

XIII:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Tema:

Förbättringsarbete i praktiken.
Hur gör vi skillnad i vardagen?

Torsdagen 24 november 2016

**Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra Kyrkogata 10
Stockholm**

Program och sammanfattningar



genom SFAM Q
Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet

Innehållsförteckning

Program	4
Abstracts	6
1. Kvalitetsarbete om strukturerad handläggning av hjärtsviktpatienter på Turebergs vårdcentral	6
2. Utvärdering av hembaserad hjärtsviktsvård med OPTILOGG inom primärvården på Gotland	8
3. Behandling av alkoholberoende i primärvården jämfört med specialiserad beroendevård - en randomiserad kontrollerad studie	10
4. Direktbokning till sjukgymnast	12
5. Att kunna cykla öppnar dörrar	14
6. Många läkemedel – Bara när det behövs.....	16
7. Vad bestämde vi idag?	17
8. Gruppbehandling efter överviktskirurgi	18
9. Om Nationellt kliniskt kunskapsstöd	20
PrimärvårdsKvalitet	21
Primärvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete – IVO:s iakttagelser från en nationell tillsyn	21
Tips och råd vid uppstart av förbättringsarbete.....	21
Varje människa är en berättelse.....	22
Hur förbättrar man vården tillsammans med patienter?.....	22
Innovationsmodellen och Flippen i primärvården	22
Om SFAM Q	23

Program

08:30 – 09:00	Samling med kaffe, te och smörgås		
09:00 – 09:30 Stora salen (1 tr)	SFAMs Kvalitet- och patientsäkerhetsråd hälsar välkommen Förhållningssätt till evidens vid målsättning och förbättringsarbete <i>Linus Johnsson, ST-läkare i allmänmedicin, med.dr i bioetik.</i>		
09:35 – 10:40 Tre parallella sessioner:	Stora salen (1 tr) Moderatorer: Annika Braman Eriksson och Lennart Holmquist		
	1. Rutin för handläggning av hjärtsviktspatienter <i>Nimisha Chanduka, ST-läkare Turebergs VC, Sollentuna</i>	2. Hjärtsviktsmonitorering med Optilogg <i>Ann Hovland Tänneryd, allmänläkare VC Hemse</i>	3. Behandling av alkoholberoende i primärvården <i>Sara Wallhed Finn, leg psykolog/doktorand</i> <i>Sven Wåhlin, spec i allmänmedicin Beroendecentrum Riddargatan 1, Sthlm och Karolinska Institutet, Stockholm</i>
	Restaurangen (2 tr) Moderatorer: Hans Brandström och Rita Fernholm		
	4. Direktbokning till sjukgymnast <i>Suzana Holmér, sjukgymnast, master i fysioterapi, Rehab Väst NSV eller Helén Lövborg, sjukgymnast och enhetschef</i>	5. Att kunna cykla öppnar dörrar <i>Dorothea Lagrange, ST-läkare Sätra Hälsocentral, Gävle</i>	6. Många läkemedel – bara när det behövs <i>Ann-Charlotte Mattsson, apotekare, Jönköping</i>
	Klubbrummet (3 tr) Moderator: Sven Hagnerud och Stina Gäre Arvidsson		
	7. "Vad bestämde vi idag?" <i>Irina Al, allmänläkare, VC Åby</i>	8. Gruppbehandling efter överviktskirurgi <i>Gerda Adelgren, dsk, Maria Löfgren, sjukgymnast, Annika Brinkberg Lapidus, läkare, med.dr, handledare, Hälsomott. Södertälje</i>	9. Nationellt kliniskt kunskapsstöd <i>Therese Eklöv, projektledare Nationellt kliniskt kunskapsstöd, SKL</i> <i>Stina Gäre-Arvidsson, ST-läkare, handläggare PrimärvårdsKvalitet, SKL</i>
10:40 – 11:00	Kaffe och fruktpaus		

<p>11:00 – 12:20 Stora salen</p>	<p>PrimärvårdsKvalitet <i>Ulrika Elmroth, allmänläkare. Stina Gäre-Arvidsson, ST-läkare Helsa VC Sundbyberg. Eva Arvidsson, allmänläkare, FoU-enheten Jönköping. Samtliga ingår i arbetsgruppen för PrimärvårdsKvalitet, SKL.</i></p> <p>Förbättringsarbete på vårdcentralen <i>Sven Engström, allmänläkare, Örnsköldsvik</i></p> <p>Primärvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete – rapport om IVOs tillsyn <i>Jan-Erik Ingwall, inspektör, Marie Collberg, inspektör, Marie Brandvold, enhetschef, Inspektionen för vård och omsorg (IVO).</i></p> <p>Moderator <i>Boel Andersson-Gäre, barnläkare, professor Kvalitetsarbete och ledarskap inom Hälsa och omsorg, Jönköping Academy</i></p>
<p>12:20 – 13:20</p>	<p>Lunch</p>
<p>13:20 – 14:20 Stora salen</p>	<p>Förbättringsarbete, teori och verktygslåda <i>Boel Andersson-Gäre, barnläkare, professor Kvalitetsarbete och ledarskap inom Hälsa och omsorg, Jönköping Academy</i></p> <p>Tips och råd vid uppstart av förbättringsarbete <i>Rita Fernholm, allmänläkare Boo VC, Stockholm</i></p>
<p>14:20 – 14:40</p>	<p>Kaffe, te och kaka</p>
<p>14:40 – 16:05 Stora salen</p>	<p>Narrative medicine: Honoring the Stories of Illness <i>Rita Charon, physician, literary scholar and the Founder and Executive Director of the Program in Narrative Medicine at Columbia University, författare till boken med samma namn som föreläsningstiteln.</i></p> <p>Personcentrering <i>Cristin Lind, Kvalitetsregistercentrum Stockholm - Gotland</i></p> <p>Innovationsmodellen och Flippen för Primärvården <i>Olof Norin, projektet Flippen, SKL</i> <i>Sara Tunheden, projektet Innovationsmodellen, SKL</i></p> <p>Sammanfattning <i>Boel Andersson-Gäre</i></p>
<p>16:05 – 16:15 Stora salen</p>	<p>Avslutning och utmärkelse för bästa kvalitetsprojekt 2016</p>

1. Kvalitetsarbete om strukturerad handläggning av hjärtsviktpatienter på Turebergs vårdcentral

Matte Karadagh Specialist i Allmänmedicin Turebergs vårdcentral.

Birgitta Korsell Medicinsk sekreterare Turebergs vårdcentral.

