

Fokusrapport

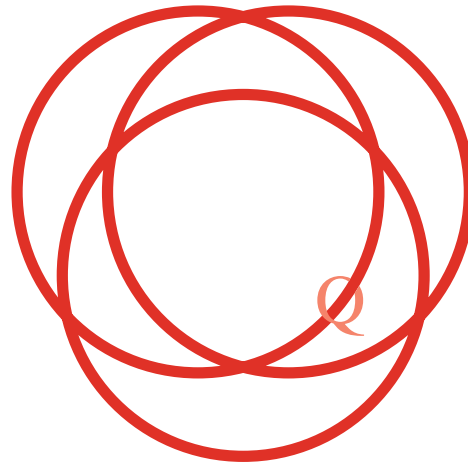
**Kvalitetsparagraf
i akutsjukhusavtalen för 2003
Hur blev det och hur går vi
vidare?**

Stockholms läns landsting

2003

Medicinskt
programarbete






Fokusrapport

**Kvalitetsparagraf i
akutsjukhusavtalen för 2003
Hur blev det och hur går vi
vidare?**

Rapporten är framtagen av:
Magna Andreen Sachs
Georg Engel
Marie Lawrence

ISBN 91-85209-03-1

 **Stockholms läns landsting**
FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

Förord

I hälso- och sjukvårdslagen uttrycks att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Verksamheten skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och så att kvaliteten i hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande utvecklas.

På våren 2000 startade ett projekt i beställarorganisationen kring kvalitetsutvecklingsfrågor. Kvalitetsutvecklingsprojektets uppdrag är att i samverkan med producenter och beställare koordinera och förstärka utvecklingen av såväl kvalitetsmål för hälso- och sjukvården som metoder för uppföljning, tolkning, analys och redovisning av kvalitet. Vidare innebär uppdraget att utveckla och ta ansvar för en kontinuerlig öppen rapportering av olika kvalitetsmål.

Ungefär samtidigt som kvalitetsutvecklingsprojektet startade togs initiativ till att starta Medicinskt Program Arbete (MPA) i Stockholms läns landsting. Syftet med MPA var och är att vårdgivare, beställare och patienter tillsammans skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Samarbetet med MPA och Kvalitetsutvecklingsarbetet har pågått sedan starten av MPA och de nära beröringspunkterna i de båda projekten tydliggörs bland annat av logotypen MPA/Q, där Q står för Kvalitetsutvecklingsarbetet och att Kvalitetsutveckling fr o m 2003 är ett eget programområden inom MPA.

Ett sätt att säkerställa kvalitet är att inkludera kvalitetskrav i de avtal som skrivs med hälso- och sjukvårdsleverantörer och att sedan följa upp de krav som ställts (avtalsuppföljning). Stockholms läns landsting har under senare år på olika sätt arbetat med att inkludera kvalitetskrav i de avtal som skrivs med hälso- och sjukvårdsleverantörer. I denna rapport beskrivs hur avtalen för 2003 med akutsjukhusen kom att innehålla betydligt mer strukturerade krav på kvalitet än tidigare, dessutom beskrivs hur akutsjukhusen för första gången får en ekonomisk ersättning kopplad till sitt kvalitetsarbete.

Kaj Lindvall
Projektledare
Medicinskt Program Arbete

Magna Andreen Sachs
Medicinskt råd
Medicinskt Program Arbete
Programområde Kvalitetsutveckling

Rapporten är framtagen av:

Magna Andreen Sachs, Avdelningen för medicin och omvårdnad,
Georg Engel, Avdelningen för verksamhetsstyrning och finans,
Marie Lawrence, Avdelningen för medicin och omvårdnad.

Samtliga på Beställarkontor Vård, Stockholms läns landsting.

Innehåll

Förord	1
Inledning	5
Syfte.....	5
Målgrupp.....	6
Bakgrund.....	6
Processen.....	8
Upplevelser av processen.....	10
Resultat av leverantörsförhandlingarna	11
Kvalitetsuppföljning 2002 och 2003	12
Fortsättning.....	13
Stöd till fortsatt utveckling.....	14
Referenslista	15
Bilaga 1	
Mall för §5 samt del av §24 i avtal avseende akutsjukvård 2003.....	17
Bilaga 2	
Leverantörsspecifika överenskommelser.....	31

Inledning

I hälso- och sjukvårdslagen uttrycks att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Verksamheten skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och så att kvaliteten i hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande utvecklas. Beställaren har därvid ansvar att säkra att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ramen för den solidariska finansieringen tillgodoser befolkningens behov av ”en god och säker vård på lika villkor”. Utifrån ett befolkningsuppdrag har beställaren också ett ansvar för att säkerställa att hälso- och sjukvårdslagens krav uppfylls.

Ett sätt att säkerställa kvalitet är att inkludera kvalitetskrav i de avtal som skrivs med hälso- och sjukvårdsleverantörer och att sedan följa upp de krav som ställts (avtalsuppföljning). Stockholms läns landsting har under senare år på olika sätt arbetat med att inkludera kvalitetskrav i de avtal som skrivs med hälso- och sjukvårdsleverantörer.

Inför avtalsprocessen gällande 2003 års avtal med akutsjukhusen (Karolinska Sjukhuset, Huddinge Universitetssjukhus, Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Södertälje Sjukhus, Norrtälje Sjukhus AB) togs ett samlat grepp för att få tillstånd en större likformighet i avtalen avseende kvalitetskrav. Sjukhusavtalen för 2003 innehåller flera nyheter på kvalitetsområdet.

1. En ny kvalitetsparagraf med en helt ny struktur,
2. En koppling mellan kvalitetsparagrafen och sjukhusens årliga kvalitetsbokslut,
3. En separat förhandlingsrunda avseende sjukhusspecifika kvalitetsåtaganden,
4. En stimulansersättning utbetalas för första gången 2003 för kvalitetsarbete i form av deltagande i nationella kvalitetsregister.

Syfte

Denna rapport har till syfte att beskriva bakgrund och förutsättningar för utformningen av ”den nya” kvalitetsparagrafen i akutsjukhusavtalen för 2003. Avsikten är också att beskriva arbetsprocessen och resultaten för att

därigenom säkra att vunna lärdomar tas till vara och en fortsatt utveckling av angreppssättet möjliggörs samt skissa på en tänkbar framtida utveckling av kvalitetsparagrafen.

Skälet till att rapporten sammanställts sammanhänger med omorganisationen inom beställarorganisationen och det faktum att avtalsprocessen hösten 2002 gällande kvalitetskraven genomfördes på ett nytt sätt och med ett nyskapande resultat.

Målgrupp

Rapporten vänder sig till alla som är intresserade av kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården.

Vår förhoppning är att rapporten skall bidra till spridning av goda exempel på hur akutsjukhusen i Stockholms läns landsting bedriver en aktiv verksamhetsutveckling med fokus på kvalitet. Vi hoppas också att rapporten skall ge inspiration och idéer till hur vi tillsammans (beställare, producenter, patienter och närstående) kan arbeta mot en vård som kännetecknas av en allt högre kvalitet.

Rapportens primära målgrupp är dock medarbetare på Beställarkontor Vård (BKV) i Stockholms läns landsting och formell mottagare är ledningsgruppen (BLG) för BKV.

Bakgrund

Kvalitetsarbete har i Stockholms läns landsting under senare år varit ett prioriterat utvecklingsområde för både beställare och producenter. Kvalitetsarbete innefattar ett stort panorama av aktiviteter från lokalt arbete hos vårdproducenterna med effektivisering av vårdprocesser till SLL's övergripande arbete med att utveckla ett instrument och en metod för att utvärdera vårdgivarens kvalitetssystem (LAGE), en metod för att följa upp befolkningens uppfattningar om vården (Vårdbarometern), utveckling av kvalitetsindikatorer och lansering av en metod att mäta hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D), m.m.

