

## Saksfremlegg

Saksgang	Møtedato
Styret Sunnaas sykehus HF	21.09.22

### Sak 5122

**Nytte og kostnader knyttet til CARF-akkreditering.**

### Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering, og gir sin tilslutning til at foretaket viderefører ordningen med CARF kvalitetssystem. Styret støtter administrerende direktør om å gjennomfører CARF re-akkreditering i 2024.

Nesodden, 21.09.22

Einar Magnus Strand  
Administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities) er en internasjonal og uavhengig ideell organisasjon som akkrediterer tjenesteleverandører innen helse og omsorg – internasjonalt. CARF har etablert brukerfokuserte standarder i et samspill mellom brukere, pårørende, fagfeltet selv og andre interessenter. Standardene er i kontinuerlig utvikling, bygger på dokumentert kunnskap og den til enhver tid anerkjente kliniske praksis. Den utgjør et internasjonalt rammeverk som med sitt utpregede brukerutgangspunkt peker på hva som påvirker kvaliteten i et rehabiliteringsprogram, i alt fra forretningsdrift til områder som gjelder all rehabilitering helt ned til programspesifikke momenter. Hvert tredje år gjennomgår den akkrediterte organisasjonen en undersøkelse «survey», gjennomført av fagpersoner fra tilsvarende akkrediterte rehabiliteringsorganisasjoner, dette gjennomføres i en konsultativ prosess. Det var i sin tid krav fra Helse Sør-Øst om sertifisering som medførte at Sunnaas valgte CARF som kvalitetssystem. Sunnaas sykehus oppnådde første gang akkreditering i 2006 – er senere re-akkreditert hvert tredje år - sist gang november 2021. Styret har i forbindelse med siste CARF-akkreditering bedt om en redegjørelse av nytteeffekter og kostnader ved å være en CARF-akkreditert organisasjon.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### Beslutningsprosess om akkreditering

Hvert tredje år blir det iverksatt en prosess på flere nivå i organisasjonen for å beslutte om sykehuset skal gjennomføre en ny re akkreditering. Nivåene i standardmanualen, Seksjon 1 ASPIRE, seksjon 2 (rehabiliteringsprosessen) og seksjon 3 og 4 (programmene) komplementerer og forsterker hverandre. Se vedlegg 1 – kvalitetssystemets struktur. Det er sykehuset selv som avgjør om man ønsker å akkreditere spesialprogram. Sykehuset akkrediteres etter siste gjeldende CARF-standardmanual. CARF-internasjonalt krever ingen form for månedlig eller årlig rapportering fra organisasjoner som er akkrediterte. Hensikten er intern kontroll og kontinuerlig forbedring av de tjenester vi yter for pasienter, pårørende og andre interessenter. Sunnaas sykehus rapporterer kun til eier – nasjonalt og regionalt. Høsten 2019 ble det fremmet styresak på å vurdere alternativer til CARF akkreditering. Det ble da ikke funnet noe annet helhetlig kvalitetssystem som ville ivareta områdene tilsvarende slik CARF systemet gjør det. Med bakgrunn i dette ble styrevedtaket å planlegge for ny akkreditering 2021

### Nytteeffekter ved å være CARF akkreditert

Sunnaas sykehus har valgt CARF som kvalitetsstyringssystem som ikke begrenser seg i forhold til andre styrende lover og forskrifter om ledelse kvalitetsforbedring. Innholdet i sykehusets styringssystem skal tilfredsstillende lovkrav, standardene i CARF, ISO 14001 og styringsdokumenter fra eier. Flere skriftlige retningslinjer, policy bygger på CARF sine anbefalte standarder for medisinsk rehabilitering der hovedmålet er å optimalisere og forbedre tjenestetilbudet til pasientene. Det som er unikt jmf. annet kvalitetsarbeid er de diagnosespesifikke programstandardene og metodikken for hvordan man skal jobbe med forbedring av rehabiliteringsprogrammene. Klinikerne har systematisk gjennom årene brukt standardene som hjelpemiddel til å utvikle og forbedre rehabiliteringsprogrammene. I tabellene skisseres noen viktige verdielementer/effekter for pasient/pårørende, ansatte og interessenter.