Nimisha Chanduka ST läkare Allmänmedicin (initiativtagare för projektarbete).

E-postadress för kontaktperson: nimisha.chanduka@sll.se

Bakgrund

Turebergs vårdcentral ligger i Sollentuna, ca 11000 listade patienter. Åldersfördelning är lika för både män och kvinnor. Drygt 500 patienter >75 år. På vårdcentral arbetar 4 specialister, 3 ST allmänmedicin samt 2 hyrläkare.

Problem

1. Andel listade hjärtsvikts patienter på Turebergs VC var okänd.
2. Behov av gemensam rutin för uppföljning av hjärtsvikts patienter förelåg.

Syfte

Utveckla rutiner kring omhändertagande av listade hjärtsvikts patienter på Turebergs vårdcentral.

Problemanalys

Detektionsgrad för hjärtsvikts diagnos (Andel patienter senaste 2 år) var 35% (snitt i SLL 40%) i jämförelse med diabetes typ 2 som var 89% (snitt i SLL 83%) enligt data från HSF för Turebergs vårdcentral.

Det finns en process för handläggning av diabetes typ 2 patienter på Turebergs vårdcentral men inte för hjärtsvikts patienter.

Efter analys beslut tagits att behov av förbättringsarbete föreligger.

Stöd från ledning, klinisk handledare samt coach från QRC Stockholm, ledde till att orsaker bakom problemet hittats. Verktyg såsom fiskben diagram var till stor hjälp.

Metod för förbättring

PDSA- cykel diagram, 5 P (Patients, personal, purpose eller syfte, processer, pattern eller mönster) förbättringsmodell. SLSO process karta för hjärtsvikt använts för att tillämpa struktur på handläggning av hjärtsvikts patienter på Turebergs vårdcentral.

Intervention

Intervention är planerat enligt nedan-

Kvantitativ retrospektiv journal studie är planerat efter godkännande från verksamhetschef för alla registrerade hjärtsvikts diagnoser senaste 5 år för att se grund till deras diagnos, dvs. NT proBNP, Eko och behandling.

Efter detta kommer alla patienter erbjudas återbesök för registrering av NYHA klassificering, insättning av diagnos samt optimering av deras behandling till mål dos enligt process karta för hjärtsvikt i SLSO. Samtidigt ska en väntelista skapas för att göra uppföljning inom 12 mån.

Det kommer att skapas ett tvärprofessionellt team för att regelbundet mäta resultat.

Kvantitativ retrospektiv journalstudie ska göras av 2 läkare från förbättringsteamet.

Inga patienter var involverade.

Tidsplan för arbetet är ars 2016- mars 2017.

Mätning av förbättringar

Olika familj mått:

1. Processmått- A. Andel registrerade / andel ny diagnostiserade hjärtsvikts diagnoser senaste 8 år.
- B. Andel efter förbättring.
2. Balanserandemått- A. Kostnad.
- B. Arbetsbelastning.
- C. Patientsnöjdhet.

3. Utfallsmått globalt- A. Minskad sjukhusinläggningar
B. Bättre livskvalitet EQ-5D skattning.
4. Utfalls mått specifik- A. Ökning i detektionsgrad av hjärtsvikt
B. Ökning i prevalensgrad av hjärtsvikt.

Resultat

Vi har kommit halvvägs dvs. klart med planering. Listade hjärtsviktpatienter kallas till läkare under okt-dec 2016. En checklista har skapats för att använda under besöket med patienter och rekommenderas fylla i rätt sök ord i journalmall. Patienter är informerade om förbättringsarbetet.

Förväntningar

Förbättringsarbetet kommer att ge ett effektivt sätt att arbeta på vårdcentralen, patienter kommer att få säker vård.

Rädsla för ökad arbetsbelastning är ett hinder. Att ändra sitt arbetssätt är också svårt för många.

Slutsatser och konsekvenser:

Förbättringsarbete är svårt men inte omöjligt. Att våga göra ett förändringsarbete är viktigt. Stöd från ledning är viktigt. Ett team skapar bättre vård än en individ. Det är viktigt hur vi skapar relationer och en kultur där dessa arbetssätt är helt naturliga.

Det är bara en början. Jag kommer att fortsätta arbeta med förändringsarbete.

Externa finansiärer

Inga.

Publicering

Planer att berätta mitt förbättringsarbete för mina ST kollegor på ett storgruppsmöte. Kvalitetsarbete kommer att läggas upp på Vårdgivarguiden efter den är klar.

2. Utvärdering av hembaserad hjärtsviktsvård med OPTILOGG inom primärvården på Gotland

*Ann Hovland-Tånneryd, distriktsläkare, Hemse vårdcentral, Hemse, Gotland
E-postadress för kontaktperson: ann.hovland-tanneryd@gotland.se*

Bakgrund

Hemse vårdcentral är en glesbygdsvårdcentral på södra Gotland, Cirka 10000 patienter är listade på vårdcentralen. Det är en åldrad population med hög incidens av hjärtsvikt. På vårdcentralen skall det vara ca 5,2 heltidsarbetande distriktsläkare. Jag är ensam specialist. På Gotland finns redan idag ett väl inarbetat arbetssätt med hjärtsviktsmottagning på alla vårdcentraler, distriktsköterskor med utbildning i hjärtsvikt har mottagning med stöd av distriktsläkare. På Hemse vårdcentral arbetar jag som hjärtsviktsansvarig läkare sedan 12 år tillbaka. Insåg att trots god information och bra struktur saknades ändå patientmedverkan samt patientförståelse angående sin egen sjukdom

Problem och syfte

Hjärtsviktspatienter är storkonsumenter av vård, ofta till följd av bristande sjukdomsinsikt och egenvårdsbeteende. Patienterna har ofta dålig kontroll på sina symtom vilket leder till att man för sent upptäcker förvärringen, med slutenvård som följd. I samarbete med specialistklinikerna har ett hembaserat hjälpmedel för dessa patienter utvecklats, som kallas OPTILOGG. Vi ville som första vårdcentral utvärdera hur OPTILOGG fungerar i primärvården dels för att se om vi kunde minska återinläggning samt även se om vi kunde öka förståelsen om egna sjukdomen.

Problemanalys

Hjärtsviktspatienternas vårdkonsumtion är sedan tidigare ett väldokumenterat problem. Det har även lyfts fram av sviktsköterskorna att det är frustrerande att det är så svårt att nå fram till sagda patienter med rekommendationer och behandlingsplan.