Inför arbetet med akutsjukhusavtalen 2003 och tillkomsten av den nya kvalitetsparagrafen var det ett par förutsättningar som påverkade hur arbetet kom att utveckla sig.

1. DSU-projektet (Den Stora Upphandlingen) som drevs 2000-2002 och som syftade till att all akutsjukvård skulle upphandlas krävde bl.a. omfattande förberedelser med att skriva skarpare och mer precisa vårdavtal. En viktig del i sådana avtal specificerade olika kvalitetskrav som kan ställas på medicinsk verksamhet. Erfarenheter från projektarbetet har tillvaratagits vid framtagandet av den nya kvalitetsparagrafen.
2. Vårdavtalen mellan beställare och producenter innehåller sedan tidigare ett flertal paragrafer innehållande ”kvalitetskrav” som ställs på vårdproducenterna. Arbetet med att skapa nya sjukhusavtal för 2003 skedde på ett helt nytt sätt under hösten 2002. Arbetet drevs som ett gemensamt projekt med representanter för alla sjukvårdsområden (en föregångare till den nya organisationens avdelning för gemensamma vårdbeställningar). Ett av syftena med projektet var att samordna avtalstexter i så hög grad som möjligt. Avtalsprojektet innebar att förändringar i t ex kvalitetsparagrafen kunde genomföras på ett effektivt sätt för alla sjukhus.
3. En växande vilja att omforma ersättningssystemen för att stimulera kvalitetsarbete. Det fanns, och finns, en önskan från beställare och politiker att hitta modeller (ersättningssystem) för att betala hälso- och sjukvårdsleverantörer för vad de åstadkommer, d v s utfall.
4. De nationella kvalitetsregistren är i i dagsläget en av de bättre källorna till information om vårdens innehåll och resultat. Möjligheten att hämta kvalitetsdata från dessa register varierar (1). Mer av den data som samlas in via registren skulle kunna användas i förbättringsarbete och kontinuerlig uppföljning av vårdens innehåll och resultat (2). I dagsläget är det få producenter som använder registerutfall i sina verksamhetsredovisningar för att t ex påvisa att man förbättrat sin verksamhet (3).
5. För tre år sedan startades det medicinska programarbetet med syfte att stödja utvecklingen av vård som sätter patientens behov och upplevelser i centrum, där vetenskap och beprövad erfarenhet är styrande för metodval och Stockholms samlade resurser används på det mest kostnadseffektiva sättet. Kvalitetsuppföljning ger den information och kunskap som beställaren behöver för att styra utvecklingen mot uppsatta mål. En vård styrd av behov och kvalitetsmål behöver bland annat tydliga vårdprogram kopplade till uppföljning av medicinska resultat. Därför innehåller alla regionala vårdprogram mått – kvalitetsindikatorer – avsedda att användas för uppföljning såväl på verksamhetsnivå som på patientgruppsnivå.

Processen

Ersättning för kvalitetsregister

Arbetet började med att författarna ”brainstormade” kring olika sätt att skapa en speciell ersättningsform för kvalitetsarbete/uppnådda resultat. Vidare studerades hur SLL gjort i andra avtal och på andra vårdområden, där det förekommer stimulansersättningar, som utfaller efter uppnådda mål. Dessutom diskuterades om det finns medicinska specialområden, som nått så långt i sin resultatuppföljning att det skulle vara möjligt att direkt knyta t ex DRG-ersättningen till uppnått medicinskt resultat? Efter en del överväganden gjordes bedömningen att den aktuella tillgången på jämförbara medicinska resultat skulle bli begränsande för tillämpningen av en sådan ersättningsmodell. I stället valdes strategin *att stödja kvalitetsarbetet i sig och inte resultaten*. I detalj undersöktes möjligheten att ekonomiskt stötta arbete med kvalitetsregister och arbetet med att mäta patientnöjdhet. Ett förslag skrevs fram som förankrades i avtalsprojektgruppen. I en slutfas ströks förslaget att stötta mätning av patientnöjdhet då man bedömde att mätmetoder och uppföljningsbarhet av själva ersättningssystemet i dagsläget är för svårt. Kvar blev ett konkret förslag att stötta medverkan i nationella kvalitetsregister (se bilaga 2c). Beställaren avser under 2003 att fortsätta utveckla modeller för att ersätta för kvalitet. Målet är att i avtal gällande 2004 inkludera ytterligare kvalitetsersättningar.

Ny struktur på kvalitetsparagrafen

Olika möjligheter för hur en samlad kvalitetsparagraf skulle kunna struktureras diskuterades. Från Institute of Medicine i USA (Crossing the Quality Chasm) hämtades en gruppering av kvalitetsförbättringsområden (4). Med denna som utgångspunkt konstruerades följande sex kvalitetsområden (förbättringsområden) som utgör stommen i den nya avtalsparagrafen.

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård innebär att vården skall bygga på evidensbaserad kunskap och formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

2. Säker vård

Säker vård innebär att skador i samband med vård undviks genom ett aktivt förebyggande arbete.

3. Patientfokuserad vård

En patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.

4. Effektiv vård

Med effektiv vård avses att vården utformas och ges i samverkan med övriga vårdaktörer så att onödig förbrukning av alla slags resurser undviks.

5. Jämlik vård

Jämlik vård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.

6. Vård i rimlig tid

Vård i rimlig tid innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.

Avtalskraven rörande kvalitet fördes in under respektive kvalitetsområde dels i generella krav och dels i sjukhusspecifika (leverantörsspecifika) åtaganden. Tanken med uppdelningen var att dels definiera vilka övergripande kvalitetskrav som beställaren ville ställa på samtliga sjukhus samt öppna för en dialog och förhandling om vilka kvalitetskrav som en enskild vårdproducent ville ställa upp på (se sammanställning av leverantörsspecifika resultat i bilaga II). Till varje kvalitetsområde knöts ett eller flera specifika medicinska mått som producenten skall redovisa. Listan på mått togs fram med utgångspunkt i dels efterfrågade mått i tidigare kvalitetsbokslut och dels utifrån regionala vårdprogram från Medicinskt Programarbete.

Det samlade förslaget till ny kvalitetsparagraf ställdes sedan till Avtalsprojektet för kommentarer/godkännande. Förslaget antogs nästan oförändrat och användes sedan i avtalsprocessen.

Kvalitetsparagraf knuten till kvalitetsbokslut

När kvalitetsparagrafen stod klar var den så pass heltäckande med definierade kvalitetsområden, kvalitetskrav och kvalitetsmått att det var naturligt att föreslå att sjukhusens årliga kvalitetsbokslut skulle baseras på en redovisning av kvalitetsparagrafen i avtalet.

Hur avtalsförhandlingarna gick till

Stommen till den nya kvalitetsparagrafen stod tyvärr inte klar förrän 2003-års avtalsförhandlingar redan påbörjats. Förhandlingar och arbete med kvalitetsparagrafen drevs i huvudsak som en parallellprocess till de övriga förhandlingarna. Kvalitetsansvarig från respektive sjukhus kommunicerade med ”kvalitetssakkunniga” beställarrepresentanter. Diskussionerna gällde fr a huruvida sjukhuset i fråga kunde redovisa alla de kvalitetsmått som efterfrågas i bilaga 2c, samt vilka ”Leverantörsspecifika” kvalitetskrav som producenterna frivilligt ville föra in i avtalstexten. Med de flesta producenter uppnåddes snabbt en god samverkan och vi uppfattade det som att strukturen i den nya paragrafen var inspirerande och underlättade ett kreativt arbete med innehållet. Med någon producent blev det kommunikationssvårigheter till följd av de parallella förhandlingarna så till vida att överenskommen avtalstext om kvalitet av misstag inte fördes in i det slutliga avtalet. Med en annan producent blev inte kvalitetsparagrafen klar förrän långt in på våren.

