

BESTÄLLNING 2004 - VOLYMER

Bilaga 1

Akuta - Slutenvård

Klinik	Specialité	Vtf	Poäng	Vikt
101	Allm internmed	3 830	3 076	0,803
301	Allm kirurgi	2 447	2 496	1,020
431	Gynekologi	310	195	0,628
441	BB	205	108	0,525
	Förlossningar	2 185	1 767	0,808
	Totalt	8 977	7 641	0,851

Elektiv - Slutenvård, volym

Klinik	Specialité	Vtf	poäng 2004	Vikt 2004
101	Allm internmed	211	155	0,736
301	Allm kirurgi	868	1 183	1,363
431	Gynekologi	502	482	0,960
441	BB	16	21	1,324
	Förlossningar	15	20	1,324
	Totalt	1 612	1 862	1,155

Akuta - Öppen vård

Klinik	Specialité	Besök	Poäng	Vikt
101	Allm internmed	6 500	442	0,068
201	Barnmedicin	1 600	91	0,057
301	Allm kirurgi	12 200	819	0,067
411	Anestesi	10	1	0,063
431	Gynekologi	3 400	190	0,056
441	BB	2 300	76	0,033
521	Öron	422	11	0,027
	Totalt	26 432	1 630	0,062

Elektiv - Öppen vård, volym

Klinik	Specialité	Besök	poäng 2004	Vikt 2004
101	Allm internmed	21 000	540	0,026
201	Barnmedicin	9 000	333	0,037
301	Allm kirurgi	18 000	690	0,038
411	Anestesi	1 160	128	0,110
431	Gynekologi	17 520	610	0,035
441	BB	5 100	184	0,036
521	Öron	4 988	158	0,032
	Totalt	76 768	2 643	0,034

Akut Dagkirurgi/dagvård

Klinik	Specialité	Vtf	Poäng	Vikt
301	Allm kirurgi	22	6	0,263
431	Gynekologi	11	2	0,218
521	Öron	7	1	0,195
	Totalt	40	10	0,239

Elektiv Dagkirurgi/dagvård, volym

Klinik	Specialité	Vtf	poäng 2004	Vikt 2004
301	Allm kirurgi	1 500	433	0,288
431	Gynekologi	900	175	0,195
441	BB	10	2	0,185
521	Öron	116	24	0,205
	Totalt	2 526	634	0,251

Bilaga 1

Kvalitetsområden och kvalitetskrav

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård **11 p**
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 2 d "Förteckning över kunskapskällor".

Leverantören ska medverka i nationella och etablerade regionala/lokala kvalitetsregister. De register som Leverantören medverkar i ska redovisas till Beställaren en gång per år.

Ersättningsgrundande krav:

Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas för Beställaren senast 31 januari 2005 enligt nedan: Se även bilaga 2 b "Förteckning över mått/indikatorer kopplade till kvalitetsersättning 2004".

1. Ljumskbråck **1 p**
Andel av totala antalet patienter som genomgått ljumskbråckskirurgi som 3 år efter ljumskbråckskirurgin fått åtgärdat bråck tillbaka (bråckrecidiv)
2. Ändtarmscancer **1 p**
Andel av totala antalet patienter behandlade för cancer recti som fått lokalt återfall 2 år (lokal recidiv) resp. 5 år efter behandling (lokal recidiv)
3. Stroke **1 p**
Andel av strokepatienterna som inom 5 dygn från intagning behandlas vid strokeenhet där behandlingsprinciper tillämpas enligt Nationella riktlinjer för strokesjukvård
4. Stroke **1 p**
Andel av totala antalet patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som behandlas med Waran.

5. Kranskärslssjukdom 1 p
Andel av totala antalet hjärtinfarktpatienter behandlade med reperfusion inom rekommenderad tid.
6. Diabetes 1 p
Andel diabetespatienter av sjukhusets diabetespopulation (sluten resp öppen vård) debutålder för diabetes < 30 år, debutålder för diabetes ≥ 30 år med HbA1c under 6,5 % (mätt med HbA1c-metod kvalitetskontrollerad av EQUALIS)
7. Höftfraktur 1 p
Andel reopererade inom två år efter primärt utförd operation för höftfraktur (på samma sjukhus)
8. Trycksår 3 p
Punktprevalensstudie under 1 dygn.
Andel patienter som är riskbedömda enligt modifierad Nortonskala. Andel patienter per verksamhet med trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram.
9. Förlossning 1 p
Andel perinealskador gr III och gr IV av totala antalet vaginala förlossningar samt andel av totala antalet förlossningar (inklusive sectio)

2. Säker vård 30 p
Säker vård innebär att skador i samband med vård undviks genom identifiering av riskfaktorer och 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 verksamheter. Leverantören ska redovisa statistik från sina avvikelshanteringssystem avseende väsentliga säkerhetsproblem samt vidtagna åtgärder.

