

XII:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Tema:

Kvalitetsförbättring och personcentrerad vård:
Går det att förena?

Torsdagen 26 november 2015

**Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra Kyrkogata 10
Stockholm**

Program och sammanfattningar

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄN MEDICIN

genom SFAM Q
Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet

Innehållsförteckning

1. PROGRAM	3
2. ABSTRAKT	5
2.1 Rätt insats, i rätt tid vid kognitiv svikt.....	5
2.2 Primärvårdsbaserad hälsoinformation till ofrivilligt migrerade	6
2.3 Föreställningar, farhågor och förväntningar – konsultationens hörnstenar.....	7
2.4 Nyupptäckt hypertoni – förbättrat flöde och omhändertagande vid Granlo hälsocentral	9
2.5 Kroniskt Engagerad – ett nationellt designprojekt	10
2.6 Förbättring av spirometrikvalitet genom kvalitetskriterier och utbildning?	11
2.7 Underbehandlas patienter med förmaksflimmer och indikation för antikoagulantia enligt CHA2DS2-VASc på Tranebergs VC?	13
2.8 Handläggning av patienter med långvarig smärta på Östra Vårdcentralen.....	14
2.9 Implementering av arbetsmodell med kontaktsköterska för uppföljning av patienter med depression, ny- eller återinsätta på antidepressiv behandling.....	15
2.10 Osteoporosvård på Gotland.....	16
2.11 ETAPP – Effektivare Triagering Av Psykisk ohälsa i Primärvården.....	17
2.12 Att diskutera patientfall – en enkel och rolig metod att förbättra.....	19
2.13 Allmänmedicinska patienter är särskilt allmänna	20
2.14 Patient som person eller summan av sina data.....	21
2.15 Evidens, praktik och den bedrägliga erfarenheten – om handläggning av luftvägsinfektioner i primärvården	22
2.16 Nationellt system för primärvårdskvalitet (NPK)	24
2.17 Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015.....	26

Program

08:30 – 09:00	Samling med kaffe, te & smörgås		
09:00 – 09:15	SFAMs Kvalitetsråd hälsar välkommen och informerar om programmet		
09:15 – 10:30	Tre parallella sessioner:		
Stora salen 1 tr	Nya grepp för tunga patientgrupper Moderator: Mikael Lilja		
	<p>1. Rätt insats, i rätt tid vid kognitiv svikt</p> <p><i>Stellan Båtsman, Kalix Hälsocentral, Kalix</i></p>	<p>2. Primärvårdsbaserad Multimodal Hälsogrupp för ofrivilligt migrerade</p> <p><i>Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi, Hanna Waldemarsson, City Hälsan Söder och Rehab Öst, Norrköping</i></p>	<p>3. Föreställningar, förväntningar, farhågor – konsultationens hörnstenar</p> <p><i>Eivor Wiking, Mörby Akademiska VC, Stockholm</i></p>
Restaurangen 2 tr	Visst blir det bättre när man kollar hur man gör Moderator: Annika Braman Eriksson		
	<p>4. Nyupptäckt hypertoni-förbättrat flöde och omhändertagande</p> <p><i>Linda Eriksson, Granlo Hälsocentral, Sundsvall</i></p>	<p>5. Kroniskt Engagerade – ett nationellt designprojekt</p> <p><i>Linda Lännerström, VC City, Eskilstuna</i></p>	<p>6. Utvärdering av implementering av kvalitetskriterier och spirometrikörkortsutbildning</p> <p><i>Mats Arne, Primärvårdens FoU-enhet Värmland</i></p>
Klubbrummet 3 tr	Nya handläggningsstöd - gamla diagnoser Moderator: Sven Hagnerud		
	<p>7. Underbehandlas patienter med förmaksflimmer och indikation för antikoagulantia enl CHA2DS2-VASc på Tranebergs VC?</p> <p><i>Åsa Hartzell, Tranebergs VC, Bromma</i></p>	<p>8. Handläggning av patienter med långvarig smärta på Östra VC</p> <p><i>Gizie Mekova, Östra VC, Upplands Väsby</i></p>	<p>9. Implementering av arbetsmodell med kontaktsköterska för uppföljning av patienter med depression ny- eller återinsatta på antidepressiv behandling.</p> <p><i>Karin Lendrup, VC Gripen, Karlstad</i></p>
10:30 – 10:50	Fruktpaus		