<b>Verdielementer/effekter som har gevinst for pasient og pårørende</b>	<b>Utfordringer</b>
<p><b>Før pasient innleggelse</b> Pre-medisinsk vurdering før innleggelse Sunnaas sykehus er blitt standardisert i sjekklister. Sikrer viktig informasjonsoverføring i grensesnittet mellom akutt og rehabilitering.</p>	<p>Noen områder i standarden <i>pre-medisinsk</i> vurdering er ikke like aktuelt for klinikere i Norge – ambulerende team Sunnaas sykehus har tilpasset sjekklister til norske forhold</p>
<p><b>Forbedring av rehabiliteringsprogram/forløp</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forbedring av informasjon med avklaring av forventinger til oppholdet</li> <li>- Informasjon om rehabiliteringsprogrammenes omfang er definert og blir synliggjort på nettsider</li> <li>- Rehabiliteringen er blitt mer individuelt tilpasset – styrke empowerment i egen rehabilitering.</li> <li>- Utviklet og forbedret undervisning for pasienter og pårørende. Bruker tilbakemeldinger fra pasienter til kontinuerlig forbedre undervisningen.</li> <li>- Økt kvalitet på dokumentasjon i DIPS – utarbeidet sjekklister for sikre dokumentasjon gjennom rehabiliteringsprosessen.</li> <li>- Kvalitetssikring av pasientens utskrivelsesprosess</li> </ul>	<p>Standardspråket kan oppleves litt tungt og har til tider vært utfordrende å forstå. Noen standarder er kanskje mer tilpasset et amerikansk system, der man har kortere liggetid, andre finansielle ordninger for rehabilitering og andre ressursutfordringer. Derfor har vi valgt å tilpasse det til norske forhold vel vitende om at vi kan få en «recommendation.»</p> <p>Noen standarder har hatt lengre modningstid – tatt lengre tid å implementere. Klinikere synes det var vanskelig på definere omfang av oppholdet – timer fysio/ergoterapi i uken og avklare oppholds lengde.</p> <p>I forbindelse med anbefalte standarder er det utarbeide egne skjema/sjekklister i DIPS, og disse snakker ikke med DIPS-rapporter. Ved revisjoner må man gå manuelt inn for å sjekke etterlevelse.</p>
<p><b>Forbedring beredskap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beredskapsprosedyre utarbeidet ved gjennomføring av videokonferanse</li> <li>- System for øvelser på flere områder i beredskapsplanen</li> <li>- Vernerunder gjennomføres to ganger årlig</li> </ul>	<p>Mange standarder som går på sikkerhet – risiko vurderinger – beredskap. Diskusjoner om vi skal tilpasse standarden. Hva er viktig for oss i vår kontekst?</p>
<p><b>Tilfredshet og god håndtering av klager</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forbedring klagebehandling – system for dialog med pasienter og pårørende.</li> <li>- Sykehuset har de siste årene ikke mottatt klagesaker fra statsforvalteren. Gjennomfører årlig analyse av alle klager</li> <li>- Bruker tilbakemeldinger muntlig og skriftlig til å forbedre tilbudet.</li> <li>- Høy tilfredshet blant pasienter og pårørende – men er også opptatt av å bruke tilbakemeldingene i forbedringsarbeidet.</li> </ul>	<p>Diskusjoner om særskilt behov for undervisning av pasientrettigheter som en del av opplæringen for pasienter og pårørende.</p> <p>Utfordrende å hente ut tilfredshet per program – når er dette lagt inn per avdeling. Forbedring blir å utvikle tilfredshetsundersøkelsen – SunHF kvalitetsregister</p>
<p><b>Lav grad av betydelig uønskede pasientskader</b> Systematisk gjennomgang av meldte betydelige uønskede hendelser årlig. Lav grad av betydelig pasienthendelser</p>	<p>regnet på kvalitetskostnader.</p>
<p><b>Økt tilgjengelighet tilbud</b> Økt tilgjengelig poliklinisk virksomhet – forbedringer av administrasjons prosesser i</p>	<p>Utfordrende å hente ut resultatinformasjon per polikliniske program – pga koding i DIPS ikke er tilpasset.</p>