Upplevelser av processen

För att få synpunkter och förbättringsförslag på förhandlingsprocessen, förväntningar på uppföljning respektive utveckling av kvalitetsparagrafen inbjöds samtliga sjukhus (Karolinska Sjukhuset, Huddinge Universitetssjukhus, Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Södertälje Sjukhus, Norrtälje Sjukhus AB samt S:t Görans Sjukhus AB) till ett halvdagsseminarium i april.

Den övergripande synpunkten från sjukhusrepresentanterna var att de ansåg att kvalitetsparagrafen kändes mycket bra och relevant. Uppdelningen på de

sex kvalitetsförbättringsområdena kändes rätt samtidigt som den fokuserade på viktiga områden.

Generellt gällde att sjukhusen gärna sett fler mötestillfällen och en än bättre dialog runt kvalitetsparagrafen. Sjukhusen var positiva till att diskussionerna/förhandlingarna av kvalitetsparagrafen delvis skett tillsammans med beställarens sakkunniga i kvalitet och framförde att det var ett arbetssätt man gärna ser mer av. Sjukhusrepresentanterna framförde dessutom att det kändes mycket angeläget att det som avtalats i kvalitetsparagrafen löpande följs upp av Beställaren. Vidare framfördes att kvalitetsboks slut bör vara en del i övrigt bokslut och inte som hittills en egen företeelse.

Diskussion fördes om de mått som finns i bilaga 1d och om vikten av att mått som finns med i avtal är valida och relevanta. Risker med fokusering vid enstaka mått är att måttet i sig blir det viktiga och inte den företeelse det avser att spegla. Beställaren poängterade att avsaknaden av mått inom något visst område inte skall tolkas som om området är mindre viktigt.

Inom samtliga de områden där regionala vårdprogram håller på att tas fram pågår även arbete med att ta fram och nå enighet kring kvalitetsindikatorer. Ett problem är att även om det finns bra mått för ett specifikt område finns det kanske inte system att fånga måttet systematiskt. Här krävs stora utvecklingsarbeten. Ståndpunkten måste dock vara att trots att vare sig de perfekta måtten och/eller de perfekta IT-lösningarna finns måste uppföljning baserad på mått intensifieras i SLL.

Sjukhusrepresentanterna framförde att den bit av kvalitetsparagrafen som är leverantörs specifik är bra. I den leverantörs specifika delen ges sjukhusen möjlighet att lyfta fram interna kvalitetsarbeten och få dessa uppmärksammade och bekräftade. Beställaren ges dessutom möjlighet att få kännedom om arbeten som sker lokalt på sjukhusen. Målet är att bygga upp en bank av goda exempel på kvalitetsarbeten och därmed stimulera vårdgivarna att lära av varandra.

Resultat av leverantörsförhandlingarna

För samtliga de sex sjukhus där avtal slutits rörande akutsjukvård 2003 har inkluderats i avtalet en särskild paragraf rörande vårdkvalitet. Paragrafen ser i väsentliga delar exakt likadan ut för samtliga sjukhus men innehåller som ovan beskrivits också leverantörs specifika delar. Se bilaga 1 för den del som är generell för samtliga sjukhus och bilaga 2 för de delar som är leverantörs specifika.

Kvalitetsuppföljning 2002 och 2003

Samtidigt som arbetet pågick med att förhandla och formulera avtalsparagrafen om kvalitet, så inleddes och genomfördes uppföljningen av akutsjukhusens kvalitetsarbete, vilket, enligt beslut i HSLG våren 2002, skulle ingå i HSNs bokslut för 2002.

Arbetet med kvalitetsbokslutet inleddes innan avtalsarbetet kom i gång med sonderande kontakter med några av sjukhusens ledningar. Genom dessa sonderingar bekräftades att det pågår en aktiv kvalitetsutveckling överlag och att sjukhusen önskar bli bekräftade i detta arbete.

Dock stod det klart att relativt lite av detta arbete är sjukhusövergripande utan fastmer varierar såväl vad gäller fokus som metod mellan verksamheter. Än så länge är inte heller något av arbetet med kvalitetsutveckling landstingsövergripande.

I takt med att förberedelserna för nästa års avtal kom i gång – inklusive kvalitetsparagrafen – framstod det som allt mer önskvärt för båda parter att dessa båda processer (kvalitetsbokslut 2002 och kvalitetsparagrafen i avtal 2003) borde hänga ihop. Självklart skall kvalitetsbokslutet 2003 bygga på årets avtal men kunde man inte redan 2002 pröva att göra ett bokslut med det upplägg som kommande avtal utvecklades mot? Vi bedömde det helt möjligt, kanske t o m önskvärt.

Instruktionen till bokslutet (5) utformades därför med ledning av kvalitetsparagrafens utformning (se bilaga 1). Utifrån de sex kvalitetsområdena ombads sjukhusen beskriva sitt kvalitetsarbete och sina resultat. Några kvalitetsregisternyckeltal efterfrågades specifikt för att uppmuntra till redovisning och analys av registerutfall. I avsaknad av andra vårddatabaser att hämta information ur ger kvalitetsregistren värdefulla underlag för kvalitetsförbättring. Kvalitetsregistrens utfallsmått är gemensamma och jämförbara för alla som medverkar i registren (6).

Fortsättning

Några av de viktigaste lärdomar som arbetet med kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtalen för 2003 givit oss är:

- det betyder mycket att förhandlingarna kring kvalitet genomförs med klar koppling till övrig avtalsförhandling och ej som en helt fristående parallellprocess,
- det är värdefullt för både leverantören och beställaren att förhandlingarna gällande kvalitet ges ordentligt med tid och förs mellan kvalitetssakkunniga representanter för parterna,
- den leverantörsspecifika delen i avtalen är uppskattad då den ger leverantören möjlighet att lyfta fram och få bekräftelse på eget kvalitetsarbete.

Förväntningarna från akutsjukhusen är nu dels att löpande uppföljning av kvalitetsparagrafen kommer att göras, dels att den ”nya” kvalitetsparagrafen med de sex förbättringsområdena blir bestående.

Innevarande års kvalitetsbokslut kommer att bygga på årets avtal om kvalitet och förhoppningsvis fås en mer homogen beskrivning från alla sjukhusen tack vare den beredning som detta års avtalsprocess och slutliga avtal inneburit.

1. Internt beställarorganisationen har vi nu att ta till vara lärdomarna av fjolårets process och formulera liknande avtal/överenskommelser om kvalitet med kvalitetsparagrafen (§5) som stomme med övriga vårdgivare. För en god och jämlik hälso- och sjukvård i hela vårdkedjan krävs att alla vårdgivare omfattas av samma krav på kvalitetsutveckling och redovisning av kvalitetsutfall. Beställarstödet till vårdgivarnas interna kvalitetsarbete måste vara likvärdigt i hela vårdkedjan.
2. Förutom att sprida principen för kvalitetsavtal/-överenskommelse är det också angeläget att utifrån beställarens perspektiv och där så är önskvärt komplettera vårdgivarnas interna kvalitetsarbete med krav på gemensamt kvalitetsarbete, gemensamma metoder och mått för uppföljning. Det kan handla om en fokusering inom något eller några av kvalitetsområdena som har betydelse ur ett befolkningsperspektiv, exempelvis felaktig läkemedelshantering, trycksår, vårdrelaterade infektioner eller delaktighet i vården. Det kan också handla om användningen av en enhetlig metod t ex för att mäta patienttillfredsställelse eller ADL-funktion.