Ersättningsgrundande krav:

- Leverantören ska för verksamheterna;IVA/anestesi, ortopedi, röntgen, allmänkirurgi och intermedicin redovisa de patientrisker som identifierats och analyserats vid respektive verksamhetsområde samt också redovisa de rutiner/åtgärder man har för att reducera dessa risker. Se SoS rapport "Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete 2003".

10 p

- Sjukhusets rutiner för att identifiera misstänkta fall av barnmisshandel ska redovisas 5 p
- Antalet patientskadeärenden från Landstinget Ömsesidiga Försäkringskassa/Patientskadereglering PSR ska redovisas samt de förebyggande åtgärder som vidtagits för att säkerställa att dessa typer av patientskador inte återupprepas 5 p
- Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas till Beställaren enligt nedan: Se även bilaga 2 b "Förteckning över mått/indikatorer kopplade till kvalitets- ersättning 2004".

10. Vårdrelaterad infektion 2 p

Andel av samtliga opererade (sluten resp öppen vård) som fått intravenös antibiotikabehandling till följd av sårinfektion

11. MRSA 4 p

Punktprevalensstudie en ggr/kvartal

Andel patienter där MRSA-odling är tagen enligt vårdprogram.

12. Nutrition 2 p

Punktprevalensunder 1 dygn

Andel patienter som är 70 år eller yngre med BMI < 20 eller mindre som är nutritionsbedömda inom ett dygn från inskrivning

Andel patienter som är 71 år och äldre med BMI < 22 eller mindre som är nutritionsbedömda inom ett dygn från inskrivning

13. Respirator 1 p

Andel patienter i respirator som fått respiratorassocierad pneumoni

14. Läkemedel 1 p

Antal dödsfall pga felaktig läkemedelsanvändning

3. Patientfokuserad vård 20 p

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 närstående perspektivet, är så sammanhängande

som möjligt. Leverantören ska i dialog med patient/närstående ge en individuellt anpassad information.

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

Ersättningsgrundande krav:

- Leverantören ska redovisa resultatet från en sjukhusövergripande patientenkätundersökning under 2004 där följande specificerade effektmål som Beställaren ställt upp ska kunna besvaras. Se bilaga 2 c ”Frågeställningar i sjukhusens patientenkäter utifrån Beställarens effektmål 2004” 10p
- Leverantören ska beskriva de rutiner man har för att säkerställa att samtliga patienter som opererats får en adekvat smärtlindring (både dagkir och slutenvårdskir) 3 p
- Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas för Beställaren enligt nedan: Se även bilaga 2 b ”Förteckning över mått/indikatorer kopplade till kvalitetsersättning 2004”.

15. Abort 1 p
Andel medicinskt utförda aborter i GA < 9 veckor av totala antalet aborter där kvinnan kontaktat vården i GA < 9veckor.

16. Höftledsplastik 2,5 p
Andel elektivt höftledsplastikopererade patienter där livskvalitetsmätning (EQ-5D) genomförts före och senast 12 månader efter avslutad behandling.

17. Urininkontinens 2,5 p
Andel behandlade kvinnliga inkontinenspatienter där livskvalitetsmätning (EQ-5D) genomförts före och senast 12 månader efter avslutad behandling (behandling= en eller flera av följande åtgärder: operation, blåstråning, bäckenbottenträning, elstimulering, läkemedelsbehandling)

18. Bröstcancer 1 p
Andel patienter med diagnostiserad bröstcancer som fått vänta mer än tre veckor mellan ”onkologkonferens” och insatt behandlingsåtgärd (kirurgisk och/eller medicinsk).