<p>10:50 – 12:00 Stora salen</p> <p>Moderator: Hans Brandström</p>	<p>Ny lokal struktur med osteoporoskoordinator för samordning av utredning och behandling av patienter med höftfraktur</p> <p><i>Susanna Althini, ST-läkare, VC Visby Norr</i></p>	<p>ETAPP – Enklare Triagering Av Psykosocial ohälsa i Primärvården</p> <p><i>Anders Johansson. ST-läkare, VC Wisby Söder, Visby</i></p>	<p>Vilka blodprover ska man ta? Att diskutera patientfall - en enkel och rolig metod att förbättra</p> <p><i>Kjell Lindström, Med.Dr, Allmänläkare, Jönköping</i></p>
<p>12:00 - 12.55</p>	<p>Lunch</p>		
<p>12:55 - 13.05</p>	<p>Allmänläkares patienter är särskilt allmänna <i>Olle Hellström, VC Jakobsgårdarna, Borlänge</i></p>		
<p>13:05 – 13:45</p>	<p>Patienten som person eller som summan av sina data <i>Christer Petersson, med.dr, allmänläkare, Växjö</i></p>		
<p>13:45 – 14:30</p>	<p>Evidens, praktik och den bedrägliga erfarenheten – om handläggning av luftvägsinfektioner i primärvården <i>Malin André. Docent, allmänläkare, Uppsala.</i> <i>Katarina Hedin. Med Dr. Distriktsläkare, Växjö</i></p>		
<p>14:30 – 14:50</p>	<p>Kaffe, te och kaka</p>		
<p>14:50 – 15:30</p>	<p>Nationellt system för Primärvårdskvalitet (NPK) <i>Eva Arvidsson, Med. Dr, Allmänläkare, Jönköping</i> <i>Jörgen Månsson, Prof, Allmänläkare, Göteborg</i> <i>Ulrika Elmroth, Allmänläkare, SKL, Stockholm</i> <i>Stina Gäre Arvidsson, ST-läkare VC Kronan/SKL, Stockholm</i></p>		
<p>15:30 – 16:00</p>	<p>Läkarförbundets utvärdering av vårdvalet – bemanning, ekonomi och läkarnas krav <i>Svante Pettersson, utredare, Läkarförbundet</i></p>		
<p>16:00 – 16:15</p>	<p>Utmärkelsen bästa projekt. Avslutning</p>		

Rätt insats, i rätt tid vid kognitiv svikt

Stellan Båtsman, Kalix Hälsocentral, Kalix

Bakgrund

2008 genomfördes en screening av 652 patienter på som vårdades vid medicinkliniken Malmö Allmänna Sjukhus, av dessa hade 61,7 % icke diagnostiserad kognitiv svikt. Likartad screening utfördes även vid en vårdcentral där man upptäckte att 28,9 % hade icke diagnostiserad kognitiv svikt. Målgruppen var patienter > 60 år som besökt akutmottagningen i Kalix mer än 2 ggr samma kvartal. I de fall besöksorsaken var oklar eller att det klart framgick att det fanns kognitiv svikt kontaktades respektive vårdcentral för närmare utredning. 6 vårdcentraler deltog i projektet

Syfte

Produktmål: Öka kunskapen och skapa rutiner omkring utredning och behandling och uppföljning av patienter med demenssjukdom, öka kunskapen om hur man identifierar patienter med kognitiv svikt bland mångbesökarna på akuten.

