

UPPFÖLJNINGSBILAGA 2 U-2 ALLMÄNPSYKIATRISK VÅRD

Kvalitetsområde och mål:	Uppföljningsmätt:	Mätmetod:	Redovisning:	Anmärkning:
<p><i>Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård:</i></p> <p>1. Alla verksamheter tillämpar SLL:s fastställda psykiatriska vårdprogram</p> <p>Måle laterad ersättning</p> <p>2. 65% av alla patienter har specifik diagnos</p> <p>Måle laterad ersättning</p> <p>3. 65 % av alla patienter funktionsbedöms inom de senaste 12 månaderna</p> <p>4. Registrering sker i kvalitetsregistret för bipolärt syndrom.</p>	<p>1. a) Verksamhetsövergripande plan för införande av vårdprogrammen samt b) Instruktioner för tillämpning av dessa.</p> <p>2. Andel aktuella patienter som har specifik diagnos vid mätillfället.</p> <p>3. Andel av aktuella patienter vid mätillfället som har GAF-skattats senaste 12 månaderna.</p> <p>4. a) Antal patienter som vid mätillfället är registrerade i Kvalitetsregistret för bipolärt syndrom (Bipolär), samt b) Antal individer som sedan föregående års mätning har nyregistrerats</p> <p>5. a) Verksamhetsövergripande instruktion för avvikelshantering, b) Sammanställning av avvikelserapporter och c) Åtgärder som har vidtagits för att förhindra upprepning.</p>	<p>2. Uttag ur PAS-system eller datajournal. Mätillfälle: 31/8</p> <p>3. Uttag ur PAS-system eller datajournal. Mätillfälle: 31/8</p> <p>4. Uppgifter hämtas ur kvalitetsregistret: Bipolär Mätillfälle: 31/8</p> <p>5. Mätperiod för sammanställning av avvikelserapport: april-mars</p>	<p>1. Verksamhetsövergripande plan samt instruktioner. Redovisas senast 1/5</p> <p>2. Skriftlig rapport Redovisas senast 15/9.</p> <p>3. Skriftlig rapport med - andel av total och per diagnosgrupp - genomsnittsvärden per diagnosgrupp Redovisas senast 15/9</p> <p>4. Förutom mätten a) och b) redovisas totalt antal aktuella patienter med diagnoser inom diagnosgrupp: Bipolärt syndrom, vid mätillfället.</p> <p>5. Skriftlig rapport Redovisas senast 1/5</p>	<p>1. Instruktion ska innehålla beskrivning av hur vårdprogrammen tillämpas i den vardagliga behandlingen</p> <p>5. Med avvikelserapportering menas patient- och vårdrelaterade incidenter.</p>
<p>Säker vård:</p> <p>5. Skador i samband med vård undviks genom ett systematiskt arbete med avvikelserapporter</p>				

