

Bilaga

Uppföljning

Innehållsförteckning

Sid nr

1	UPPFÖLJNING	2
1.1	Allmänna förutsättningar	2
1.2	Områden för uppföljning	2
1.3	Hälsovalsrapport	2
2	FORMER FÖR UPPFÖLJNING	3
2.1	Vad som skall rapporteras	3
2.2	Kvalitetsbokslut	3
2.3	Verksamhetsberättelse	4
2.4	Uppföljningskriterier	4
2.5	Revision	7
2.6	Exempel på verksamhet/områden för revision	7
3	KVALITETSERSÄTTNING	7

1 UPPFÖLJNING

1.1 Allmänna förutsättningar

Uppföljning ska bidra till utveckling av primärvården i Landstinget Dalarna. Uppföljning inom Hälsoval syftar därutöver till att följa upp om den godkända vårdenheten uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget och graden av måluppfyllelse inom områden av särskild betydelse för primärvården och dess utveckling och kvalitet.

Följande områden är av särskild betydelse 2012.

Förbättrad tillgänglighet – uppfyllandet av vårdgarantin samtidigt som den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Patientupplevt kvalitet med viktiga parametrar som kontinuitet, helhetssyn, trygghet och ökat förtroende.

Medicinskt innehåll och resultat genom fortsatt arbete och obligatoriskt deltagande i primärvårdens kvalitetsbokslut.

Dessa områden kan komma att ändras över tid.

1.2 Områden för uppföljning

Områdena utgår från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för god vård samt områdena samverkan och hälsofrämjande arbete.

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig
 - medicinskt innehåll och resultat
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
 - patientupplevd kvalitet
- Effektiv hälso- och sjukvård
 - medicinskt innehåll och resultat
- Jämlik hälso- och sjukvård
- I rimlig tid
 - tillgänglighet
- Samverkan
- Hälsofrämjande

1.3 Hälsovalsrapport

Avsikten är att uppföljningsresultatet ska summeras och sammanställas i en årlig "hälsovalsrapport". Vissa uppföljningsresultat kommer att publiceras på landstingets webbplats för information till allmänheten och

patienter. Andra resultat kommer i första hand att användas för dialog med enheten.

2 FORMER FÖR UPPFÖLJNING

Uppföljningen av vårdenheten sker i huvudsak genom:

- Vårdenhetens verksamhetsberättelse med beskrivning av verksamheten och verksamhetsstatistik (enligt mall)
- Revision av bl. a ledningssystemet
- Patient- och befolkningsenkäter
- Analys av verksamhetsberättelse, verksamhetsstatistik från vårdenheterna och patient och befolkningsenkäter (dialogform)

2.1 Vad som skall rapporteras

Vårdgivaren skall årligen:

- lämna verksamhetsberättelse till uppdragsgivaren
- lämna uppgifter till patientsäkerhetsberättelsen
- redovisa uppgifter enl. uppföljningskriterier i bilaga Uppföljning
- lämna uppgifter till uppföljning av "väntetider i vården"
- delta i genomförande av patientenkäter
- redovisa enligt BHV- och MHV-enhetens verksamhetsplan
- lämna uppgifter till NYSAM
- lämna uppgifter till följande register:
 - Nationella Diabetes Registret (NDR), via Dalarnas regionala kvalitetsregister för diabetespatienter
 - Palliativa registret
 - Auricula (register för AVK- behandling)
 - Sveriges officiella statistik, hälsa och sjukdomar, för barnhälsovården och mödrahälsovården
 - Vaccinationsstatistik till Smittskyddsinstitutet för barnhälsovård
 - Medicinska födelseregistret
- delta i Landstinget Dalarnas kvalitetsbokslut för primärvården
- lämna verksamhetsstatistik som bygger på kontaktregistrering i patientjournalen
 - antal besök per yrkeskategori
 - antal hembesök per yrkesgrupp
 - all verksamhetsstatistik ska vara könsuppdelad
- Regeringens satsning på de mest sjuka äldre kan, när överenskommelsen mellan staten och SKL gällande 2012 är klar i dec 2011, komma att innebära krav på redovisning i ytterligare register.

2.2 Kvalitetsbokslut

Sedan 2003 har landstinget Dalarna sammanställt ett kvalitetsbokslut för primärvården. Detta är en del i det kvalitets- och utvecklingsarbete som

kontinuerligt pågår i verksamheten är syftet är att kvalitetsbokslutet ska vara en viktig del i uppföljningen av verksamheten. Det är också ett arbetsmaterial för varje vårdcentral att använda i det fortsatta förbättringsarbetet.

