

# Kvalitetsrapport 2022



SUNNAAS SYKEHUS



## Innhold

Innledning.....	3
Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid .....	3
Brukermedvirkning.....	5
Måloppnåelse for utvalgte indikatorer .....	5
Pasientdata per rehabiliteringsprogram .....	7
1 Tilgjengelighet .....	9
1.1 Gjennomsnittlig ventetid.....	9
1.2 Utskrivelser heldøgn og poliklinikk.....	10
1.3 Video -og telefonkonsultasjoner .....	11
1.4 Bruk av tolk, fjerntolking .....	12
1.5 Passert planlagt tid for pasientavtaler .....	13
2 Effektivitet .....	13
2.1 Gjennomsnittlig liggetid per program .....	13
2.2 Pasienter «ikke møtt» til poliklinikk .....	14
2.3 Epikrise sendt innen en dag.....	15
3 Effekt .....	16
3.1 Function Independence Measurement – FIM.....	16
3.2 Promdata EQ5D – opplevd livskvalitet og fysisk funksjon.....	19
3.3 Utskrivelse fra primærrehabilitering per program.....	20
4 Pasientsikkerhet .....	21
4.1 Ikke-planlagte overføringer pr. program.....	21
4.2 Fallhendelser .....	22
4.3 Risikoscreening.....	23
4.4 Antibiotikabruk.....	23
4.5 Prevalens av helseassosiert infeksjoner .....	24
5 Pasienttilfredshet .....	24
5.1 Svarprosent .....	24
5.2 «Det ble utarbeidet mål for oppholdet med deg. Opplevde du å nå disse målene?» primærrehabilitering og korte opphold .....	25
5.3 «Alt i alt hvor fornøyd er du med oppholdet?» .....	26
5.4 Pasient og pårørendeklager .....	27
6 Oppsummering.....	27

## Innledning

Sunnaas sykehus HF er et spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering, og ett av elleve helseforetak i Helse Sør-Øst. De fleste pasientene kommer fra region Sør-Øst. I tillegg tar sykehuset imot pasienter fra hele landet og samhandlet med 230 kommuner i 2022. Med utgangspunkt i de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt legger Sunnaas sykehus også til følgende egne verdier profesjonalitet, engasjement og glede.

Sunnaas sykehus tilbyr høyspesialisert rehabilitering til pasienter med ryggmargsskade, hjerneskader, hjerneslag, multitraumer, kognitive utfordringer, smertetilstander, alvorlige brannskader, nevrologiske sykdommer og sjeldne medfødte diagnoser. Det kliniske tilbudet er organisert som sengebasert, ambulant og poliklinisk, oppmøte og digitalt. Rehabiliteringstilbudet gis i ulike faser etter at skaden eller sykdommen har oppstått. Sykehuset har livslangt oppfølgingsansvar for enkelte av målgruppene.

## Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Sunnaas sykehus skal bidra til et likeverdig tjenestetilbud, ivareta kvalitet og pasientsikkerhet og sikre at ressursene blir utnyttet best mulig.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, nasjonal handlingsplan og regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring danner rammeverk for kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet. I tillegg har vi 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 flere rehabiliteringsprogram i tillegg til systemene på virksomhetsnivå.

CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram

- Inpatient Rehabilitations program- Adults
- Inpatient Rehabilitations program- Pediatric Specialty Programme
- Inpatient Rehabilitations program- Brain Injury Programme, Adults
- Inpatient Rehabilitations program- Brain Injury Programme, Pediatric Specialty Programme
- Inpatient Rehabilitations program- Spinal Cord Specialty Programme, Adults
- Inpatient Rehabilitations program- Spinal Cord Specialty Programme, Pediatric Specialty Programme
- Inpatient Rehabilitations program- Stroke Specialty Programme Adults
- Interdisciplinary Outpatient Medical Rehabilitation Program- Brain Injury Specialty Program Adults
- Interdisciplinary Outpatient Medical Rehabilitation Program-Spinal Cord Specialty Programme Adults
- Interdisciplinary Outpatient Medical Rehabilitation Program- Stroke Specialty Programme Adults

### **Nytt helhetlig kvalitetssystem og Sunnaas kvalitetsregister**

I 2022 er nytt helhetlig digitalt kvalitetssystem innført. Systemet inkluderer modulene dokumentstyringssystem og system for uønskede hendelser. På sikt vil også flere moduler for revisjoner, risikostyring og handlingsplaner implementeres. Dette vil gjøre arbeidet med kvalitet og god virksomhetsstyring enklere og bedre. Et annet satsingsområde er det planlagte arbeidet med Sunnaas kvalitetsregister som tas i bruk i 2023. Systematisk registrering av data med god kvalitet vil gjøre arbeidet med analysing av resultatinformasjon bedre, og vil være en støtte for videre forbedringsarbeid.

### **Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet**

Arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng er viktig og under utvikling. I 2022 innførte sykehuset nytt helhetlig forbedringssystem som danner grunnlag for bedre å kunne se HMS-aspekt og pasientsikkerhet i sammenheng, finne årsaker til hvorfor hendelsen oppstår slik at man kan iverksette riktige tiltak. I 2023 etableres nye fora for å se sammenhenger og samhandle tettere om arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Årlig gjennomføres en analyse av alvorlige-betydelige uønskede hendelser. Analysen gir oversikt over de betydelige pasientrelaterede hendelsene, medarbeiderrelaterede og driftsrelaterede hendelser som er rapportert i meldesystemet for uønskede hendelser. Analysen for 2022 viser at en reduksjon av meldte betydelige hendelser sammenlignet med tidligere år. I 2022 ble det bare registrert 2 betydelige hendelser mot 11 betydelige hendelser i 2021. Noe av årsaken til nedgangen kan være arbeidet med mer korrekt kategorisering av alvorlighetsgrad etter veiledning fra norsk kodeverk for uønskede hendelser(NOKUP). Lederinvolvering og oppfølging av uønskede hendelser er viktige kriterier for å få dette til. Uønskede pasienthendelser blir diskutert på alle ledermøter, og det er økt fokus på læringsverdi på systemnivå. Kontinuerlig arbeid med god meldekultur er viktig, spesielt innenfor kategorier det meldes mindre på. Trygge ansatte og åpenhet om hendelser er sentralt for å lære av og forbygge pasientskader.

### **Innsatsområder**

Pasientsikkerhetsarbeidet er forankret i Nasjonal handlingsplan og regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Sunnaas sykehus har fulgt innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7». Forbedringsarbeidet evalueres i egen virksomhet gjennom ledelsen gjennomgang.

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

**Antibiotikastyring** Forbruket av bredspektret antibiotika skal reduseres. Sykehuset hadde et økende forbruk av antibiotika i 2022. Denne negative utviklingen krever bedre oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer for antibiotika bruk. Målet for 2023 er at bredspektret antibiotika skal holdes på samme nivå eller lavere enn i 2019.

**Forbedringsvisitter** Alle kliniske avdelinger og enheter med pasienttilbud gjennomfører forbedringsvisitter årlig. Her møtes representanter fra den øverste ledelsen i sykehuset og helsepersonell i klinisk praksis til dialogmøter om pasientsikkerhet og annet forbedringsarbeid

**Internrevisjon** gjennomføres etter vedtatt revisjonsprogram. Internrevisjon er en egenkontroll med virksomhetsstyringen som skal bidra til å sikre at sykehuset følger interne og eksterne krav, reduserer risiko og identifiserer forbedringsområder.

## Brukermedvirkning

Sykehuset har både brukerutvalg og ungdomsråd. Utvalgene medvirker med utarbeidelse av målsetning, byggeplaner, utviklingsarbeid og strategiske prosesser i sykehuset. Brukerutvalget og ungdomsrådet fremmer synspunkter og saker som kan forbedre pasienttilbudet til voksne og unge brukere. Sykehuset arrangerer pasientallmøter og dialogmøter med brukerorganisasjonene som representerer pasientgruppene på sykehuset. I møte med den enkelte pasient tilbyr sykehuset tilpasset pasient- og pårørendeopplæring. Den regionale delstrategien for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring understøtter arbeidet med å øke brukermedvirkning i pasientarbeidet. Pasienter og pårørende skal involveres i avgjørelser gjennom hele rehabiliteringsprosessen. Sykehuset har ansatt flere erfaringskonsulenter som gjør et arbeid av stor verdi ved å bistå pasientene i rehabiliteringsprosessen.



## Måloppnåelse for utvalgte indikatorer

Resultatene i denne kvalitetsrapporten visualiseres gjennom bruk av «trafikklys» som grønn, gul og rød, *tabell 1*. Indikatorene, Key Performance Indicator (KPI) er målbare og viser utvikling rettet mot spesifikke mål, noe som gjør beslutningstakerne i stand til å vurdere måloppnåelse innen gitte rammer.

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>
KPI 1.2 a. Utskrivelser heldøgn: Resultat: 3076 stk. Mål: 2910 stk.	KPI 1.1 Ventetid Resultat: 55,5 d. Mål: <50 d.	
KPI 1.3 Video og telefonkonsultasjoner Resultat: 38% Mål: ≥30%	KPI 1.2 b. Polikliniske konsultasjoner Resultat: 9140 stk. Mål: 9600 stk.	
KPI 1.4 Bruk av tolk; fjertolking Resultat: 89% Mål: ≥70%		
KPI 1.5 Passert planlagt tid Resultat: 4% Mål: < 5%		
KPI 2.2 a. Pasienter ikke møtt poliklinikk Resultat: 1.8% Mål: ≤ 1,5% Grenseverdi: < 3%		
KPI 2.3 Epikrisetid. Andel epikriser sendt innen en dag Resultat: 78% Mål: 70%		
KPI 3.1 FIM Traumatisk hjerneskade Resultat: 21,3 poeng Mål: >20 poeng	KPI 3.1 FIM Ryggmargsskade voksne Resultat: 17,3 poeng  Hjerneslag Resultat: 16,5 poeng  Ervervet hjerneskade barn og ungdom Resultat: 15,2 poeng.  Mål: >20 poeng	KPI 3.1 FIM Multitraume, brannskade og Guillain-Barré syndrom Resultat: 13,1 poeng Mål: >20 poeng
		KPI 4.2 Fall Resultat: 2,6 per 1000 seng Mål: ≤ 1,5 per 1000 seng
KPI 4.5 Prevalens av helseassosiert infeksjoner Resultat: 1,4% Mål: <3 %		KPI 4.4 Antibiotikabruk, reduksjon sammenlignet med 2012: Resultat: 25%. Mål: 30%
		Tilfredshet KPI 5.1 .Pasienttilfredshet, svarprosent Resultat: 44% Mål: ≥ 60%
KPI 5.3 Alt i alt hvor fornøyd er du med oppholdet Resultat: 91% Mål: >90 %	KPI 5.2 a. Pasienttilfredshet - måloppnåelse primær Resultat: 74% Mål: >75%	KPI 5.2 b. Pasienttilfredshet - måloppnåelse korte opphold Resultat: 55% Mål: >75%

**Tabell I** Oversikten viser forbedringsområdene sykehuset har valgt som nøkkeltall. For å vurdere grad av måloppnåelse er det avgjørende å definere måltall og grenseverdier for hver kvalitetsindikator. Oversikten viser bare de områder hvor sykehuset har definert grenseverdier for KPI=Key Performance Indicator.