<p>poliklinikk – sikrer at pasienter møter og ikke faller ut av polikliniske program – effektivitet. Økning i antall pasienter – både inneliggende og poliklinikk, som får tilbud hvert år</p>	
<p><b>Økt og samlet tilbud til barn og unge</b> Etablert egen barne- og ungdomsenhet Forbedring av barne- og ungdomsprogrammet som er tilpasset etter programspekifikke standarder - gir rehabilitering til hele familien – høy tilfredshet barn og pårørende til barn</p>	<p>Diskusjoner om hvor spesialisert vi skal melde opp barne- og ungdomsprogrammet. I dag har vi tre spesial program for barn og unge som det igjen er krav til differensiell resultatinformasjon</p>
<p><b>Resultatinformasjon</b> Tilpasset mot rehabiliteringsprogram Tilgjengelig resultatinformasjon om pasientbehandling synliggjøres for pasienter og pårørende i avdeling</p>	<p>Utfordret av CARF å hente ut resultater per program – DIPS vanskeliggjør da kategoriseres i avdeling. Prioriterer tid – jobbet med kodekvalitet og datasortering – tidsbruk – men oppfattes som verdi da vi får mer spisset resultatinformasjon</p>

<b>Verdielementer/effekter som har gevinst for ansatte</b>	<b>Utfordringer</b>
<p>God virksomhetsstyring jmf. seksjon 1 ASPIRE. CARF gir en god forståelse i sammenhenger og er em bra lederopplæring i virksomhetsstyring. Sunnaas sykehus følger krav og bestillinger fra norske myndigheter. Sunnaas sykehus rapporterer ikke dobbelt.</p>	<p>Der standard har høyere anbefalinger – følges dette.</p>
<p>Vi er blitt bedre på å presentere resultatinformasjon per rehabiliteringsprogram - resultater er blitt mer tilgjengelig for ansatte til bruk i presentasjoner og til forbedring.</p> <p>Økt forståelse for indikatorer – sette mål og grenseverdier for måloppnåelse. Anbefalte CARF-standarder brukes som veileder ved utvikling av variabler til Sunnaas kvalitetsregister. Vi har også fått anbefalinger til hvordan andre institusjoner har løst dette.</p>	<p>Bruker ressurser på å hente ut resultatinformasjon per akkrediterte program. Data som hentes ut fra DIPS – der er kodet inn per avdeling – ikke per spesialprogram – dette krever bearbeiding av data. Vi har prioritert ressursbruk for å utarbeide kvalitetsrapport årlig. Det oppleves om nyttig for klinikere og ledere å få resultatinformasjon innenfor områder – tilgjengelighet- effekt, effektivitet, pasientsikkerhet og tilfredshet</p>
<p>Bedre forståelse og gjennomføringsevner på risiko og årlig analyse vurderinger, tendens og forbedringsområder. Dette er styringsresultater for ledere og avdelingsoverleger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ikke planlagte utskrivelser per program, og oversikt over hvor pasienten blir utskrevet til (riktig kodet)</li> <li>- analyse av avslag på henvisinger – sette behov for forbedret kodepraksis</li> <li>- analyse av klager – prosess saksbehandling og involvering/dialog med pas/pårørende</li> <li>- analyse av oppfølging etter utskrivelse – avdekke risiko for pasienter etter utskrivelse</li> </ul>	<p>Ikke alle analysene gir bilde på tydelige utfordringer – som resulterer i direkte forbedringsarbeid, men analysene gir innsikt i pasientbehandlingen som kan bidra til bevisstgjøring av medisinsk ansvarlige – ledere og koordinatorene for programmene.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse av journaler – etterlevelse av kriterier for dokumentasjon</li> <li>- analyse av medisinsk selvstendighet i spesialprogram</li> <li>- ikke møtt til/ «drop outs» fra polikliniske program</li> </ul> <p>Innhenting av data til analysene hentes fra flere kilder. Disse analysene bidrar til å forbedre tilbudet til pasientene og påvirker undervisning, i gruppe og individuelt.</p>	
<p>Bedre kontroll på og oppdatert styrende dokumentasjon</p>	<p>Styrende dokumentasjon er på norsk og dette må oversettes/tolkes under granskningen. Granskere «surveyers» bruker i tillegg andre verktøy for standarder som det er krav til skriftlig.</p>
<p>At de ansatte hvert tredje år, får en internasjonal revisjon som blir sett på som en «eksamen» som de må forberede seg til. Det medfører «kontroll av eget arbeid» og vi lærer av innspill fra andre – og skaper nysgjerrighet om hvordan andre jobber internasjonalt.</p> <p>Et læringsnettverk tilgjengelig verden over – får hjelp til implementering av nye ting.</p> <p>Positiv feedback og internasjonal annerkjennelse fra andre som jobber i tilsvarende organisasjoner er empowering – styrkende for bygging av en kultur hvor vi hele tiden vil gjøre tingene bedre enn tidligere.</p>	<p>Akkrediteringen kan kanskje oppleves som å forberede seg til en muntlig eksamen – og noen kjenner nok på stress og nervøsitet – men med stor mestringsfølelse når feedback gis under exit konferansen</p>