Metod för förbättring

OPTILOGG är en surfplatta-baserad eHälsa-tjänst som installeras i patientens hem. Plattan innehåller symtommonitorering, interaktiv utbildning och titrering av diuretika. Plattan har även en larmfunktion, som uppmanar patienten att kontakta vården vid försämring.

Intervention

Patienten får OPTILOGG och ombeds sedan använda systemet dagligen för att övervaka symtom och tränas i att bli bättre på att ta hand om sig själv och sin svikt. Då plattan detekterar en försämring, uppmanas patienten kontakta sviktsköterskan på Hemse VC via ett direktnummer till henne. För respektive patient angavs vissa patientspecifika parametrar för systemets titreringsalgoritm vid uppstart, därefter skötte patienten systemet på egen hand.

Mätning av förbättringar

Vi identifierade 100 listade patienter med säkerställd sviktdiagnos och utfört hjärteko. Hälften av dessa patienter utrustades med OPTILOGG under 6 månader och de resterande 50 patienterna fick standardvård. Patienternas slutenvårdskonsumtion (primär utfallsvariabel) registrerades löpande. Även egenvårdsbeteende registrerades i interventionsgruppen med det validerade instrumentet "European Heart Failure Self-care Behaviour Scale" (EHFScB) och metodvalet kopierades från Karolinskas OPOTILOGG-studie, med avseende på statistiska modeller och beräkningar.

Resultat

Genomsnittsåldern var 78±9 år, 65% var män och grad av sjuklighet var NYHA-klass I 9%, NYHA-klass II 48% och NYHA klass III 43%. Primärutfallet var hjärtsviktsrelaterade vårddygn under en 6-månadersperiod och resultatet var en reduktion med 33% hos de som hade OPTILOGG jämfört med kontrollpatienterna (RR: 0,67; 95% CI: 0,45-0,99; p<0,05). Egenvårdsbeteendet hos de som fick OPTILOGG förbättrades med 37% (30,6±6,0 vs 19,3±7,4; p<0,05) och de använde systemet 97% av försöksperioden.

Slutsatser och konsekvenser

OPTILOGG® reducerade signifikant slutenvårdsdygn till följd av hjärtsvikt i lika stor utsträckning som i den tidigare publicerade studien. Hjälpmedlet tycks fungera lika väl inom primärvård som specialistvård och kan vara ett bra hjälpmedel för att höja kvalitén inom hjärtsviktsvården.

Externa finansiärer

Inga

Publicerat

Presenterat som abstract på ESCs Heart Failure kongress i Florens i maj (Hovland et al., 2016, European Journal of Heart Failure (2016) 18 (Suppl. 1), p.55, P256) och planeras publiceras i sin helhet tillsammans med Karolinska under hösten.

3. Behandling av alkoholberoende i primärvården jämfört med specialiserad beroendevård - en randomiserad kontrollerad studie

Sara Wallhed Finn, leg psykolog/doktorand, Sven Wåhlin, spec allmänmedicin, Anders Hammarberg, med dr/leg psykoterapeut, beteendevetare, Sven Andréasson, överläkare/professor. Samtliga vid Riddargatan 1, Beroendecentrum Stockholm. SWF, AH & SA även Karolinska Institutet, Stockholm. E-postadress för kontaktperson: sara.wallhed-finn@sll.se

Bakgrund

Totalt 29 primärvårdsläkare på 12 vårdcentraler i Stockholms Läns Landsting har deltagit i projektet. Den specialiserade beroendebehandlingen genomfördes på Riddargatan 1, mottagningen för alkohol och hälsa.

Problem och syfte

I Sverige beräknas prevalensen av alkoholberoende i den vuxna befolkningen till 4 %. Flertalet av dessa har ett måttligt beroende, och lever under socialt ordnade förhållanden. En majoritet av alla personer med alkoholberoende söker dock inte vård för detta. Det finns flera olika orsaker till detta, där stigma är en. En möjlighet att minska stigmat och nå fler personer med behandling, är att erbjuda beroendebehandling inom primärvården.

Problemanalys

Epidemiologiska studier i Sverige har visat att endast 10-20% av alla personer med alkoholberoende söker vård för detta. Liknande iakttagelser görs internationellt. Alkoholberoende bidrar till ett stort antal av de diagnoser som behandlas inom primärvården.

Intervention

Vi har utvecklat en manual för behandling av alkoholberoende inom primärvården, den så kallade 15-metoden. Namnet 15-metoden syftar till att besöken kan genomföras på 15 minuter och att målgruppen för interventionen är personer som har mer än 15 poäng på AUDIT formuläret. Primärvårdsläkarna som genomfört behandlingarna har deltagit i en 8 timmar lång utbildning i 15-metoden.

Vid det första behandlingsbesöket i studien fick patienten feedback på de frågeformulär och blodprov, som de lämnade vid baslinjemätning. De patienter som önskade ytterligare behandling erbjöds fyra korta rådgivande samtal baserade på motiverande samtal och KBT och/eller farmakologisk behandling.

288 vuxna personer med alkoholberoende har randomiserats antingen till behandling inom primärvården enligt 15-metoden, eller till reguljär beroendebehandling inom den specialiserade beroendevården.

Mätning av förbättringar

Primärt utfallsmått är förändring av alkoholkonsumtion mätt med Time Line Follow Back. Sekundära utfallsmått är grad av beroende, konsekvenser av alkoholkonsumtionen, psykisk hälsa, livskvalitet samt biomarkörer. Baslinjemätning före start av behandling har jämförts med uppföljningsmätning som genomförts sex månader efter start av behandling.

Resultat

Sex månader efter start av behandling följdes 232 deltagare (81%) upp. Preliminära resultat indikerar att det inte föreligger några statistiskt signifikanta skillnader i utfall mellan behandling inom primärvården i jämförelse med specialiserad beroendevård.

Slutsatser och konsekvenser

Resultaten tyder på att alkoholberoende framgångsrikt kan behandlas av allmänläkare inom PV.

Externa finansiärer

Projektet har finansierats av FORTE (2012-0567) samt ALF medel (20120273).

Publicering

Arbetet kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter.

4. Direktbokning till sjukgymnast

Suzana Holmér, Leg sjukgymnast, projektledare, Rehab Väst NSV

Helén Lövborg, Enhetschef, Rehab Väst, NSV

Birgitta Ullvan, vårdenhetschef, Vårdcentralen Brinken, NSV

E-postadress för kontaktperson: Suzanat87@gmail.com

Projektet hade inte gått att genomföra utan medel från Hälso-sjukvårdsnämnden.