## Pasientdata per rehabiliteringsprogram

Sykehuset bruker begrepet «primærrehabilitering» for den rehabiliteringen som gjennomføres rett etter akutt skade eller oppstått sykdom. Primærrehabiliteringsoppholdene har lenger varighet enn program som kontroll, vurdering og andre typer oppfølgingsopphold. I tabellene har vi fremstilt de ulike diagnosespesifikke rehabiliteringsprogrammene som pasientene har vært innlagt til.

Tabellene er inndelt i tilbud til voksne og tilbud til barn og ungdom 0-18 år. Det fremkommer hvor mange ganger hvert rehabiliteringsprogram har vært gjennomført og antall unike pasienter som har fått tilbud. Programmet kan være gjennomført flere ganger for samme pasient.

Når det gjelder kjønnsfordeling er tendensen at det er flere menn innlagt til rehabilitering enn kvinner. For voksne inneliggende varierer alder fra 19 til 87 år. Gjennomsnittsalder er 48 år per program. Prosentvis fordeling kvinner 42 prosent og menn 58 prosent.



**Voksne: Primærrehabilitering og smerterehabilitering**

Program spesifikk	Gjennomført	Unike pas.	Andel kvinner	Gj.snitt alder	Maks alder	Min alder	Median alder
Hjerneslag	127	127	33 %	54	75	22	56
Lette til moderate kognitive følgerknninger	152	150	47 %	47	71	19	49
Multitraume, nevrologi og brannskade	77	77	32 %	47	76	20	48
Ryggmargsskade	73	73	30 %	54	80	21	55
Smerte	45	40	67 %	48	72	21	48
Smerte - Hypermobilitet	106	92	94 %	39	77	19	37
Traumatisk hjerneskade	65	64	14 %	46	71	22	46

**Voksne: kontroll - vurdering - oppfølging – gruppe**

Program spesifikk	Gjennomført	Unike pas.	Andel kvinner	Gj.snitt alder	Maks alder	Min alder	Median alder
Hjerneslag	300	221	36 %	56	85	22	58
Lette til moderate kognitive følgerknninger	321	239	52 %	49	72	19	51
Multitraume, nevrologi og brannskade	96	90	46 %	50	81	19	53
Ryggmargsskade	534	487	30 %	52	85	19	54
Traumatisk hjerneskade	70	63	23 %	45	76	19	47

**Voksne: spesifikke rehabiliteringsprogram**

Program spesifikk	Gjennomført	Unike pas.	Andel kvinner	Gj.snitt alder	Maks alder	Min alder	Median alder
Arbeidsevne	102	98	47 %	42	64	21	43
Cerebral parese	107	94	62 %	40	74	19	38
Poliomyelitt	35	35	71 %	68	87	31	73
Rehabiliteringspotensial	185	175	52 %	48	77	22	48
Spastisitet	74	51	50 %	52	78	23	54
Spise og svelgefunksjon	80	80	44 %	61	86	20	65
Transportvurdering	203	197	30 %	48	83	19	51

**Barn 0-18 år**

Program spesifikk	Gjennomført	Unike pas.	Andel kvinner	Gj.snitt alder	Maks alder	Min alder	Median alder
Ervervet hjerneskade - Primærrehabilitering	27	27	52 %	14	18	1	15
Ervervet hjerneskade - Kontroll- Vurdering - Oppfølging- Gruppe	16	16	31 %	13	18	4	15
Ryggmargsskade og multitraume - Primærrehabilitering	8	8	63 %	15	18	12	15
Ryggmargsskade og multitraume - Kontroll- Vurdering - Oppfølging- Gruppe	25	22	56 %	12	18	3	13
Spise og svelgefunksjon - Spesifikke rehabiliteringsprogram	14	14	36 %	8	18	3	6
Transportvurdering	53	53	40 %	17	18	16	17
Andre - Spesifikke rehabiliteringsprogram	14	13	43 %	17	18	13	18

**Tabell II** beskriver gjennomførte program, unike pasienter per program og demografiske pasientdata. Med «gjennomførte program» menes hvor mange ganger programmet har vært gjennomført i løpet av 2022.

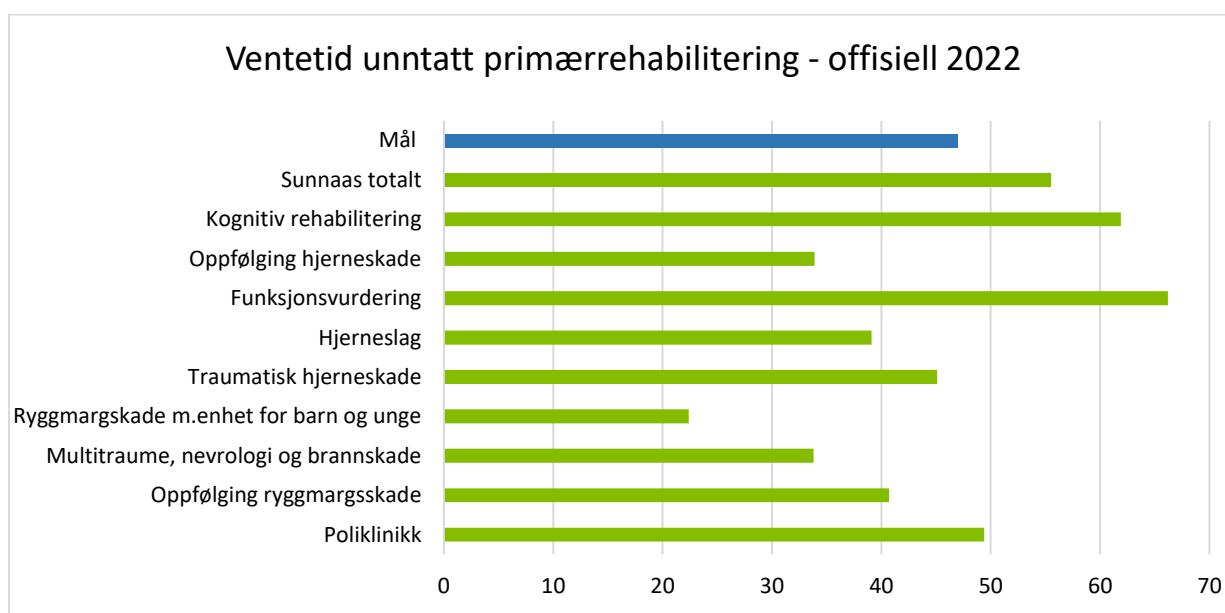


# 1 Tilgjengelighet

## 1.1 Gjennomsnittlig ventetid

Ventetiden for gjennomførte opphold på Sunnaas sykehus var 55 dager i 2022. Dette er en økning fra 47 dager i 2021.

Endringen i ventetid er knyttet til variasjon i tilgang på ressurser, samt at sykehuset har økt det polikliniske tilbud i 2022. Høsten 2022 ble inklusjonskriteriene spisset og ressurser justert for å redusere ventetidene til det polikliniske tilbudet. Sykehuset fortsetter å videreutvikle arenafleksible vurderingsprogram, ved å tilby poliklinisk tilbud til de pasientene som kan nyttiggjøre seg dette. Det forventes at dette vil bidra til å redusere ventetiden. I tillegg arbeides det for å forbedre planleggingshorisonten, ved i økende grad å etablere faste tider og faste ressurser for poliklinisk aktivitet. Sykehuset planlegger for overbooking av pasienter, i hovedsak ved avdelingene med korte opphold der pasientavtaler kan endres på kort varsel. Uttak av ventetid skjer en gang per måned. Dette betyr at det viser ventetid på det tidspunktet uttaket skjer, derfor vil eventuelle feilregistreringer i vurdering av henvisning da kunne påvirke ventedager. Det jobbes kontinuerlig med god registreringspraksis og etterkontroll i sykehuset.



**Fig 1:** Ventetider – unntatt primærrehabilitering - Sunnaas sykehus.

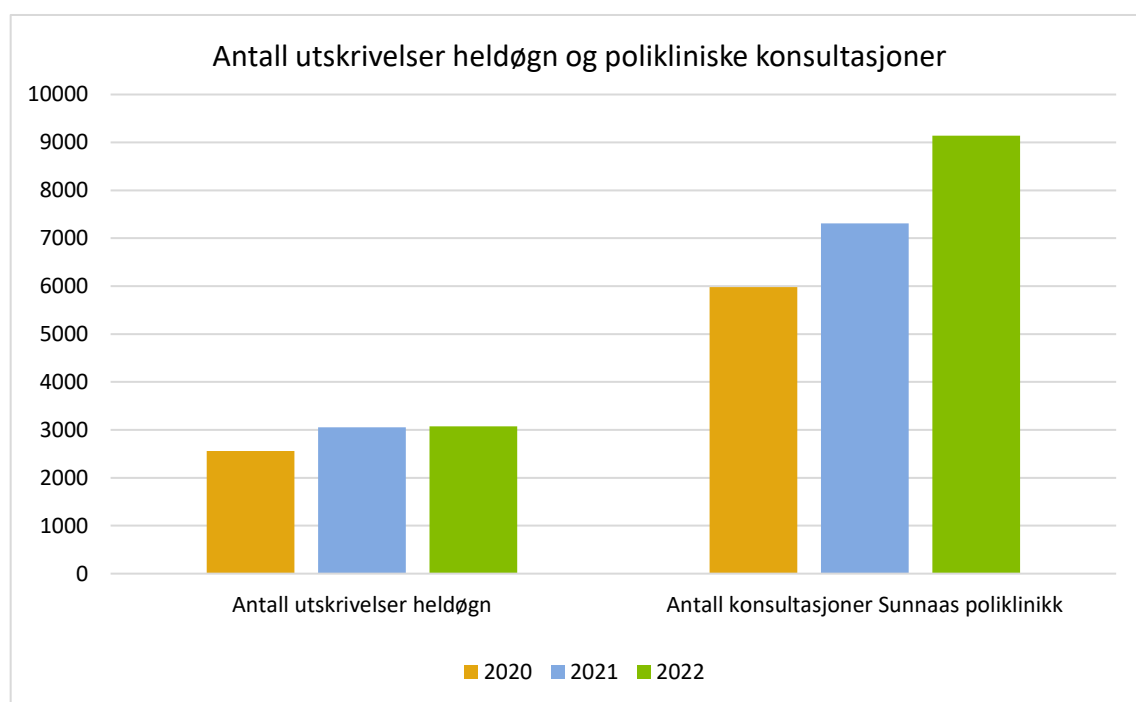
Sykehuset har oversikt over ventetider for pasienter henvist til primærrehabilitering. Pasienter som er henvist til primærrehabilitering etter ny skade eller akutt sykdom, er allerede i behandlingsforløp og inngår ikke i den offisielle ventetidsstatistikken. For disse pasientene har sykehuset valgt månedlig punktmåling for å ha oversikt over ventetider for pasienter som er i forløp.