2.3 Verksamhetsberättelse

Verksamhetsberättelsen ska inlämnas årligen och i skrift spegla hur man under året har levt upp till innehållet i åtagandet d v s grunduppdraget och eventuella tilläggsuppdrag och allmänna villkor. Berättelsen kan med fördel följas de rubriker som finns i förfrågningsunderlaget.

2.4 Uppföljningskriterier

Utöver ovan nämnda skriftliga del av verksamhetsberättelse ska följande uppföljningskriterier redovisas. Ambitionen är att vissa uppgifter automatiskt kan inhämtas från patientjournalen.

☼ markerar de kriterier som ersätts enligt kvalitetsersättning.

I rimlig tid - Tillgänglighet

Uppföljningskriterier	Mått	Metod	När
☼Telefontillgänglighet enligt vårdgarantin	0:an i vårdgarantin 95 – 100% = 100% ersättning	Ur tele Q eller särskild rapport från verksamheten	Ersättning /månad
Läkarbesök inom 7 dagar enligt vårdgarantin (krav på deltagande i SKL:s mätning)	7:an i vårdgarantin	Enligt SKL:s väntetidsmätning	minst 2 ggr/år

Patientfokuserad - Patientupplevd kvalitet

Uppföljningskriterier	Mått	Metod	När
Patientnöjdhet	Enligt nationella patientenkäten	Nationella patientenkäten	2013
Personer som väljer att byta vårdenhet.	Andelen personer som väljer att byta vårdenhet/år	Ur lisningsregistret	
Individuella vårdplaner	Andelen patienter med kronisk sjukdom som har individuellt utarbetade vårdplaner E10.8, I 50, E 14, J45, J 44	Ur journalsystemet	

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig - Medicinskt innehåll och resultat

Uppföljningskriterier	Mått	Metod	När
Obligatorisk medverkan i primärvårdens kvalitetsbokslut.	Enligt mall för kvalitetsbokslut	Kvalitetsbokslut	Årligen
Deltagande i Dalabensår	Ja/nej/delvis	Vart annat år	2013

Kontinuitet	Andel besök hos samma läkare Andel besök hos samma sjuksköterska vid tre av de fyra senaste besöken	Ur journal-systemet Bokslut	
Influensa vaccinering	Andel av befolkningen >65 år som vaccinerats.	Ur journal-systemet	Årligen
Används instrument för funktions/aktivitetsbedömningar inför och efter rehabilitering	Ja/nej Ange vilket instrument	Bokslut	Årligen

Säker vård

Uppföljningskriterier	Mått	Metod	När
Måluppfyllelse läkemedel STRAMAS mål	Behandling av barn 0-6 år: andelen pcV av luftvägsantibiotika Täljare: J01CE02 Nämnare: J01C02, J01CA04, J01CR02, J01FA01, J01FA06, J01FA09, J01FA10, J01DB01, J01DB05, J01DC02, J01DC08, J01DD14 PcV utgör > 75% av all övre luftvägsantibiotika till målgruppen. Behandlade kvinnor (från 18 år) andel kinoloner av urinvägsantibiotika Täljare J01MA02, J01MA06 Nämnare J01MA02, J01MA06, J01CA08, J01EA01, J01XE01 < 15%	Statistik från läkemedelsenheten	
☀ Antibiotikaplan	1/Vårdcentralen analyserar sin antibiotikaförskrivning utifrån givna kriterier som utarbetas av läkemedelsenheten 2/Vårdcentralen har upprättat en handlingsplan med konkreta mål för antibiotikaförskrivning 3/Vårdcentralen redovisar resultat i rapport till hälsovalskansliet i november 2012 För ersättning krävs att alla tre punkterna är uppfyllda	Statistik från Läkemedelsavdelningen Resultatrapport från vårdcentralen	
Diagnossatta besök med kroniska sjukdomar och infektionssjukdomar.	Index läkarbesök kroniska/akut sjuka: Kroniska sjukdomar I10 Hypertoni, E10.8-P till E14.-P Diabetes, I50 Hjärtsvikt, I25.-P Ischemisk hjärtsjukdom, J45.-P Astma, J44 KOL, F32 Depression, E 11 ej insulinberoende diabetes Infektionssjukdomar J06.-P ÖLI, J02 Faryngit, J03 Tonsillit, J01 Akut sinuit, J22.-P Akut bronchit, R05 Hosta, H66.0 Akut mediaotit, H66.9P Mellanöreinflammation UNS, H65 Sekretorisk otiti, H92.	Kvalitetsbokslut	

