

Uppföljning av kvalitet och resultat inom psykiatri

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Analysenheten
November 2006

Uppdrag, arbetsgrupp och arbetssätt	3
Ärendets beredning.....	4
Förslag efter genomförd remiss	4
Befolkningens hälsoläge.....	5
1. Psykiskt välbefinnande (16-84 år) mätt med GHQ-12.....	5
2. Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen mätt med EQ-5D-index.....	6
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.....	7
3. Vårdprogram inom psykiatri.....	7
4. Förekomst (registrering) av diagnos	8
5. Funktionsskattning med GAF-instrumentet	9
6. Registrering i kvalitetsregister	10
Säker hälso- och sjukvård.....	11
7. Systematiskt arbete med avvikelserapporter	11
8. Uppgifter om suicid och suicidförsök	12
9. Klagomål och deras uppföljning	13
Patientfokuserad hälso- och sjukvård.....	14
10. Patientupplevelse av bemötande vid vårdkontakten	14
11. Patientupplevelse av delaktighet vid vårdkontakten	15
12. Genomförd brukarrevision	17
Effektiv vård	18
13. Skriftlig vårdplan.....	18
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	19
14. Andel som fått vård inom 90 dagar	19
Jämlig vård.....	20
15. Kostnader för psykiatrisk vård per 1000 invånare och hälso- och sjukvårdsnämnd.....	20
Hur skall indikatorerna rapporteras?	21
Åtgärder för att underlätta uttag av information ur datorjournalen.....	21
Bilaga 1	23
Bilaga 2	25

Uppdrag, arbetsgrupp och arbetssätt

Regionstyrelsen gav den 21 juni 2005 hälso- och sjukvårdsutskottet följande uppdrag

”Metoder för kvalitetskontroller och resultatuppföljning inom psykiatrin skall utvecklas. Inte minst för att säkerställa tillgänglighet, kontinuitet och ett effektivt nyttjande av resurserna.”

Hälso- och sjukvårdsdirektör Lars-Olof Rönnqvist gav den 23 januari 2006 en arbetsgrupp i uppdrag att utarbeta förslag på indikatorer inom den psykiatriska vården.

Uppföljningen skall enligt uppdragshandlingen omfatta följande aspekter av den psykiatriska verksamheten:

- Befolkningens hälsoläge
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlig hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid
- Hälsoeffekt i befolkningen

Därutöver ställs i uppdragshandlingen bland annat följande krav:

- Indikatorerna skall kunna införas i ordinarie verksamhet utan omfattande nyinvesteringar i IT-system
- Lämplig utgångspunkt är det arbete med kvalitetsindikatorer som utförts i Stockholms läns landsting
- Indikatorerna skall kunna börja användas under år 2007
- Arbetsgruppen skall ge förslag på standardrapporter
- Prioriteringsordning skall anges om så behövs
- Arbetet skall bedrivas på ett sådant sätt att förslaget förankras inom barn- och ungdomspsykiatrin, vuxenpsykiatrin samt allmänmedicinen
- Arbetsgruppen skall belysa vilka krav den utvidgade uppföljningen ställer på IT- och journalsystemen
- En slutrapport skall vara klar den 1 december 2006

Arbetsgruppen har bestått av Lise-Lotte Risö Bergerlind och Bo Ivarsson Södra Älvsborgs sjukhus, Jörgen Bergman Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Daniel Pollack primär- och tandvårdsförvaltningen samt Stephan Ehlers och Bengt Kron från hälso- och sjukvårdsavdelningen, regionkansliet. Arbetsgruppen har haft flera halv- och heldagsmöten under våren 2006.

Ärendets beredning

Rapporten har varit föremål för remissbehandling. Under perioden 060811 – 061009 gavs berörda förvaltningar, hälso- och sjukvårdskanslier, sektorsråden för barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri och rättspsykiatri och fackliga organisationer möjlighet att lämna synpunkter. En facklig referensgrupp har haft två möten med delar av arbetsgruppen.

Förslag efter genomförd remiss

En sammanfattning av synpunkterna som framkom under remissrundan samt arbetsgruppens kommentarer redovisas i bilaga 2. Arbetsgruppen gör efter remissomgången den samlade bedömningen att man inte behöver göra några omfattande ändringar i det förslag som remissbehandlades. Däremot har remissversionen av rapporten bearbetats och komprimerats.

Nedan följer arbetsgruppens förslag för de regiongemensamma metoder som skall användas för uppföljning av kvalitet och resultat inom barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri samt rättspsykiatri.

Befolkningens hälsoläge

1. Psykiskt välbefinnande (16-84 år) mätt med GHQ-12

Kvalitetsområde

Befolkningens hälsoläge

Uppföljningsperspektiv och relevans

Den upplevda hälsan är ett av fundamenten för att individer skall ha en god livskvalitet. Uppgifter om detta är nödvändigt för identifiering av insatsområden.

Intressenter

Befolkningen, politiker, verksamhetsledningar, professionen

Typ av mått

Deskriptivt mått

Beskrivning

Andel av befolkningen 16 – 84 år som har respektive inte har nedsatt psykiskt välbefinnande

Mätmetod och datakälla

Psykiskt välbefinnande mäts med instrumentet General Health Questionnaire med 12 frågor (GHQ-12). Folkhälsoinstitutet anlitar SCB, som varje år gör en enkät (2006 tillfrågades knappt 30 000 i VGR). Svaren bearbetas av SCB och levereras i aidentifierad form till Folkhälsoinstitutet och beställande landsting

Nödvändiga grunddata/definition

Varje fråga har fasta svarsalternativ. Ett summaindex beräknas utifrån de tolv frågorna. Cut-offnivån avgör gränsen mellan psykiskt välbefinnande och ohälsa.