3. Ytterligare behov av beställarstödd utveckling av kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården gäller utvecklingen mot en mer öppen redovisning och analys av uppmätta resultat. Idag är det mer undantag än regel att man kopplar sitt förbättringsarbete till kontinuerlig mätning av resultat med öppen redovisning och kommentarer om vidtagna och planerade åtgärder.
4. Slutligen skall ersättningens knytning till kvalitetsarbete och redovisade och uppnådda kvalitetsmål utvecklas vidare. Ersättningen borde kunna knytas till fler aktiviteter inom kvalitetsområdet än deltagande och rapportering till kvalitetsregister. Man skulle t ex kunna tänka sig att premiera resultatredovisning från de register man deltar i om redovisningen görs i tidsseriediagram och/eller bästa, möjliga resultat är känt och uppsatt som mål samt om förbättringsprojekt med bestående resultat kan påvisas. Annat som kan tänkas premieras är tvärprofessionellt deltagande i framgångsrikt kvalitetsarbete och/eller arbete med att omsätta värdegrunden och de etiska principerna.

Stöd till fortsatt utveckling

För att ta tillvara lärdomarna och de uppnådda resultaten av processen med 2003 års kvalitetsavtal med akutsjukhusen och säkra en fortsatt, önskvärd utveckling som den beskrivits ovan bör ett nätverk mellan avtalsansvariga inom beställaravdelningarna samt författarna av denna rapport som var ansvariga för att ta fram en ny kvalitetsparagraf och förnya sättet att förhandla och teckna avtal om kvalitet snarast etableras. Två av författarna (MAS och ML) arbetar med kvalitetsutveckling ur ett beställarperspektiv inom Medicin och omvårdnadsavdelningen vars uppgift bland annat är att främja utveckling av avtal och överenskommelser vad gäller kvalitet.

Den tredje författaren (GE) arbetar med ersättningsfrågor inom Verksamhetsstyrning och Finans med särskilt uppdrag att utveckla förutsättningarna att knyta viss del av ersättningen till kvalitet.

Under våren har ett särskilt programområde för Kvalitetsutveckling bildats inom det Medicinska programarbetet. Denna gemensamma arena för producer och beställare, som det Medicinska programarbetet utgör, kommer att utgöra ett stöd för och främja enhetlig utveckling av kvalitetskrav och uppföljning i alla delar av vården i överensstämmelse med den önskvärda fortsättningen på arbetet med kvalitetsparagrafen i akutsjukhusavtalen 2003.

Referenslista

1. Kvalitetsregister ur ett beställarperspektiv. Magna Andreen Sachs. Svensk Kirurgi. Volym 60. Nr 2. 2002.
2. Kvalitetsregistren är en guldgruva som bör utnyttjas på bättre sätt. Förbättringskunskap lärs ut i specialprojekt. Magna Andreen Sachs, Jan Erik Synnerman. Läkartidningen. Volym 96. Nr 20. 1999.
3. Kvalitetsregister bra verktyg för kliniker men av oklar nytta för beställare. Peter Garpenby, Marie Lawrence. Läkartidningen. Volym 100. Nr 9. 2003. Crossing the Quality Chasm. A new Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. Washington, D.C., USA. 2001
4. Årsrapport 2002. Programområde Kvalitetsutveckling. Medicinskt Programarbete. Stockholms läns landsting. 2003.
5. Kvalitetsregister i vården – ett instrument för uppföljning och utveckling. Jan Adolfsson, Magna Andreen Sachs, Göran Blohmé,
6. Björn Cedermark, Per-Olov Wester. Hälso- och sjukvårdsnämnden. Stockholms läns landsting. 2002.

Mall för §5 samt del av §24 i avtal avseende akutsjukvård 2003

§ 5 Vårdkvalitet

Leverantören och Beställaren har ett gemensamt ansvar för att tillse att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård på lika villkor. En grundläggande förutsättning för att nå målet är att parterna samverkar kring ett långsiktigt och systematiskt kvalitetsarbete.

Leverantören ska ha ett system för planering, uppföljning och utveckling av verksamheten med fokus på kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. För uppföljning och utvärdering av vårdgivares kvalitetssystem kommer Beställaren att använda instrumentet LAGE.

Beställaren ska stötta kvalitetsarbetet genom tydliga målformuleringar samt utveckling av metoder för såväl avtalsuppföljning som uppföljning på patientgruppsnivå. För Leverantören ska arbetet med kvalitet utgöra en grundpelare i ett ständigt pågående förbättringsarbete av all vård. Kvalitetsarbetet ska vara inriktat på att stärka och utveckla det som är den innersta kärnan i en god hälso- och sjukvård, nämligen att vården är (1) **kunskapsbaserad och ändamålsenlig**, (2) **säker**, (3) **patientfokuserad**, (4) **effektiv**, (5) **jämlik**, (6) **ges i rimlig tid**.

Ovanstående sex kvalitetsområden utgör ram för ett antal gemensamt formulerade kvalitetsmål enligt bilaga 1a.

Överenskomna kvalitetsområden och kvalitetsmål utgör utgångspunkt för redovisning av årligt kvalitetsbokslut. Redovisning av vårdens kvalitet och resultat ska kännetecknas av öppenhet gentemot samtliga intressenter.

Bilaga 1a

Kvalitetsområden och kvalitetskrav

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård innebär att vården ska bygga på evidensbaserad kunskap och formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

Leverantören ska tillse att vården så långt det är möjligt bygger på evidensbaserad kunskap. Nationella riktlinjer, SBU-rekommendationer och regionala vårdprogram ska tillämpas inom de områden där sådana finns. Se bilaga 1b.

Leverantören ska medverka i nationella och etablerade regionala/lokala kvalitetsregister. Under 2003 kommer deltagande i nationella kvalitetsregister att stöttas med särskild ersättning. Förteckning över nationella kvalitetsregister och utförligare beskrivning av syftet med ersättningen framgår av bilaga 1c.

Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas för Beställaren. Utvalda kvalitetsmått framgår av bilaga 1d.

Leverantörsspecifik överenskommelse:

Se Bilaga 2.

2. Säker vård

Säker vård innebär att skador i samband med vård undviks genom ett aktivt förebyggande arbete.

Leverantören ska säkerställa att all vård och behandling sker med största möjliga säkerhet för patienten. System för avvikelshantering och rutiner för kontinuerlig uppföljning ska finnas på alla enheter. Leverantören ska redovisa statistik från sina avvikelshanteringssystem avseende väsentliga säkerhetsproblem samt vidtagna åtgärder.

Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas för Beställaren. Utvalda kvalitetsmått framgår av bilaga 1d.

Leverantörsspecifik överenskommelse:

Se Bilaga 2.

3. Patientfokuserad vård

En patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.

Leverantören ska arbeta för att stärka patientens ställning i vården. Bemötandet av patienten ska präglas av omtanke och empati och utgå från att varje individ är unik. Vården ska utföras så att människors integritet inte kränks och deras värdighet skyddas. Leverantören ska säkerställa att vårdkedjan, ur patient- och närståendeperspektivet, är så sammanhängande som möjligt. Leverantören ska i dialog med patient/närstående ge en individuellt anpassad information. Kompletterande skrivningar finns i § 11 Vårdinriktad Information och § 6 Patientens Ställning.