Bakgrund

I Motala arbetar fysioterapeuter (FT) i en gemensam rehaborganisation, Rehab Väst. Patienterna kan ringa direkt till Rehab Västs telefon, där de antingen får en besökstid, rådgivning eller hänvisning. Vårdcentralerna i Närsjukvård väster har möjlighet att boka patienter direkt till en FT. Dessa tider kallas för bedömningsmottagningstider (BM) och vårdcentraler (VC) har tillgång till fem tider per 10 000 listade patienter. Patienter bokas till BM efter det att sjuksköterskan i telefonen har gjort en bedömning att patientens besvär ska undersökas av en FT. VC Brinken har möjlighet att använda sex BM i veckan till en FT innan projektets början. De tider som är outnyttjade får Rehab Väst boka in på tidigast 24 timmar innan utsatt tid, för att minska antalet tider som går tomma.

Problem och syfte

Många patienter söker VC Brinken för besvär från rörelse- och stödjeorganen och tiderna på BM räcker inte till. Patientsäkra kommunikationsvägar mellan Rehab Väst och VC Brinken saknades. Patienter ombads ofta att själva förmedla information mellan enheterna. Syftet med projektet var att erbjuda patienter som söker Vårdcentralen Brinken för besvär från rörelse- och stödjeorganen vård på rätt vårdnivå enligt MEON-principen samt utarbeta kommunikationsvägar mellan Rehab väst och Brinkens vårdcentral.

Problemanalys

En kartläggning som genomfördes 2015 och där 207 journaler granskades på en vårdcentral, skrivna av läkare och sjuksköterskor visade på att 33 % av patienterna som fick en tid för besvär från rörelse- och stödorganen borde fått en tid till en FT i första hand och inte en läkare. Orsaken till att SSK gjorde en felaktig bedömning berodde på okunskap kring anamnestagning samt symptom gällande dessa besvär och ett litet stöd från 1177 webbaserade rådgivningsstöd. En föremätning genomfördes inför detta projekt för att kontrollera för vilka kommunikationsvägar som de olika professionerna använde sig emellan varandra och den avslöjade att det inte fanns några rutiner. FT bad ofta patienten vidarebefordra informationen till VC Brinken vilket bedömdes inte vara patientsäkert.

Metod för förbättring

Under PDSA cykel har används, både för projektet i stort men även inom de olika momenten. T.ex., vid utformning av enkäter, projektmöte osv.

Intervention

- Antalet BM hos FT utökades från sex till femton tider i veckan från 11 januari-2016 till 21 maj 2016.

Föreläsningarnas ämnen valdes utifrån SSK önskemål samt vilka besvär från rörelse- stod som ofta bokades fel i 2015 års kartläggning.

- Tre föreläsningar á 45 minuter, hölls för sjuksköterskor gällande symptom och hur rehabiliteringsprocessen ser ut för dem som söker för besvär från axlar, Wiphlas Associated Disorder (WAD), knän och epikondylit.
- En föreläsning hölls av arbetsterapeuter som informerade om handrehabilitering.
- En sjuksköterska föreläste för fysioterapeuterna om vad för egenvårdsbehandling som gäller för patienterna.
En projektgrupp där samtliga professioner fanns representerade vid varje tillfälle, träffades för att tillsammans utarbeta kommunikationsrutiner.

Mätning av förbättringar

- Medarbetarenkäter skickades ut före och efter projektet för att kartlägga kommunikationsvägar. En kontrollgrupp för medarbetarna fick ta del av samma enkät.
- Patientenkäter skickade hem till patienterna efter deras besök hos FT.
- Statistik fördes över hur många BM utnyttjades utav VC Brinken samt hur många patienter som fick en tid för besvär från rörelse- och stödjeorganen hos VC Brinken.

Resultat

Rutiner för överrapportering och kontakt mellan samtliga professioner implementerades och samtliga professioner uppgav sig vara nöjda med det nya arbetssättet och ville behålla dem även efter projektets slut.

Utav 219 tider som vårdcentralen kunde boka in för bedömning direkt till en FT nyttjades 75% (219 st), dvs, ca. 11 tider i veckan under ett halvår. Tre (1,3%) patienter bedömdes vara felbokade hos FT, och remitterades tillbaka till VC Brinken.

Utav dem 72 tider som vårdcentralen aldrig utnyttjade tog Rehab Väst över 70 tider varav 60 blev inbokade via Rehab Västs telefon. Totalt gick 11 (4%) tider tomma, som aldrig blev utnyttjades, vare sig av VC Brinken eller Rehab Väst, under ett halvår, vilket motsvarar en halv tid i veckan.

Nybesöken hos läkarna minskade under denna period med 14% jämfört med föregående år. Minskningen kunde ha varit högre om inte VC Brinken genomfört ett eget förbättringsprojekt med syfte att diagnostisera samtliga patienter.

En majoritet av patienterna (83%) angav att deras behov av vård hade blivit tillgodosett efter deras besök hos FT. Svansfrekvensen bedöms vara stor utifrån att inga påminnelser skickades ut, och landade på 47%

Slutsatser och konsekvenser

Vårt projekt visar på att antalet BM som vårdcentralerna erbjuder idag troligtvis är för lågt och skulle behöva utökas. Nästan samtliga extra tider blev utnyttjade utav antingen VC Brinken eller Rehab Väst, vilket talar för att det finns patienter som skulle behöva få en tid för sina besvär från rörelse- stödorganen oavsett vilken telefon de ringer. MEON, principen följs så rätt patienter får vår vård på rätt vårdnivå, ur patienternas subjektiva bedömning. Tiderna kommer rätt patienter till nytta, både ur patienternas- och medarbetarnas perspektiv tack vare den ökade kompetensen hos SSK.

De implementerade kommunikationsvägarna klargjorde att FT skall remittera de patienter som de bedömer som avslutade och är i behov utav en läkarbedömning för sina besvär, på samma sätt som läkarna gör idag. Vid kontakt med motsvarande profession skulle vidimeringssystemet i journalsystemet användas, vilket innebär att journalanteckningen skickas till den person som patienten är listad hos, eller har en vårdkontakt med. Via vidimeringssystemet kan en FT skicka sin anteckning till den läkare patienten är listad hos och efterfråga åtgärder som behövs för att möjliggöra rehabiliteringen, t.ex. adekvat smärtlindring, utan att behöva söka läkaren via telefon.