Felkällor

Relativt stort bortfall - drygt 35%.

Redovisning

Kan redovisas på region-, HSN- och kommunnivå/SDN (det sistnämnda med poolade data från flera år): Redovisning kan även ske avseende kön och åldersgrupper.

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

Syfte och bakgrund till enkätfrågorna i den nationella folkhälsoenkäten Nykvist K, Boström G. Statens folkhälsoinstitut 04-10-25

2. Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen mätt med EQ-5D-index

Kvalitetsområde

Hälsoläget i befolkningen

Uppföljningsperspektiv och relevans

EQ-5D är ett standardiserat instrument som kompletterar GHQ-12 med aspekter av upplevd somatisk hälsa och funktionsförmågor.

Intressenter

Befolkningen, politiker, verksamhetsledningar, professionen

Typ av mått

Deskriptivt mått

Beskrivning

Andel av befolkningen som har/ inte har nedsatt psykiskt, somatisk och socialt välbefinnande

Mätmetod och datakälla

Psykiskt, somatisk och socialt välbefinnande/hälsoprofil mäts med 5 frågor genom instrumentet EQ-5D. Folkhälsoinstitutet anlitar SCB, som varje år gör en enkät (2006 tillfrågades knappt 30 000 i VGR). Svaren bearbetas av SCB och levereras i aidentifierad form till Folkhälsoinstitutet och beställande landsting

Nödvändiga grunddata/definition

Varje fråga har fasta svarsalternativ. Svaren på de 5 frågorna ger 243 olika hälsoprofiler. Dessa används för att ta fram ett viktat indexvärde på en livskvalitetsskala.

Felkällor

Det relativt stora bortfallet som ligger på drygt 35%.

Redovisning

Kan redovisas på region, HSN- och kommun/SDN-nivå (det sistnämnda med poolade data från flera år). Redovisning kan även ske avseende kön och åldersgrupper.

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

EuroQol - A new Facility for the Measurement of Health-Related Quality of Life". Health Policy 199016(3);199-208.

Kvalitetsjusterade levnadsår och EQ-5D. Henriksson M, Burstöm K. LT nr 21 2006, sid 1734.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

3. Vårdprogram inom psykiatri

Kvalitetsområde

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Regionala vårdprogram skall baseras på evidensbaserad kunskap som t ex uttrycks i nationella riktlinjer från SoS och kunskapsöversikter från SBU. Därför är det viktigt att följa

- framtagning och färdigställande av vårdprogram
- förekomst av färdiga vårdprogram
- implementering av vårdprogram lokalt

Intressenter

Professioner, verksamhetsledning, politiker/beställare, brukare

Typ av mått

Struktur- och processmått

Mätmetod och datakälla

Inventering sker årligen genom sektorsråden. F n saknas regionala vårdprogram vad gäller psykiatrisk vård. Hälso- och sjukvårdsutskottet har fattat beslut om rekommenderad struktur i de regionala vårdprogrammen.

Nödvändiga grunddata/definition

Antal vårdprogram enligt regionens modell som är

- påbörjade
- färdigställda
- lokalt implementerade

Redovisning

Redovisas på kliniknivå.

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

Handläggning av riktlinjer och vårdprogram för vård och omvårdnad i Västra Götalandsregionen (RSK 377-2005).

4. Förekomst (registrering) av diagnos

Kvalitetsområde

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Adekvat behandling kräver diagnostiskt arbete som resulterar i en så specifik diagnos som möjligt. Andelen ej diagnossatta vårdkontakter är för hög inom delar regionen.

Intressenter

Professioner, verksamhetsledningar, politiker/beställare, brukare

Typ av mått

Processmått

Beskrivning

Andel läkarbesök som diagnossatts respektive inte diagnossatts under ett år.

Mätmetod och datakälla

Uppgift om huvuddiagnos hämtas från vårddatabasen VEGA

Nödvändiga grunddata/definition

Diagnos enligt ICD-10

Felkällor

Bristande kvalitet i diagnossättning och registrering

Redovisning

Redovisning per klinik, åldersgrupper och kön

Införandeprioritering

Införs 2007. Under 2007 är det inte realistiskt att kräva att andra vårdgivarkategorier än läkarna skall sätta diagnos vid besök. Men i en senare fas bör detta krav även gälla övriga vårdgivarkategorier med självständiga patientkontakter..

5. Funktionsskattning med GAF-instrumentet

Kvalitetsområde

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Kunskap om patientens funktionsnivå är en förutsättning för att kunna ge ändamålsenlig vård. Global Assessment of Functioning (GAF) är ett översiktligt uttryck för detta. Funktionsbedömning är också ett sätt att bedöma effekterna av vården, d.v.s. om insatserna leder till ökat välbefinnande och ökad funktionsförmåga.

Intressenter

Professioner och brukare, verksamhetsledningar, politiker/beställare

Typ av mått

Processmått

Beskrivning

Andel patienter som bedömts med GAF de senaste 12 månaderna.

Mätmetod och datakälla

Skattningar av symtom och psykosocial funktionsförmåga med GAF-skalan

Nödvändiga grunddata/definition

Vid skattningen med GAF får patienten ett värde mellan 1 till 100.