Uppföljning av patienters upplevelse av bemötande och omsorg i vården ska genomföras regelbundet på alla enheter.

Leverantören ska redovisa vilka övergripande åtgärder som vidtagits med anledning av årlig uppföljning av ärenden i Patientnämnden

Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas för Beställaren. Utvalda kvalitetsmått framgår av bilaga 1d.

Leverantörsspecifik överenskommelse:

Se Bilaga 2.

4. Effektiv vård

Med effektiv vård avses att vården utformas och ges i samverkan med övriga vårdaktörer så att onödig förbrukning av alla slags resurser undviks.

Leverantören ska säkerställa att processen för diagnostik och behandling är så effektiv som möjligt. Se även § 9 Samverkan och § 10 LEON-principen.

Leverantören ska redovisa hur det övergripande arbetet med att förbättra vårdprocesser på sjukhuset bedrivs.

Leverantörsspecifik överenskommelse:

Se Bilaga 2.

5. Jämlik vård

Jämlik vård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.

Leverantören ska tillhandahålla och fördela vården på lika villkor för hela befolkningen oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell identitet.

Leverantörsspecifik överenskommelse:

Se Bilaga 2.

6. Vård i rimlig tid

Vård i rimlig tid innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.

Vården ska utmärkas av god tillgänglighet och korta väntetider/ledtider. Se även § 7 Tillgänglighet/Vårdgaranti.

Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas för Beställaren. Utvalda kvalitetsmått framgår av bilaga 1d.

Leverantörsspecifik överenskommelse:

Se Bilaga 2.

Bilaga 1b

Kunskapskällor

Nationella riktlinjer, SBU, Regionala Vårdprogram, Handlingsprogram och Kravspecifikationer

Nationella riktlinjer

Diabetes

Kranskärslssjukvård

Stroke

www.sos.se/mars/

SBU rekommendationer

www.sbu.se

Regionala Vårdprogram och Riktlinjer

Förteckning över aktuella regionala vårdprogram:

Medicinskt Programarbete, www.hsn.sll.se/MPA

Bröstkomplikationer i samband med amning

Normal graviditet, förlossning och eftervård

STI/hivprevention

Trycksår – prevention och behandling

Vård av suicidnära patienter

Onkologiskt Centrum, www.sll.se/oc

Bröstcancer 2000

Tumörer i CNS 1999

Cervix-, vaginal- och vulvacancer 2001

Huvud-, hals- och esofagus cancer 2001

Kolorektal cancer 2003

Lungcancer 2000

Lymfom 2003

Malignt melanom 2000

Pankreascancer 2003

Prostatacancer 2000

Skelettmetastaser 2001

Ventrikeltumörer 2000

Stockholms Läns Landstings Handlingsprogram

Diabetes

Övervikt

Astma och allerg

Beställarens Kravspecifikationer

Hjärt/kärl-sjukdomar

Stroke

Bröstcancer

Reumatoid Artrit

Trycksår

Bilaga 1c

Ersättning för deltagande i Nationella kvalitetsregister under 2003

I Sverige finns i dagsläget ett 50-tal nationella kvalitetsregister som är, eller utvecklas för att bli, rikstäckande. Samtliga av dessa register har av Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister (bestående av representanter från Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Läkaresällskapet) genomgått en systematisk granskningsprocess och därefter beviljats centralt ekonomiskt stöd för nationellt arbete. Se www.sos.se/mars för aktuell förteckning av kvalitetsregister.

Ett av de viktigaste syftena med kvalitetsregistren är att genom kvalitetsutveckling medverka till att utjämna de skillnader som finns i svensk hälso- och sjukvård vad gäller utbud, tillgänglighet, kliniska resultat och långsiktig patientnytta. Tack vare kvalitetsregistren blir det möjligt för enskilda kliniker att följa upp sina resultat över tid (egenkontroll) och att jämföra sig (benchmarking) med andra liknande verksamheter.

Syfte

Beställaren stöttar deltagande i nationella kvalitetsregister under 2003 genom att införa en riktad ersättning. Ersättningen gäller en gång per nationellt kvalitetsregister och kalenderår och utbetalas med fast belopp. Syftet från Beställaren är att stimulera till deltagande i nationella kvalitetsregister samt bära en del av de merkostnader som registerarbete medför. Det är önskvärt att information om vårdens resultat och kvalitet, baserade på data ur kvalitetsregister, redovisas i årligt kvalitetsbokslut.

Ersättning

Ersättningens storlek påverkas av antalet registrerade individer/år. Rapporteringsfrekvensen ska vara över 90 % om inte särskilda omständigheter kan åberopas. Begäran om ersättning ska ha inkommit tidigast 2003-10-31 och senast 2004-03-01 och innehålla förteckning över vilka register man deltagit i, beräknat eller faktiskt antal registrerade individer och rapporteringsfrekvens. Kvalitetsregistret skall finnas i Socialstyrelsens förteckning över nationella kvalitetsregister, se nedan. För aktuell förteckning se www.sos.se/mars. Ersättning utbetalas inom två månader efter att begäran inkommit.

Antal individer som registreras/år	Ersättning per register
1-25	15 000 kr
26-99	20 000 kr
100 >	25 000 kr

Förteckning över Nationella kvalitetsregister (200211)

Infektionssjukdomar

- Svenska endokarditregistret

Tumörer

- Nationellt kvalitetsregister för bröstcancerkirurgi
- Nationellt register för cancer-rectikirurgi
- Nationellt register för prostatacancer
- Nationellt blåscancerregister
- Skandinaviska Sarkomgruppens register
- Svenska esofagus- och cardiacancerregistret (SECC)
- Prospektivt nationellt melanomregister
- Nationellt kvalitetsregister för screening mot livmoderhalscancer
- Swegir: Ventrikelcancerregister

Endokrina sjukdomar

- Nationellt diabetesregister
- Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes 0-18 år

Psykiska sjukdomar, syndrom samt beteendestörningar

- Nationellt kvalitetsregister för centralstimulantiabehandling av barn och ungdomar med ADHD
- RIKSÄT - Nationellt kvalitetsregister om ätstörningsbehandling vid psykiatriska specialenheter
- Multidimensionell utfallsregister inom Psykiatri
- Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom
- Schizofreni registret

Sjukdomar i nervsystemet

- Register för kirurgisk epilepsibehandling
- SMS-registret (Swedish Multiple Sclerosis kvalitetsregister)

Ögonsjukdomar

- Nationellt kataraktregister
- Kvalitetsregister för ögonsjukdomen näthinneavlossning
- Svenska Cornearegistret

Cirkulationsorganens sjukdomar

- SCAAR - Svenskt register för coronarangiografier och coronarangioplastiker
- Svenska hjärtkirurgiregistret
- Nationella registret för hjärtintensivvård RIKS-HIA
- Registrering av hjärtstopp utanför sjukhus
- Svenska Pacemakerregistret
- Riks-Stroke
- Svenska kärlregistret/Swedvasc
- Register för kvalitetssäkring av sekundärprevention vid kranskärlsjukdom
- GUCH - register för vuxna med medfödda hjärtfel

Andningsorganens sjukdomar

- Oxygen- och Hemrespiratorregistren
- Nationellt kvalitetsregister för öron-, näs- och halssjukvård

Matsmältningsorganens sjukdomar

- Kvalitetsregister för inflammatorisk tarmsjukdom (Q-IBD)
- Nationellt register för bräckkirurgi

Muskuloskeletala sjukdomar

- Rikshöft
- Nationalregistret för höftledsplastiker
- Nationella knäplastikregistret
- Nationellt Register över Smärtrehabilitering, NRS
- Svenska Reumatoid Artrit-registret
- Uppföljning av ländryggskirurgi