4. Effektiv vård 15 p

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 § 10 Samverkan och § 11 LEON-principen).

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

Ersättningsgrundande krav:

- Leverantören ska beskriva övergripande strategier/projekt på sjukhusövergripande nivå som syftar till att effektivisera/säkerställa samverkan med andra vårdgivare. Redovisningen ska innehålla hur samverkan med närsjukvården och vårdkedjearbete bedrivs samt hur remisshanteringsrutiner och annan informationsöverföring säkerställs. 10 p
- Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas för Beställaren enligt nedan: Se även bilaga 2 b "Förteckning över mått/indikatorer kopplade till kvalitets- ersättning 2004".

19. Förlossning 1 p
 Andel planerade kejsarsnitt av totala antalet utförda kejsarsnitt
 Andel kejsarsnitt av totala antalet förlossningar

20. Operation 1 p
 Andel operationsplanerade patienter som fått operationen uppskjuten < 24 timmar före planerad operation

21. Donation 3 p
 Andel avlidna med svår hjärnskada där transplantationskoordinator kontaktats. Andel av dessa avlidna där donation också utförts.

5. Jämlik vård 10 p

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.

Leverantören ska beskriva sjukhusets strategi för att tillhandahålla en jämlik vård till patienterna utifrån genderperspektiv samt etniskt och kulturellt perspektiv.

Ersättningsgrundande krav:

- Samtliga resultat på kvalitetsmått/indikatorer som redovisas till Beställaren ska förutom på totalnivå även anges könsuppdelat 8 p
- Rutiner och policier för användande av tolk (inkl hörseltolk) ska redovisas till Beställaren 2 p

6. Vård i rimlig tid

10 p

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

Vården ska utmärkas av god tillgänglighet och korta väntetider. (§ 7 Tillgänglighet/Vårdgaranti)

Leverantören ska redovisa resultaten från sina telefontillgänglighetsstudier och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa resultat.

Ersättningsgrundande krav:

- Sjukhusövergripande strategier ska redovisas för hur tillgängligheten säkerställs för de patienter som enligt prioriteringsutredningen tillhör grupp 1 och 2. Vilka särskilda rutiner/metoder används som stöd till personalen i prioriteringsarbetet? Vilka rutiner/metoder används gentemot andra vårdgivare för att underlätta prioriteringsarbetet på sjukhuset? 7 p
- Ett antal utvalda kvalitetsmått inom området ska redovisas för Beställaren enligt nedan: Se även bilaga 2 b "Förteckning över mått/indikatorer kopplade till kvalitetsersättning 2004".

22. Prioriteringar på akutmottagningen

Andel patienter med livshotande tillstånd (prio1) som bedöms av läkare inom 5 min. 1 p

Andel patienter med tidsberoende tillstånd (prio2) som bedöms av läkare inom 60 min. 1 p

Andel patienter med icke tidsberoende tillstånd (prio 3) som bedömts av läkare inom 180 min. 1 p

Förteckning över mått/indikatorer kopplade till kvalitetsersättning 2004

Generellt

Måtten skall redovisas till beställaren senast den 31 januari 2005.

Vid redovisning för viss patientgrupp gäller de patienter där diagnosen är registrerad som huvuddiagnos om ej annat anges.

Om inte annat anges skall måttet registreras kontinuerligt.

Samtliga mått skall redovisas totalt samt uppdelat på kön. I de fall andel skall redovisas skall även antal anges.

Måtten skall om möjligt redovisas per kalenderår med så aktuellt år som möjligt. I text under datakälla skall framgå vilken tid måttet avser. Om inte merarbete krävs redovisas måttet i tidserie.

Vid redovisning till beställaren skall måttet redovisas med en kort kommentar innehållande följande rubriker:

1. Datakälla (kan även vara egen datakälla)
2. Täckningsgrad
3. Datakvalitet/felkällor
4. Analys (tex varför täckningsgraden är som den är, varför mätningen endast skett under en viss tid)