Rutin för inrapportering förbereds lokalt. I de fall data ej kan hämtas ur datorjournalen eller de patientadministrativa systemen görs manuell inventering av aktuella journaler under två veckor.

Felkällor

Svårigheter att hitta uppgifter om utförd bedömning i journalen.

Redovisning

Redovisning per klinik

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

Special Section on the Global Assessment of Functioning. Psychiatric Services. April 2005

6. Registrering i kvalitetsregister

Kvalitetsområde

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Kvalitetsregister ger kunskap om hur patienten tas omhand. I psykiatrins uppdrag ingår att rapportera till psykiatriska kvalitetsregister.

Intressenter

Professioner, verksamhetsledningar, politiker/beställare och brukare

Typ av mått

Processmått

Beskrivning

Uppföljning av

- antal patienter registrerade i respektive kvalitetsregister vid visst datum
- antal patienter som sedan föregående mätning nyregistrerats
- andel patienter som ingår i kvalitetsregister och som under mätperioden har motsvarande diagnoser i vårddatabasen VEGA

De register som är aktuella är

- Bipolär - nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom
- BUSA - nationellt kvalitetsregister för BehandlingsUppföljning av Svår AD/HD
- RIKSÄT - nationellt kvalitetsregister för specialiserad ätstörningsbehandling
- Schizofreni - nationellt kvalitetsregister för nyinsjuknade i schizofreni och likartad psykosjukdom

Mätmetod och datakälla

Måtten 1 och 2 beställs från KPV-Centrum.

För mått 3 beställs data från KPV-Centrum och vårddatabasen VEGA.

Nödvändiga grunddata/definition

Registrerade patienter i kvalitetsregistren är de som fyller registrets inklusionskriterium och som inte är avslutade i registret.

Andel aktuella patienter i respektive kvalitetsregister definieras som kvoten av registrerade patienter i kvalitetsregistret, dividerat med antal patienter med aktuell diagnos under året i vårddatabasen VEGA.

Aktuella patienter definieras i VEGA-data som de som haft sluten- och/eller öppenvårdskontakt under året.

Felkällor

Brister i diagnostisering och primär registrering och leverans till VEGA.

Redovisning

Redovisning per klinik och enhet

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

www.kpvcentrum.se

Säker hälso- och sjukvård

7. Systematiskt arbete med avvikelserapporter

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. Det är viktigt att sammanställa och analysera avvikelser och ge återkoppling till medarbetarna liksom att sprida kunskap till andra verksamheter. Det är betydelsefullt att inträffade avvikelser leder till förbättringar. De valda indikatorerna belyser om verksamheten uppfyller basala krav på säkerhetsarbetet.

Intressenter

Professioner, verksamhetsledningar, brukare, politiker och beställare

Typ av mått

Processmått

Beskrivning

Uppföljning av

- förekomst av en sammanställning av under året lämnade avvikelserapporter
- förekomst av en systematiserad redovisning av åtgärder som vidtagits för att förhindra upprepning per kategori av avvikelserapporter
- förekomst av förvaltningsövergripande instruktion för avvikelshantering

Mätmetod och datakälla

Data levererade enligt rutinerna för Medcontrol.

Nödvändiga grunddata/definition

Begrepp, termer och globala kategorier som matas in i Medcontrol stöds av datorprogrammets meny.

Felkällor

Brister i identifikation av avvikelser, bristande inrapportering i Medcontrol.

Redovisning

Redovisning per klinik. Rutin för uttag ur Medcontrol utarbetas.

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

SOSF 200512 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

God vård, Socialstyrelsen

”Säker avvikelshantering”, www.munkeby.se

8. Uppgifter om suicid och suicidförsök

Kvalitetsområde

Säker vård samt också hälsoläget i befolkningen.

Uppföljningsperspektiv och relevans

Uppgifter om suicid och suicidförsök i befolkning och patientpopulation är viktiga utgångspunkter för att minska sådana händelser. Nationell registrering av suicid inom sjukvården sker enligt nya Lex Maria fr o m 060115. Dokumentation och klinisk uppföljning av suicidförsök är av största betydelse.

Intressenter

Professioner, verksamhetsledning, beställare, politiker

Typ av mått

Process- och resultatmått

Beskrivning

1. Antal suicid i befolkningen under mätperioden och andel av dessa som haft vårdkontakt (oavsett specialitet) under viss tid före självmordet
2. Antal suicid bland patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin.
3. Antal suicidförsök bland patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin

Mätmetod och datakälla

- 1 Uppgifter från dödsorsaksregistret matchas mot uppgifter från vårddatabasen Vega
- 2 Uppgifter om patienter som suiciderat hämtas från Lex Mariaanmälningar inom den specialiserade psykiatrin
- 3 Ur VEGA hämtas uppgifter om patienter med diagnos suicidförsök bland patienter som varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin.

Nödvändiga grunddata/definition

1. Uppgifter på individnivå från dödsorsaksregistret samt från vårddatabasen Vega
- 2 Uppgifter från Lex Mariaanmälningar
3. Uppgifter på individnivå om suicidförsök hos aktuella och nyligen avslutade patienter hämtas från vårddatabasen Vega.

Felkällor

Brister i identifikation samt i kodning enligt ICD10.

Redovisning

Redovisning per klinik

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSF 200528) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria

9. Klagomål och deras uppföljning

Kvalitetsområde

Patientfokuserad vård samt även säker vård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Klagomål från patienter/anhöriga kan ställas till patientnämnd. Det är angeläget att patienters kritik och synpunkter tas till vara och används i förbättringsarbetet.