Sjukdomar i urin- och könsorgan

- Nationella Registret för Kvalitetsutveckling inom Gynekologisk Kirurgi
- Svenskt register för aktiv uremivård

Graviditet och förlossning

- Nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård

Barn och ungdom

- Nationellt register för barn på tillväxthormonbehandling
- Nationellt kvalitetsregister för läpp- käk- gomspalt- behandling
- PNQ - PeriNatalt Qvalitetsregister
- Kvalitetsregister för barnhjärtkirurgi

Övriga områden

- KVITTRA, Nationellt kvalitetsregister för trauma-patienter
- Svenskt anestesiregister
- Svenskt Intensivvårdsregister (SIR)

Bilaga 1d

Kvalitetsmått som redovisas för beställaren i kvalitetsbokslut

Nr	Kvalitetsindikator	Bakgrund, Källa	Kvalitetsområde (se § 5)
1	<i>Suicid</i> Andel suicidnära patienter (som kommer till hälso- och sjukvården oavsett vårdnivå) som genomgått kvalificerad värdering av suicidrisken (enligt vårdprogram)	Regionalt vårdprogram Källa: lokal	Kunskapsbaserad
2	<i>Förlossning</i> Andel perinealskador gr III och gr IV av totala antalet vaginala förlossningar	Regionalt vårdprogram Källa: Medicinskt födel- semeddelande (EpC, SoS)	Kunskapsbaserad
3	<i>Stroke</i> Andel av totala antalet patienter med diagnostiserad stroke som behandlats av multidisciplinärt team (bestående av minst läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut samt logoped)	Nationella riktlinjer Källa: Riks-Stroke	Kunskapsbaserad
4	<i>Stroke</i> Andel av totala antalet patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som behandlas med ASA.	Nationella riktlinjer Källa: Riks-Stroke	Kunskapsbaserad
5	<i>Kranskärllssjukdom</i> 28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt	Nationella riktlinjer Källa: RIKS-HIA sam- kört med Dödsorsaks- registret	Kunskapsbaserad
6	<i>Höftledsplastik</i> Andel patienter som genomgått höftledsplastik som 10 år efter den primära höftledsplastiken har en protes som sitter fast utan lossningstendens (kumulativ implantatöverlevnad efter 10 år)	Nationellt register för höftledsplastik Källa: Nationellt register för höftledsplastik	Kunskapsbaserad
7	<i>Ljumskbräckskirurgi</i> Andel patienter som genomgått ljumskbräckskirurgi som 5 år efter ljumskbräckskirurgin ej fått åtgärdat bräck tillbaka (bräckrecidiv)	Nationellt register för bräckkirurgi Källa: Nationellt register för bräckkirurgi	Kunskapsbaserad
8	<i>Ändtarmscancer</i> Andel patienter behandlade för cancer-rectikirurgi som fått lokalt återfall 2 år resp. 5 år efter behandling (lokal recidiv)	Nationellt register för cancer-rectikirurgi Källa: Nationellt register för cancer-rectikirurgi	Kunskapsbaserad

Nr	Kvalitetsindikator	Bakgrund, Källa	Kvalitetsområde (se § 5)
9	<i>Diabetes</i> Andel diabetespatienter med HbA1c under 6,5 %	Nationella riktlinjer, SLL handlingsplan Källa: Nationellt diabetesregister (NDR)	Kunskapsbaserad
10	<i>Trycksår</i> Andel patienter som tillhör riskgrupp för trycksår som är riskbedömda enligt vårdprogram rekommenderad metod	Regionalt vårdprogram Källa: lokal	Säker
11	<i>Vårdrelaterad infektion</i> Andel patienter i slutenvård med vårdrelaterad infektion (uppföljningstid under slutenvårdstillfället)	Regionalt vårdprogram saknas Källa: lokal	Säker
12	<i>Reumatoid artrit</i> Andel av patienter med nydebuterad RA som erbjudits bedömning av reumatolog inom högst en månad efter att diagnosmisstanken väckts	Regionalt vårdprogram (ännu ej publicerat) Källa: Svenska Reumatoid Artritregistret	Patientfokuserad
13	<i>Bröstcancer</i> Andel patienter med diagnostiserad bröstcancer som fått vänta mer än två veckor mellan diagnosbesked och insatt behandlingsåtgärd	Regionalt vårdprogram Källa: lokal	Patientfokuserad
14	<i>Kranskärslsjukdom</i> Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med reperfusion (trombolys eller akut PTCA) inom rekommenderad tid (trombolys 30 min resp. akut PTCA 60 min efter ankomst till sjukhus)	Nationella riktlinjer Källa: RIKS-HIA	Vård i rimlig tid

Del av §24 om ersättning – Ersättning för deltagande i nationella kvalitetsregister under 2003

Ersättningen gäller en gång per nationellt kvalitetsregister och utbetalas med fast belopp i efterhand. Det är önskvärt att information om vårdens resultat och kvalitet, baserade på data ur kvalitetsregister, redovisas i årligt kvalitetsbokslut. Förteckning över nationella kvalitetsregister och utförligare beskrivning av syftet med ersättningen framgår av bilaga 1c.

Begäran om ersättning ska ha inkommit till Beställaren tidigast 2003-10-31 och senast 2004-03-31 och innehålla en samlad förteckning över vilka register Leverantören deltagit i, faktiskt eller beräknat antal registrerade individer/register och rapporteringsfrekvens/register/år.

Rapporteringsfrekvensen ska vara över 90 % om inte särskilda omständigheter kan åberopas. Kvalitetsregistren ska finnas upptagna i Socialstyrelsens förteckning över nationella kvalitetsregister för år 2003. Ersättning utbetalas inom två månader efter att begäran inkommit.

Antal individer som registreras/år	Ersättning per kvalitetsregister
1-25	15 000 kr
26-99	20 000 kr
100 >	25 000 kr

Övrigt

Någon ersättning utöver ovan angivna utgår inte.

Bilaga 2

Leverantörsspecifika överenskommelser

Bilaga 2a

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård innebär att vården ska bygga på evidensbaserad kunskap och formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

Leverantörsspecifik överenskommelse
Karolinska Sjukhuset
Resultat och mått ur utvalda kvalitetsregister presenteras Ett antal förbättringsprojekt baserade på registerutfall redovisas
Huddinge Universitetssjukhus
Leverantör skall redovisa sitt arbete med evidensbaserad vård enligt nedan. Granskade stora diagnosgrupper med avseende på evidens för deras ändamålsenlighet. Nivå idag: 1 diagnosgrupp Mål: 4 diagnosgrupper
Leverantören skall redovisa arbete med standardvårdplaner vid planering och utförande av patientens omvårdnad enligt nedan. • Användning av standardvårdplaner vid planering och utförande av patientens omvårdnad för mer än 50% av patienterna. Nivå idag: Vårdavdelning 24 %, Dagvård 9%, Mottagningar 10 %, Specialenheter 0 % Mål: Vårdavdelning 29 %, Dagvård 14 %, Mottagningar 15 %, Specialenheter 5 %
Leverantören skall redovisa sitt arbete med att förebygga trycksår enligt nedan. • a) andelen enheter där skala för bedömning av risk används <i>samt</i> att b) andelen enheter där skriftliga anvisningar för förebyggande finns. Nivå idag: a)11%, b) 47% Mål: a) 20%, b)60%
Södersjukhuset AB
Rapportering av resultat från följande kvalitetsregister • Knäplastikregistret • Svenska kärlregistret, Swedvasc • Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes • Nationellt blåscancerregister • Nationellt register för prostatacancer • Nationellt register för Kvalitetsutveckling inom Gynekologisk Kirurgi

2. Säker vård

Säker vård innebär att skador i samband med vård undviks genom ett aktivt förebyggande arbete.