Kommunikationsvägarna är patientsäkra. Genom att samtliga professioner var överrens om att om det fanns oklarheter kring de efterfrågade åtgärderna så låg det på den mottagande professionen att via telefon etablera kontakt. Detta för att diskutera lämpliga åtgärder eller reda ut oklarheter. Genom att i första hand diskutera professioner emellan vilka åtgärder som kan tänkas vara bäst för patientens besvär, hamnar patienten i centrum och den motsatta professionen undermineras inte. Den största framgångsfaktorn för projektet, har varit det interprofessionella samarbetet dvs att alla professioner har varit representerade vid varje möte samt ledningens multidisciplinära kompetens som bidragit till att denna typ av verksamhetsöverskridande projekt har kunnat genomföras.

Externa finansiärer

Inga

Publicering

5. Att kunna cykla öppnar dörrar

Ansvariga för projektet

Dr. Dorothea Lagrange, ST-läkare på Sättra Hälsocentral i Gävle

E-postadress för kontaktperson: dorothealagrange@hotmail.com

Bakgrund

Sättra hälsocentral ligger i ett invandrartät område med låg socioekonomisk status. Befolkningen har ofta inte hög inkomst eller akademisk bakgrund. Deras sociala status anses ofta vara relativt låg.

Problem och syfte

Motion är bra för hälsan. Hälsan i befolkningen följer en socioekonomisk gradient, där ffa kvinnor med invandrarbakgrund har sämre hälsa. Många av dem kan inte cykla. Att genomföra en cykelkurs för denna grupp underlättar att välja hälsosammare levnadsvanor.

Problemanalys

Jag genomförde ingen egen problemanalys, däremot finns det omfattande litteratur kring frågeställningen. Jag hänvisar till Marmots klassiker samt till forskningsresultat av Gävles högskola angående befolkningens hälsa. I andra delar av landet, där liknande cykelkurser genomförs, upplever arrangörerna av dessa en stor efterfrågan. Baserat på detta förutsatte jag att det finns liknande behov och intresse även i Sättra.

Metod för förbättring

Att kunna cykla ökar möjligheten för människor att välja hälsosamma levnadsvanor. Därför genomfördes en cykelkurs. Metoden som användes är hämtat från Cykelfrämjandets Manual, samt genom samarbete med Cykelfrämjandet.

Intervention

En cykelkurs för kvinnor med invandrarbakgrund startades. Till en början gällde det att framförallt att hantera tre utmaningar: att skaffa cyklar, att hitta volontärer och deltagare. Sedan kom det till många praktiska frågor, t.ex. försäkring, hjälmar, var man kan träna etc. Kontakt till myndigheter och idéburna organisationer togs. Många entusiastiska människor inom regionen Gävleborg och utifrån bidrog. Patienterna/ deltagare var involverade i planeringen.

Tidsplan: förberedelserna pågick under vinterhalvåret, kursen startades i mitten av april 2016 och är avslutad efter sju kurstillfällen. Många intresserade kvinnor hörde av sig, och så genomförde vi två kurser till under sommaren. I skrivande stund är det planerat att genomföra en uppföljning med fyra kurstillfällen för att fördjupa träningen, framför allt med tanke på att deltagarna behöver mera trafikvana.

Mätning av förbättringar

Eventuella effekter på stadsmiljö, miljö, ekonomi och hälsa kommer att vara långsiktiga och är inte mätbara efter kort uppföljning. Det som dock redan nu kan påvisas är (det ökade) antalet kvinnor som kan cykla.

I den andra kursen var deltagargruppen mer inhomogen. Här fanns kvinnor, som långt tidigare hade försökt lära sig cykla eller har kunnat cykla tidigare. De tog bara del vid enstaka tillfällen för att fräscha upp gamla kunskaper. Fem av tio nybörjare kan nu cykla.

Vi hade många spontana samtal om motion och hälsa. Många kvinnor kom med spännande idéer som dock ännu ej kvantifierats.

Resultat

I första kursen lärde sig fem av sju deltagare att cykla. I andra kursen var det fem av tio. Deltagare som ej lärde sig att cykla bjöds in till nästföljande kurs. Många av deltagarna blev väldigt glada och stolta över att ha lärt sig. Flera arbetar inom hemtjänsten och har det nu betydligt lättare att ta sig från kund till kund. Andra har stimulerats till varierande aktiviteter: en har startat en promenadgrupp, en motiverade hela gruppen att ta del i Våruset och en efterfrågade en simkurs. Möjlighet att genomföra det sistnämnda undersöks för tillfället.

Deltagarna sprider enorm glädje och motivation. Deras mål är att använda cyklandet inom jobbet och privat. Många planerar också utflykter med sina barn. Efter att första kursen startades började många intresserade som hade hört talas om kursen ringa till mig med önskemål att få vara med själva. Det märks även att själva kursen är en tankeställare bland deltagarna att fundera kring motion och hälsa.

En positiv sidoeffekt var att deltagarna med invandrabakgrund och volontärer, som till största del har svensk bakgrund, lärde känna varandra. Därigenom fick deltagarna möjlighet att tala svenska och därmed bidrar den här kursen på så sätt till integrationen av dessa kvinnor.

Inga olyckor inträffade.

Slutsatser och konsekvenser

Förmågan att cykla ökade i gruppen invandrarkvinnor, vilket har de positiva följder som nämnts ovan. Det blir ringar på vattnet - jag blev kontaktad av andra organisationer som vill samarbeta (Röda korset, SFI). Mycket glädjande är intresset som kursen spred bland kvinnor med invandrabakgrund. Deltagarna betonar om och om igen att cyklandet ger dem mer frihet. En promenadgrupp bildades, möjligheter till simkurs undersöks. Det finns funderingar kring cykelträffar under sommaren. Undersökningar pågår att göra cykelkursen till ett etablerat projekt i stadsdelen.

Externa finansiärer

Region Gävleborg bidrog genom pengar som användes för att skaffa cyklar. Länsförsäkringar sponsrade hjälmar.

Publicering

Kontakt till regionens kommunikatör resulterade i en artikel i intranätet, Plexus, och på facebook. Därefter har SVT Gävleborg och Radio P4 hört av sig.

6. Många läkemedel – Bara när det behövs

Förbättringsarbete för att minska onödig polyfarmaci. Apotekare involveras i läkemedelsgenomgångarna.