Intressenter

Patienter, professioner, verksamhetsledningar, beställare, politiker

Typ av mått

Process och resultatmått

Beskrivning

Årlig sammanställning av ärenden till patientnämnder som rör barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri

Mätmetod och datakälla

Patientnämndernas rapporter

Nödvändiga grunddata/definition

Ett utvecklingsarbete inleds med patientnämnderna om hur inkomna klagomål kan sammanställas i rapporter.

Felkällor

Patienters eventuella obenägenhet att anmäla till patientnämnderna.

Redovisning

Årliga rapporter

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

Patientnämndernas verksamhetsberättelser
(www.vgregion.se/vgrtemplates/page_3814.aspx)

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

10. Patientupplevelse av bemötande vid vårdkontakten

Kvalitetsområde

Patientfokuserad vård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Ett värdigt bemötande som präglas av respekt och ger utrymme för delaktighet i behandlingen är en grundsten för vården.

Erfarenheten visar att ett gott bemötande förbättrar behandlingsresultatet.

Intressenter

Patienter, professioner, verksamhetsledningar, beställare, politiker

Typ av mått

Process- och resultatmått

Beskrivning

Andel patienter inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri som i patientenkäter uppgivit att de bemötts positivt.

Vuxenpsykiatri använder ”Din Syn på Vården” som regiongemensam patientenkät. BUPs Kvalitetsstjärna innehåller frågor som mäter patient- och anhörigbemötande. Frågorna ställs på något olika sätt och är därmed inte helt jämförbara mellan specialiteterna.

Mätmetod och datakälla

Patienterna besvarar respektive enkäts frågor

”Din Syn på Vården” innehåller frågorna

Jag bemöts/har bemötts med omtanke, respekt och vänlighet

BUPs kvalitetsstjärna innehåller frågorna

Har det personliga bemötandet varit positivt?

Har ni fått möjlighet att prata om det som varit viktigt för er?

Har alla fått komma till tals?

Det finns etablerade rutiner för hantering och sammanställning av enkäterna.

Nödvändiga grunddata/definition

Frågorna används inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri sedan något år.

Felkällor

Svarsbortfall. Patienters eventuella obenägenhet att framföra kritik mot vården. Begränsade jämförelsemöjligheter mellan specialiteterna

Redovisning

Årligen med början 2007 avseende data 2006. Enkät svar redovisas per klinik.

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

Din Syn på Vården. Sammanställning för 2005 väntas sept. 2006.

BUPs kvalitetsstjärna.

<http://forum.carelink.se/pages/newsbillNews.asp?DeptID=15&ProjID=21&Pages=159>

11. Patientupplevelse av delaktighet vid vårdkontakten

Kvalitetsområde

Patientfokuserad vård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Patienters och närståendes delaktighet i behandlingen är en grundsten för vården. Erfarenheten visar att hög grad av delaktighet förbättrar behandlingsresultatet.

Intressenter

Patienter, professioner, verksamhetsledningar, beställare, politiker

Typ av mått

Process- och resultatmått

Beskrivning

Andel patienter inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri som i patientenkäter upplevt sig delaktiga i vården.

Vuxenpsykiatri använder ”Din Syn på Vården” som regiongemensam patientenkät.

BUPs Kvalitetsstjärna innehåller frågor som mäter patient- och anhörigas delaktighet.

Frågorna ställs på något olika sätt och är därmed inte helt jämförbara mellan specialiteterna.

Mätmetod och datakälla

Patienterna besvarar respektive enkäts frågor

”Din Syn på Vården” innehåller frågorna

Jag känner/kände mig delaktig i planering och genomförande av min vård

Har du skriftlig vårdplan?

BUPs kvalitetsstjärna innehåller frågorna

Har ni fått information om vår bedömning/ diagnos?

Har behandlingen utformats i samråd med er?

Rutiner för de årliga enkäterna och sammanställningar är etablerade.

Nödvändiga grunddata/definition

Frågorna används inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri sedan något år.

Felkällor

Svarsbortfall. Patienters eventuella obenägenhet att framföra kritik mot vården.

Begränsade jämförelsemöjligheter mellan specialiteterna

Redovisning

Enkätsvar redovisas per klinik.

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

Din Syn på Vården. Sammanställning för 2005 väntas sept. 2006.

BUPs kvalitetsstjärna.

<http://forum.carelink.se/pages/newsbillNews.asp?DeptID=15&ProjID=21&Pages=159>

12. Genomförd brukarrevision

Kvalitetsområde

Patientfokuserad vård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Brukarinflytande i vården är en övergripande princip för all hälso- och sjukvård.

Intressenter

Patienter, professioner, verksamhetsledningar, beställare, politiker

Typ av mått

Processmått

Beskrivning

Brukarrepresentanter planerar och genomför revisionen, vid behov med stöd från expertis som inte verkar inom den granskade verksamheten. Resultaten från dessa tas som utgångspunkt för fortsatt utveckling.

Mätmetod och datakälla

Brukarna formulerar frågorna vid varje revisionstillfälle med hjälp av expertis de väljer att engagera. Sektorsråden rapporterar årligen genomförda revisioner.

Nödvändiga grunddata/definition

Respektive klinik besvarar frågan om brukarrevision genomförts under senaste 3 åren.

Felkällor

Revisionerna kommer sannolikt inte att genomföras på ett standardiserat sätt.

Redovisning

Redovisas per klinik.

