Region Stockholm

9

Yttrande över regionrevisorernas rapport 2/2019 Psykiatrisk slutenvård, kapacitet, uppföljning och vårdkedjor

HSN 2019-1381

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Psykiatri
Caroline Palo

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-09-05

HSN 2019-1381

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över regionrevisorernas rapport 2/2019 Psykiatrisk slutenvård, kapacitet, uppföljning och vårdkedjor

Ärendebeskrivning
Regionsrevisorerna har översänt rapporten 2/2019 Psykiatrisk slutenvård, kapacitet, uppföljning och vårdkedjor till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande. Revisorerna har i rapporten analyserat den psykiatriska slutenvården med ett särskilt fokus på vårdplatser inom slutenvården, uppföljning av de nya avtalen samt vårdkedjor och kommunikation mellan psykiatrisk slutenvård och länets kommuner.

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Regionrevisorernas rapport 2/2019
Bilaga 1 Exempel Uppföljningsplan 2019
Bilaga 2 Kvalitetsindikatorer psykiatrisk vård

Ärendets beredning
Ärendet har beretts i psykiatriberedningen.

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande om nämndens yttrande överlämnar det till regionrevisorerna.

Förvaltningens motivering till beslutet
Revisorernas granskning visar att kapaciteten inom regionens slutensvårdspsykiatri är ansträngd. Revisorerna lyfter särskilt fram

problematiken med en underdimensionerad lokalkapacitet och pekar på att hälso- och sjukvårdsnämnden inte uppfyller invånarnas vårdplatsbehov i den psykiatriska slutenvården. De anser att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa att den slutna psykiatriska vården svarar mot behovet för att kunna ge förutsättningar för att erbjuda invånarna en god, tillgänglig och sammanhållen vård.

I det följande kommenterar förvaltningen de särskilda frågor som revisorerna vill ha svar på.

Hur hälso- och sjukvårdsnämnden ska säkerställa en överblick över lokalkapaciteten inom den slutna psykiatriska vården och redogöra för hur den svarar mot behovet av psykiatriska slutenvårdsplatser.
Förvaltningen är väl medveten om de utmaningar som finns inom den psykiatriska vården i Region Stockholm och delar revisorernas uppfattning om vikten av en långsiktig strategisk lokalplanering inom den psykiatriska slutenvården. Som revisorerna påpekar i rapporten finns en aktuell psykiatriplan som tagits fram av förvaltningen. Förvaltningen anser att de förslag på åtgärder och investeringar som finns i planen möter upp behovet av slutenvård till och med år 2026.

Som framgår av revisorernas rapport så råder i nuläget brist på vårdplatser inom den psykiatriska slutenvården i regionen. Förvaltningen kan bekräfta att antalet vårdplatser är underdimensionerade för behovet. Förvaltningen har efter beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden och i Regionfullmäktige inom ramen för budget 2018 och 2019 skapat nya vårdplatser under 2019 genom en utbyggnation på Nacka sjukhus med 65 nya vårdplatser och Huddinge sjukhus med 22 nya vårdplatser. Av dessa platser kommer 22 utgöra rättspsykiatriska platser på kort sikt i avvaktan på nya rättspsykiatriska platser på Löwenströmska sjukhuset.

Hur hälso- och sjukvårdsnämnden ska säkerställa att kvalitet och vårdinnehåll kan följas upp i de nya avtalen.
I revisorernas rapport framkommer det att en högre grad av tillitsstyrning i de nya avtalen kan innebära vissa risker och att den ändrade inriktningen i styrningen behöver följas noga av förvaltningen. Vidare konstaterar revisorerna att uppföljningar generellt sällan beskriver den psykiatriska slutenvården specifikt utan psykiatrin i sin helhet och att slutenvården inte är inkluderad.

Förvaltningen har som revisorerna anger arbetat fram de nya avtalen med utgångspunkt från principen om tillitsstyrning men anser däremot att de

nya avtalen möjliggör en högre grad av kvalitetsuppföljning i jämförelse med de tidigare avtalen. Avsikten med den nya modellen är att uppnå ett högre fokus på kvalitén och därmed öka utvecklingstakten. Alla berörda avtal har en utarbetad uppföljningsplan, bilaga 1, som revideras årligen. Aktuell plan för 2019 omfattar indikatorer och nyckeltal som förvaltningen valt att fokusera på för 2019 och är formulerade utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer, nationella kvalitetsregister samt förslag från kliniska expertgrupper. Indikatorerna omfattar bland annat områdena tillgänglighet, patientens delaktighet och inflytande, kontinuitet, säker vård och samverkan. Som komplement till indikatorerna i uppföljningsplanen kan vårdgivarens egen uppföljning och utvecklingsarbete ingå i beställarens uppföljning av kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Förvaltningen genomför även löpande uppföljning och fördjupad uppföljning på förekommen anledning.

Den nya formen på uppföljning är inriktad på en utökad dialog med vårdgivaren. Förvaltningens syfte med den nya styrningen är att i ett tidigare skede kunna öka möjligheten för justeringar i beställd vård och anpassa uppföljningsmetodiken så att uppföljningsresultat gagnar patienten snabbare och resurserna nyttjas mer effektivt.

Uppföljningsplanen omfattar indikatorer och frågeställningar för uppföljning av slutenvård inklusive tvångsvård. Ytterligare indikatorer som förvaltningen arbetat fram och som planeras följas upp systematiskt med data från beställarens uppföljningssystem VAL framgår av bilaga 2. I detta arbete ingår att även arbeta fram fler slutenvårdsindikatorer under 2020.

Hur hälso- och sjukvårdsnämnden tillsammans med Stockholms läns sjukvårdsområde ska stärka processer och IT-stöd för kommunikationen mellan olika aktörer i vårdkedjor där psykiatrisk slutenvård är en del, framförallt med länets kommuner.
Förvaltningen delar revisionens bedömning att det finns brister i samordning i samband med utskrivning från sluten psykiatrisk vård. Förvaltningen konstaterar att det är beklagligt att det saknas en digital kommunikationslösning i den psykiatriska slutenvården vilket delvis beror på att lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ännu inte är fullt ut implementerad.