Verksamhetscheferna vid de fyra ingående vårdcentralerna: Eksjö vårdcentral, Susanne Bergander, Norrahammars vårdcentral, Ann-Margret Floengård, Tranås vårdcentral, Mats Osbeck, Rosenhälsans vårdcentral, Anette Sparf samt Apotekare Ann-Charlotte Mattsson och Utvecklingschef Johan Carlsson.

Kontaktperson: Angela Eckerby, angela.eckerby@rjl.se

Bakgrund:

Förskrivningen av läkemedel till personer ≥ 75 år har ökat avsevärt under de senaste 20 åren. Socialstyrelsens definition av polyfarmaci är samtidigt användande av ≥ 10 läkemedel. Polyfarmaci innebär en ökad risk för läkemedelsrelaterade problem som biverkningar, interaktioner, bristande följsamhet till ordination, ökad risk för inläggning på sjukhus och ökad risk för fall. Enligt Socialstyrelsen bör samtidig användning av ≥ 10 preparat hos en patient betraktas som en signal om att det kan finnas läkemedel som används utan eller med oklar indikation och/eller risker med läkemedelsbehandlingen.

Problem och syfte:

Många läkemedel gör det svårare för läkaren att under ett kort läkarbesök hinna med att skapa en klar bild över vilka läkemedel patienten tar och om det är rätt dosering. Dessutom får många patienter sina läkemedel maskinellt dosdispenserade och eftersom journaldatasystemen inte kommunicerar med Pascal, finns i dessa fall läkemedelslistan inte i journaldatasystemet.

Bra Liv, koncernen för landstingsdrivna vårdcentraler i Region Jönköpings län, driver ett förbättringsarbete på fyra av 31 vårdcentraler i vilket en fördjupad läkemedelsgenomgång via apotekare erbjuds patienter 65 år eller äldre med ≥ 10 läkemedel. Syftet är att se till att läkemedelslistan är korrekt, säkerställa att patienten får rätt läkemedel, att det finns korrekta indikationer, minska interaktionsriskerna och undvika onödigt läkemedelsintag samt att hjälpa patienten att känna sig välinformerad och motiverad att ta sina läkemedel och att öka tryggheten för läkare och sköterskor som förskriver läkemedlen.

Genomförande:

Patienter ≥ 65 år med ≥ 10 läkemedel erbjuds fördjupad läkemedelsgenomgång av apotekare. Detta tar 45-60 minuter per patient och inkluderar samtal med patienten per telefon och dokumentation. Apotekarna kan även rensa bort läkemedelsordinationer ur läkemedelslistan som patienten anger är inaktuella, och som inte heller förskrivits det senaste året. I sin journalanteckning redogör apotekaren för varför läkemedlet togs bort. Läkemedelsgenomgången i sin helhet dokumenteras i journalen, anteckningen läggs till ansvarig läkare för vidimering.

Resultat:

Tom maj 2016 har 197 fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförts. Dessa har lett till journalanteckningar/åtgärder av PAL inom en månad i 64 % (126 fall).

En faktor som är avgörande för om apotekarens synpunkter tas till vara eller inte är om läkemedelsgenomgången sker i nära anslutning till en planerad årskontroll, eftersom den då inte skapar merarbete för distriktsläkarna.

Resultaten hittills visar att de vanligaste identifierade läkemedelsrelaterade problemen var: behov av monitorering, onödigt läkemedel samt avvikelser i läkemedelsbruk av patienten. Antalet läkemedelsrelaterade problem halverades efter läkemedelsgenomgång. Analys pågår av vilka av problemen som åtgärdas av distriktsläkaren.

Två vårdcentraler har redan beslutat att deltidsanställa en apotekare som ska ingå i personalteamet för läkemedelsgenomgångar och fortlöpande vidareutbildning av personalen i läkemedelsfrågor. På sikt hoppas vi att projektet kan bidra till minskade läkemedelskostnader för regionen och minskat antal sjukhusinläggningar på grund av läkemedelsrelaterade orsaker.

7. Vad bestämde vi idag?

En randomiserad studie om effekten av skriftlig information vid läkarbesök

Irina Al, Distriktsläkare, VC i Åby, Region Östergötland

Handledare: Staffan Nilsson & Evalill Nilsson

E-postadress för kontaktperson Irina.Al@regionostergotland.se

Bakgrund

Patienters kunskap om sina hälsoproblem påverkar deras möjligheter att förstå information, läsa och följa medicinska rekommendationer samt följa skriftliga och muntliga instruktioner. I Region Örebro lämnas en kom-ihåg-lapp, ”Vad bestämde vi idag?”, till patienterna vid läkarbesök på vårdcentral. Denna lapp innehåller information om bedömning och vidare planering.

Problem och syfte

Att undersöka om skriftlig information om bedömningen vid läkarbesöket och om den fortsatta planeringen ökar patientens trygghet på VC i Åby.

Problemanalys

Idag används allt oftare begreppet hälsolitteracitet för att beskriva människors förmåga att få tillgång till samt förstå och använda hälsoinformation för att bevara, främja och förbättra sin hälsa. Adekvat patientinformation är ett viktigt verktyg för att stödja patienternas hälsolitteracitet och göra dem mer trygga.

Intervention

Studien var en randomiserad, kontrollerad, oblindad interventionsstudie. Studiepopulationen bestod av patienter som sökte VC i Åby. Vi använde konsekutivt urval och inkluderade totalt 232 patienter under perioden 10 mars–22 april 2015. Båda grupperna fick sedvanlig information om sjukdom och behandling, vanligtvis muntligt men ibland även skriftligt. Deltagarna i interventionsgruppen fick även kom-ihåg-lappen med information om läkarens namn, besöksdatum, besöksorsak/bedömning, undersökningar/provsvår, remisser, medicinändringar samt fortsatt planering (återbesök, telefoni, provtagning).

Mätning av förbättringar

Interventionen utvärderades under 16 mars–30 april 2015 med hjälp av en telefonintervjuenkät. Enkäten innehöll åtta frågor med 2–5 fasta svarsalternativ. Tre av frågorna avsåg patientens trygghetskänsla och kunskap om vad som skulle hända härnäst. Deskriptiva analyser redovisas med hjälp av median- och medelvärden samt proportioner. Vi använde T-test och Chi-2-test för jämförelser mellan grupperna.

Resultat

Fler deltagare i interventionsgruppen upplevde sig ”helt och hållet” veta vad som planerat efter läkarbesöket (53 % vs. 35 %, $p=0,023$) samt vad de själva skulle göra efter läkarbesöket (58 % vs. 44 % $p=0,047$).