Övrigt

Former för och erfarenheterna av brukarrevision är ännu begränsade.

Sannolikt fordras ett initiativ från sektorsråden för att verksamhet av denna typ skall utvecklas.

Införandeprioritering

En första inventering av förekomst av brukarrevison görs inom verksamheterna. Likaledes inventeras önskemål hos brukarorganisationerna. Sannolikt kan brukarrevisorer inte införas förrän 2008

Referenser

Nationell psykiatrisamordning. David Ershammar ,Projektledare – ”Inflytandeprojektet, En satsning från Nationell Psykiatrisamordning”.

<http://www.sou.gov/se/psykiatri/>

Effektiv vård

13. Skriftlig vårdplan

Kvalitetsområde

Effektiv vård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Effektivitet och ändamålsenlighet i vården skall understödjas med individuella vårdplaner. Det innebär också att patientdelaktighet stärks.

Intressenter

Patienter, professioner, verksamhetsledningar, beställare, politiker

Typ av mått

Processmått

Beskrivning

Individuella skriftliga vårdplaner skall utformas i samverkan med patienten och berörda aktörer. Planen skall beskriva nödvändiga vård- och serviceinsatser i det enskilda fallet och att dessa följs upp.

Mätmetod och datakälla

Inom psykiatrin finns ännu ingen allmän rutin för att registrera att skriftlig vårdplan upprättats. Information kan hämtas i datorjournalen om ett sökord för detta införts. För att hämta uppgift om förekomst av vårdplan i de patientadministrativa systemen krävs införande av särskild åtgärds kod för vårdplanearbete.

I de fall data ej kan hämtas ur datorjournalen eller de patientadministrativa systemen görs manuell inventering av aktuella journaler under två veckor.

Nödvändiga grunddata/definition
Förekomst/Ej förekomst av skriftlig vårdplan

Felkällor
Brister i registrering.

Redovisning
Redovisas per klinik.

Införandeprioritering
Införs 2007

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

14. Andel som fått vård inom 90 dagar

Kvalitetsområde
Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Uppföljningsperspektiv och relevans
God tillgänglighet till vården enligt vårdgarantins intentioner

Intressenter
Patienter, beställare, politiker, verksamhetsledningar, professioner

Typ av mått
Processmått

Beskrivning
Andel som fått vård inom 90 dagar. Måttet identiskt med den indikator som förekommer inom det nationella projektet Öppna jämförelser

Garantin beskrivs på följande sätt
” Om en patient, efter medicinsk bedömning, behöver specialistvård, ska hon/han få en tid snarast möjligt, men senast 90 dagar efter det att läkaren beslutat om remiss. Om patienten själv tagit kontakt med specialistvården, räknas de 90 dagarna från den dagen då vårdbegäran är mottagen och medicinskt bedömd.”

Mätmetod och datakälla
Enligt ”Väntetider i vården”

Nödvändiga grunddata/definition

Enligt "Väntetider i vården"

Felkällor

Bristande inrapportering

Redovisning

Redovisas per enhet och klinik.

Införandeprioritering

Införs 2007

Referenser

Västra Götalandsregionens webb-plats Vårdgaranti
(http://www.vgregion.se/vgrtemplates/BildRightPage_____40618.aspx)

Jämlik vård

15. Kostnader för psykiatrisk vård per 1000 invånare och hälso- och sjukvårdsnämnd

Kvalitetsområde

Jämlik vård

Uppföljningsperspektiv och relevans

Jämlik vård för medborgare i VGR är en demokratisk rättighet.

En grundförutsättning för detta är kunskap om tillgänglig resurser i olika delar av länet.

Intressenter

Beställare, politiker, verksamhetsledningar, professioner, medborgare

Typ av mått

Strukturmått

Beskrivning

Kostnader för psykiatrisk vård per 1000 invånare och hälso- och sjukvårdsnämnd. Data hämtas från årsbokslutet.

Mätmetod och datakälla

Data hämtas från årsbokslutet.

Nödvändiga grunddata/definition

Nämndernas faktiska kostnad för psykiatrisk vård (egenproducerad och köpt).

Redovisning

Redovisas per hälso- och sjukvårdsnämnd.

Införandeprioritering

Införs 2007

Hur skall indikatorerna rapporteras?

Det är viktigt att alla intressenter är överens om hur framtagna information skall hanteras. Det politiska uppdraget innebär att resultaten skall vara offentliga. Det är viktigt att processen före publicering möjliggör att direkta sakfel kan korrigeras. Vidare är det betydelsefullt att berörda verksamheter och brukarföreträdare ges möjlighet att kommentera utfallet.

Granskning

För att säkerställa att resultaten är korrekta skall verksamheterna före publicering ges möjlighet att granska dem.

Redovisning

Indikatorresultaten redovisas successivt under året. Indikatorer som baseras på helårsmaterial redovisas första kvartalet året därefter. Berörda verksamheter kvalitetsgranskar, analyserar och värderar utfallet före publicering. Brukarföreträdare ges tillfälle att kommentera materialet.

Slutrapport

Slutrapport avseende föregående år presenteras i maj. I rapporten ges analyserande kommentarer ur bland annat verksamhets- och brukarperspektiv. Rapporten skall vara offentlig.