Förvaltningen har ett nära samarbete med länets kommuner sedan 2017 för att säkerställa implementering av lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och stärka utskrivningsprocessen och säkerställa informationsöverföring och

vårdkedjor. Samarbete har bl.a. resulterat i samverkansöverenskommelser och gemensamma riktlinjer och rutiner som beskriver hur olika aktörer ska arbeta enligt den nya lagen (Information om samverkan samt överenskommelse och riktlinjer se: https://www.vardgivarguiden.se/Patientadministration/patientnara-rutiner/lagen-om-samverkan-vid-utskrivning/om-lagen/). I detta samarbete ingår även representanter för vårdgivare, bl.a. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).

I juni 2019 enades den politiska samverkansgruppen Vård i Samverkan (VIS) om en ny samverkansöverenskommelse för att utveckla utskrivningsprocessen. Hälso- och sjukvårdsnämnden förväntas behandla överenskommelsen i oktober 2019. Inom ramen för denna åtar sig Region Stockholm att snarast säkerställa att ett informationssystem/IT-stöd för kommunikation mellan olika aktörer tillgängliggörs även för utskrivning från den psykiatrisk slutenvården.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för ekonomin.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för miljön.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för administrationen.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionrevisorerna

Godkänd av Björn Eriksson, 2019-09-05

REGIONREVISORERNA

RAPPORT NR 2/2019

Psykiatrisk slutenvård

Kapacitet, uppföljning och vårdkedjor

Region Stockholm

Kort om rapporten

Kapaciteten är ansträngd inom regionens slutenvårdspsykiatri med en geografiskt ojämn fördelning av slutenvårdsplatser. För att kunna ge förutsättningar för att erbjuda invånarna en god, tillgänglig och sammanhållen psykiatrisk vård behöver hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställa en överblick över lokalkapaciteten inom den slutna psykiatriska vården och hur detta svarar mot behovet. Detta för att underlätta lokalplaneringen avseende den psykiatriska slutenvården. För att säkerställa en sammanhållen vård bör hälso- och sjukvårdsnämnden tillsammans med Stockholms läns sjukvårdsområde stärka processer och IT-stöd för kommunikation mellan olika aktörer i vårdkedjor där psykiatrisk slutenvård är en del, framförallt med länets kommuner.

Regionrevisorerna

2019-06-11

Diarienummer
RK 2018–0051

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 2/2019
Psykiatrisk slutenvård – kapacitet, uppföljning och vårdkedjor

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-06-11 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2019-09-30.

Revisorernas samlade bedömning är att det i vissa delar finns behov av att förbättra och förstärka sättet att styra och planera verksamheten. Det gäller hälso- och sjukvårdsnämndens sätt att övergripande planera och styra den lokalmässiga kapaciteten och styrningen för att underlätta vårdövergångar. Även Stockholms läns sjukvårdsområdes arbete med en sammanhållen vårdkedja och då specifikt patientövergångar mellan olika vårdgivare behöver förstärkas.

Revisorerna vill särskilt ha hälso- och sjukvårdsnämndens svar på

- hur hälso- och sjukvårdsnämnden ska säkerställa en överblick över lokalkapaciteten inom den slutna psykiatriska vården och redogöra för hur den svarar mot behovet av psykiatriska slutenvårdsplatser,
- hur hälso- och sjukvårdsnämnden ska säkerställa att kvalitet och vårdinnehåll kan följas upp i de nya avtalen, och
- hur hälso- och sjukvårdsnämnden tillsammans med Stockholms läns sjukvårdsområde ska stärka processer och IT-stöd för kommunikationen mellan olika aktörer i vårdkedjor där psykiatrisk slutenvård är en del, framförallt med länets kommuner.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Regionrevisorerna

2019-06-11

Diarienummer
RK 2018-0051

Stockholms läns sjukvårdsområde

Projektrapport 2/2019
Psykiatrisk slutenvård – kapacitet, uppföljning och vårdkedjor

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-06-11 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2019-09-30.

Revisorernas samlade bedömning är att det i vissa delar finns behov av att förbättra och förstärka sättet att styra och planera verksamheten. Det gäller hälso- och sjukvårdsnämndens sätt att övergripande planera och styra den lokalmässiga kapaciteten och styrningen för att underlätta vårdövergångar. Även Stockholms läns sjukvårdsområdes arbete med en sammanhållen vårdkedja och då specifikt patientövergångar mellan olika vårdgivare behöver förstärkas.

Revisorerna vill särskilt ha Stockholms läns sjukvårdsområdes svar på

- hur Stockholms läns sjukvårdsområde tillsammans med hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska stärka processer och IT-stöd för kommunikationen mellan olika aktörer i vårdkedjor där psykiatrisk slutenvård är en del, framförallt med länets kommuner.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Slutsatser och rekommendationer

Kapaciteten är ansträngd när det gäller slutenvårdspsykiatri med en geografiskt ojämn fördelning av slutenvårdsplatser. Revisionen har låtit granska om styrningen och planeringen av den psykiatriska slutenvården sker så att det skapas förutsättningar för att erbjuda invånarna en god, tillgänglig och sammanhållen psykiatrisk vård.

Revisionens samlade bedömning är att det i vissa delar finns behov av att förbättra och förstärka sättet att styra och planera verksamheten. Det gäller hälso- och sjukvårdsnämndens sätt att övergripande planera och styra den lokalmässiga kapaciteten och styrningen för att underlätta vårdövergångar. Även Stockholms läns sjukvårdsområdes arbete med en sammanhållen vårdkedja och då specifikt patientövergångar mellan olika vårdgivare behöver förstärkas.

Psykiatrisk slutenvård i länet utförs dels i egen regi inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), dels av privata utförare. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har ingått 14 avtal om psykiatrisk slutenvård. Nio av dessa avtal har ingåtts med SLSO. Det finns även fyra avtal med privata verksamheter; Capio Hjärnhälsan, Prima psykiatri AB (beroende), Mandolean AB och Praktikertjänst. Därutöver har hälso- och sjukvårdsförvaltningen tecknat avtal med Region Sörmland för att komplettera behovet av rättspsykiatriska vårdplatser.