## 1.2 Utskrivelser heldøgn og poliklinikk

Sunnaas sykehuset har en sengekapasitet på 153 senger. I 2022 hadde sykehuset 3076 heldøgns-utskrivelser. Dette er en økning fra 3057 i 2021. Målet for 2022 var 2910 heldøgns utskrivelser.

Sykehuset reduserte sengeantallet fra 159 til 153 senger i 2022, samtidig som vi økte den polikliniske aktiviteten med nærmere 1000 konsultasjoner sammenlignet med 2021. Endringen er i tråd med planlagt omstilling av det kliniske rehabiliteringstilbudet; fra seng til poliklinikk.

I 2022 gjennomførte sykehuset 9140 polikliniske konsultasjoner. Målet for 2022 var 9600 konsultasjoner. Det ble gjennomført 460 færre konsultasjoner enn planlagt. En av årsakene er at det ble gjennomført færre gruppetilbud ved Studio 99 enn planlagt. Det var få søkere til ett gruppetilbud ved Studio 99, og tilbudet er nå markedsført ytterligere for å nå målgruppen. En annen årsak til at målet ikke ble nådd, er at det i forbindelse med *prosjekt utvikling og effektivisering av poliklinisk virksomhet i et 4 års perspektiv*, ble budsjettet for et høyere antall konsultasjoner i 2022 ved flere av sykehusets avdelinger, enn hva som ble det faktiske resultatet. Budsjettet er nå justert for inneværende år. Flere avdelinger har utviklet sitt polikliniske tilbud til pasientene, og har økt poliklinisk aktivitet. Videre utviklingsarbeidet pågår for å gi pasientene et arenafleksibelt tilbud i alle avdelinger.



**Fig II** Antall utskrivelser og gjennomførte konsultasjoner Sunnaas sykehus.

### 1.3 Video- og telefonkonsultasjoner

I 2022 ble 38 prosent av alle polikliniske konsultasjoner ved Sunnaas sykehus gjennomført over video og telefon. Dette er 23 prosentpoeng over kravet fra Helse Sør-Øst, om at alle helseforetak i regionen skal gjennomføre minst 15 prosent av polikliniske konsultasjoner via video eller telefon.

Video utgjorde 28 prosent på Sunnaas sykehus, noe som er den høyeste andelen videokonsultasjon i Helse Sør-Øst, der gjennomsnittet er 1,7 prosent. Telefonkonsultasjoner utgjorde 10 prosent, noe som er på gjennomsnittet i regionen.

Internt på Sunnaas sykehus er det avdeling for kognitiv rehabilitering som har høyest antall videokonsultasjoner. Rundt halvparten (1232) av alle videokonsultasjoner gjennomføres her. Deretter følger avdeling for poliklinikk, inntak og ambulant tjeneste (PIA) og avdeling for funksjonsvurdering (FUV).

Videokonferansebruken generelt har også økt i 2022. Siden mange administrative møter nå er flyttet over til Teams, var det forventet en nedgang i videokonferansebruk via Norsk helsenett i 2022. Likevel viser det seg at videokonferansebruken over helsenettet har økt med rundt 20 prosent siste år. I 2022 ble det gjennomført over 12.700 videosamtaler på Norsk Helsenett. Videokonferanse brukes blant annet også til interne og eksterne kliniske møter, videotolking, gruppetrening på Studio 99, samtale- og mestringstrupper og pårørendetilbud.

Klinisk bruk av videokonferanse ser ut til å ha blitt en naturlig del av behandlingstilbudet og det kliniske arbeidet ved Sunnaas. Bruken av videokonferanse er i tråd med strategiske mål for sykehuset, nedfelt blant annet i digitaliseringsplanen. Prosedyrer og sjekklister for videokonsultasjon er gjennomgått og revidert i 2022. Det jobbes med å utvikle et regionalt e-læringskurs om videokonsultasjon der Sunnaas sykehus har en sentral rolle.

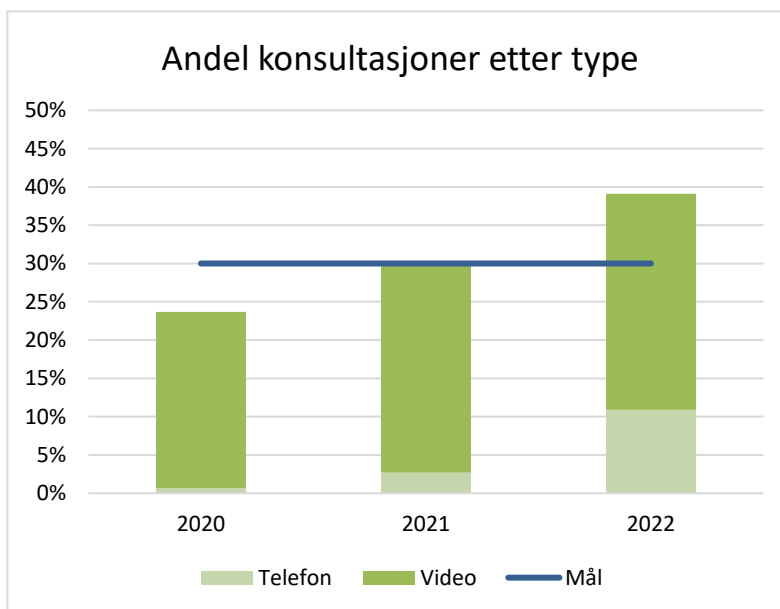


Fig III Antall video- og telefonkonsultasjoner etter type Sunnaas sykehus.

## 1.4 Bruk av tolk, fjerntolking

I sykehuset registreres antall tolkeoppdrag, hvilke språk det har vært behov for, tolkens kvalifikasjoner og hvilken tolketype som er benyttet. 87 prosent (95 prosent i 2021) av gjennomførte tolkeoppdrag på Sunnaas sykehus i 2022 har vært utført av tolker med statsautorisasjon eller tolkeutdanning (Kategori A, B, C og D jf. [www.tolkeregisteret.no](http://www.tolkeregisteret.no)).

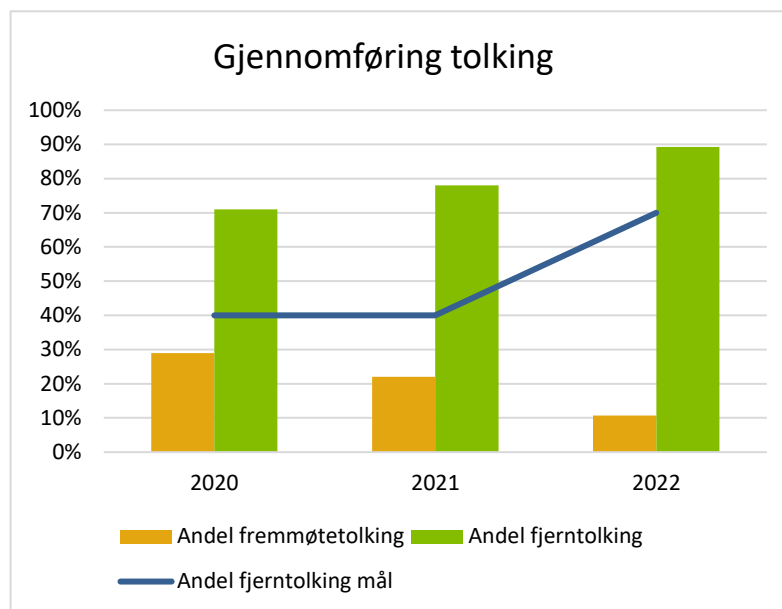
Det har vært levert tolk på 19 ulike språk i 2022 (28 i 2021). Den største språkgruppen er russisk (268), etterfulgt av polsk (225), ukrainsk (193), litauisk (64), arabisk (53), thai (42), albansk (32), somali (32) og bulgarsk (32).

Antall tolkeoppdrag har økt fra 708 (2021) til 1073 (2022). Det kan være flere mulige årsaker til denne økningen, både generelt forventet økning sammenlignet med tidligere år, økt tilgang til kvalifiserte tolker gjennom bruk av videokonferanser på flere ulike plattformer, samt behov

for tolk i forbindelse med flere innlagte pasienter som følge av krig i Europa. Økt bruk av ukrainsk og russisk en indikasjon på sistnevnte økning som skiller seg fra foregående år.

Sunnaas sykehus har per i dag et mål om at 70 prosent av alle tolkeoppdrag skal leveres som fjerntolking. I 2022 er 89 prosent levert som fjerntolking (78 prosent i 2021) via videokonsultasjon eller telefon. Det erfares dessverre fortsatt ulik teknologimodenhet blant tolkene for bruk av videoløsninger på sikker plattform for formidling av helseinformasjon. Det er grunn til å anta at enkelte tolkeoppdrag ikke har vært avholdt som følge av tolketjenestenes utfordringer knyttet til bruk av sykehusets plattform, og at varierende kvalitet også har ført til at samtaler har vært avbrutt. Sunnaas sykehus samhandler med Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og tolketjenestene for å forbedre området med bruk av videoløsning for tolkene.

