunne trekke noen konklusjoner av dette så må det undersøkes ytterligere hvilke pasienter/problemstillinger som dette baserer seg på, om det er et eller flere domene som utpeker seg, og det må undersøkes i hvilken grad pasienten får informasjon som gir realistiske forventinger til oppholdet.

Det er gjort en journalgjennomgang av de 7 pasienter som i 2022 skåret seg som verre ved utskrivning. Samtlige av disse var multisyke pasienter med store somatiske og/eller psykiske helseutfordringer. De hadde komplekse og krevende sykehusopphold med reinnleggelse på akuttsykehus. På bakgrunn av det lave antallet pasienter dette baserer seg på, og de spesifikke problemstillinger dette handler om, så vurderes det ikke som hensiktsmessig å iverksette noen spesifikke tiltak per nå.



**Figur 12.** Viser gjennomsnitt for pasientens skår på spørsmål om hvordan de vurderer sin helse i dag på VAS-skala som går fra 0 til 100, der 0 betyr verst tenkelig helse og 100 er beste helse. Pasientene vurderte sin helse til henholdsvis 53,2 ved innkomst og 60,6 ved utreise (Fig. 11). Denne bedringen er noe mindre enn fjorårets (2021: fra 50,1 til 62,0).

### 5.3 Utskrivelse fra døgnerhabilitering



Figur 13.

## 6 Pasientsikkerhet

### 6.1 Meldte avvik og uønskede hendelser

EQS er sykehusets elektroniske system for registrering og behandling av avvik og uønskede hendelser. Klinikken har fokus på at hendelser skal meldes, at det i behandlingen av hendelser er systemfokus og ikke personfokus, samt at ansatte skal ivaretas når de har meldt fra om en uønsket hendelse.

### 6.1.1 Pasienthendelser

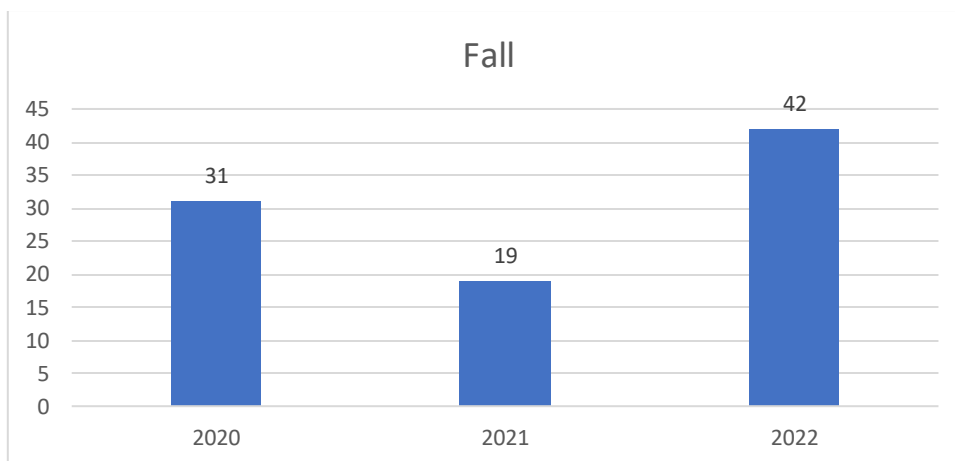
I 2022 ble det meldt 158 uønskede hendelser knyttet til pasient. Det er færrest registrerte hendelser i juni, juli og september. I juni og juli er det ferieavvikling med færre pasienter, samt ferievikarer, noe som kan forklare at det er noe redusert antall her.

Antall pasienthendelser pr måned, fordelt på hovedkategori:

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
<b>Ikke ferdigbehandlet</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
<b>2.1 Pasientadministrasjon</b>	4	4	10	1	2	1	0	1	0	0	1	6	<b>30</b>
<b>2.2 Diagnostikk/utredning</b>	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	0	<b>5</b>
<b>2.3 Behandling og pleie</b>	3	3	3	2	2	1	0	2	0	4	2	1	<b>23</b>
<b>2.4 Fall og uhell</b>	8	3	9	2	4	3	2	6	2	8	5	1	<b>53</b>
<b>2.5 Dokumentasjon/ informasjon</b>	3	1	1	2	2	0	0	2	1	0	4	3	<b>19</b>
<b>2.7 Legemidler</b>	1	1	4	2	3	1	3	0	1	2	5	1	<b>24</b>
<b>2.8 Medisinsk utstyr</b>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>2.9 Pasientatferd</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	<b>2</b>
<b>Sum</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>27</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>158</b>

### 6.1.2 Fallhendelser - pasient

Figuren under viser antall fall i klinikken de tre siste år. I klinikkens avvikssystem sees det en økning i antall registrerte fall. Det har vært gjort systematisk arbeid i klinikken for å øke antall registrerte hendelser.



Figur 13.

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.