Granskningen har, under ledning av revisionskontoret, genomförts av konsult. Revisionen har nedan sammanfattat de slutsatser som kan dras och lämnar rekommendationer med anledning av granskningen. Ansvarig projektledare vid revisionskontoret har varit Åsa Elffors. Konsultens iakttagelser och bedömningar framgår i bilaga. Ansvarig konsult har varit Tina Björn-Rasmussen, Helseplan.

1.1.1 Planering av kapacitet för vårdplatser

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i uppdrag att se till att invånarna får tillgång till specialiserad psykiatrisk vård, bland annat slutenvård. För att säkerställa detta krävs kännedom om det sammantagna vårdbehovet hos invånarna.

Granskningen har visat att flera lokaler där psykiatrisk slutenvård bedrivs har bedömts som undermåliga av företrädare för såväl verksamhet som brukarorganisationer. Lokalerna bedöms av dessa vara i stort behov av upprustning och i vissa fall saknas beredskapsplan för hur en evakuering kan ske vid lokalrelaterad allvarlig störning. Investeringsbeslut för ny- eller ombyggda lokaler hanteras separat inom ramen för budget- och investeringsprocessen.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tog hösten 2018 fram den så kallade Psykiatriplanen, *Psykiatriplan – Utbyggnad av den psykiatriska slutenvården*. Psykiatriplanen redovisar vilka renoveringsprojekt som pågår, vilka lokaler inom egen regi som har ett stort behov av teknisk upprustning och ombyggnad, samt vilka lokaler som SLSO planerar att avyttra/säga upp hyreskontrakten för. Underlaget presenterades för Programberedningen för folkhälsa och psykiatri under hösten 2018, och en senare version presenterades för Programberedningen för psykiatri under våren 2019. Planen har ännu inte beslutats av hälso- och sjukvårdsnämnden.

Revisionens bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte har en tillräcklig överblick över lokalkapaciteten inom den slutna psykiatriska vården och hur detta svarar mot behovet av slutenvårdsplatser. Nämnden bör besluta om underlag med en behovsanalys för att underlätta lokalplaneringen avseende den psykiatriska slutenvården, inte minst har Locum behov av en beslutad behovsanalys för sitt planeringsarbete vad gäller lokalkapacitet.

1.1.2 Uppföljning av kvalitet och vårdinnehåll

Den psykiatriska vården följs upp på olika nivåer, såväl nationellt som regionalt. Generellt kan dock sägas att uppföljningen sällan beskriver den psykiatriska slutenvården specifikt, utan oftast gäller psykiatrin som helhet. Av det skälet ger uppföljningarna inte en tydlig bild av slutenvården.

Nya vårdavtal har tecknats med SLSO från och med den 1 januari 2019. Även avtalen med de privata utförarna Capio Hjärnhälsan AB, Prima psykiatri AB (beroende) och Mandolean AB gäller från och med den 1 januari 2019. Praktikertjänsts avtal gäller från och med den 1 mars 2018. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har strävat efter en högre grad av så kallad tillitsstyrning i avtalen. Avsikten är att minska detaljstyrningen och öka dialogen kring bland annat kvalitet och vårdinnehåll mellan beställare och utförare.

Detta kommer att innebära stora förändringar i uppföljningsmetodiken. Uppföljningen enligt de nya avtalen har dock ännu inte kommit igång. Det pågår ett arbete med att kvalitetssäkra de nyckeltal som ska användas vid uppföljningen framgent. Detta arbete har kommit olika långt inom olika delar av psykiatrin.

Revisionen bedömer att en högre grad av tillitsstyrning innebär vissa risker, främst i verksamheter hos vårdgivare som inte har ett utvecklat internt förbättringsarbete. Revisionen menar att effekten av de nya avtalen och den förändrade inriktningen i styrningen behöver följas noga av hälso- och sjukvårdsnämnden.

1.1.3 Effektiva vårdkedjor

Psykiatrisk slutenvård kan vara en enskild vårdinsats men är i de flesta fall en del i en vårdkedja med flera vårdgivare och huvudmän involverade där tyngdpunkten i vårdkedjan ligger i psykiatrisk öppenvård och/eller kommunala insatser. Detta kräver en samordning mellan de olika vårdgivarna.

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LOSUS) i kraft. Enligt lagen ska den slutna vården överföra nödvändig information till berörda enheter inom socialtjänst eller annan hälso- och sjukvård. Informationen ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården.

En process finns för utskrivning från sluten psykiatrisk vård till öppenvården. Ansvaret för kommunikation och samordning och vilka aktiviteter som ska genomföras ser olika ut i processen beroende på patientens behov. Det varierar enligt intervjuer hur en kontakt mellan patienten och öppenvården etableras och säkerställs i samband med utskrivning från slutenvård. Enligt företrädare från SLSO är övergången mellan sluten- och öppenvården ett riskområde gällande patientsäkerheten, i synnerhet då patienten vårdas tillfälligt på en avdelning långt ifrån den klinik i öppenvården som patienten är inskriven på. Detta sker regelmässigt eftersom de psykiatriska slutenvårdsplatserna är geografiskt ojämnt fördelade över regionen och att beläggningsgraden ofta är hög.

Region Stockholm har på grund av det stora antalet kommuner inom länet särskilt stora utmaningar att etablera fungerande kontaktvägar med samtliga kommuner. Risken för misstag vid patientöverlämningar ökar då system för patientöverlämning mellan den psykiatriska slutenvården och Stockholms läns kommuner ofta saknas. Patientöverlämningarna är istället ofta beroende av personliga kontakter, vilket är en sårbar lösning.

Det finns inte heller något IT-stöd för kommunikationen mellan Region Stockholm och Stockholms läns kommuner vad gäller psykiatriska patienter. Istället används fax för att kommunicera utanför journalsystemet, exempelvis för in- och utskrivningsmeddelanden.