Leverantörsspecifik överenskommelse
Karolinska Sjukhuset
Leverantören skall redovisa sina angreppssätt för att uppnå ökad fysisk säkerhet såsom skydd mot brand och stöld
Huddinge Universitetssjukhus
Leverantören skall redovisa arbetet i Säkerhetskommisionen, som utreder allvarliga avvikelser i vården enligt nedan. • Andelen analyserade allvarliga avvikelser. Nivå idag: 10% Mål: 30%
Leverantören redovisar sitt arbete med att förbättra läkemedelshandlingen. a) arbetet med ständiga förbättringar i tvärfunktionell och tvärprofessionell arbetsgrupp ("Läkemedelsprocessen") presenteras <i>samt</i> b) Andel enheter där upprättade och uppdaterade skriftliga anvisningar för ordination enligt generella direktiv finns. Nivå idag: Beroende på verksamhet är aktuell nivå 52-100%. Mål: 70-100%
Södersjukhuset AB
Avvikelsehantering. - Redovisning av det förbättringsarbete som skett inom området - Redovisning av antal avvikelser inom respektive klassificeringsområde
Läkemedelshandling - Åtgärder för att öka säkerheten
Medicinteknisk säkerhet - Åtgärder för att öka säkerheten
Infektionsregistrering - Redovisning av resultat från uppföljning angående provtagning av potentiella smittbärare av MRSA

3. Patientfokuserad vård

En patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.

Leverantörsspecifik överenskommelse
Karolinska Sjukhuset
Resultat och mått ur utvalda patientnöjdhetsmätningar redovisas.
Ett antal förbättringsprojekt baserade på utfallet från mätningarna presenteras.
Leverantören ska redovisa sitt arbete med att utveckla och stärka vårdetiska frågor.
Leverantören ska redovisa sitt arbete med att säkerställa patientens tillgång till adekvat smärtlindring.
Leverantören presenterar ett antal angreppssätt och resultat avseende förbättring av patientnära service såsom patientkost och telefontillgänglighet.
Leverantören ska visa hur man säkerställer att klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas.
Leverantören ska redovisa sina projekt kring nytänkande för att stärka patientens ställning i vården.
Huddinge Universitetssjukhus
Leverantören redovisar resultat av "HS-enkäten" enligt nedan. • Leverantören redovisar för patienttillfredsställelse-index (skala 1-10). Nivå idag: 7 Mål: 8
Leverantören skall redovisa andelen enheter där patienten rutinmässigt får möjlighet att skriftligen utvärdera vården enligt nedan. • Andelen enheter där patienten rutinmässigt får möjlighet att skriftligen utvärdera vården. Nivå idag: Beroende på verksamhet är aktuell nivå mellan 57 och 76 %.Mål: 65 och 85 %.
Leverantören skall redovisa resultatet av mätningar avseende andel patienter som anger sig vilja rekommendera kliniken (mättet redovisas i HS balanserade styrkort) enligt nedan. • Andel patienter som anger sig vilja rekommendera enheten Mål: 80%
Södersjukhuset AB
Patientenkäten - Redovisning av resultat från 2003 års enkät
Patientnytta - Redovisning av resultatet från livskvalitetsuppföljning avseende ortopediska patienter
Värdegrund för Hälso- och sjukvård - Beskrivning av vårt arbete med implementeringen av värdegrunden

4. Effektiv vård

Med effektiv vård avses att vården utformas och ges i samverkan med övriga vårdaktörer så att onödig förbrukning av alla slags resurser undviks.

Leverantörsspecifik överenskommelse
Karolinska Sjukhuset
Leverantören skall redovisa sin strategi för att säkerställa kvaliteten vad gäller servicetjänster såsom städning och tvätt.
Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas för Beställaren. Utvalda kvalitetsmått framgår av bilaga 2 c
Huddinge Universitetssjukhus
Leverantören skall redovisa sitt arbete med ständiga förbättringar enligt nedan. • Antalet processer med ständigt pågående förbättringsarbete. Nivå idag: 29 st Mål: 35 st
Leverantören skall redovisa sitt arbete med ändamålsenlig utveckling av IT-stöd för förbättringsarbete
Södersjukhuset AB
Effektivare omhändertagande på akutmottagningen - Resultatet av Triage-projektet
ABC-projektet - Beskrivning av genomförda förbättringsåtgärder som en följd av projektet
Danderyds Sjukhus AB
Leverantören skall driva systematiskt processarbete i tio vårdprocesser, samt följa upp och redovisa detta arbete i sjukhusets gemensamma BVS (balanserad verksamhetsstyrning)
Leverantören kommer 2003 att testa en ny struktur för process- och utvecklingsorienterad uppföljning av vården
Leverantören kommer att presentera årsberättelser för vården av upp till femton patientgrupper

5. Jämlik vård

Jämlik vård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.

Leverantörsspecifik överenskommelse
Huddinge Universitetssjukhus
Leverantören skall redovisa sitt arbete med tolkverksamheten och modell för tillämpning av HS-enkäten för icke svensktalande.
Södersjukhuset AB
Riktlinjer kring användning av tolk och andra stöd till personer med funktionshinder

6. Vård i rimlig tid

Vård i rimlig tid innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.

Leverantörsspecifik överenskommelse
Huddinge Universitetssjukhus
Leverantören skall redovisa väntetidsutvecklingen över tid för prioritetsgrupperna 1 – 4 på akutmottagningen.
Leverantören skall redovisa andel projekt och måluppfyllelse för projekt inom fokusområdet tillgänglighet.
Södersjukhuset AB
Väntetider - Väntetider till mottagningarna - Väntetider till operation/behandling
Telefontillgänglighet - Uppföljning av svarstider

Bilaga 2b

Kvalitetsmått per sjukhus som redovisas för beställaren i kvalitetsboksut

Reservation för att vissa sjukhus med sannolikhet inte kommer att kunna redovisa utfallet men dock en strategi för att kunna göra det inom en snar framtid.

Nr	Kvalitetsindikator	Bakgrund, Källa	Kvalitetsområde (se § 5)	Sjukhus ¹
1	<i>Suicid</i> Andel suicidnära patienter (som kommer till hälso- och sjukvården oavsett vårdnivå) som genomgått kvalificerad värdering av suicidrisken (enligt vårdprogram)	Regionalt vårdprogram Källa: lokal	Kunskapsbaserad	HS NtS StS
2	<i>Förlossning</i> Andel perinealskador gr III och gr IV av totala antalet vaginala förlossningar	Regionalt vårdprogram Källa: Medicinskt födel- semeddelande (EpC, SoS)	Kunskapsbaserad	KS HS SöS DS NtS StS
3	<i>Stroke</i> Andel av totala antalet patienter med diagnostiserad stroke som behandlats av multidisciplinärt team (bestående av minst läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut samt logoped)	Nationella riktlinjer Källa: Riks-Stroke	Kunskapsbaserad	KS HS SöS DS NtS StS
4	<i>Stroke</i> Andel av totala antalet patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som behandlas med ASA.	Nationella riktlinjer Källa: Riks-Stroke	Kunskapsbaserad	KS HS SöS DS NtS StS
5	<i>Kranskärtsjukdom</i> 28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt	Nationella riktlinjer Källa: RIKS-HIA samkört med Dödsorsaksregistret	Kunskapsbaserad	KS HS SöS NtS StS