Figur IV viser oversikt over de ulike tolkemethodene. Telefontolk regnes også som fjerntolk, men foretrekkes ikke dersom videokonsultasjon kan benyttes. Telefontolkinger har gått opp i 2022 (257) sammenlignet med tallene fra 2021 (20). Økning i antall telefontolkinger er ikke en ønsket endring og kan antas å ha sammenheng med at det ikke finnes tilstrekkelig tilgjengelige kvalifiserte tolker for bruk via videokonsultasjon.



**Fig IV** Gjennomført tolking – tolkem metode Sunnaas sykehus.

## 1.5 Passert planlagt tid for pasientavtaler

Sunnaas sykehus overholder 96 prosent av pasientavtalene ved utgangen av 2022. Vi er nå på måltall. Forbedringsarbeid på området har pågått i flere år og ført til en reduksjon i passert planlagt tid. Forbedringsprosjektet «rett pasient til rett tid» gjennomført i avdeling for oppfølging av ryggmargsskade, er et eksempel på slikt forbedringsarbeid.

For å redusere passert planlagt tid er følgende tiltak gjennomført:

- Kontinuerlig monitorering av ventelister
- Kontinuerlig inntak av utsatte pasientopphold ved ledig kapasitet: ringeliste
- Planlegge for overbooking av pasienter. Pasienter får tilbud som planlagt.
- Ajourhold og oppfølging av ventelister til poliklinikk og innleggelse.

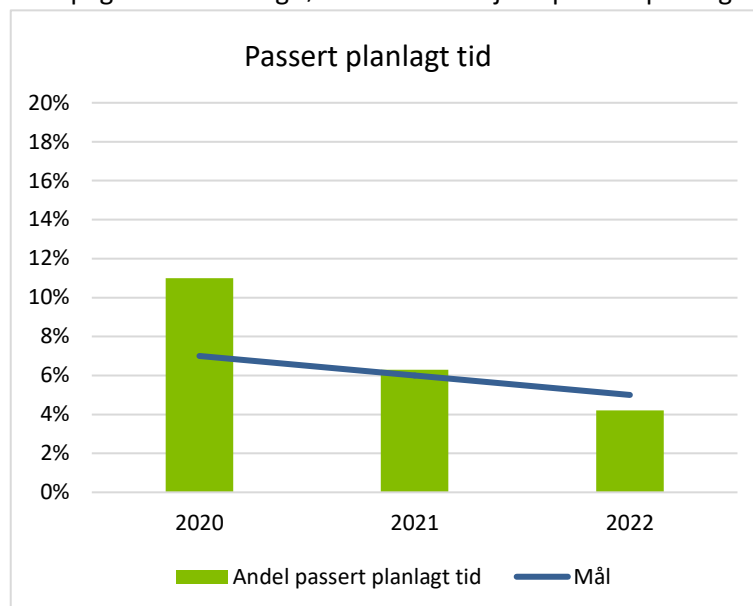


Fig V Passert planlagt tid Sunnaas sykehus.

## 2 Effektivitet

### 2.1 Gjennomsnittlig liggetid per program

Liggetid i sykehuset varierer ut fra pasientens behov og hvilket rehabiliteringsprogram de er innlagt til. Pasienter til primærrehabilitering etter ny skade eller sykdom, har lengre opphold enn pasienter til vurderings- og oppfølgingsopphold. Pasientene har ofte komplekse og sammensatte utfordringer, og det kan være stor variasjon i skadeomfang og tilstand. For å imøtekomme pasientenes behov og for å sikre en god overføring fra sykehus til hjemmet, utskrives flere pasienter i en kortere periode for å prøve seg i hjemmemiljø etter sykdom eller skade, før endelig avslutning av rehabiliteringsoppholdet.

Liggetid for noen gruppe, vurdering og kontrollopphold forhåndsbestemt og varierer lite over tid:

- Vurdering av arbeidsevne: 14 dager
- Gruppetilbud mestre cerebral parese: 5 dager
- Vurdering av poliomyelitt: 5 dager
- Vurdering av rehabiliteringsbehov: 14 dager
- Vurdering av spastisk lammelse: 3-5 dager
- Vurdering av spise- og svelgevansker: 2 dager
- Vurdering av transportbehov: 3 dager
- Kontrollopphold varierer i tid fra 1 til 10 dager

Voksne: primærrehabilitering og smerterehabilitering			
Program spesifikk	Gjennomsnittlig liggetid		
	2020	2021	2022
Hjerneslag	38	46	48
Lette til moderate kognitive følgerknninger	31	30	31
Multitraume, nevrologi og brannskade	62	66	69
Ryggmargsskade	62	75	71
Smerte	6	7	9
Smerte - Hypermobilitet	8	9	10
Traumatisk hjerneskode	58	63	59
Barn 0-18 år*			
Program spesifikk	Gjennomsnittlig liggetid		
	2020	2021	2022
Ervervet hjerneskode	58	52	44
Ryggmargsskade og multitraume	119	54	84

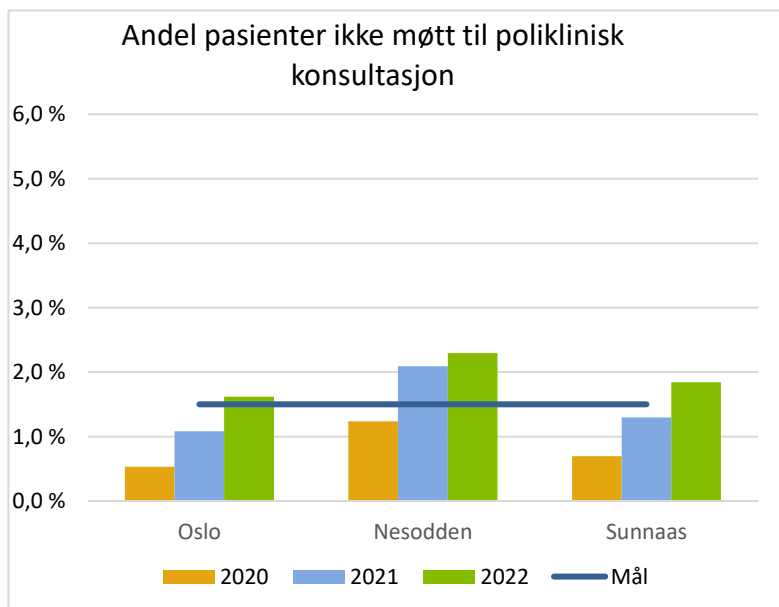
\* Dette er få opphold og at tallene derfor lett kan variere

**Tabell III** Gjennomsnittlig liggetid per rehabiliteringsprogram.

## 2.2 Pasienter «ikke møtt» til poliklinikk

Andel pasienter «ikke møtt til time» for 2022 er 1,8 prosent. Det er en økning på 0,5 prosent sammenlignet med 2021.

I 2022 ble 28 prosent av alle polikliniske timer gjennomført via videokonsultasjon, og anslagsvis var det 1 prosent av pasientene som ikke møtte til digitale konsultasjoner. 10 prosent av alle konsultasjoner ble gjennomført per telefon, og anslagsvis 3 prosent møtte ikke til oppsatt telefonkonsultasjon.



**Fig VI** Ikke møtt til polikliniske konsultasjon per lokalisasjon og Sunnaas total. Nesodden: Avdeling for poliklinikk, inntak og ambulant tj. (PIA) og poliklinisk aktivitet ved flere avdelinger. Oslo: Studio 99, tverrfaglig poliklinikk og avdeling for kognitiv rehabilitering.

Sykehuset er opptatt av å gi tilstrekkelig informasjon til pasienter om timeavtalen. Høsten 2021 startet Sunnaas med digital utsendelse av innkallingsbrev. Dette fordrer at pasienten er aktiv bruker av Helsenorger. Utskriftstjenesten har ansvar for å sende brev til ikke-digitale brukere..

Alle pasienter som har registrert telefonnummeret sitt på Helsenorge mottar en SMS-påminnelse 72 timer før planlagt time. Alle pasienter får tilbud om bistand til oppkobling på digital plattform i forkant av videokonsultasjon.

## Pasienter «ikke møtt» til poliklinikk per avdeling

Sykehuset kan nå vise resultater for ikke møtt til poliklinikk per avdeling. Dette gir grunnlag for mer målrettet forbedringsarbeid fremover.

I enkelte avdelinger er det større andel pasienter som ikke møter til poliklinisk time enn i andre, blant annet ikke møtt til telefonkonsultasjoner. Ved avdeling for oppfølging av ryggmargsskade (OPF) var det i 2022 7 prosent som ikke møtte til poliklinisk konsultasjon. OPF gjennomførte 153 telefonkonsultasjoner, og 10 prosent av disse møtte ikke til planlagt time. Økningen på ikke møtt til telefonkonsultasjon kan ha sammenheng med endring av rutiner for hvordan pasienter har hatt kontakt med avdelingen tidligere. Det siste året er det satt i system at kontakten gjennomføres via en planlagt digital konsultasjon. Økningen kan også forklares med at ansatte er blitt mer bevisst på korrekt registrering av «ikke møtt». Et forbedringsområde for 2023 er å fortsette arbeidet med riktig registrering ved alle avdelinger, opplæring i interne rutiner der pasienten ikke møter og monitorere utviklingen.