UPPFÖLJNINGSBILAGA 2 U-2 ALLMÄNPSYKIATRISK VÅRD

<p>6. Registrering av suicid och suicidförsök i patientpopulationen</p>	<p>6. Antal suicidförsök resp. suicid som registrerats bland de patienter som under mätperioden varit i kontakt med verksamheten. Redovisas som suicidförsök respektive suicid per 1000-tal individer.</p>	<p>6. Uppgifter hämtas ur patientregister eller journal. Mätperiod: april-mars</p>	<p>6. Skriftlig rapport Redovisas senast 1/5 Rapporten ska innehålla beskrivning av registreringsmetod.</p>	<p>6. <u>Suicid</u> är en självförvållad, livshotande handling som leder till döden. <u>Suicidförsök</u> är en livshotande eller skenbart livshotande handling som en person gör i avsikt att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan handling, men som inte leder till döden</p>
<p>7. Anmälningar om klagomål i vården rapporteras och följs upp.</p>	<p>7. Antalet anmälningar och orsaker till a) Lex Maria b) Patientnämnden samt c) Antalet fällande beslut i HSN och orsak d) Vidtagna förbättringsåtgärder utifrån fråga a-c.</p>	<p>7. Mätperiod för sammanställningar: april-mars</p>	<p>7. Skriftlig rapport Redovisas senast 1/5</p>	<p>-----</p>
<p><i>Patientfokuserad vård:</i></p> <p>8. Minst 90 % av patienterna upplever sig bra bemötta av behandlaren</p>	<p>8. a) Andel av patienterna som upplever sig bra bemötta av behandlaren. b) Redovisa metod för patientenkät och svarsfrekvens.</p>	<p>8. Patienterna tillfrågas skriftligt i enkät av producenten en gång per år. Förutsatt att beslut om Pickermetoden fattas, skall den användas.</p>	<p>8. Skriftlig rapport Redovisas senast 15/9</p>	<p>8. Med bra bemötande menas att patienten upplever sig bemött på ett värdigt och respektfullt sätt</p>
<p><i>Effektiv vård:</i></p> <p>9. En skriftlig vårdplan skall upprättas inom rimlig tid om fortsatt behandling planeras, vilket innebär under de fyra första öppenvårdsbesöken</p>	<p>9. Andel av vid mätillfället aktuella patienter i öppenvården som har en skriftlig vårdplan för aktuell vårdperiod</p>	<p>9. Uttag ur PAS-system eller datajournal. Mätillfälle 31/8.</p>	<p>9. Skriftlig rapport Redovisas senast 15/9</p>	<p>9. Planen upprättas tillsammans med patienten, och i förekommande fall med närstående. I planen definieras ansvariga personer, insatser samt mål för insatserna. Planen följs upp och omprövas regelbundet.</p>
<p>10. Skriftliga samverkansöverenskommelser är upprättade med primärvård, kommun/stadsdel, barn- och ung-</p>	<p>10. Nyupprättade skriftliga samverkansöverenskommelser eller rapportering av dialog med respektive</p>	<p>10. Samverkansöverenskommelser eller beskrivning av möten. Redovisas senast 15/9</p>	<p>10. Samverkansöverenskommelser preciseras ansvarsgränser, kompetensfördelning, samverkansformer och rutiner.</p>	<p>10. I samverkansöverenskommelser preciseras ansvarsgränser, kompetensfördelning, samverkansformer och rutiner.</p>

UPPFÖLJNINGSBILAGA 2 U-2 ALLMÄNPSYKIATRISK VÅRD

<p>domspsykiatri och beroendevård. Samverkansöverenskommelserna följs upp årligen och revideras vid behov.</p> <p>Mårelaterad ersättning-för lokala samverkansöverenskommelser med den specialiserade beroendevården.</p> <p>-----</p> <p>11. Få återinläggningar inom slutenvården inom 90 dagar</p>	<p>-----</p> <p>11. Andel av samtliga inläggningar som utgår av återinläggningar inom 90 dagar.</p>	<p>-----</p> <p>11. Uttag ur PASsystem eller datajournal. Mätperiod: september-augusti.</p>	<p>-----</p> <p>11. Skriftlig rapport Redovisas senast 15/9 Redovisning per diagnosgrupp.</p>	<p>-----</p> <p>Samverkansöverenskommelserna skall vara lokalt förankrade och ha en gemensam struktur.</p>
<p>Vård i rimlig tid:</p> <p>12. Hög telefontillgänglighet till mottagningarna:</p> <p>-Direkt svar, utan köfunktion: -- Minst 75% av uppringningarna erhåller svar inom 1,5 min</p> <p>-Direkt svar med köfunktion: -- Minst 80% av uppringningarna erhåller svar inom 10 min</p>	<p>12. a) Andel av samtal som besvaras av mottagningarna enligt mål. b) Beskrivning av hur verksamheten säkerställer patientens telefontillgänglighet till sin behandlare.</p>	<p>12. Uppringning till mottagningarna en gång per år. Genomförs av beställaren vid samma tidpunkt för alla producenter</p>	<p>12. a) Skriftlig rapport från beställaren b) Skriftlig beskrivning från verksamheten.</p>	
<p>Jämlik vård:</p> <p>13. Fördelningen av resurser byggs på medicinska prioriteringar, med tonvikt på prioriteringsgrupp 1.</p>	<p>13. Andel besök och vård dagar per diagnosgrupp under mätperioden</p>	<p>13. Uttag ur PVS eller datajournal. Mätperiod: april-mars.</p>	<p>13. Skriftlig rapport Redovisas senast 1/5</p>	<p>13. Med prioriteringsgrupp 1 menas vård som utan behandling leder till varaktigt invaliderande tillstånd eller för tidig död, vård av svåra kroniska sjukdomar samt vård av människor med nedsatt autonomi.</p>