Revisionens bedömning är att kommunikationen mellan den psykiatrisk slutenvården och den psykiatriska öppenvården samt mellan den psykiatriska slutenvården och Stockholms läns kommuner är eftersatt och behöver utvecklas för att kunna hantera de patientsäkerhets- och sekretessrisker som nuvarande metod medför. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver tillsammans med SLSO stärka processer och IT-stöd för kommunikationen mellan olika aktörer i vårdkedjan, framförallt med länets kommuner. Detta eftersom kommunikationen är en avgörande faktor för hur väl vårdkedjorna fungerar.

1.1.4 Rekommendationer

- Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa en överblick över lokalkapaciteten inom den slutna psykiatriska vården och hur detta svarar mot behovet för att underlätta lokalplaneringen avseende den psykiatriska slutenvården.

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att kvalitet och vårdinnehåll kan följas upp i de nya avtalen som utgår från en högre grad av tillitsstyrning.

- Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver tillsammans med SLSO stärka processer och IT-stöd för kommunikationen mellan olika aktörer i vårdkedjor där psykiatrisk slutenvård är en del, framförallt med länets kommuner.

Vad gör regionrevisorerna?

Regionrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhets-revisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på regionrevisorernas webbplats www.sll.se. De kan också beställas från revisionskontoret. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev Nytt från regionrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.

Region Stockholm

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se
Hemsida: www.sll.se/rev
Org.nr: 232100-0016

Uppföljningsplan 2019

Norra Stockholms Psykiatri, SLSO

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2018-02-12
Diarienummer: 2018-1168

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Maria Hägerstrand
08-123 13 374
maria.hagerstrand@sll.se

Inledning

Vårdavtalet mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden, SLL ("Beställaren") och Norra Stockholms Psykiatri, SLSO ("Vårdgivaren") följs upp löpande för att säkerställa verksamhetens leverans i enlighet med avtalet och stimulera verksamhetsutveckling.

Den årliga uppföljningsplanen beskriver Beställarens planerade kvalitetsuppföljning. Uppföljningsplanen för 2019 är sorterad utifrån Stockholms läns landstings målbild 2025 och omfattar indikatorer och frågeställningar inom områden som Beställaren kommer att lägga fokus på i uppföljningen av avtalet under 2019. Uppföljningens resultat ställs samman i en rapport efter årets slut.

Uppföljningsplanen för 2019 har föregåtts av ett utvecklingsarbete för att skapa en mer flexibel och relevant uppföljningsplan som ska revideras årligen och ett mer dialogbaserat arbetssätt. Arbetet har genomförts i samarbete med SLSO Verksamhetsområde (VO) psykiatri och brukarrådet för HSF:s enhet för psykiatri.

Stockholm 2018-11-28

Innehållsförteckning

Inledning 1
1 Plan för uppföljning 2019 3
1.1 Mötesplanering 3
2 Förutsättningar för uppföljning 4
3 Indikatorer och frågeställningar 5
3.1 Hög tillgänglighet 5
3.2 God kvalitet och delaktighet 7
3.2.1 Patientens delaktighet och inflytande 7
3.2.2 Kontinuitet 9
3.2.3 Säker vård 10
3.2.4 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård 11
3.3 Hög effektivitet 12
3.3.1 Utfall 12
3.3.2 Samverkan 13
3.4 Övriga uppföljningsområden 14
3.5 Förtydliganden avseende beräkningar av indikatorer 15
4 Uppföljning 2020 15

1 Plan för uppföljning 2019

Under 2019 ska Beställaren och Vårdgivaren ha fyra planerade dialog- och uppföljningsmöten.

Årets första möte genomförs enskilt med respektive avtalspart för uppföljning och dialog kring föregående år. Resterande tre möten genomförs gemensamt med VO psykiatris verksamhetschefer och eventuella andra representanter. Dessa tre möten är uppdelade utifrån olika teman i syfte att gemensamt lyfta mål, aktiviteter och utfall. Uppföljningsplanens frågeställningar ska besvaras en månad innan respektive möte (se kolumn *inrapportering*) och kan, men behöver inte, läggas till mötets dagordning. Dagordningen kan omfatta presentationer av uppdrag, pågående utvecklingsarbete, övergripande analyser och goda exempel samt en dialog kring utveckling framåt.

Beställaren ansvarar för kallelse, dagordning och protokoll. Vårdgivaren ansvarar för att bidra till mötet utifrån uppföljningsplan och dagordning.

1.1 Mötesplanering

Kvartal 1 Årsuppföljning
Ett möte med ansvarig verksamhetschef för uppföljning av föregående år. Mötet omfattar bland annat indikatorer och frågeställningar ur uppföljningsplanen, produktion och utvecklingsområden.
Tid: Mars

Kvartal 2 Delaktighet, kontinuitet och tillgång till behandling
Ett gemensamt möte med alla verksamheter inom SLSO, VO psykiatri. Mötets fokus är delaktighet, kontinuitet och tillgång till behandling.
Tid: Juni

Kvartal 3 Kunskapsbaserad vård och utfall
Ett gemensamt möte med alla verksamheter inom SLSO, VO psykiatri. Mötets fokus är kunskapsbaserad vård och utfall.
Tid: September

Kvartal 4 Egenkontroll, samverkan och utveckling
Ett gemensamt möte med alla verksamheter inom SLSO, VO psykiatri. Mötets fokus är egenkontroll, säker vård, samverkan och utveckling.
Tid: December

2 Förutsättningar för uppföljning

En förutsättning för Beställarens uppföljning är att Vårdgivaren rapporterar till Beställaren i enlighet med avtalet och alla dess bilagor, däribland informationsbilagan. För att med åtgärdskoder (KVÅ) på ett systematiskt sätt kunna beskriva vårdens innehåll behöver Vårdgivaren tillämpa Socialstyrelsens anvisningar och de av Socialstyrelsen publicerade rekommendationer för KVÅ-rapportering i psykiatrin som tagits fram av psykiatrins professionsföreningar. Obligatoriska nationella och regionala KVÅ-koder redovisas på Vårdgivarguiden. Ett nationellt arbete för kunskapsstyrning pågår och kommer att utgöra underlag för Beställarens uppföljning vilket förutsätter att Vårdgivaren deltar aktivt i detta arbete, implementerar nationella vård- och insatsprogram samt följer upp dem enligt nationellt beslutade indikatorer. Vårdgivaren ska rapportera till aktuella kvalitetsregister.

