

Til styret i Sunnaas sykehus HF

28. november 2018

## **Sak 6718 Forbedringsplan (Quality Improvement Plan - QIP) etter CARF-akkreditering 2018**

### **Forslag til vedtak**

1. Styret tar Quality Improvement Plan (QIP), kvalitetsforbedringsplan etter CARF-akkrediteringen 2018 til etterretning.
2. Styret er meget tilfreds med de positive tilbakemeldinger som fremkommer i rapporten etter CARF-akkrediteringen 2018.

### **Sammendrag og konklusjoner**

Sunnaas sykehus HF oppnådde første gang akkreditering av Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) International i 2006 og senere i 2009, 2012, 2015 og 2018. Alle gangene har sykehuset oppnådd tre års akkreditering.

Rapporten etter akkrediteringen i 2018 (CARF Accreditation Report 2018) ble mottatt den 12. juli. Den peker på:

- 20 sterke områder
- Et område som fremheves som eksemplarisk
- 14 forbedringsområder (recommendations)
- Noen anbefalinger (suggestions)

Sykehuset har hatt 90 dager til å utarbeide en Quality Improvement Plan (QIP), som svar på de 14 forbedringsområdene (recommendations) i CARF-rapporten.

Følgende forbedringstiltak er beskrevet i QIP. For hvert av områdene er det lagt inn en tidsfrist for ferdigstillelse:

1. *Gjelder alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram:*  
Det lages undervisningsopplegg til pasienter som sikrer at de får gjennomgått pasient- og brukerrettigheter under sykehusoppholdet.
2. *Gjelder alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram:*  
For hvert program beskrives omfang av det tverrfaglige tilbudet i timer og dager. Informasjonen gjøres tilgjengelig på sunnaas.no.
3. *Gjelder alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram:*

Utarbeide et system som i større grad gjør det mulig for familier og støttesystemer sin deltagelse i rehabiliteringsprogrammene.

4. *Gjelder alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram*  
Økt bruk av virtuelle møterom slik at pårørende og støttesystemer kan få tilpasset tidspunkt for møter og avtaler.
5. *Gjelder alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram:*  
Det lages systemer som måler hvilken effekt pasientene har etter endt pasientopplæring.
6. *Gjelder enhet for barn og unge:*  
Alderstilpasset utstyr på enhet for barn og unge må være tilgjengelig ved innleggelse.
7. *Gjelder alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram:*  
I den årlige analysen av *ikke planlagte overføringer og utskrivelser til langtidspleie – død*, skal ansvarlige for programmet utarbeide mål, en vurdering av trender og effekt av tidligere gjennomførte tiltak.
8. *Gjelder alle CARF-akkrediterte rehabiliteringsprogram:*  
Etter å ha systematisk oppfølgingsdata, skal det lages en årlig skriftlig analyse hvor det settes mål for utvalgte områder. Det skal evalueres om tidligere tiltak har hatt effekt.
9. *Gjelder poliklinikken:*  
Det skal gjennomføres en årlig skriftlig analyse etter innsamling av data:
  - Ikke møtt
  - Kanselleringer
  - Pasienter som faller ut av program (dropouts)I analysen skal det settes mål for områdene. Analysen skal inneholde en vurdering av utvikling og effekt av tidligere gjennomførte tiltak. Analysen skal også ved behov inneholde tiltak for forbedring, plan for opplæring og trening av ansatte.
10. *Gjelder rehabiliteringsprogram for traumatisk hjerneskade:*  
Avdelingen skal årlig samle informasjon om tilfredshet fra familie- og støtteinstanser og henvisningsinstanser innenfor områdene:
  - a. Klinisk praksis/atferd
  - b. Inkludering av pasient i program
  - c. Resultatinformasjon – oppnådd
  - d. Informasjon mottatt om programI analysen skal det settes mål for områdene. Analysen skal inneholde en vurdering av utvikling og effekt av tidligere gjennomførte tiltak. Analysen skal ved behov inneholde tiltak for forbedring, plan for opplæring og trening av ansatte.

11. *Gjelder rehabiliteringsprogram for ryggmargsskade:*

Etablere tilbud om kompetent brukerkonsulentstøtte som reflekterer kjennetegnene til pasienten.

12. *Gjelder rehabiliteringsprogram for hjerneslag:*

Det gjennomføres en årlig analyse av oppfølgingsinformasjon på slagpasienter innenfor områdene 1-6 i standarden. Det skal settes mål for utvalgte områder (1-6).

Analysen skal inneholde en vurdering av utvikling og effekt av tidligere gjennomførte tiltak og ved behov, inneholde tiltak for forbedring, plan for opplæring og trening av ansatte.

13. *Gjelder rehabiliteringsprogram for hjerneslag:*

Det settes måleindikatorer for en prosentandel pasienter som ved utskrivelse/overføring er i overensstemmelse med evidensbaserte retningslinjer for å håndtere diabetes, hyperlipidemi, BT, slagforebyggende tiltak (1-4).

Dert skal gjennomføres en årlig analyse av oppfølgingsinformasjon på slagpasienter innenfor områdene. Det skal settes mål for områdene. Analysen skal inneholde en vurdering av utvikling og effekt av tidligere gjennomførte tiltak og skal ved behov inneholde tiltak for forbedring, plan for opplæring og trening av ansatte.

14. *Gjelder smerterehabiliteringsprogram:*

Psykologen i smerteteamet gjennomfører en vurdering av alle pasienter før teamet starter smerterehabilitering.

QIP ble sendt til CARF den 3. oktober og ble godkjent 5. oktober 2018.

QIP medfører ikke noen implikasjoner rettet mot prioriterte mål og aktiviteter fra Helse Sør-Øst. Men arbeidet medfører at vi arbeider mer strukturert med analyser og forbedringsarbeid.

### **Bakgrunn for saken**

Sunnaas sykehus HF oppnådde første gang akkreditering av CARF International i 2006 og senere i 2009, 2012 og 2015. CARF ble på nytt invitert av sykehuset til å vurdere virksomhetsstyringen og pasienttilbudet på Sunnaas sykehus HF i 2018, og granskningen ble gjennomført i henhold til plan.

CARF Accreditation Report 2018 viser til 14 forbedringsområder som sykehuset skal svare på. Forbedringsområder er beskrevet i Quality Improvement Plan (QIP), som ble sendt til CARF organisasjonen innen fristen som var den 12.10.2018.

Einar Magnus Strand  
Administrerende direktør

### **Vedlegg**

Quality Improvement Plan (QIP)