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

NR	Kvalitetsindikator	Bakgrund, Datakälla
1	<i>Ljumskbräck</i> Andel av totala antalet patienter som genomgått ljumskbräckskirurgi som 3 år efter ljumskbräckskirurgin fått åtgärdat bräck tillbaka (bräckrecidiv)	<i>Bakgrund:</i> Nationellt register för bräckkirurgi <i>Datakälla:</i> Nationellt register för bräckkirurgi
2 a, b	<i>Ändtarmscancer</i> Andel av totala antalet patienter behandlade för cancer recti som fått lokalt återfall a) 2 år efter behandling (lokal recidiv) b) 5 år efter behandling (lokal recidiv)	<i>Bakgrund:</i> Nationellt register för cancer rectikirurgi <i>Datakälla:</i> Regionalt vårdprogramregister för kolorektal cancer

NR	Kvalitetsindikator	Bakgrund, Datakälla
3	<p><i>Stroke</i> Andel av totala antalet strokepatienter som inom fem dygn från intagning behandlas vid strokeenhet där behandlingsprinciper tillämpas enligt Nationella riktlinjer för strokesjukvård (dvs där arbetet utförs av multidisciplinärt team (bestående av läkare med särskilt kunnande inom strokeområdet, strokesjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut samt vid behov tillgång till logoped, (neuro)psykolog, kurator och dietist)).</p>	<p><i>Bakgrund:</i> Nationella riktlinjer samt Medicinskt programarbete - Regionalt vårdprogram för stroke som publiceras under hösten 2003 <i>Datakälla:</i> Riks-Stroke</p>
4	<p><i>Stroke</i> Andel av totala antalet patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som behandlas med Waran.</p>	<p><i>Bakgrund:</i> Nationella riktlinjer samt Medicinskt programarbete - Regionalt vårdprogram för stroke som publiceras under hösten 2003 <i>Datakälla:</i> Riks-Stroke</p>
5	<p><i>Kranskärslssjukdom</i> Andel av totala antalet hjärtinfarktpatienter behandlade med reperfusion (trombolys eller akut PTCA) inom rekommenderad tid (trombolys 30 min resp. akut PTCA 60 min efter ankomst till sjukhus)</p>	<p><i>Bakgrund:</i> Nationella riktlinjer <i>Datakälla:</i> RIKS-HIA</p>
6 a, b	<p><i>Diabetes</i> Andel diabetespatienter av sjukhusets diabetespopulation (sluten resp öppen vård) a) Debutålder för diabetes < 30 år b) Debutålder för diabetes ≥ 30 år med HbA1c under 6,5 % (mätt med HbA1c-metod kvalitetskontrollerad av EQUALIS)</p>	<p><i>Bakgrund:</i> Nationella riktlinjer <i>Datakälla:</i> Nationellt diabetesregister (NDR) <i>Övrigt:</i> Redovisas uppdelat a resp b</p>
7	<p><i>Höftfraktur</i> Andel reopererade inom två år efter primärt utförd operationer för höftfraktur (på samma sjukhus)</p>	<p><i>Bakgrund:</i> Nationella riktlinjer <i>Datakälla:</i> Riks-Höft, SLL höftregister</p>

NR	Kvalitetsindikator	Bakgrund, Datakälla
8	<p><i>Trycksår</i></p> <p>a) Andel patienter som är riskbedömda enligt regionalt vårdprogram rekommenderad metod (modifierad Norton skala)</p> <p>b) Andel patienter per verksamhet med trycksår enligt definition i regionalt vårdprogram</p>	<p><i>Bakgrund:</i> Medicinsk programarbete - Regionalt vårdprogram för trycksår – prevention och behandling</p> <p><i>Datakälla:</i> lokal</p> <p><i>Övrigt:</i> Punktprevalensstudie på samtliga inneliggande patienter på sjukhuset (av sjukhusen gemensamt överenskommet valfritt dygn under perioden 15 maj-10 juni)</p>
9	<p><i>Förlossning</i></p> <p>Andel perinealskador gr III och gr IV av totala antalet vaginala förlossningar samt andelen av totala antalet förlossningar (inkl sectio)</p>	<p><i>Bakgrund:</i> Medicinsk programarbete - Regionalt vårdprogram normal graviditet, förlossning och eftervård.</p> <p><i>Datakälla:</i> lokal</p>