Avdeling	Antall konsultasjoner 2022	Antall ikke møtt 2022	Andel ikke møtt 2022
Avdeling for poliklinikk, inntak og ambulant tjeneste	6173	115	1,9 %
Avdeling for oppfølging	290	21	7,2 %
Avdeling for kognitiv rehabilitering	1815	18	1,0 %
Avdeling for funksjonsvurdering	417	7	1,7 %
Avdeling for oppfølging av hjerneskade	200	5	2,5 %
Avdeling for multitraume, nevrologi og brannskade	59	1	1,7 %
Avdeling for ryggmargsskade med enhet for barn og unge	67	1	1,5 %
Avdeling for hjerneslag	28		0 %
Avdeling for traumatisk hjerneskade	69		0 %
<b>Totalt</b>	<b>9118</b>	<b>168</b>	<b>1,8 %</b>

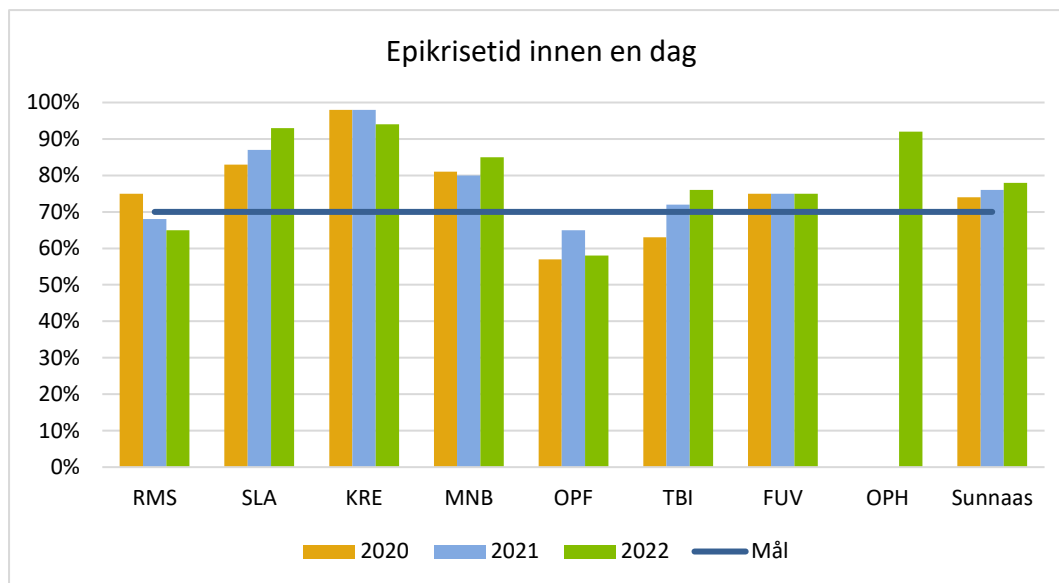
**Tabell IV** Pasienter «ikke møtt» til poliklinisk konsultasjon per avdeling.

## 2.3 Epikrise sendt innen én dag

Sunnaas sykehus sendte totalt 78 prosent av epikrisene innen én dag i 2022.

Minst minst seks yrkesgrupper skal dokumentere sin vurdering før legen kan ferdigstille epikrisen, så dette er et felles ansvar for hele det tverrfaglige teamet.

Epikrisetiden følges opp månedlig per avdeling og individuelt ved behov, men minst en gang i året under legenes medarbeidersamtale. Sykehuset er fornøyd med at det også i 2022, har vært en økning i to prosent på epikrisetid sendt innen én dag. Ordningen er godt implementert og alle avdelinger når målet på 70 prosent, med unntak av to som er nær målet. Totalt har Sunnaas sykehus økt fra 36 prosent i 2019 til 78 prosent i 2022.



**Fig VII** Viser epikrise innen en dag. N = antall utsendte epikriser i hver avdeling. KRE= Kognitiv rehabilitering, SLA= Avdeling for hjerneslag, TBI= avdeling for traumatiske hjerneskader, RMS= avdeling for ryggmargsskader enhet for barn og unge, MNB= avdeling for multitraume, nevrologi og brannskader, OPF= avdeling for oppfølging, FUV= avdeling for funksjonsvurdering, OPH= avdeling for oppfølging av hjerneskade.

### 3 Effekt

#### 3.1 Function Independence Measurement – FIM

Functional Independence Measure (FIM) er en måling som illustrerer evnen til å utføre daglige gjøremål. FIM-verktøyet brukes i den enkelte pasientens rehabiliteringsprosess, og kan sammenstilles til å presentere data per pasientgruppe. Graden av aktivitetsbegrensning forandrer seg i løpet av rehabiliteringsperioden. De endringene som kommer fram i FIM-resultatene, kan brukes til å fange opp forbedringer i funksjon i daglige gjøremål og til å analysere resultatet av rehabiliteringen. Det er sykepleier som scorer pasienter som er innlagt til primærrehabilitering. Endring i poeng viser hvor stor forbedring i selvstendighet pasienten har hatt fra innleggelse til utskrivelse. Sunnaas sykehus anser ikke FIM som et godt nok nyansert verktøy til å reflektere alle endringer i kognitiv funksjon som er vesentlige for pasientene. For 2022 viser resultatene en

Forandring i gjennomsnittlig poeng fra innleggelse til utskrivelse pr. program primærrehabilitering:

- Ryggmargsskade voksne 17,3 poeng. N=15
- Multitraume, brannskade og Guillain-Barré syndrom 13,1 poeng. N=34
- Traumatisk hjerneskade 21,3 poeng. N=25
- Hjerneslag 16,5 poeng. N=85
- Ervervet hjerneskade barn og ungdom 15,2 poeng. N=12
- Ryggmargsskade barn og ungdom. Antall personer som inngår i materialet er under 5 og er derfor ikke presentert.



gjennomsnittsendring i funksjonsforbedring for alle primær rehabiliteringsprogram, på totalt 18,8 poeng. Sykehuset har mål om gjennomsnittlig forbedring på over 20 poeng.

Kun for et mindretall av pasientene foreligger det registrering av FIM ved både innleggelse og utskrivning. Ledere i klinikk skal i 2023 gjennomgå bruk og nytte av funksjonskartleggingsverktøyet FIM på de ulike programmene. Dette arbeidet danner beslutningsgrunnlag for sykehusets vurderinger om fremtidig bruk av FIM.



Function Independence Measurement – FIM

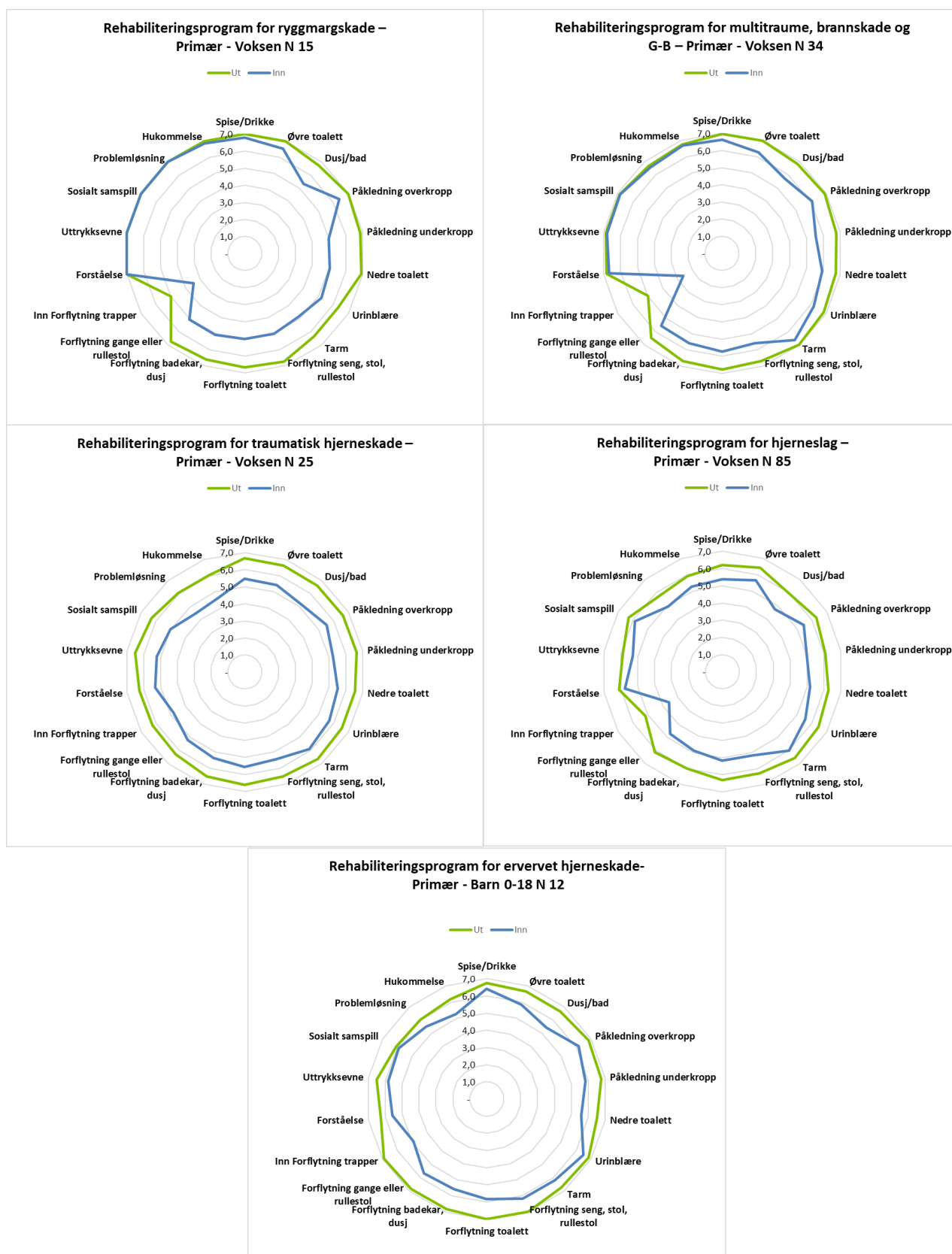


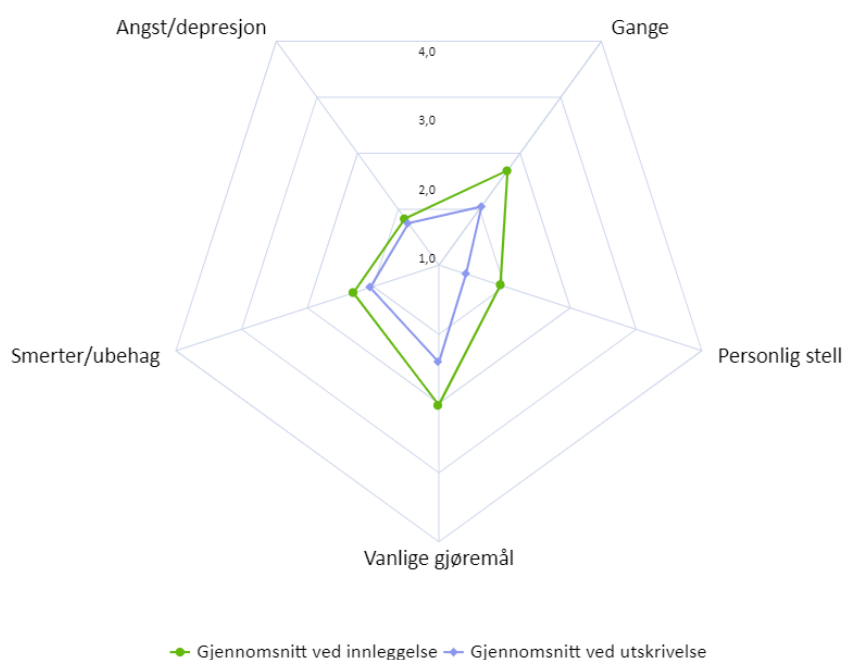
Fig VIII Function Independence Measurement – FIM endring i funksjonsevne innleggelse

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

I Helsedirektoratets nasjonale Rehabiliteringsregister bes pasienter som er innlagt i to uker eller mer, om å vurdere sin livskvalitet ved innkomst og utreise. Dette gjøres med måleverktøyet EQ-5D. Bruken av Rehabiliteringsregisteret har hatt en økning siden det ble innført på sykehuset. I 2021 var det 126 fullregistrerte pasienter, i 2022 steg dette til 203. På en skala fra 0 til 100 vurderte pasientene sin helse til henholdsvis 50 ved innkomst og 61 ved utreise. Denne bedringen er noe mindre enn fjorårets (2021: fra 49 til 63), men siden nye pasientgrupper har kommet til under den videre implementeringen, kan ikke tallene direkte sammenlignes.