3 Indikatorer och frågeställningar

Beställaren kommer under 2019 att särskilt lägga särskilt fokus på de frågeställningar och indikatorer som redovisas nedan. Under rubrikerna anges även frågeställningarnas och indikatorernas syfte, täljare och nämnare för beräkning, eventuell målnivå, vilken datakälla som kommer att användas samt förutsättningar för inrapportering.

Uppföljningen redovisas på avtalsnivå. Skriftliga svar bör begränsas till maximalt 1 A4 sida per frågeställning.

3.1 Hög tillgänglighet

Indikator	Syfte	Täljare	Nämnare	Målnivå	Datakälla	Inrapportering
Väntetid till första besök Andel patienter som haft ett första besök inom högst 30 dagar efter inkommen vårdbegäran. Enligt SKL:s sätt att mäta faktisk väntetid.	Att nya patienter ska erbjudas vård i rimlig tid utifrån de gränser som satts i Stockholms läns vårdgaranti	Antal patienter som gjort ett första besök inom högst 30 dagar efter inkommen vårdbegäran (remiss/egenanmälan) exklusive patientvald väntan samt medicinskt orsakad väntan.	Totalt antal genomförda första besök exklusive patientvald väntan samt medicinskt orsakad väntan.	85%	CVR	Vårdgivaren skall rapportera till CVR varje dygn på enhetsnivå.
Väntetid till psykologisk behandling Andel patienter som inlett psykologisk behandling inom högst 90 dagar efter beslut om behandling	Att patienter får psykologisk behandling i rimlig tid	Antal patienter som inlett psykologisk behandling senast 90 dagar efter beslut om behandling exklusive patientvald väntan	Totalt antal patienter som inlett psykologisk behandling exklusive patientvald väntan		SLSO Intelligence i väntan på CVR.	Vårdgivaren skall månadsvis rapportera till beställaren på enhetsnivå.

		samt medicinskt orsakad väntan.	samt medicinskt orsakad väntan.			
Väntetid till neuropsykiatrisk utredning Andel patienter som inlett neuropsykiatrisk utredning inom högst 90 dagar efter beslut om utredning.	Att patienter får utredning i rimlig tid	Antal patienter som inlett neuropsykiatrisk utredning senast 90 dagar efter beslut om utredning exklusive patientvald väntan samt medicinskt orsakad väntan.	Totalt antal patienter som inlett neuropsykiatrisk utredning exklusive patientvald väntan samt medicinskt orsakad väntan.		SLSO Intelligence i väntan på CVR.	Vårdgivaren skall månadsvis rapportera till Beställaren på enhetsnivå.
Telefontillgänglighet Andel samtal som besvaras inom godkänd tid enligt telefontillgänglighetsmätning	Att patienter kan komma i kontakt med Vårdgivaren över telefon i rimlig tid	Antal samtal som besvarats inom godkänd tid	Totalt antal samtal	85%	Enligt HSF:s lathund för telefontillgänglighetsmätningen	Under 2019 görs telefontillgänglighetsmätning för de enheter som har jourverksamhet

Frågeställning	Syfte	Inrapportering
Stöd och behandling via internet Beskriv ert arbete med att utveckla patienternas tillgång till behandling, information, psykoedukation, beslutsstöd och stöd till egenvård via internet. Beskriv även hur ni planerar för uppföljning av detta.	Att genom internet öka patienters tillgång till stöd och behandling.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat dialog- och uppföljningsmöte kvartal 2 2019
Självvald inläggning Beskriv ert arbete med att utveckla självvald inläggning och gjorda erfarenheter för olika patientgrupper.	Att stärka patientens delaktighet, autonomi och trygghet.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat dialog- och uppföljningsmöte kvartal 2 2019

3.2 God kvalitet och delaktighet

3.2.1 Patientens delaktighet och inflytande

Indikator	Syfte	Täljare	Nämnare	Målnivå	Datakälla	Inrapportering
Vårdplan öppenvård Andel patienter som har en aktuell skriftlig vårdplan eller SIP.	Att säkerställa patientens delaktighet i en väl planerad vård.	Antal patienter som vid senaste besöket har en vårdplan/SIP (KVÅ AU120 eller AU124) upprättad de senaste 12 månaderna. Exklusive nya patienter som gjort färre än fyra besök.	Totalt antal patienter i öppenvården exklusive nya patienter som gjort färre än fyra besök		VAL	Enligt informationsbilagan
Vårdplan nya patienter i öppenvård Andel nya patienter som gjort minst fyra besök som har en skriftlig vårdplan eller SIP senast vid det fjärde besöket.	Att säkerställa patientens delaktighet i en väl planerad vård.	Antal nya patienter som har gjort minst fyra besök inom 6 månader och som har en vårdplan/SIP (KVÅ AU120 eller AU124) senast vid det fjärde besöket. Patienter vars fjärde besök infaller under mätperioden inkluderas.	Totalt antal nya patienter som har gjort minst fyra besök inom 6 månader. Patienter vars fjärde besök infaller under mätperioden inkluderas.		VAL	Enligt informationsbilagan
Vårdplan slutenvård Andel vårdtillfällen där en skriftlig vårdplan upprättats senast det tredje vårddygnet.	Att säkerställa patientens delaktighet i en väl planerad vård.	Antal vårdtillfällen där en skriftlig vårdplan (KVÅ AU120 eller AU124) upprättats senast det tredje vårddygnet.	Totalt antal vårdtillfällen		VAL	Enligt informationsbilagan