Säker vård

NR	Kvalitetsindikator	Bakgrund, källa
10	<p><i>Vårdrelaterad infektion</i></p> <p>Andel av samtliga opererade (sluten resp öppen vård) som fått intravenös antibiotikabehandling postoperativt till följd av sårinfektion</p>	<p><i>Datakälla:</i> lokal</p>
11	<p><i>MRSA</i></p> <p>Andel patienter av totala antalet patienter som vid intagning hade kronisk/svårlikande sår/hudförändring, KAD, annan infart, tracheostomi, PEG eller liknande där MRSA-odling är tagen</p>	<p><i>Bakgrund:</i> MRSA - Vårdprogram för sluten vård</p> <p><i>Datakälla:</i> lokal</p> <p><i>Övrigt:</i> Utföres som en punktprevalensstudie en gång per kvartal</p>
12 a, b	<p><i>Nutrition</i></p> <p>a) Andel patienter som är 70 år eller yngre med BMI < 20 som är nutritionsbedömda inom ett dygn från inskrivning</p> <p>b) Andel patienter som är 71 år och äldre med BMI < 22 som är nutritionsbedömda inom ett dygn från inskrivning</p>	<p><i>Bakgrund:</i> SLV:s bok "Mat och Näring för sjuka inom vård och omsorg"</p> <p><i>Datakälla:</i> lokal</p> <p><i>Övrigt:</i> Utföres som en punktprevalensstudie på samtliga inneliggande patienter på sjukhuset (valfritt dygn under perioden 1 sept – 15 dec)</p>

NR	Kvalitetsindikator	Bakgrund, källa
13	<i>Respirator</i> Andel patienter i respirator som fått respiratorassocierad pneumoni	<i>Bakgrund:</i> Medicinskt programarbete. Svenskt Intensivvårdsregister (SIR) samt fokusrapport IVA beräknas publiceras under hösten 2003 <i>Datakälla:</i> Svenskt Intensivvårdsregister (SIR)
14	<i>Läkemedel</i> Antal dödsfall pga felaktig läkemedelsanvändning	<i>Datakälla:</i> lokal <i>Övrigt:</i> Med felaktig avses en sådan användning som lett till en anmälan enligt Lex Maria

Patientfokuserad vård

NR	Kvalitetsindikator	Bakgrund, källa
15	<i>Abort</i> Andel medicinskt utförda aborter i GA <9 veckor av totala antalet aborter där kvinnan kontaktat vården i GA <9 veckor	<i>Bakgrund:</i> Medicinsk programarbete – Abort publiceras under hösten 2003 <i>Datakälla:</i> lokal
16	<i>Höftledsplastik</i> Andel elektivt höftledsplastik opererade patienter där livskvalitetsmätning (EQ 5D) genomförts före och senast 12 månader efter avslutad behandling	<i>Bakgrund:</i> Svensk ortopedisk förening samt Nationellt kompetenscentrum för ortopedi <i>Datakälla:</i> lokal
17	<i>Urininkontinens (kvinnlig)</i> Andel behandlade kvinnliga inkontinenspatienter där livskvalitetsmätning (EQ 5D) genomförts före och senast 12 månader efter avslutad behandling (behandling = en eller flera av följande åtgärder: operation, blåsträning, bäckenbottenträning, elstimulering, läkemedelsbehandling)	<i>Bakgrund:</i> Medicinsk programarbete – Urininkontinens publiceras under hösten 2003 <i>Datakälla:</i> lokal
18	<i>Bröstcancer</i> Andel patienter med diagnostiserad bröstcancer som fått vänta mer än tre veckor mellan "onkologkonferens" och insatt behandlingsåtgärd (kirurgisk eller medicinsk)	<i>Bakgrund:</i> Regionalt vårdprogram <i>Datakälla:</i> lokal

Effektiv vård

NR	Kvalitetsindikator	Bakgrund, källa
19 a, b	<i>Förlossning</i> a) Andel planerade kejsarsnitt av totala antalet utförda kejsarsnitt b) Andel kejsarsnitt av totala antalet förlossningar	<i>Bakgrund:</i> Medicinsk programarbete - Regionalt vårdprogram normal graviditet, förlossning och eftervård. <i>Datakälla:</i> lokal
20	<i>Operation</i> Andel operationsplanerade patienter som fått operationen uppskjuten <24 timmar före planerad operation	<i>Datakälla:</i> lokal <i>Övrigt:</i> Redovisas per verksamhet, ange de 3 vanligaste orsakerna
21 a, b	<i>Organdonation från avlidna</i> a) Andel avlidna med svår hjärnskada där transplantationskoordinator kontaktats b) Andel av dessa avlidna där donation också utförts	<i>Datakälla:</i> lokal