Pasientene vurderer også sin funksjon på fem sentrale områder for helserelatert livskvalitet, der de ved innkomst angir størst utfordringer på områdene vanlige gjøremål, gange og smerter/ubehag (og i mindre grad utfordringer med personlig stell og angst/depresjon). Mest forbedring under oppholdet rapporteres på områdene gange, vanlige gjøremål og personlig stell.

Gjennomsnittlig EQ-5D-5L målt ved innleggelse og utskrivelse (n = 203)



**Fig IX** Selvrapportert helserelatert livskvalitet EQ5D på Sunnaas.

### 3.3 Utskrivelse fra primærrehabilitering per program

Data er hentet fra det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS og er fordelt i fem hovedkategorier; hjem, sykehjem, annen rehabiliteringsinstitusjon, sykehus, annet. Etter en funksjonsnedsettelse er det ofte behov for omfattende tilpasninger i hjemmet. Pasienter kan ha behov for oppfølging på andre rehabiliteringsinstitusjoner eller ved rehabiliteringsavdelinger på sykehjem eller helsehus, før de kan komme hjem. Hvor pasientene utskrives til, analyseres årlig i de CARF akkrediterte rehabiliteringsprogrammene.

**Hjem:** Pasienter som er til opphold i  *vurderings- og oppfølgingsavdelinger*  bor i hovedsak hjemme og utskrives naturlig nok hjem. Disse programmene er derfor ikke tatt med i tabellen under. Pasienter som har vært innlagt til  *primærrehabilitering*  utskrives også i hovedsak direkte hjem.

**Annen institusjon:** Pasienter kan ha behov for å fortsette rehabiliteringen andre steder etter oppholdet på Sunnaas sykehus. Pasientene utskrives da til andre rehabiliteringssenter som Sunnaas sykehus samhandler med for et tidsbegrenset opphold med målsetning om trening styrke, balanse og slutføring av rehabiliteringen.

**Sykehjem:** Pasienter utskrives til sykehjem eller helsehus. Dette kan være midlertidige opphold og ikke nødvendigvis på permanent basis. Pasienter kan ha behov for opphold ved rehabiliteringsavdelinger på sykehjem/helsehus før de utskrives hjem.

**Sykehus:** inkluderer alle sykehusspesialiteter for utredning, oppfølging og behandling av eksisterende eller nyoppståtte helsetilstander.

Type program	Alder	Program spesifikk	Unike pas.	Hjem	Annet	Sykehjem	Annen rhb.inst.	Sykehus
Primærrehabilitering	0 - 18	Ervervet hjerneskade	27	89 %	7 %	0 %	0 %	4 %
Primærrehabilitering	0 - 18	Ryggmargsskade og multitraume	8	75 %	13 %	0 %	0 %	13 %
Primærrehabilitering	Voksen	Hjerneslag	127	65 %	2 %	11 %	16 %	6 %
Primærrehabilitering	Voksen	Lette til moderate kognitive følgerknninger	150	99 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Primærrehabilitering	Voksen	Multitraume, nevrologi og brannskade	77	78 %	4 %	4 %	6 %	8 %
Primærrehabilitering	Voksen	Ryggmargsskade	73	73 %	3 %	10 %	4 %	11 %
Primærrehabilitering	Voksen	Traumatisk hjerneskade	64	75 %	5 %	6 %	8 %	6 %
Smerte	Voksen	Smerte	40	98 %	0 %	2 %	0 %	0 %
Smerte	Voksen	Smerte - Hypermobilitet	92	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %

**Tabell V** Utskrivelse til hjem, annet (ikke definert), sykehjem, annen rehabiliteringsinstitusjon og sykehus.

## 4 Pasientsikkerhet

### 4.1 Ikke-planlagte overføringer per. program

Sunnaas sykehus identifiserer ikke-planlagte sykehusinnleggelseser til akuttstusykehus, og bakenforliggende årsak til overføringen. Resultater fra analyse brukes i forbedringsarbeid rettet mot rehabiliteringsprogram/tilbud og undervisning av pasienter, pårørende og ansatte.

En ikke-planlagt overføring kan oppstå ved uventede tilstander som infeksjoner, fallhendelser, forverring av tilstand eller andre akutte situasjoner. Pasienter som har vært utsatt for store traumer eller alvorlige sykdom kan raskt utvikle en forverret tilstand. En pasient kan også ha flere ikke-planlagte overføringer under rehabiliteringsprosessen på grunn av at tilstanden er kompleks og/eller at den samme problemstillingen er tilbakevendende. Totalt var det 102 ikke-planlagte overføringer til andre sykehus i 2022. Det er en reduksjon sammenlignet med 2021 (113). Etter en ikke-planlagt utskrivelse kan pasientene returnere til Sunnaas sykehus for å fortsette rehabilitering. Å holde oversikt over og evaluere ikke-planlagte overføringer gir nyttig informasjon om behandlingsforløp, uforutsette hendelser og helseforetakets håndtering av disse (kunnskap, rutiner og effektivitet), samt informasjon om samarbeid og flyt mellom helseforetakene og bydel/kommuner.

Type program	Alder	Program spesifikk	Gjennomførte	Unike pas.	Ikke planlagt
Primærrehabilitering	0-18	Ervervet hjerneskade	27	27	4
Primærrehabilitering	0-18	Ryggmargsskade og multitraume	8	8	1
Primærrehabilitering	Voksen	Hjerneslag	127	127	15
Primærrehabilitering	Voksen	Lette til moderate kognitive følgerknninger	152	150	3
Primærrehabilitering	Voksen	Multitraume, nevrologi og brannskade	77	77	21
Primærrehabilitering	Voksen	Ryggmargsskade	73	73	26
Primærrehabilitering	Voksen	Traumatisk hjerneskade	65	64	8
Kontr - Vurdering - Oppflg-Grp	Voksen	Hjerneslag -Kontroll -Vurdering -Oppfølging -Gruppe	300	221	4
Kontr - Vurdering - Oppflg-Grp	Voksen	Lette til moderate kognitive følgerknninger-Kontroll -Vurdering -Oppfølging -Gruppe	321	239	1
Kontr - Vurdering - Oppflg-Grp	Voksen	Ryggmargsskade -Kontroll -Vurdering -Oppfølging -Gruppe	534	487	12
Kontr - Vurdering - Oppflg-Grp	Voksen	Traumatisk hjerneskade-Kontroll -Vurdering -Oppfølging -Gruppe	70	63	1
Spesifikke rehabiliteringsprogram	Voksen	Arbeidsevne -Oppfølging eller vurdering	102	98	2
Spesifikke rehabiliteringsprogram	Voksen	Cerebral parese - Oppfølging eller vurdering	107	94	1
Spesifikke rehabiliteringsprogram	Voksen	Poliomyelitt-Oppfølging eller vurdering	35	35	1
Spesifikke rehabiliteringsprogram	Voksen	Rehabiliteringspotensial	185	175	2

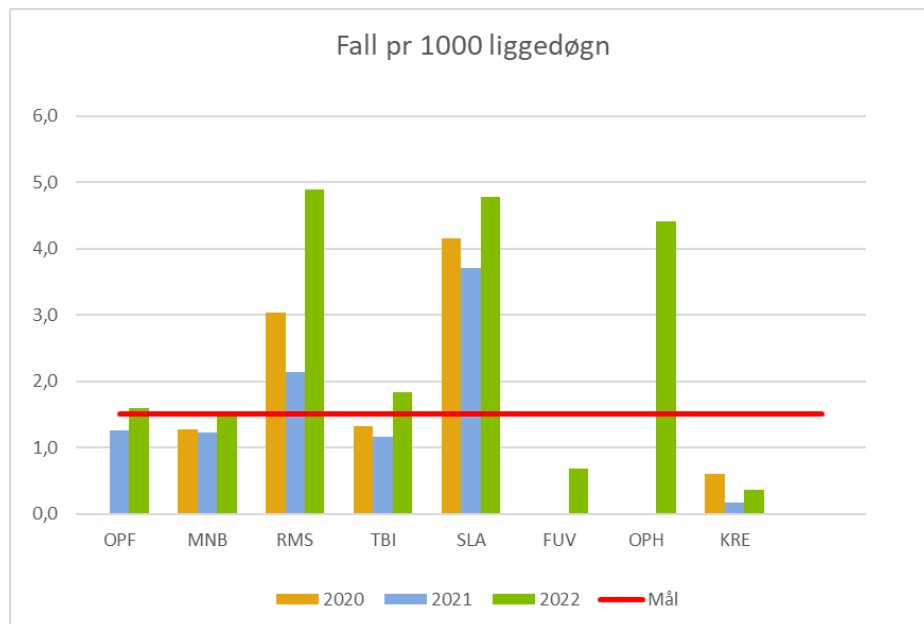
**Tabell VI** Ikke planlagte utskrivelser pr. program. Med gjennomførte program menes hvor mange ganger programmet har vært gjennomført i løpet av 2022. Enkelte pasienter kan ha vært innlagt til ulike rehabiliteringsprogram ila 2022, enten i samme avdeling eller annen avdeling.

## 4.2 Fallhendelser

Pasienter som er innlagt til rehabilitering har risiko for å falle. Måltallet for fallhendelser er satt til færre enn 1,5 fall per 1000 liggedøgn. Antall meldte fallhendelser i 2022 var 108, 2,6 fall per liggedøgn. Dette er en økning fra meldte 64 fallhendelser i 2021. Årlig gjennomgår sykehuset alle fallhendelser som blir meldt i avvikssystemet.