Åtgärder för att underlätta uttag av information ur datorjournalen

Några av de föreslagna indikatorerna, funktionsskattning med GAF-instrumentet och skriftlig vårdplan, kommer sannolikt att i ett inledningskede kräva manuellt arbete. Detta på grund av att den nuvarande journalen inte är så strukturerad att uttag av informationen kan göras automatiskt. Arbetsgruppen har därför under våren diskuterat vilka åtgärder som behöver vidtas för att starta ett arbete mot en mer enhetlig journalstruktur inom psykiatrin. Bland annat krävs att man kommer överens om och implementerar gemensamma sökord. Under maj/juni inleddes ett samarbete med IT-strategiska avdelningen inom regionkansliet med detta syfte. En pro-

jektplan har tagits fram och under hösten 2006 kommer beslut att fattas om regionala resurser kan avsättas för att starta projektet. Sektorsrådet i psykiatri har ställt sig bakom projektplanen.

2006-01-23

Regionkansliet, hälso- och sjukvårdsavdelningen, analysenheten
Bengt Kron

Dnr

Bilaga 1

Uppdragshandling rörande metoder för kvalitetskontroll och resultatuppföljning inom psykiatrin

Bakgrund

Regionstyrelsen gav den 21 juni 2005 hälso- och sjukvårdsutskottet i uppdrag att utveckla kvalitetskontroll och resultatuppföljning inom psykiatrin mot bakgrund av följande formulering i budget för 2006 ”Metoder för kvalitetskontroller och resultatuppföljning inom psykiatrin skall utvecklas. Inte minst för att säkerställa tillgänglighet, kontinuitet och ett effektivt nyttjande av resurserna.”

Uppdrag

Det avgränsade uppdrag som beskrivs i denna handling skall ses som en inledning på ett flerårigt arbete vars mål är att skapa en regionalt enhetlig uppföljningsmodell för psykiatrin i Västra Götaland. Uppföljningen skall omfatta flera olika aspekter av den psykiatriska verksamheten och täcka följande områden

- Befolkningens hälsoläge
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlig hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid
- Hälsoeffekt i befolkningen

Den arbetsgrupp som skall utföra uppdraget skall ge förslag på ett antal indikatorer som speglar ovanstående aspekter. Indikatorerna skall inte vara fler än att de kan införas i den ordinarie verksamheten utan omfattande nyinvesteringar i IT-systemen. En lämplig utgångspunkt kan vara det arbete med kvalitetsindikatorer som utförts i Stockholms läns landsting. Indikatorerna skall väljas ut på ett sådant sätt att erfarenheter från regionalt och nationellt arbete beaktas och tas till vara; till exempel Kvalitetsstjärnan, Nysamredovisningar, Blomman, öppna redo-

visningar (SoS) och nationella kvalitetsregister. Indikatorerna skall kunna börja användas under år 2007. Arbetet skall täcka såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri och indikatorerna skall i görligaste mån vara gemensamma för olika verksamheter inom psykiatrin. Arbetsgruppen skall förankra förslagen med företrädare för psykiatrin och för allmänmedicinen. Arbetsgruppen skall även bedöma om ytterligare förankringsåtgärder erfordras. den mån annat regionalt arbete pågår för att ta fram mått/indikatorer på någon eller några av ovanstående områden kan arbetsgruppen använda resultatet från det arbetet i sitt eget förslag.

I uppdraget ingår att ge förslag på standardrapporter för uppnådda resultat på enhets-/verksamhets-/regionnivå. Om förslaget är så omfattande att det inte kan införas vid en och samma tidpunkt skall det innehålla en prioriteringsordning mellan olika kvalitetsområden samt en grov tidplan för införandet. Förslaget skall även beskriva vilka krav ett införande ställer på den regionala nivån liksom på de berörda klinikerna, till exempel utbildningsinsatser. Rapporten skall även belysa vilka krav den utvidgade uppföljningen ställer på IT- och journalsystemen.

Projektorganisation och tidplan

En arbetsgrupp bestående av Lise-Lotte Risö Bergerlind, Bo Ivarsson, Jörgen Bergman, Stephan Ehlers och Bengt Kron skall lägga ett första förslag beträffande indikatorval. Gruppen skall som nämnts ovan förankra förslagen i sektorsråden för allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt allmänmedicin. Arbetsgruppen skall även bedöma om ytterligare förankringsbehov föreligger. En slutrapport skall vara klar den 1 december 2006.

Lars-Olof Rönnqvist

hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga 2

REDOVISNING AV INKOMNA SYNPUNKTER PÅ RAPPORTEN SAMT ARBETSGRUPPENS KOMMENTARER

Generella synpunkter från dem som besvarat remissen

De flesta remissvaren välkomnar förslaget och bedömer det i positiva ordalag.

Några remissinstanser anser att ytterligare resurser krävs för att genomföra redovisningen av de föreslagna indikatorerna.

En återkommande synpunkt är behovet av adekvata välfungerade IT-verktyg. Det gäller möjligheten att ur datorjournalen söka ut begärda uppgifter, att hantera avvikelserapporter på ett systematiskt sätt etc.

Någon menar att genus- och åldersperspektiven glömts bort då indikatorerna tagits fram.

Arbetsgruppens kommentarer

Arbetsgruppen har enligt uppdragshandlingen inte haft till uppgift att värdera eventuella tillkommande resursbehov. De flesta indikatorer som föreslås nedan tas fram ur redan befintliga datakällor och i många fall behöver inte verksamheten själv engagera sig praktiskt. Sannolikt spelar klinikstorleken en viss roll då det gäller möjligheterna att omorganisera verksamheten för att avdela viss personal för verksamhets- och kvalitetsuppföljning. Stora kliniker klarar bättre än små. Arbetsgruppen menar att frågan om eventuellt resurstillskott kan värderas på ett bättre sätt då projektet går in i en verkställighetsfas.