Patientenkät slutenvård Andel vårdtillfällen där en patientenkät besvarats vid utskrivning.	Att patienters upplevelser av vården ligger till grund för utvärdering och utvecklingsarbete.	Antal besvarade patientenkäter.	Totalt antal avslutade vårdtillfällen.		SLSO Intelligence och enkätverktyg.	Vårdgivaren redovisar resultat från enkäten på SLSO:s hemsida och delger Beställaren en skriftlig sammanställning över de senaste 12 månaderna en månad innan dialog- och uppföljningsmöte kvartal 2 2019
Patientenkät öppenvård Andel patienter som besvarat patientenkät i öppenvården.	Att patienters upplevelser av vården ligger till grund för utvärdering och utvecklingsarbete.	Antal besvarade enkäter.	Total antal patienter som gjort besök i öppenvården under mätperioden.		SLSO Intelligence och enkätverktyg.	Vårdgivaren redovisar resultat från enkäten på SLSO:s hemsida och delger Beställaren en skriftlig sammanställning över de senaste 12 månaderna en månad innan dialog- och uppföljningsmöte kvartal 2 2019
Patientforum i slutenvård Andel veckovisa patientforum som genomförts i slutenvården på berörda avdelningar.	Att patienters upplevelser av vården ligger till grund för utvärdering och utvecklingsarbete.	Antal genomförda patientforum.	Årets alla veckor (52) gånger antalet berörda avdelningar.		SLSO:s databas för patientforum.	Vårdgivaren sammanställer resultat för de senaste 12 månaderna som delges Beställaren skriftligt en månad innan dialog- och uppföljningsmöte kvartal 2 2019

Frågeställning	Syfte	Inrapportering
Patientens delaktighet i vårdplanen Beskriv hur verksamheten arbetar för att göra patienter och närstående delaktiga vid framtagandet av vårdplanen samt ge dem tillgång till planen. Hur följer verksamheten upp patienters och närståendes delaktighet i vårdplaneringen?	Att säkerställa patientens delaktighet i en väl planerad vård.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 2 2019
Patientforum och patientenkät i öppen vård Nämn de utvecklingsområden som framkommit efter sammanställning och uppföljning av patientenkäter och patientforum i öppenvården. Beskriv de viktigaste utvecklingsarbeten ni gjort och planerar att göra, max tre, utifrån dessa områden. Har brukarrepresentanter varit delaktiga i bearbetningen av underlaget?	Att patienters upplevelser av vården ligger till grund för utvärdering och utvecklingsarbete.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 2 2019
Patientforum och patientenkät i sluten vård Nämn de utvecklingsområden som framkommit efter sammanställning och uppföljning av patientenkäter och patientforum i slutenvården. Beskriv de viktigaste utvecklingsarbeten ni gjort och planerar att göra, max tre, utifrån dessa områden. Har brukarrepresentanter varit delaktiga i bearbetningen av underlaget?	Att patienters upplevelser av vården ligger till grund för utvärdering och utvecklingsarbete.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 2 2019.

3.2.2 Kontinuitet

Indikator	Syfte	Täljare	Nämnare	Målnivå	Datakälla	Inrapportering
Årskontroll Andel patienter med långvarig	Att patienter med långvarig problematik får en medicinsk bedömning	Antal patienter som vid mättillfället har en kontakt överstigande	Totalt antal patienter som vid mättillfället har en		SLSO Intelligence	Vårdgivaren sammanställer resultat för som delges Beställaren

behandlingskontakt som har genomgått årskontroll.	av diagnos, status och behandling minst en gång årligen.	18 månader och har genomgått årskontroll under de senaste 14 månaderna.	kontakt överstigande 18 månader			skriftligt en månad innan dialog- och uppföljningsmöte kvartal 2 2019

Frågeställning	Syfte	Inrapportering
Flexibel övergång Beskriv hur ni möjliggör flexibla övergångar mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin.	Att säkerställa en kvalitetssäkrad övergång från BUP till vuxenpsykiatrin.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 2 2019.

3.2.3 Säker vård

Indikator	Syfte	Täljare	Nämnare	Målnivå	Datakälla	Inrapportering
Suicidriskbedömning nya patienter öppenvård Andel nya patienter som genomgått strukturerad och allsidig bedömning av suicidrisk.	Att kvalificerad bedömning av suicidrisk genomförs bland nya patienter.	Antal nya patienter som gjort minst två besök inom tre månader och där strukturerad suicidriskbedömning gjorts (AU118) senast vid det andra besöket.	Totalt antal nya patienter som har gjort minst två besök inom tre månader.		VAL	Enligt informationsbilagan
Minderåriga barn Andel patienter i slutenvården som tillfrågats om berörda minderåriga barn	Att medverka till att berörda minderåriga barn och deras närstående får stöd	Antal patienter som behandlats i slutenvården och i vars journal finns dokumentation under sökordet Berörda minderåriga barn	Totalt antal patienter som behandlats i slutenvård.		SLSO Intelligence	Vårdgivaren sammanställer resultat för de senaste 12 månaderna som delges Beställaren skriftligt en månad innan dialog- och uppföljningsmöte kvartal 4 2019

Frågeställning	Syfte	Inrapportering
Egenkontroll och förbättringsåtgärder Beskriv kort ert arbete med uppföljning och utvärdering av verksamheten utifrån er egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 och nämn de viktigaste förbättringsåtgärder, max tre, som har vidtagits.	Att egenkontroll används för verksamhetsutveckling	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 4 2019
Tvångsvård Redovisa användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder och kommentera eventuella skillnader jämfört med tidigare år. Nämn de viktigaste förbättringsåtgärder, max tre, som har vidtagits utifrån uppföljning och utvärdering av tvångsvården.	Att minimera användning och öka kvalitén av tvångsvård och tvångsåtgärder.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 4 2019.
Våld i nära relationer Redovisa verksamhetens rutiner för att arbeta med frågan om våld i nära relationer utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och regionala vårdprogram.	Att öka möjligheterna att upptäcka våld i nära relationer.	Vårdgivaren delger Beställaren sina rutiner en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 4 2019

3.2.4 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Vårdgivaren har i uppdrag att erbjuda patienterna vård baserad på aktuell kunskap. I Beställarens kvalitetsuppföljning ingår kvalitetsindikatorer som tas fram på samma sätt ur VAL för alla vårdgivare inom samma vårdområde. Indikatorerna finns i Leverantörsuppföljningsdatabasen (LUD) och har formulerats bland annat utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer, nationella kvalitetsregister eller förslag från kliniska expertgrupper. Både Beställare och Vårdgivare kan följa resultaten i LUD. Som komplement till indikatorerna i LUD kan Vårdgivarens egen uppföljning och utvecklingsarbete ingå i Beställarens uppföljning av kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Beställaren tar del av detta genom Vårdgivarens kvalitetsbokslut och i separata redogörelser.