De fleste rapporterte fallhendelser skjer på dagvakt på pasientrom. Det er høyere antall fall i ukedager enn på helg. Alle pasienter screenes for fallrisiko ved innkomst og pasienter med risiko for fall følges opp med tverrfaglig tilnærming. Pasienter og pårørende, der dette er avklart med pasient, får individuelt og gruppebasert informasjon og opplæring om fallrisiko. Som ledd i det systematiske arbeidet for å forebygge fall,

gjennomgår pasientsikkerhetsutvalget alle alvorlige fallhendelser. Fallhendelser som har læringsverdi for andre, blir anonymisert og publisert på sykehusets nettsider. Fall som klassifiseres som moderate, og der det sees gjentakelse innen årsak, er et satsningsområde innen forbedring. Bakenforliggende årsak til en tredjedel av de meldte fallene er kategorisert som pasientens adferd/kognitive tilstand. Økt antall fall i 2022 kan også forklares ved oppstart av program Intensiv balansegruppe som er rettet mot pasienter med fallrisiko og har bl.a. som formål å redusere antall fall på sikt. De fleste fallene i dette programmet skjer i treningssituasjon og er kontrollerte fall. Ingen av fallene medførte skade. Forbedringsarbeid er startet opp med mål om å jobbe systematisk og tverrfaglig med fallforebyggende tiltak innenfor opplæring, informasjon til pasient, pårørende og primærhelsetjenesten.



**Fig X** Fallhendelser meldt i forbedringssystemet TQM helse og Kvalitetsportalen EK. OPF = avdeling for oppfølging ryggmargsskader, MNB= avdeling for multitraume, neurologi og brannskader, RMS= avdeling for ryggmargsskader enhet for barn og unge, TBI= avdeling for traumatiske hjernesker, SLA= Avdeling for hjerneslag, FUV= Avdeling for funksjonsvurdering, OPH= Avdeling for oppfølging hjerneskade. KRE= Kognitiv rehabilitering. OPH og FUV ble opprettet i 2022

Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser, NOKUP, definisjon på fall er hendelser hvor pasienten falt eller var utsatt for et uhell i forbindelse med behandling eller transport/forflytning. Fall er en uventet hendelse hvor personen havner på bakken, golvet eller på et lavere nivå uavhengig av om skade inntreffer eller ikke. Det er et fall når noen ruller ut av sengen eller glir ned på golvet fra en stol.

### 4.3 Risikoscreening

Sykehuset screener alle pasienter for følgende risikoområder ved innleggelse:

- Fall
- Trykksår
- Smitte
- Underernæring
- Alkoholbruk

Avdekket risiko fra screening gir mulighet for å følge opp pasienter med tverrfaglig tilnærming og opplæring. Utvikling de to siste årene viser at det er registrert økt risiko for fall i flere avdelinger. Informasjon til pasienter om egen risiko og til pårørende, med pasientens samtykke, dokumentasjon og tverrfaglig oppfølging har hatt fokus. Dette arbeidet videreføres i flere avdelinger også for 2023. I 2021 og 2022 ble Nimble-prosjektet gjennomført i avdeling for multitraume, nevrologi og brannskade (MNB). Nimble er en løsning hvor data registreres via mobiltelefon og resultatet overføres elektronisk til journalsystemet. Rapporter fra Nimble er ikke tilgjengelig før i neste versjon av verktøyet. Rutine for screening er i en overgangsperiode også i 2023 hvor det blir dokumentert i Nimble og i et screeningskjema i journalsystemet DIPS. Sunnaas kan ikke presentere data på screening for underernæring. Underernæring kartlegges i elektronisk kurvesystem, MetaVision. Det arbeides med regionale løsninger som kan gi muligheter for uttrekk av data. Ved avdekket risiko blir tiltak satt i behandlingsplan og ernæringskjema opprettes. Barn har eget ernæringskjema.

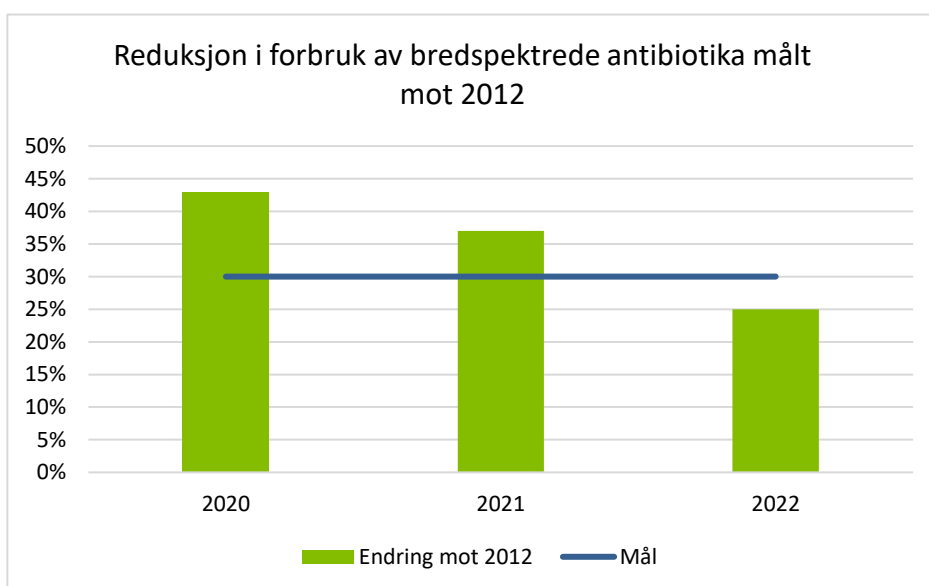
### 4.4 Antibiotikabruk

Sammenlignet med 2012 har Sunnaas sykehus redusert forbruk av bredspektret antibiotika med 25,2 prosent (tall er ikke korrigert for aktivitet).

For 2021 var reduksjonen 37 prosent sammenlignet med 2012. Fra 2020 opplever sykehuset et økende forbruk av bredspektret antibiotika sammenliknet med foregående år.

Vi antar at medisinsk komplekse pasienter med langvarig antibiotikabehandling i betydelig grad bidrar til økt forbruk

av bredspektret antibiotika, men for å finne årsaken til økt forbruk er det behov for å få på plass systemer og rutiner for bedre overvåking av antibiotikabruk per avdeling i sanntid. Internrevisjon blir gjennomført i 2023. Oppdrag og bestillerdokumentet for foretaket 2023, beskriver at resultat skal være på samme nivå eller lavere enn 2019.



**Figur XI** viser reduksjon av bredspektret antibiotika målt mot 2012

## 4.5 Prevalens av helseassosiert infeksjoner

Hvert kvartal på en fast oppsatt dato blir alle helsetjenesteassosierte infeksjoner, det vil si infeksjoner som er oppstått som følge av kontakt med helsetjenesten, registrert. Hensikten med all infeksjonsregistrering er forbedring, slik at ingen skades av infeksjoner som kan forebygges. Tendensen fra 2014 viser en forbedring. Sykehuset ligger under målet på 3 prosent. Fra 2014 er det gjennomført systematisk opplæring i basale smitteverntiltak, både til fast ansatte, ekstravakter og studenter.

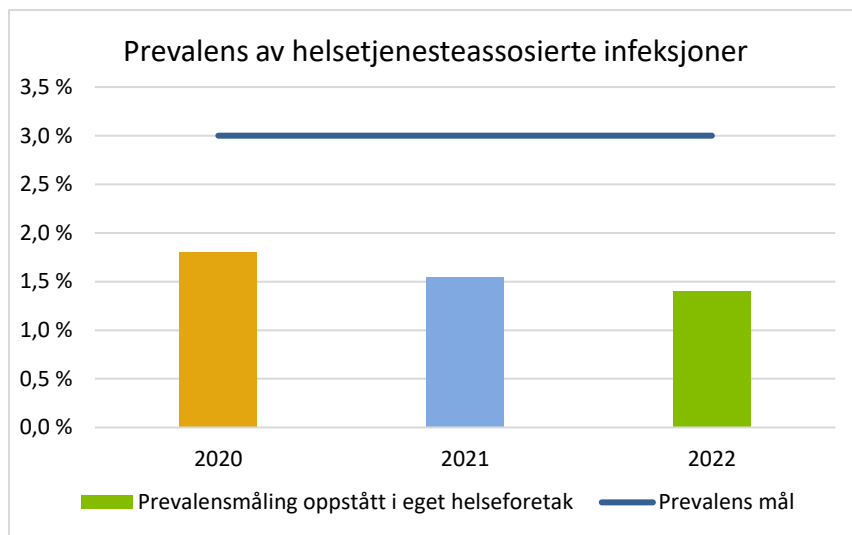


Fig XII Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner på Sunnaas sykehus.

## 5 Pasienttilfredshet

Sykehuset gjennomfører fortløpende en intern brukerundersøkelse. Undersøkelsen gjennomføres anonymt og alle pasienter inviteres til å svare i forbindelse med utreise eller ved kontakt med poliklinikken. Resultater fra brukerundersøkelsen foreligger hvert tertial og tilbakemeldingene brukes i det interne forbedringsarbeidet. Resultatene fra pasienttilfredshetsundersøkelsen gjøres kjent for pasienter, ansatte og interessenter gjennom:

- Brukerutvalget
- Ungdomsutvalget
- I møtefora på alle nivå i sykehuset inkl. styret
- Informasjon på Sunnaas.no

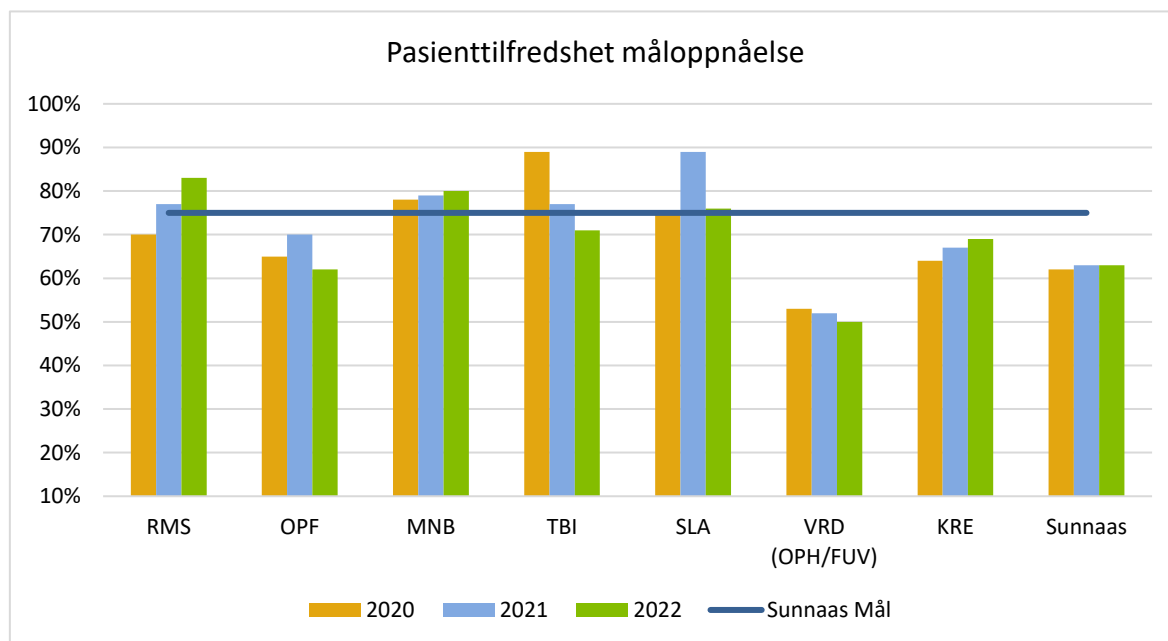
### 5.1 Svarprosent

I 2022 svarte 1147 inneliggende pasienter på brukerundersøkelsen, noe som utgjør 44 prosent. Dette er tilsvarende som for 2021. Svarprosenten for barn og unge i 2022 var på 48 prosent.