¹ **Sjukhusförkortningar:** KS = Karolinska Sjukhuset, HS = Huddinge Universitets-sjukhus, SöS = Södersjukhuset AB, DS = Danderyds Sjukhus AB, StS = Södertälje Sjukhus, NtS = Norrtälje Sjukhus AB

Fokusrapport – Kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtal för 2003

Nr	Kvalitetsindikator	Bakgrund, Källa	Kvalitetsområde (se § 5)	Sjukhus ¹
6	<i>Höftledsplastik</i> Andel patienter som genomgått höftledsplastik som 10 år efter den primära höftledsplastiken har en protes som sitter fast utan lossningstendens (kumulativ implantatöverlevnad efter 10 år)	Nationellt register för höftledsplastik Källa: Nationellt register för höftledsplastik	Kunskapsbaserad	KS HS SöS DS NtS StS
7	<i>Ljumskbräckskirurgi</i> Andel patienter som genomgått ljumskbräckskirurgi som 5 år efter ljumskbräckskirurgin ej fått åtgärdat bräck tillbaka (bräckrecidiv)	Nationellt register för bräckkirurgi Källa: Nationellt register för bräckkirurgi	Kunskapsbaserad	HS SöS NtS StS
8	<i>Åndtarmscancer</i> Andel patienter behandlade för cancerrecti som fått lokalt återfall 2 år resp. 5 år efter behandling (lokal recidiv)	Nationellt register för cancer-rectikirurgi Källa: Nationellt register för cancer-rectikirurgi	Kunskapsbaserad	KS HS SöS DS NtS StS
9	<i>Diabetes</i> Andel diabetespatienter med HbA1c under 6,5 %	Nationella riktlinjer, SLL handlingsplan Källa: Nationellt diabetesregister (NDR)	Kunskapsbaserad	KS HS SöS DS NtS StS
10	<i>Trycksår</i> Andel patienter som tillhör riskgrupp för trycksår som är riskbedömda enligt vårdprogram rekommenderad metod	Regionalt vårdprogram Källa: lokal	Säker	HS SöS NtS StS
11	<i>Vårdrelaterad infektion</i> Andel patienter i slutenvård med vårdrelaterad infektion (uppföljningstid under slutenvårdstillfället)	Regionalt vårdprogram saknas Källa: lokal	Säker	KS HS SöS NtS StS
12	<i>Reumatoid artrit</i> Andel av patienter med nydebuterad RA som erbjudits bedömning av reumatolog inom högst en månad efter att diagnosstanken väckts	Regionalt vårdprogram (ännu ej publicerat) Källa: Svenska Reumatoid Artrit-registret	Patientfokuserad	KS HS NtS StS

Nr	Kvalitetsindikator	Bakgrund, Källa	Kvalitetsområde (se § 5)	Sjukhus ¹
13	<i>Bröstcancer</i> Andel patienter med diagnostiserad bröstcancer som fått vänta mer än två veckor mellan diagnosbesked och insatt behandlingsåtgärd	Regionalt vårdprogram Källa: lokal	Patientfokuserad	KS HS SöS DS NtS StS
14	<i>Kranskärslsjukdom</i> Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med reperfusion (trombolys eller akut PTCA) inom rekommenderad tid (trombolys 30 min resp. akut PTCA 60 min efter ankomst till sjukhus)	Nationella riktlinjer Källa: RIKS-HIA	Vård i rimlig tid	KS HS SöS DS NtS StS

Leverantörspecifika mått

Se även under respektive kvalitetsförbättringsområde i Bilaga 2a.

Kvalitetsindikator	Bakgrund, Källa	Kvalitetsområde (se § 5)
Karolinska Sjukhuset		
<i>Trycksår</i> Andel patienter med trycksår grad 1-4. Andel patienter med trycksår som är riskbedömda enligt den modifierade Nortonskalan och där riskbedömning och prevention dokumenterats tillfredsställande	Regionalt vårdprogram Källa: lokal	Säker
<i>Trygg miljö</i> Antal anmärkningar vid brandsyn	KS mål Källa: Räddningstjänstens brandsynsprotokoll	Säker
<i>Trygg miljö</i> Antal anmärkningar vid brandsyn	KS mål Källa: Stockholms läns landstings skaderapporter	Säker
<i>Telefontillgänglighet</i> Andel samtal till växeln som ej besvaras inom 20 sek	KS mål Källa: lokal	Patientfokuserad Vård i rimlig tid

Fokusrapport – Kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtal för 2003

Kvalitetsindikator	Bakgrund, Källa	Kvalitetsområde (se § 5)
<i>Patientkost</i> Andel patienter som i enkät är nöjda med maten	KS mål Källa: lokal	Patientfokuserad
<i>Sent inställd operation</i> Andel patienter som stryks inom 24 timmar före planerad operation och anledning till detta.	KS mål Källa: lokal	Effektiv Vård i rimlig tid
Danderyds Sjukhus AB		
<i>Prioriteringar på akutmottagningen</i> Andel patienter med livshotande tillstånd (prio1) som bedöms av läkare inom 5 min (100%).	DS mått Källa: lokal	Vård i rimlig tid
<i>Prioriteringar på akutmottagningen</i> Andel patienter med tidsberoende tillstånd (prio2) som bedöms av läkare inom 60 min (80%).	DS mått Källa: lokal	Vård i rimlig tid

Förteckning över rapporter från MPA

Årsrapport från Stockholms Medicinska Råd

- Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2000, (MPA 1/00)
- Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2001, (MPA 1/01)
- Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2002, (MPA 1/02)

Årligen publiceras årsrapport från respektive programområde enligt nedan:

- Akut omhändertagande
- Barnsjukvård
- Hjärt-, Kärl- och Lungsjukvård
- Kvalitetsutveckling
- Kvinnosjukvård
- Medicin – Kirurgi 1
- Medicin – Kirurgi 2
- Medicin – Kirurgi 3
- Medicinsk Service
- Nervsystemets sjukdomar
- Omvårdnad
- Primärvård
- Psykiatrisk vård
- Rörelseorganens sjukdomar
- Äldrevård

Fokusrapporter

- Assisterad befruktning, ISBN 85-209-09-0
- Intensivvård, ISBN 85-209-04-X
- Kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtalen 2003, ISBN 91-85-209-03-X
- Kataraktoperationer i SLL, ISBN 85-209-01-5
- Misshandlade kvinnor och deras barn, ISBN 85-209-18-X
- MR-utredningen, (MPA 3/02)
- Patientens lärande, ISBN 85-209-12-0
- Riktlinjer för remittering till bilddiagnostik (MR), (MPA 4/02)
- Äldre multisjuka – steg 1, (MPA 1/02)
- Äldre multisjuka – steg 2, (MPA 2/02)

Regionala vårdprogram

- Abort, ISBN 85-209-11-2
- Alkoholproblem, ISBN 85-209-15-5
- Blödningssjukdomar, ISBN 85-209-08-2
- Bröstkomplikationer i samband med amning, (MPA 6/03)
- Depressionssjukdomar inkl mano-depressiv sjukdom, ISBN 85-209-14-7
- Normal graviditet, förlossning och eftervård, (MPA 1/02)
- Patienter med psykos speciellt schizofreni, ISBN 85-209-17-1
- Trycksår – Prevention och behandling, ISBN 85-209-02-3
- Vård av suicidnära patienter, ISBN 85-209-19-8
- STI/hiv- prevention, (MPA 5/02)
- Ångestsjukdomar, ISBN 85-209-13-9

Övriga

Medicinskt Program Arbete – Samverkan kring vårdens utveckling – Arbets-sätt och rapportstruktur, ISBN 85-209-00-7

Samtliga rapporter är publicerade på vår hemsida www.hsn.sll.se/mpa

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00