Vård i rimlig tid

NR	Kvalitetsindikator	Bakgrund, källa
22 a, b, c	<i>Prioriteringar på akutmottagningen</i> a) Andel patienter med livshotande tillstånd (prio1) som bedöms av läkare inom 5 minuter. b) Andel patienter med tidsberoende tillstånd (prio2) som bedöms av läkare inom 60 minuter. c) Andel patienter med icke tidsberoende tillstånd (prio 3) som bedömts av läkare inom 180 minuter.	<i>Bakgrund:</i> Medicinskt programarbete. Årsrapport 2001. Programområde akutomhändertagande <i>Datakälla:</i> lokal

Frågeställningar i sjukhusens patientenkäter utifrån Beställarens effektmål 2004

I Beställarplanen har det politiska inriktningsmålet "Värdig och kvalitativt god sjukvård i rimlig tid" brutits ned i ett antal politiska effektmål som ska besvaras för att kunna ge svar på om inriktningsmålet uppnått. Somliga effektmål är i sin tur kopplade till frågeställningar som Beställaren ställer till befolkningen. För att kunna jämföra svaren på patientnivå med svaren på befolkningsnivå är det viktigt att Leverantörerna till viss del ställer frågor från samma frågeområden som Beställaren. Leverantören kan då även jämföra svaren med andra leverantörer.

Patientundersökningen ska utföras under 2004 och resultatet redovisas till Beställaren senast 31 januari 2005, dels på sjukhusnivå och dels på verksamhetsnivå. Frågor utifrån nedanstående frågeområden ska ställas ut.

Frågeområden

Är Du nöjd eller missnöjd

- med väntetiden från att Du fick en tid till att Du fick besöka vårdgivaren
- med väntetiden från det Du kom till vårdgivaren tills Du blev omhändertagen
- med möjligheten att komma fram på telefon till vårdgivaren
- med tryggheten och säkerheten vid undersökningen och/eller behandlingen
- med resultatet av undersökningen och/eller behandlingen
- med informationen om undersökningen/behandlingen
- med det mottagande Du fick när Du kom till vårdgivaren
- med personalens förståelse för Din/barnets upplevelse av sjukdomen
- med personalens respekt för Dig/barnet som individ
- sammanfattningsvis med bemötandet

Kunskapskällor

Nationella riktlinjer, SBU, Regionala Vårdprogram, Handlingsprogram och Kravspecifikationer

Nationella riktlinjer

www.sos.se

Diabetes
Höftfraktur
Kranskärslsjukvård
Stroke

SBU rekommendationer

www.sbu.se

Regionala Vårdprogram och Riktlinjer

Förteckning över aktuella regionala vårdprogram:

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

Normal graviditet, förlossning och eftervård
Trycksår – prevention och behandling
Vård av suicidnära patienter
STI/hiv-prevention
Bröstkomplikationer i samband med amning

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 allergi

Krav på underlag vid förslag om införande av ny behandling/metod och önskemål om ersättning för denna.

Följande frågeställningar ska belysas av Leverantören vid Leverantörens förslag till Beställaren om införande ny behandling/metod och önskemål om ersättning för denna.

- Vilken evidens finns för den föreslagna nya behandlingen/metoden?
- Vinns nationella riktlinjer eller regionala vårdprogram till stöd för införandet?
- Finns rapport från SBU-Alert som belyser behandlingen/metoden?
- Vilka indikationer föreligger för behandlingen/metoden och hur många patienter per år kommer att omfattas?
- Vilka vinster, inklusive kvalitativa, medför den nya behandlingen/metoden för patienten, Beställaren och Leverantören?
- Kommer den nya behandlingen/metoden att leda till att äldre behandling/metod utmönstras? I så fall i vilken omfattning?
- Vilka kostnader innebär den nya behandlingen/metoden? I förekommande fall jämfört med den äldre behandlingen/metoden?

I de fall Beställaren finner att den föreslagna behandlingen/metoden väl uppfyller krav på evidens, nytta och vinster kommer Beställaren, om det ekonomiska utrymmet så medger, att uppta förhandling med Leverantören i syfte att kunna träffa avtal om ändrad beställning.