Slutsatser och konsekvenser

Majoriteten av patienterna i både interventions- och kontrollgrupperna kände sig vara åtminstone tillräckligt trygga och informerade. Kom-ihåg-lappen ökade ytterligare känslan av att vara informerad. VC Åby planerar nu att rutinmässigt använda kom-ihåg-lappen ”Vad bestämde vi idag?” framöver och även att göra en ny uppföljningsstudie. Denna ska både utvärdera rutinmässig användning av kom-ihåg-lappen och djupare undersöka patienternas förståelse av den information som de får vid läkarbesöket.

Externa finansierare

Inga

Publicering

FoU-rapport

8. Gruppbehandling efter överviktskirurgi

Gerda Adelgren distriktssköterska, Maria Löfgren sjukgymnast, Annika Brinkberg Lapidus läkare, medicine doktor. Alla Hälsomottagningen Södertälje
E-postadress för kontaktperson: gerda.adelgren@sll.se

Bakgrund

En vanlig behandling mot fetma är överviktskirurgi. Uppföljningen av dessa patienter har debatterats under senare tid.

Problem och syfte

Efter en överviktsoperation har patienten en mängd nya praktiska och existentiella faktorer att förhålla sig till. Utöver den medicinska och kirurgiska uppföljningen fattas en arena där patienter kan få stöd att vidmakthålla sina nya levnadsvanor och reflektera kring de förändringar operationen innebär.

Syfte

- Att ge fortsatt stöd till livsstilsförändringar och vidmakthållande av dessa hos personer som genomgått överviktskirurgi.
- Att utveckla en beteendeorienterad behandlingsmanual för gruppbehandling av personer som genomgått överviktskirurgi.

Problemanalys

Problemet uppmärksammades då patienter som parallellt behandlades på Hälsomottagningen och genomgick överviktsoperation, upplevde att de verktyg de fått innan operationen var till stor hjälp. De efterfrågade fortsatt stöd efter operationen.

Tankar väcktes att detta skulle vara något som alla opererade kunde erbjudas.

Metod för förbättring

Efter en pilotgrupp startades 5 grupper.

Intervention

En gruppbehandling för personer som genomgått överviktskirurgi för minst ett halvår sedan utvecklades. Teman för gruppträffarna gjordes med tanke på vad man tidigare visste är vanliga frågeställningar och problem, men också utifrån patienternas önskemål.

Mätning av förbättringar

Uppföljning och utvärdering skedde genom frågeformulär före behandlingsstart och efter behandlingens slut. Dessutom utvärderades varje grupptillfälle med frågor huruvida man ansåg sig ha nytta av temat i sin livsstilsförändring.

Resultat

Av 44 personer som anmält sitt intresse att delta fullföljde 22 personer behandlingen. Majoriteten upplevde att gruppbehandlingen motsvarade förväntningarna. Två tredjedelar av patienterna bedömde att gruppbehandlingen var till nytta för livsstilsförändringen och att stödet från gruppdeltagarna var positivt.

Ingen skillnad förelåg före och efter behandling beträffande måltidsordning, dumping, diarré, magsmärtor, sötsug, självskattad hälsa eller hur mycket energi för arbete och familj man tyckte sig ha.

Slutsatser och konsekvenser

Majoriteten av patienterna upplevde gruppbehandlingen som ett bra stöd i sitt fortsatta förändringsarbete efter operationen. Att man inte såg så stora förändringar i levnadsvanor under tiden för gruppbehandlingen kan ha sin orsak i att det tar lång tid att ändra vanor och en behandling som denna kan starta processer där resultat kan ses först på sikt.

Gruppbehandling för överviktsopererade ingår nu i Hälsomottagningens ordinarie uppdrag. En manual för behandlingen kommer att finnas med i handlingsprogrammet för övervikt och fetma.

Externa finansiärer

Handlingsprogrammet för övervikt och fetma i Stockholms läns landsting (HPÖ)

Publicering

9. Om Nationellt kliniskt kunskapsstöd

E-postadress för kontaktperson: Therese.eklov@skl.se

- 350 evidensbaserade nationella kunskapsdokument för primärvården
- Ämnes- och dokumentstruktur anpassad för den kliniska vardagen med utrymme för lokala tillägg
- IT-struktur med stöd för integration med landstingens egna webb- och journalsystem
- Ett tjugotal innehållsansvariga författargrupper
- Gemensam förvaltning och finansiering av landstingen från 2018

I höst börjar organiseringen av nationella ämnesgrupper för att förvalta och utveckla de 350 kunskapsdokument som samlats in och standardiserats inom ramen för projektet ”Nationellt kliniskt kunskapsstöd”. Landets sex sjukvårdsregioner ska fördela ansvaret till ämnesgrupperna som i samverkan med nationella programråd och andra nationella expert- och kompetensgrupper ska ta fram, uppdatera och utveckla kunskapsdokument som förmedlar bästa möjliga kunskap.

Avsikten är att landsting och regioner från och med 2018 långsiktigt finansierar det nationellt gemensamma arbetet med redaktionell samordning och förvaltning och utveckling av IT-stödet. Ämnesgrupperna förvaltas av sjukvårdsregionerna och finansieras av respektive landsting/region.

Parallellt pågår arbetet med den tekniska infrastrukturen för att lagra och sprida de gemensamma kunskapsdokumenten och ge möjlighet att komplettera med lokala tillägg om exempelvis remissrutiner och vårdnivåer. Dessutom sker en medicinsk granskning av insamlade dokument med hjälp av Socialstyrelsen, nationella programråd och regionala cancercentrum. De nationella kunskapsdokumenten planeras bli tillgängliga via en webbplats i början av 2017. Senare under 2017 ska den nationella kunskapen kunna integreras i landstingens egna webb- och journalsystem. Under seminariet kommer vi att berätta om hur arbetet med att ta fram ett gemensamt nationellt kliniskt kunskapsstöd.

PrimärvårdsKvalitet

Ulrika Elmroth, allmänläkare. Stina Gäre-Arvidsson, ST-läkare Helsa VC Sundbyberg.

Eva Arvidsson, allmänläkare, FoU-enheten Jönköping.

Samtliga ingår i arbetsgruppen för PrimärvårdsKvalitet, SKL.