EQ-5D Andel avslutade vårdtillfällen i slutenvård med skattning vid både	Att patienternas egen uppfattning om sitt hälsotillstånd används vid planering och utvärdering av vården.	Antal avslutade vårdtillfällen i slutenvård med minst 7 dygns vårdtid och som har skattning av både	Antal avslutade vårdtillfällen i slutenvård med minst 7 dygns vårdtid.		SLSO Intelligence	Vårdgivaren sammanställer resultat för de senaste 12 månaderna som delges Beställaren

in- och utskrivning, EQ-5D och EQ-VAS.		EQ-5D index och EQ-5D VAS vid både in. och utskrivning.				skriftligt en månad innan dialog- och uppföljningsmöte kvartal 3 2019.

Frågeställning	Syfte	Inrapportering
Vårdprocesser Beskriv ert arbete med vårdprocesser och uppföljningen kopplat till detta. Nämn de viktigaste utvecklingsområden som framkommit och den utveckling detta legat till grund för.	Att kunskap och riktlinjer implementeras i och leder till utveckling av vården.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 3 2019.
Kvalitetsregister Beskriv ert arbete för att öka rapportering till och användning av nationella psykiatriska kvalitetsregister. Redovisa hur många registreringar ni gjort. Nämn de viktigaste utvecklingsområden som framkommit, max tre, och om några förbättringsarbeten genomförts utifrån detta.	Att uppgifter från nationella psykiatriska kvalitetsregister används i verksamhetsutveckling.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 3 2019. Registreringsstatistiken hämtas från de nationella kvalitetsregistren eller officiell plattform för resultatrapportering.

3.3 Hög effektivitet

3.3.1 Utfall

Indikator	Syfte	Täljare	Nämnare	Målnivå	Datakälla	Inrapportering
EQ 5D-VAS Andel skattningar av EQ 5D-VAS i slutenvård med ökning med minst 10 enheter mellan in- och utskrivning	Att patienternas egen uppfattning om sitt hälsotillstånd används vid planering och utvärdering av vården.	Antal avslutade vårdtillfällen i slutenvård med skattning av EQ-5D VAS vid både in- och utskrivning där EQ-5D	Antal avslutade vårdtillfällen i slutenvård med skattning av EQ-5D VAS vid både in- och utskrivning.		SLSO Intelligence	Vårdgivaren sammanställer resultat för de senaste 12 månaderna som delges Beställaren skriftligt en månad

		VAS har ökat med minst 10 enheter.				innan dialog- och uppföljningsmöte kvartal 3 2019
Bipolär sjukdom Andel patienter med frihet från sjukdomsepisoder de senaste 12 månaderna vid bipolär sjukdom typ 1.	Att använda utfallsmått som underlag i vård och verksamhetsutveckling.	Antal patienter med bipolär sjukdom typ 1 för vilka har dokumenterats att de haft noll sjukdomsepisoder de senaste 12 månaderna.	Totalt antal patienter med bipolär sjukdom typ 1 för vilka har dokumenterats antal sjukdomsepisoder de senaste 12 månaderna.		SLSO Intelligence	Vårdgivaren sammanställer resultat för de senaste 12 månaderna som delges Beställaren skriftligt en månad innan dialog- och uppföljningsmöte kvartal 3 2019

Frågeställning	Syfte	Inrapportering
Förändring av funktion och symptom Beskriv hur ni arbetar för att mäta patient- och behandlarskattad förändring av patientens symptom och funktion samt hur det används som underlag i vården med den enskilda patienten. Redovisa era resultat i aktuella skattningar avseende täckningsgrad och förändring.	Att behandlarens och patientens egen uppfattning om sitt tillstånd används vid planering och utvärdering av vården.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 3 2019.

3.3.2 Samverkan

Frågeställning	Syfte	Inrapportering
Samverkansrutiner och överenskommelser Delge era rutiner och överenskommelser kring samverkan.	Att förbättra samverkan med andra aktuella Vårdgivare, huvudmän samt brukar-, patient- och anhörigföreningar.	Vårdgivaren delger Beställaren sina rutiner och överenskommelser en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 4 2019.

Brukarrepresentation Beskriv hur ni arbetar med patient/brukarrepresentanter och föreningar för utveckling av vården på strategisk nivå. Finns arbetsordning eller rutin för detta arbete framtagen i samråd med brukarrepresentanter? Hur har inflytandet bidragit till en utveckling av vården?	Att säkerställa att kunskapen hos brukarrepresentanter används vid verksamhetsutveckling.	Skriftlig beskrivning av Vårdgivare som delges Beställaren en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 4 2019.

3.4 Övriga uppföljningsområden

Frågeställning	Syfte	Inrapportering
Försäkringsmedicin Beskriv hur ni arbetar med övergripande frågor om försäkringsmedicin/sjukskrivning. Nämn de viktigaste, max tre, förbättringsområden som identifierats.	Att säkerställa kompetensen i vården kring försäkringsmedicinska frågor och att försäkringsmedicinska bedömningar och ställningstaganden är en integrerad del av vården.	Vårdgivaren delger Beställaren sina svar en månad innan planerat uppföljningsmöte kvartal 1 2020.

3.5 Förtydliganden avseende beräkningar av indikatorer

Om inget annat anges beräknas indikatorerna på 12 hela kalendermånader bakåt i tiden.