Samverkan

Uppföljningskriterier	Mått	Metod	När
Vårdplaneringar med patient	Andel vårdplaneringar med patient av totala antalet vårdplaneringar	Journalssystem	Årligt
Samverkansdokumentet	Följs upp i av vårdgivaren upprättad årlig verksamhetsberättelse. Bl a Joursamverkan, samverkan med FK och AF. Stöd och handledning till hemtjänst i rehabiliteringsfrågor m m	Bokslut	Årligt

Hälsöfrämjande

Uppföljningskriterier	Mått	Metod	När
Motivationsbedömning Levnadsvanor för Metabolt syndrom. Där minst tre av följande fem indikatorer föreligger: Central obecitas Kvinnor>88 cm, män>102 cm. Blodtryck > 130/85 eller Triglycerider> 1,7 mmol/l eller HDL < 1,3 mmol/l för kvinnor och <1,0 mmol/l för män. Faste-P-glukoc > 5,6 mmol/l)	Andel listade patienter med metabolt syndrom som fått motivationsbedömning utifrån utvalda levnadsvanorna: 1/ Motiverad för att förändra sina rörelsevanor 2/ Motiverad för att förändra sina matvanor 3/ Motiverad för att förändra sina alkoholvanor 4/ Motiverad för att förändra sina tobaksvanor	Ur journalssystemet Skala 0-10 registreras i lab.modulen Introduktion och utbildning kommer att erbjudas	Bokslutet
☀Fyss	Andel av listade patienter med blodtrycksdiagnos som fått skriftlig ordination på fysisk aktivitet på avsedd blankett. För hel ersättning krävs att andelen är 10% eller mer	Ur journalssystemet	Ersätts per mån
Tobaksvanor	Andel tillfrågade om rökning	Ur journalssystem	Bokslut
☀ Motivationsbedömning tobaksvanor	Ersättningen har två delar. Del ett innebär att minst 30% av alla listade över 13 år som sökt vård på vårdenheten ska ha tillfrågats om de röker. Del två innebär att 25% eller fler som svarat ja på frågan om de röker har fått en motivationsbedömning. Om båda delarna är uppfyllda betalas hel ersättning ut.	Ur journalssystemet Skala 0-10 registreras i lab.modulen	Ersätts per mån
Rökavvänjning	Antal patienter som erbjudits/genomgått tobaksavvänjningsstöd	Ur journalssystem	Bokslut

Screeningbedömda enligt Cage-frågor eller AUDIT/DUDIT	Andel listade patienter i åldrarna 18-80 år som genomgått screening för bruk av alkohol och droger de senaste 18 mån.	Ur journalsystem	Bokslut
Deltagande i programmet "att finna nya vägar" (synrehabilitering)	Antal som genomgått program - individer - grupper		

☀ Uppföljningskriterier som ersätts

2.5 Revision

Fördjupad uppföljning, främst utifrån kvalitetsaspekter, sker med hjälp av revision vart annat år. Vid revision ska bl. a följande granskas:

- Ledningssystem avseende remisshantering, avvikelshantering, vårdprogram
- Sjukresor
- Smittskydd – uppgift från smittskyddsenheten
- Olycksfallsstatistik och analys
- Vilken analys vårdgivaren gjort av könsuppdelad statistik.

2.6 Exempel på verksamhet/områden för revision

Verksamhet/område	Mått	Metod
Fungerande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet enligt SOSFS 2011:9	Ja/nej	Revision inom två år Mall: SOSFS 2011:9
Patientnämnden	Antal ärenden	Statistik från patientnämnden
Hjälpmedel - Följer landstingets avtal och regelverk	Ja/nej/delvis	Bokslut
Följer landstingets miljöhandlingsplan	Ja/nej/delvis	Bokslut

3 KVALITETSERSÄTTNING

Kvalitetsersättning utgår för följande

- Telefontillgänglighet
- Antibiotikaplan
- FYSS ordination till patienter med högt blodtryck
- Motivationsbedömning Tobaksvanor