<b>Verdielementer/effekter som har gevinst for interessenter</b>	<b>Utfordringer</b>
<p>Resultatinformasjon per program er blitt mer tilgjengelige for samhandlede interessenter</p>	<p>Det er ikke gjennomført interessentanalyse</p>
<p>Informasjon om tilgjengeligheten av omfanget er blitt mer spesifisert og tilgjengelig.</p>	
<p>Nasjonalt og internasjonalt CARF-samarbeid Andre institusjoner lærer av oss. Det er også en døråpner til å besøke institusjoner i utlandet som er CARF-akkrediterte</p>	
<p>Overføring av informasjon til samhandlende instanser – avklaring – sikre overganger mellom spesialist – bydel og kommune.</p>	
<p>Traumatiske hjerneskadeprogram og ryggmargsskadeprogram, samarbeide med kommuner om beredskapsforberedelser</p> <p>Opplæring og veiledning –trening av helsepersonell i primærhelsetjenesten. Videokonferanse digitalt – sår</p>	<p>Finne de riktige aktørene ( inkludere brukerorganisasjonene) å samarbeide med – dette er et forbedringsarbeid etter re-akkrediteringen-21</p>

### Direkte kostnader ved akkreditering

Totalsum for påmelding og akkrediteringer er til sammen 370 190 NOK. Når man fordeler dette på tre år utgjør det en utgift på 123.400. NOK per år. Før hver re-akkreditering betaler sykehuset en påmeldingsavgift, samt akkrediteringskostnader til CARF Europa. Akkrediteringskostnader omfatter serviceutgifter og kostnader for fem «surveyers» i tre dager. Sykehuset har valgt å bruke tolketjenester under de tre «survey» dagene, for å sikre korrekt kommunikasjon. Tolkene brukes til oversettelse av styrende dokumentasjon, og til ansatte, pasienter og interessenter som har behov for hjelp med oversettelse i dialog med granskerne.

Kostnadselement	Beløp
Application Fee - medlemskap	8 537
Faktura CARF Europe	267 376
Mobiltelefoni	1 062
Tolketjenester	93 214
<b>SUM</b>	<b>370 190</b>

### Andre nordiske institusjoner/sykehus som er CARF-akkrediterte

Hernes institutt, Rehabiliteringssentret AIR, Skogli helse- og rehabiliterings senter AS, Sykehuset i Vestfold Stavern KMFR, Sykehuset Sørlandet fysikalsk medisinsk avdeling, Vigør rehabilitering Tromsø, Valnesfjord helsesportsenter

Rehabiliteringsmedicinska universitetskliniken Stockholm Danderyd, Neurorehabilitering Sunderby Luleå, Sahlgrenska universitetssjukehuset Göteborg, Norrlands universitetssykehus Umeå, Rehabiliteringsavdelingen i Jönköping, Rehabiliteringsmedisin Älvsborg Borås, Rehabiliteringen Medisinsk Halland, Nevrologi rehabilitering medisinske avdeling universitet i Skåne (Lund og Höör)

Rikshospitalet i København Danmark, Neurorehabilitering vurderer å søke akkreditering for sitt tjenestetilbud.

### 3. Administrerende direktørs anbefaling

Sunnaas sykehus HF har ved flere anledninger gjennomført en vurdering av andre alternativer til CARF akkreditering, og det er per nå ikke funnet noe helhetlig kvalitetssystem som ivaretar virksomhetsstyring og pasienttilbudet på tilsvarende måte som CARF.

Nytteverdier sett opp mot kostnader og ressursbruk har vært grunnlaget for vurdering av fortsatt å følge internasjonale medisinske rehabiliteringsstandarder. At flere sykehus nasjonalt og i Norden har valgt å akkrediteres etter programspesifikke standarder er også med på å påvirke beslutninger om fortsatt å akkreditere virksomheten.

Administrerende direktør anbefaler at Sunnaas sykehus gjennomfører re-akkreditering som planlagt i 2024.

Vedlegg:

Sak 5122 2022-09-21 Vedlegg 1 – Oppbygging struktur CARF-kvalitetssystem