## 5.2 «Det ble utarbeidet mål for oppholdet med deg. Opplevde du å nå disse målene?» primærrehabilitering og korte opphold

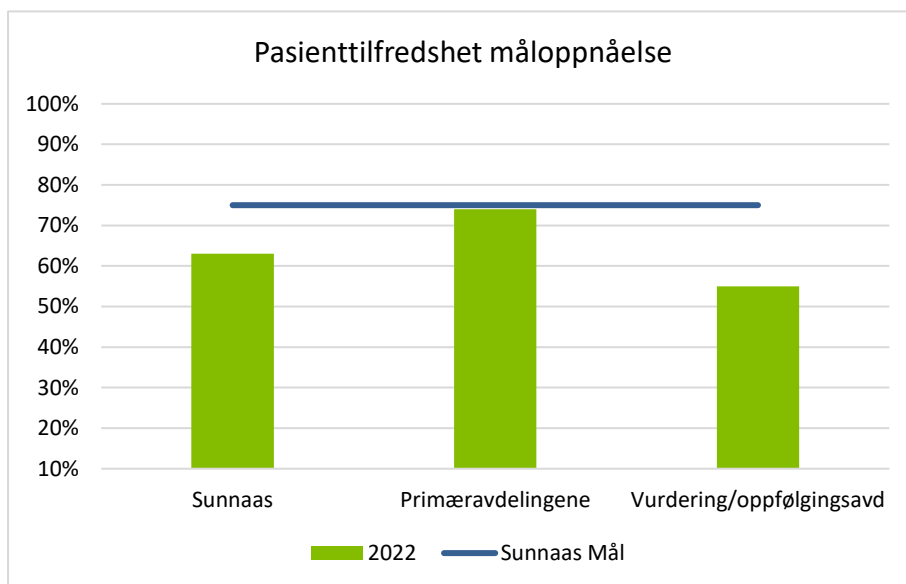
På spørsmål om målene som var satt ble oppnådd, svarer 63 prosent i stor grad eller svært stor grad. 16 prosent svarer at det ikke ble utarbeidet mål sammen med dem under oppholdet.



**Fig XIII** Tilfredshet pr. type opphold. KRE= Kognitiv rehabilitering, VRD= Avdeling for vurdering, OPH= Avdeling for hjerneskade, FUV= Avdeling for funksjonsvurdering, SLA= Avdeling for hjerneslag, TBI= avdeling for traumatiske hjerneskader, RMS= avdeling for ryggmargsskader enhet for barn og unge, MNB= avdeling for multitraume, neurologi og brannskader, OPF = avdeling for oppfølging.

I primæravdelingene svarer 74 prosent i stor grad og i svært stor grad, og 6 prosent svarer at det ikke ble utarbeidet mål (fig XIV). Ved oppfølging/vurdering/kontroll-avdelingene er resultatet 55 prosent tilfredshet og 22 prosent svarer at det ikke ble utarbeidet mål. Det jobbes kontinuerlig med å sette tydelige mål ut fra pasientenes individuelle behov, og tilbakemeldinger på dette spørsmålet følges fra tertial til tertial. Sykehuset ser potensial for forbedring når det gjelder pasientenes opplevelse av å nå mål.

Innovasjonspartnerskapet MAP (Mål og aktiviteter med pasienten i sentrum) er allerede godt i gang med å utvikle en digital løsning, blant annet av pasientens målplan. Målet er både å effektivisere den kliniske arbeidsflyten for helsepersonell, og gi pasienten et betydelig større eierskap til egen rehabiliteringsprosess.



**Fig XIV** Tilfredshet korte og lange opphold. Primæravdelinger: KRE= Kognitiv rehabilitering, SLA= Avdeling for hjerneslag, TBI= avdeling for traumatiske hjerneskader, RMS= avdeling for ryggmargsskader enhet for barn og unge, MNB= avdeling for multitraume, nevrologi og brannskader. Vurdering/oppfølgingsavdeling: OPF = avdeling for oppfølging, OPH= Avdeling for hjerneskade, FUV= Avdeling for funksjonsvurdering.

### 5.3 «Alt i alt hvor fornøyd er du med oppholdet?»

I 2022 svarte 91 prosent av de voksne at de i stor eller svært stor grad er fornøyd med tilbudet ved Sunnaas sykehus. For barn og unge fra 0 til 17 år, svarte 94 prosent at de i stor eller svært stor grad var fornøyd med oppholdet.

Sykehuset har valgt ut enkelte områder som forbedringsområder.

På spørsmål om maten, svarer 70 prosent av alle inneliggende voksne at maten i stor grad eller svært stor grad var tilfredsstillende. 21 prosent av pasientene svarer at de i noen grad er fornøyd med mattilbudet. Tilfredshet mat har gått ned 6 prosent sammenlignet med 2021. Det er noe variasjon mellom avdelingene på dette spørsmålet. I 2022 har tilfredshet mat hatt en tertialvis nedgang fra 78 prosent i første tertial til 64 prosent i tredje tertial. Sykehuset følger fortløpende opp uønskede hendelser innenfor kategorien mat, i samarbeid med leverandør. I tillegg er prosjektet «Fremtidens matomsorg» startet opp med hensikt å forbedre mattilbudet.

På spørsmålet fikk dine pårørende tilpasset informasjon og opplæring, svarer 34 prosent i stor grad og i svært stor grad. Dette er en økning på 4 prosent fra 2021. 12 prosent svarer i noen grad, og 39

prosent svarer vet ikke/ikke aktuelt. Sykehuset ønsker å forbedre dette området, og det er flere avdelinger som har påstartet forbedring av informasjon og opplæring til pårørende.

## 5.4 Pasient og pårørendeklager

Sykehuset mottok i 2022 totalt 38 skriftlige klager fra pasienter og pårørende. Dette er en økning fra 26 i 2020, men samme antall som i 2021. Alle tilbakemeldinger blir behandlet systematisk og analysert. Analysen er et viktig bidrag i forbedrings- og kvalitetsarbeidet på Sunnaas sykehus.

Antall klager på ventetid og epikrise/tverrfaglig sammenfatning har holdt seg stabilt gjennom årene og klager på samhandling/overføringer er redusert til null. Sykehuset har jobbet systematisk med å holde ventetider nede, samt med å ha gode prosesser rundt samhandling/planlegging av utskrivelse/overføring til en annen institusjon.

Det er en økning i antall rettighetsklager (klager fra pasienter på avslag/rettighetsvurderinger av henvisninger) fra syv i 2020 til 24 i 2022. Dette kan antakelig forklares ved at det i 2021 ble mulig å sende klage også elektronisk gjennom helsenorge.no, som har forenklet prosessen.

## 6 Oppsummering

Målet nasjonalt og regionalt er å redusere risiko for pasientskader og uønsket variasjon i tilbud og kvalitet. Sunnaas sykehus har som mål å tilby høyspesialisert rehabilitering med høy faglig kvalitet. Totalt viser resultater for 2022, tabell 1, at sykehuset har høy måloppnåelse innenfor mange av indikatorene. Det gjelder blant annet måloppnåelse på tilgjengelighet på det sengebaserte tilbudet. I løpet av 2022 har tilgjengelighet på det polikliniske tilbudet økt. Det er høy måloppnåelse innenfor video- og telefonkonsultasjoner. Resultatet er i tråd med sykehusets mål om å gi arenafleksible tilbud til pasientene. Kontinuerlig forbedringsarbeid innen epikrisetid har hatt effekt og det er høy måloppnåelse på epikrise sendt innen én dag. Pasientene uttrykker, gjennom brukerundersøkelsen, at de har høy tilfredshet på mange av områdene sykehuset ønsker tilbakemelding på.

Forbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess som fortsetter i 2023 innenfor flere områder med moderat og lav måloppnåelse. Det er variasjon i bruken av funksjonsverktøyet FIM, og resultatene varierer mellom i de ulike avdelingene. Å følge opp resultatene og bruken av FIM blir derfor en prioritert oppgave. Systematisk bruk av relevante effektmål blir også vurdert i 2023. Et annet område til oppfølging er fallforebygging. I 2022 er det etablert et nytt forbedringssystem der det er mulig å kategorisere bakenforliggende årsak, som vil hjelpe oss til å finne årsaken til fall slik at man kan iverksette riktig intervensjoner. Sykehuset ønsker også å øke tilfredsheten på områder der pasientene er mindre fornøyd. For 2023 jobbes det særskilt med å forbedre tilfredsheten innenfor områdene mat, pasientens oppnåelse av egne mål og informasjon/opplæring til pårørende.

I 2023 etablerer sykehuset et eget kvalitetsregister som har som mål å inkludere alle pasienter som får et tilbud ved sykehuset. Sunnaas kvalitetsregister vil være et viktig fremskritt for å kunne effektivisere forbedringsarbeid. Registeret vil kunne gi bedre muligheter for kontinuerlig monitorering av kvaliteten på sykehusets tilbud og tilrettelegger for mer detaljerte og målrettede analyser.