Om den föreslagna behandlingen/metoden är av den arten att ett utvecklingsbidrag borde kunna ges efter ansökan till Beställarens FOU-kansli krävs ett forsknings- eller forskningsliknade upplägg med avrapportering.

I de fall Beställaren finner att den föreslagna behandlingen/metoden inte har tillräcklig evidens, nytta eller vinst kommer beställaren att avslå önskemålet. Antingen krävs då ytterligare grundforskning eller så har behandlingen/metoden ingen plats inom ramen för landstingets åtagande.

Uppföljning av miljöfrågor 2004

I samband med uppföljning av vårdavtal/vårdöverenskommelse skall leverantören besvara frågor om hur leverantören arbetar med att uppfylla målen i Miljö Steg 4. Mål eller delar av mål i Miljö Steg 4, som berör verksamheter inom sjukvården och som beställare av sjukvård kommer att följa upp:

Luftföroreningar från väg-, spår- och sjötrafik.

Mål: *Minst 25 % av landstingets person- och varustransporter skall utföras med förnybara drivmedel år 2006.*

Läkemedelsrester i mark, vatten och luft.

Mål: *År 2006 har handlingsplaner för att minska läkemedelsrester i naturen antagits och används i landstingets alla vårdsektorer.*

Lustgasutsläpp från hälso- och sjukvård samt tandvård.

Mål: *Lustgasutsläppet till atmosfären från landstingets hälso- och sjukvård samt tandvård skall år 2006 vara reducerat till hälften jämfört med 2001*

Lokal verksamhetsspecifik miljöpåverkan

Mål: *Varje verksamhet i landstinget skall senast år 2003 ha ett miljöprogram som integrerar hantering av myndighetskrav, verksamhetens bidrag till landstingets övergripande miljömål och verksamhetens egna lokala miljömål. Miljöprogrammets mål uppnås med hjälp av ett miljöledningssystem, som ska vara certifierat senast 2003..*

Följande frågor skall besvaras i samband med uppföljning.

Leverantör Namn

1	Är leverantören EMAS-registrerat certifierat enl. ISO 14001, eller motsvarande enligt annat system?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Om svaret är ja på fråga 1 skall frågorna 9-11 besvaras i mån av relevans. Dokumentation uppvisas i samband med uppföljning. • Om svaret är nej på fråga 1 skall frågorna 2 –11 besvaras i mån av relevans. Dokumentation skall uppvisas i samband med uppföljning. 			
2	Har Ni en skriftlig miljöpolicy?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
3	Vilka är Era tre viktigaste lokala miljöaspekter?		
4	Är miljöansvaret dokumenterat hos Er? Ange kontaktperson i miljöfrågor	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
5	Finns en skriftlig handlingsplan med tidsatta, mätbara	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

	miljömål som åtgärdas, redovisas och följs upp hos leverantören?	
6	Får Er personal kontinuerlig utbildning/information i miljöfrågor?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
7	Ställs miljökrav på Egna tillverkare/leverantörer?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
8	Finns det skriftliga avvikelserutiner för miljöarbetet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
9	Redogör vad Ni planerar att göra för att medverka till att mängden läkemedelsrester i naturen minskar. Finns handlingsplan för att minska mängden läkemedelsrester i naturen. - Om ja , redovisa åtgärder i plan med resultat och trender. (Bifogas) - Om nej , kortfattad förklaring. (Bifogas)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
10	Används lustgas? Om ja , hur mycket lustgas i kg har Ni förbrukat under det senaste året? Om möjligt redovisa även föregående års förbrukning.	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 200_kg 200_kg 200_kg
11	Koldioxidutsläpp från persontransporter följs upp fr o m 2003. (Med persontransporter menas t ex resor i tjänsten, sjukresor, ambulanstransporter) a) Redovisa (fr o m 2003) årets koldioxidutsläpp i kg. b) Om möjligt redovisa även föregående års utsläpp.	200_kg 200_kg 200_kg

Uppföljningsplan för vårdöverenskommelse mellan Södertälje sjukhus och Beställarkontor Vård

En uppföljningsplan är under utarbetande och ska vara klar senast under första kvartalet (enligt § 27).