Behovet av välfungerade IT-verktyg är stort. Arbetsgruppen har under våren 2006 tagit initiativ till åtgärder för att underlätta framtagandet av denna information direkt ur den elektroniska journalen. Se speciellt avsnitt om detta i rapporten. För att enhetliga sökord i den psykiatriska journalen skall bli verklighet krävs det att verksamhetsledningarna engagerar sig kraftfullt. Detta är ett ansvar för berörda linjechefer i samarbete med IT-strategiska avdelningen inom regionkansliet.

Genus- och åldersperspektiven kan belysas för vissa indikatorer till exempel indikatorerna som hämtas från folkhälsoenkäten. Den slutliga redovisningen av respektive indikator är ännu inte planerad i detalj.

Befolkningens hälsoläge

Psykiskt välbefinnande (16-84 år) mätt med GHQ-12

Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen mätt med EQ-5D-index

Flera remissinstanser tar upp tillförlitligheten i de svar som erhålls i folkhälsoenkäterna med tanke på att bortfallet uppgår till drygt 35 %

En remissinstans föreslår att man skall undersöka om regionen inte kan gå över till den typ av folkhälsoenkät som används i region Skåne

En remissinstans menar att barnperspektivet måste belysas i framtida enkäter, för närvarande tillfrågas endast personer 16-84 år.

Arbetsgruppens kommentarer

Frågan om vilken folkhälsoenkät som skall användas för uppföljning av den självupplevda hälsan måste lösas i ett regionalt perspektiv. Det är viktigt att regionen använder samma enkät som övriga stora landsting och som rekommenderas nationellt. Inom VG-region används för närvarande folkhälsoinstitutets enkät medan Stockholm respektive Skåne har tagit fram egna enkäter. Ett nytt ställningstagande från regionen kan förväntas först då det står klart vilken väg övriga stora landsting kan komma att välja.

Vilka metoder som skall användas för att mäta den självupplevda hälsan hos barn och ungdomar är inte självklara. Sannolikt är det inte möjligt att använda sig av enkäter då det gäller barn yngre än 10 – 12 år.

Det är lätt att ifrågasätta tillförlitligheten i nuvarande folkhälsoenkäter men inte lätt att hitta vilka andra metodalternativ som bättre skulle fånga den självupplevda hälsan. Studier som mätt den psykiska hälsan på andra sätt har verifierat resultaten från folkhälsoenkäten.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Vårdprogram inom psykiatri

Två remissinstanser anser att uppgifterna skall kunna hämtas direkt från journalen.

Det är viktigt att primärvården deltar då vårdprogram utarbetas.

Arbetsgruppens kommentarer

Denna indikator skall initialt mäta påbörjade, färdigställda respektive lokalt implementerade vårdprogram. Den kommer i första hand att fungera som en pådrivare för att vårdprogram skall tas fram och börja användas. För närvarande finns inga regionala vårdprogram inom psykiatri i VG.

I ett senare skede kan det bli aktuellt att mäta i vilken utsträckning man följer upprättade regionala vårdprogram.

Förekomst av diagnos

En remissinstans skriver: ” När det gäller registrering av specifik diagnos behövs ett förtydligande om registreringen skall ske per besök eller per individ. Väsentligt vad gäller detta och vad gäller GAF-instrument, är att utdata skall kunna tas direkt från journal, dvs att det finns adekvat IT-stöd för att kunna erhålla utdata som är möjliga att använda för återkoppling till verksamheterna.”

En remissinstans anser att kravet på diagnossättning bör tillämpas på andra vårdgivarkategorier än läkare

Arbetsgruppens kommentarer

Den föreslagna indikatorn avser att mäta andelen diagnossatta läkarbesök i öppenvård under ett år. Uppgifter om diagnoser finns i de patientadministrativa systemen och därmed krävs inte tillgång till journaluppgifter.

Kvaliteten i diagnossättandet kan förbättras genom utbildning. Det är angeläget att respektive klinik startar sådana utbildningar under 2007.

Senare kan denna indikator utvidgas till att även gälla uppföljning av till exempel psykologers och kuratorers diagnossättning.

Funktionsskattning med GAF-instrumentet

Flera remissinstanser anser att informationen skall kunna hämtas direkt ur den elektroniska journalen.

Arbetsgruppens kommentarer

Det är angeläget att dessa uppgifter kan hämtas från den elektroniska journalen men sannolikt varierar dessa möjligheter. Arbetsgruppen har insett detta och i rapporten har vi föreslagit att i de fall data inte kan hämtas ur Melior/PAS skall istället en tvåveckors manuell inventering göras.

Arbetsgruppen har under våren 2006 tagit initiativ till åtgärder för att underlätta framtagandet av denna information direkt ur den elektroniska journalen. Se speciellt avsnitt om detta i rapporten.

Det är viktigt att inse att indikatorn avser förekomst respektive inte förekomst av GAF-skattning under de senaste 12 månaderna. Det är alltså inte aktuellt att sammanställa uppgifter om uppskattade GAF-värden, till exempel för vissa patientgrupper. Kvaliteten i funktionsuppskattningarna kan förbättras genom utbildning och återkommande ”kalibreringar”. Respektive klinik ansvarar för detta.

Registrering i respektive kvalitetsregister

Några remissinstanser menar att det är viktigt att uppgifterna kan hämtas direkt ur den elektroniska journalen.