Om inget annat anges avser "besök" ett fysiskt besök eller videomöte.

Med "totalt antal patienter" avses individer som under mätperioden har genomfört minst ett fysiskt besök eller videomöte.

Med "ny patient" avses patient som genomför ett besök inom avtalet och som inte har genomfört något besök inom avtalet de föregående 18 månaderna för vuxna/12 månaderna för barn.

Med "nydiagnostiserad" avses att diagnosen förekommer hos patienten för första gången inom psykiatrin i SLL (första gången=ej förekommit de föregående 18 månaderna).

Om inget annat anges ingår även patienter ej folkbokförda i SLL i beräkningarna.

För indikatorer innehållande behandlingsinsatser gäller att behandlingsinsatsen kan ha utförts någonstans inom SLL.

För alla indikatorer ska nämnare, täljare och beräknad andel anges.

4 Uppföljning 2020

Inför arbetet med uppföljningsplan för år 2020 ska bland annat följande områden tas i beaktande.

- Lagen om utskrivning från slutenvård
- Markörbaserad journalgranskning
- Individanpassad, integrerad behandling vid samsjuklighet och komplex problematik
- Kunskapsstyrning
- Utfall från patient- och behandlarskattad förändring av patientens symptom och funktion
- Uppföljning av akutverksamheter och akutfunktioner
- Somatisk hälsa

Kvalitetsindikatorer psykiatrisk vård[1]

Psykiatrisk slutenvård

Vårdplan slutenvård
Andel vårdtillfällen där en skriftlig vårdplan upprättats senast det tredje vårddygnet.

Öppenvårdsbesök efter slutenvård, barn och unga
Andel som vårdats i barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård och genomfört ett öppenvårdsbesök inom två veckor.

Alkoholberoende
Andel vårdtillfällen p g a alkoholberoende som följts av öppenvårdsbesök inom sju dagar.

Depression
Andel patienter vårdade inom psykiatrisk slutenvård för svår egentlig depression som har behandlats med ECT.

Schizofreni
Andel patienter som vårdats slutenvården och genomfört ett återbesök inom två veckor.

Psykiatrisk öppenvård

Vårdplan öppenvård
Andel patienter som har en aktuell skriftlig vårdplan eller SIP.

Vårdplan nya patienter i öppenvård
Andel nya patienter som gjort minst fyra besök som har en skriftlig vårdplan eller SIP senast vid det fjärde besöket.

Läkarbesök i öppenvård
Andel patienter som genomfört minst ett läkarbesök senaste året.

Suicidriskbedömning nya patienter öppenvård
Andel nya patienter som genomgått strukturerad och allsidig bedömning av suicidrisk.

Basutredning
Andel nya patienter som genomgått basutredning.

Adhd
Andel patienter med adhd som haft individuellt besök till arbetsterapeut.

Adhd
Andel patienter som efter neuropsykiatrisk utredning diagnostiserats med adhd och genomgått patient- och närståendeutbildning inom ett år.

Adhd
Andel patienter med specifik läkemedelsbehandling av adhd där systematisk undersökning av biverkningar gjorts.

Alkoholberoende
Andel patienter med alkoholberoende som behandlats med återfallsförebyggande läkemedel.

[1] Indikatorerna ingår i förvaltningens pågående förbättringsarbete med kvalitetsindikatorer. Kan förekomma vissa förändringar framåt.

Stockholms läns landsting
Box 6909
102 39 Stockholm

Telefon: 08-123 132 00
Fax: 08-123 131 02
E-post: registrator.hsf@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 11 B.

Autismspektrum
Andel med nydiagnostiserat autismspektrumtillstånd som har genomgått patient- och närståendeutbildning inom ett år.

Beroende
Andel nya patienter som har genomgått en strukturerad bedömning av beroendeproblematik.

Bipolär sjukdom
Andel patienter med bipolär sjukdom typ 1 som behandlas med litium.

Bipolär sjukdom
Andel med nydiagnostiserad bipolär sjukdom typ 1 som har genomgått patientutbildning.

Bipolär sjukdom
Andel med patienter bipolär sjukdom typ 1 som har en krisplan.

Depression
Andel patienter som har en krisplan.

Depression
Andel patienter som har hämtat ut recept på nytt antidepressivt läkemedel och som har uppföljande besök eller distanskontakt inom 14 dagar.

Depression
Andel patienter med nydiagnostiserad lindrig till medelsvår egentlig depression som har fått psykologisk behandling med KBT, IPT eller PDT.

Depression, barn och ungdomar
Andel patienter med nydiagnostiserad lindrig till medelsvår egentlig depression som har fått psykologisk behandling med KBT eller IPT.

Depression
Andel patienter med medelsvår till svår depression som har behandlats med rTMS.

Depression, barn och ungdomar
Andel patienter med svår depression som har fått läkemedelsbehandling med antidepressiva.

Emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS)
Andel patienter med nydiagnostiserad emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS) som har fått specifik psykologisk behandling.

Emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS)
Andel patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning utan behandling med bensodiazepiner.

Emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS)
Andel med emotionellt instabil personlighetsstörning med krisplan.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
Andel patienter med nydiagnostiserad PTSD som har fått EMDR-behandling eller KBT-behandling.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
Andel med posttraumatiskt stressyndrom utan behandling med bensodiazepiner.

Schizofreni
Andel patienter med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd där systematisk undersökning av biverkningar gjorts.

Schizofreni
Andel patienter med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har haft hälsosamtal.

Schizofreni
Andel patienter med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har en krisplan.

Schizofreni
Andel patienter med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har fått KBT-behandling.

Tvångssyndrom
Andel patienter med nydiagnostiserat tvångssyndrom som har fått KBT-behandling.

Tvångssyndrom
Andel med patienter utan behandling med bensodiazepiner.

Ångestsyndrom
Andel patienter utan behandling med bensodiazepiner.

Ångestsyndrom
Andel patienter med nydiagnostiserat ångestsyndrom som har fått KBT-behandling.