- Primärvårdens eget kvalitetssystem bestående av kvalitetsindikatorer och tekniska lösningar
- Framtaget av primärvårdens professioner
- Enkelt att använda
- Automatisk hämtning – inget extraarbete
- Återkoppling i realtid
- Evidensbaserade och tvärprofessionella indikatorer
- Fokus på primärvårdens förutsättningar t.ex. samsjuklighet, kontinuitet

Alla Sveriges landsting och de flesta privata vårdgivare har eller är på väg att införa PrimärvårdsKvalitet. Idag kan medarbetare på ungefär 200 vårdcentraler följa sina patienter i systemet. Tidigare tekniska förutsättningar och valet av teknisk lösning gör att det tar olika lång tid för landstingen att få PrimärvårdsKvalitet på plats på vårdcentralerna (såväl privata som landstingsdrivna). Under föredraget kommer vi att berätta om hur det går med utvecklingen av PrimärvårdsKvalitet.

Mer information om PrimärvårdsKvalitet se www.skl.se/primarvardskvalitet.

Primärvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete – IVO:s iakttagelser från en nationell tillsyn

Jan-Erik Ingwall, inspektör, Marie Collberg, projektledare, Marie Brandvold, enhetschef

I en nationell tillsyn har IVO granskat vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete.

- Vad är de bakomliggande orsakerna på systemnivå till att tidigare åtgärdade brister återkommer?
 - Vilka möjligheter har primärvården att varaktigt ta lärdom av dessa så de inte inträffar igen?
- Här presenterar IVO hur tillsynen genomförts och vilka iakttagelser man har gjort.

Tips och råd vid uppstart av förbättringsarbete

Rita Fernholm, rita.fernholm@gmail.com

Exempel på hur förbättringsarbeten kan läggas upp och genomföras. Waranmottagning och högt blodtryck används som exempel. Tips om olika verktyg ges, som PDSA (Plan Do Study Act) t.ex. via www.genombrott.nu eller <http://quality.bmj.com/> som är BMJ's portal för förbättringsarbeten. Mycket bra både som mall för egna arbeten (som snabbt blir publicerade) och som kunskapskälla eftersom den innehåller små kursavsnitt.

Varje människa är en berättelse

Rita Charon

Berättelsen är central inom all hälso- och sjukvård. Behov och förutsättningar för att möta patienters, närståendes och medarbetares berättelser varierar naturligtvis mellan specialist- och verksamhetsområden, men att uppmärksamt lyssna och på olika sätt ta del av berättelsen är nödvändigt för att skapa sammanhang, helhet och mening. Det finns stora utvecklingsmöjligheter i den kliniska vardagen, i mötet mellan patient och vårdare, t ex genom att skapa utrymme i tid och rum för berättelsen. För patientsäkerhet och personcentrerad vård har förmågan och viljan att möta patientens berättelse avgörande betydelse. Detta kommer Rita Charon berätta om i sitt föredrag.

Hur förbättrar man vården tillsammans med patienter?

Cristin Lind

Att patienter ska vara delaktiga i sin egen vård och hälsa har blivit en självklarhet. Men hur ska vi samarbeta med patienter och närstående i vårdutveckling? I föredraget berättas om hur partnerskap kan se ut i frontlinjeutveckling och förbättring, samt reflektioner om möjligheterna och utmaningarna när man ska involvera patienter på det här sättet.

Innovationsmodellen och Flippen i primärvården

Olof Norin projektet Flippen, SKL och Sara Tunheden, projektet Innovationsmodellen, SKL

Innovationsmodellen

Innovationsguiden är ett metodverktyg för att utveckla innovativa lösningar i offentlig sektor. Metoderna utgår från användarens behov och upplevelser men lyfter också fram medarbetarnas perspektiv på utmaningarna. Processen göra det lättare att fokusera på vad som skapar värde för användaren och att utifrån det fokusera på att lösa ”rätt” problem.

Under 2016 har 10 projektgrupper arbetat med att utveckla innovativa lösningar med stöd av Innovationsguiden. Projektet är finansierat av Vinnova.
Innovationsguiden.se

Flippen i Primärvården

- Flippen är ett projekt som drivs på SKL och som handlar om att stödja arbetet med utveckling i primärvården
- Arbetet sker nu framförallt med utvecklingsenheter på landstingen, men följer även enskilda vårdcentraler
- En studie pågår och handlar om behov och drivkrafter hos våra patienter och belyser likheter och olikheter

Projektet Flippen (”att vända på vården”) stödjer landstingen för en mer personcentrerad och jämlik vård som tar fasta på det invånaren kan och vill göra själv i större utsträckning än idag. Det handlar om att utforma tjänster som passar olika individer och grupper där indelningen inte bara ska utgå från akut/kronisk, diagnos, ålder eller kön, utan även behov och beteenden. För att få mer kunskap om vad som är viktigt för invånarna görs en studie av drivkrafter och personliga preferenser. Delar av resultatet kommer att presenteras i föredraget.

Om SFAM Q

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet inom Svensk förening för allmänmedicin Medlemmar 2016:

Eva Arvidsson	Jönköping	evaarv@gmail.com
Annika Braman Eriksson	Vansbro	annika.braman-eriksson@ltdalarna.se
Hans Brandström	Visby	hans.brandstrom@gotland.se
Stina Gäre Arvidsson	Sundbyberg	stina.gare.arvidsson@gmail.com
Sven Hagnerud	Piteå	sven.hagnerud@nll.se
Lennart Holmquist	Nykvarn	lennart.holmquist@aleris.se
Rita Fernholm	Stockholm	rita.fernholm@gmail.com
Mikael Lilja	Östersund	mikael.lilja@regionjh.se
Ulrika Elmroth, adjungerad från Sfams styrelse	Stockholm	ulrika.elmroth@sfam.se

SFAM Q har som uppgift att stödja primärvårdens förbättringsarbete genom att tillhandahålla bra verktyg och hjälpmedel samt genom att föra fram SFAMs synpunkter inom området. Vi försöker påverka landstingen att ge vårdcentraler stöd i sitt förbättringsarbete genom en återkoppling som är användbar i förbättringsarbete. Vi betonar också att små enheter som vårdcentraler behöver stöd och hjälp för att komma igång med att genomföra förbättringar.

Vi deltar i det nationella arbetet när det gäller kvalitetsarbete och uppföljning av primärvård. Vi både debatterar och samverkar med bland annat SKL och Socialstyrelsen.

Vi rekommenderar att du besöker vår hemsida, gå in på www.sfam.se/foreningen/rad/ och klicka på Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM Q.

Svensk förening för allmänmedicin

Box 503, S-114 11 Stockholm

Tel: +46 8 23 24 05

Fax: +46 8 20 03 35

Besöksadress: Grev Turegatan 10 E, 2 tr