Arbetsgruppens kommentarer

Av rapporten framgår att uppgifterna skall hämtas från KPV-centrum samt från vårddatabasen. Som indikatorn är utformad just nu krävs ingen information från patientjournalen.

Säker hälso- och sjukvård

Systematiskt arbete med avvikelserapporter

En remissinstans noterar att man inte infört MedControl, det IT-verktyg som upphandlats av regionen för registrering av avvikande händelser. En sammanställning av avvikelserapporter kommer därför att kräva mycket manuellt arbete.

Arbetsgruppens kommentarer

Indikatorn skall mäta:

- förekomst av en sammanställning av under året lämnade avvikelserapporter
- förekomst av en systematiserad redovisning av åtgärder som vidtagits för att förhindra upprepning per kategori av avvikelserapporter
- förekomst av förvaltningsövergripande instruktion för avvikelshantering

En förvaltning som inte infört MedControl skall alltså redovisa att det saknas sammanställningar, redovisningar etc. Någon tidskrävande manuell rutin för att redovisa på samma sätt som om man infört MedControl krävs alltså inte.

Suicid och suicidförsök

Två remissinstanser noterar att uppgifter om suicid (som för övrigt skall Lex Mariaanmälas) nu hanteras manuellt. Man efterlyser rationellare rutiner med IT-stöd.

Arbetsgruppens kommentarer

Indikatorn skall mäta:

- antal suicid i befolkningen under mätperioden och andel av dessa som haft vårdkontakt (oavsett specialitet) under viss tid före självmordet
- antal suicid bland de patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin
- antal suicidförsök bland de patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin

Uppgifter som behövs för indikator del 1 och 3 hämtas från databaser och därmed uppstår inget extra arbete för respektive klinik. Uppgifter som behövs för indikator del 2 kan möjligen även den hämtas från databaser alternativt krävs att respektive klinik redovisar dessa uppgifter.

Klagomål och deras uppföljning

Flera remissinstanser påpekar att indikatorn avser klagomål som inkommit till patientnämnderna men inte till patientkonsulenterna. Vidare menar man att patientnämndernas redovisning inte är tillräckligt systematiserad.

Arbetsgruppens kommentarer

Utformningen av denna indikator är inte färdig. Ett utvecklingsarbete skall inledas med patientnämnderna. Det är viktigt att arbetet utmynnar i en systematisk redovisning av inkomna klagomål. Om möjligt skall även patientkonsulenterna involveras i utvecklingsarbetet.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientupplevelse av vårdkontakten (delområde bemötande)

Patientupplevelse av vårdkontakten (delområde delaktighet)

Genomförd brukarrevision

Flera remissinstanser anser att brukarrevisioner ännu så länge är på idéplanet. Det är viktigt att det går att jämföra brukarrevisioner som utförts vid olika sjukhus.

Arbetsgruppens kommentarer

Sektorsråden för BUP och VUP bör initiera en process som startar utvecklingen av brukarrevisioner.

Det finns en regiongemensam databas för resultat från patientenkäter som utförts inom vuxenpsykiatrin. Databasen kan användas för redovisning av enkätutfallet per klinik.

Effektiv vård

Skriftlig vårdplan

Flera remissinstanser anser att uppgift om det finns skriftlig vårdplan måste kunna tas ut ur den elektroniska journalen. En instans menar att det inte räcker med att mäta förekomst/inte

förekomst av skriftlig vårdplan utan att man också måste värdera kvaliteten och innehållet i planen.

Arbetsgruppens kommentarer

Som framgår av rapporten föreslås att i de fall data inte kan hämtas ur Melior/PAS görs 2-veckors manuell inventering. Arbetsgruppen menar att en inventering under så kort tid bör kunna tolereras av verksamheten i avvaktan på att uppgiften kan hämtas direkt ur datorjournalen. Arbetsgruppen har under våren 2006 tagit initiativ till åtgärder för att underlätta framtagandet av denna information direkt ur den elektroniska journalen. Se speciellt avsnitt om detta i rapporten. Sannolikt kommer införandet av denna indikator att leda till att en process startas där man tar fram krav på vad som skall ingå i en vårdplan.

Att mäta vårdplanernas kvalitet och innehåll är en krävande uppgift. Metoder och bedömningskriterier saknas för närvarande.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Andel som fått vård inom 90 dagar

En remissinstans menar att indikatorn är missvisande eftersom den mäter tid fram till första besök men inte till behandling. Även telefontillgänglighet bör mätas. En annan instans menar att mätning av väntetid till återbesök också bör ingå för patienter med kronisk sjukdom.

Arbetsgruppens kommentarer

Utgångspunkten för val av indikatorer har varit att välja sådana mått som redan finns tillgängliga. Det saknas i dagsläget redovisning av väntetid till behandling samt av telefontillgänglighet. Om sådan redovisning tillkommer kan även detta användas som en indikator för bedömning av om patienterna får vård i rimlig tid.

Jämlik vård

Kostnader för psykiatrisk vård per 1000 invånare och hälso- och sjukvårdsnämnd

En remissinstans menar att indikatorn som avser att mäta kostnaden per 1000 invånare ur hälso- och sjukvårdsnämndens perspektiv bör kompletteras med produktionskostnaden för respektive sjukhus.

Arbetsgruppens kommentar

Eftersom indikatorn avser att mäta om det råder jämlikhet i ekonomiskt avseende mellan nämnderna är det rimligt att mäta kostnaden per 1000 invånare ur hälso- och sjukvårdsnämndens perspektiv.