#### Fall kategoriseres etter hvordan type fall det er

Fall	2020	2021	2022
Behandlingsutstyr	0	1	
Dusj badekar	0	1	
Gikk med støtte av en person	1	1	
Gulv	4	2	
Seng	1	1	
Stol/rullestol	10	5	
Toalett	3	2	
Trapper/dørstokker	2	2	
Utendørs	5	2	
Liggende fall uten tilsyn			1
Sittende fall under tilsyn			5
Sittende fall uten tilsyn			8
Stående/gående fall under tilsyn			10
Stående/gående fall uten tilsyn			17
Annen type fall	5	2	1

#### 6.1.3 HMS/andre hendelser

Antall HMS/andre hendelser registrert i 2022 var 46. Det er registrert 33 hendelser på Rehabiliteringsavdelingen, 2 på Fysikalsk medisinsk avdeling og 11 på Fysio- og rehabiliteringsavdelingen.

For Rehabiliteringsavdelingen er det meldt i mange ulike kategorier, f.eks at pasienter ikke spriter hendene, at det er feil på CRP-apparat og at det ikke er nok mat til pasientene. Det er flere leger som har meldt HMS-avvik, dette er knyttet til for høy arbeidsbelastning og oppgaver de ikke får gjort. Årsaken er manglende legedekning, og hurtig omrokking av leger. Tiltak er iverksatt og antall avvik redusert.

#### Utvikling hendelser siste tre år:

Enhet	2020	2021	2022
Stab*	4	3	0
Rehabiliterings-avdeling	38	25	33
Fysikalsk medisinsk avdeling	5	4	2
Fysio- og rehabiliteringsavdeling	10	7	11
Sum	57	39	46

\*I stab ligger Kontorseksjonen og Forskning- og utviklingsseksjonen.

**Fordeling av hendelser pr kategori pr år:**

Kategori	2020	2021	2022
1 Administrasjon/ Økonomi/ Ledelse/ Opplæring	19	11	
1 Avfallshåndtering	0	1	
10 Mat og Drikke	3	1	
11 Renhold	1	0	
12 Sikkerhet	1	3	
14 Utstyr og bygning	4	2	
15 Utstyr, engangsutstyr	0	1	
2 Avfall	0	1	
3 Brannvern	7	0	
4 Elektromedisinsk utstyr (MTU)	1	0	
4 Fysisk arbeidsmiljø	2	2	
5 Organisatorisk/Psykososialt	3	7	
6 IKT	1	5	
6 Smittevern (inkl stikkskade)	3	1	
7 Informasjonssikkerhet / personvern	4	1	
8 Innkjøp/vareleveranse	7	2	
8 Utstyr / bygning	1	0	
9 Vold / trusler / utagerende	2	1	
Arbeidsutstyr			2
Bygg og uteområde			2
Fysisk arbeidsmiljø			1
Fysisk sikkerhet			5
IKT/informasjonssikkerhet/personvern/e-helse			1
Organisatoriske forhold			19
Psykososiale forhold			5
Smittevern			3
Vareleveranse/tjenester/logistikk			5
Vold/ trusler/utagerende adferd			3
Sum	59	39	46

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

**Ansattskade eller ikke i 2022?**

Ansattskade?	Ja	Nei
Rehabiliteringsavdeling	7	26
Fysisk medisinsk avdeling	1	1
Fysio- og rehabiliteringsavdeling	1	10

Ansattskade skal registreres når så er skjedd. Det er registrert at enkelte ansatte klikker nei på ansattskade til tross for at de har stukket seg på sprøytespiss eller vært utsatt for vold og trusler. Det pågår et arbeid i sykehuset for å forbedre skjemaet for å unngå at hendelser med skade på ansatt kodes som ikke skade.



## 6.2 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

## 6.3 Antibiotikaforbruk

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

	Antall pas med AB	% pasient med AB	Antall pasienter
Februar 2021	2	5,7	35
Mai 2021	0	0	19
September 2021	0	0	19
November 2021	2	7,7	26
Februar 2022	1	4,2	24
Mai 2022	0	0	27
September 2022	1	3,4	29
November 2022	1	5,9	17

## 6.4 Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner

I henhold til Forskrift om Norsk overvåkingsystem 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 og 2022 viser resultatene at KFMR ikke har noen helsetjenesteassosierte infeksjoner.

## 7 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.

## 7.1 Svarprosent



Svarprosenten på Si Din Mening er lav. Rehabiliteringsseksjonen hadde 614 gjennomførte opphold i 2022, og 108 svar. Nevrologisk rehabiliteringsseksjon hadde 901 opphold og 8 svar.

Fysisk medisinsk poliklinikk hadde 12552 besøk i 2022, Helse og Arbeid hadde 3003.

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 opp startdato for dette.

## 7.2 Pasient og pårørendeklager

I 2022 ble det registrert 30 klager til KFMR. 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 de er registrert og hva de er knyttet til:

Måned klage mottatt	Henvising - avslag	Journal	Behandling	Ventetid	Sum
Januar 2022	1	0	0	1	2
Februar 2022	2	0	0	2	4
Mars 2022	4	0	0	2	6
April 2022	1	0	0	1	2
Mai 2022	3	0	0	2	5
Juni 2022	0	0	0	1	1
August 2022	1	1	0	0	2
September 2022	0	0	2	3	5
November 2022	1	0	0	1	2
Desember 2022	0	0	1	0	1
Sum	13	1	3	13	30

## 8 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 2022, tabell 1, at klinikken har høy måloppnåelse innenfor mange av indikatorene. 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.