Effekt mål: Minska antalet högfrekventa besök hos patienter > 60 år och kognitiv svikt genom att utreda och ta hand om dessa inom primärvård i samråd med kommunen

Metod och resultat

Ett stort antal journaler granskades, likaså fann man ett flertal journaler där ytterligare utredning krävdes, totalt 81 patienter blev föremål för handledd utredning för att kunna implementera en strukturerad multimodal utredningsgång, av dessa hade 28 redan utretts med MMT, varav endast fyra blivit föremål för behandling. Den vårdcentral där det ej fanns någon mångbesökare med icke redan identifierad kognitiv svikt och som hade flest med behandling för Alzheimers sjukdom var 22% mångbesökare jämfört med de övriga som hade 38-42 % mångbesökare.

Tiden för projektet räckte inte till för att göra uppföljning av resultat, inget stöd fanns vid utformning av projektet så att man mätte rätt saker, Tveksamt intresse hos två vårdcentraler. Inget intresse från ledning att utöka tiden för att kunna följa de insatser som gjordes. Den arbetsterapeut som hade tjänstledigt för att driva detta blev ej föremål för att ta del av det lokala varvet varför hennes lön blev lägre än kollegornas.

Primärvårdsbaserad hälsoinformation till ofrivilligt migrerade

Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi, Hanna Waldemarsson, City Hälsan Söder och Rehab Öst, Norrköping

Bakgrund

Människor som tvingas lämna sitt land är en utsatt grupp. De lever ofta under stress orsakad av en mängd faktorer, vilka sammantaget leder till sämre hälsa. För vårdpersonal innebär det speciella krav på bemötande och kommunikation när det gäller att överbrygga kulturella perspektiv på hälsa respektive ohälsa. Det finns behov av att inom hälso- och sjukvård utveckla nya arbets- och behandlingsformer för att kunna ge god vård på lika villkor till ofrivilligt migrerade.

Syfte

Syftet med studien var att utvärdera om Hälsoinformation i grupp påverkar vårdkonsumtion och rörelsekaraktär hos ofrivilligt migrerade personer.

Metod

Studiedesignen var en interventionsstudie med före- och eftermätning. Utvärderingsvariabler var vårdkonsumtion dvs antal vårdkontakter, tre månader före och tre månader efter Hälsogrupp, samt rörelsekaraktär enligt Body Awareness Scale, Movement Quality före och efter Hälsogrupp.

Inklusion: Samtliga vårdgivare inom Närsjukvården Östra länsdelen, Östergötland kunde remittera patienter, 18-65 år till hälsogrupp. Efter ett kartläggnings- och bedömningsamtal med sjuksköterska erbjöds patienten att delta. Sjukgymnast skattade rörelsekaraktär enligt BAS MQ. När 8-15 personer av samma kön och språkgrupp inkluderats startade en hälsogrupp, totalt 7 grupper.

Genomförande: Gruppen träffades en gång per vecka å tre timmar under en nio veckors period, tillsammans med tolk. Fasta tema ligger till grund för diskussioner och genomförande. Temana berörde bl. a. flyktingprocessen, kost, hälsa och motion. Ett multimodalt team med sjuksköterska, sjukgymnast, psykolog, läkare och dietist medverkade. Varje grupptillfälle inleddes med träning i Basal Kroppskännet.

Resultat

Resultatet visade att sjukvårdskonsumtionen sjönk från 4.7 besök under tre månader före interventionen till 2,2 tre månader efter, vilket var statistiskt signifikant ($p=0,0001$).

Resultatet visade också att samtliga tre mått på rörelsekaraktär förbättrades signifikant, stabilitet; $p<0,0001$, koordination $p<0,0001$ och närvaro; $p=0,003$.

Slutsats

Studien visade att hälsogrupper kan minska vårdkonsumtionen och förbättra rörelsekaraktären. Det finns ett behov av riktade insatser med helhetssyn inom sjukvården till ofrivilligt migrerade som komplement eller alternativ till traditionell behandling. Kostnaden för insatsen är beräknat låg då resurser i vården frigörs. Spinn off effekter är att, det multimodala teamets omvärldskunskaper ökar vilket utvecklar den professionella kompetensen. Personalens intresse och förståelse för målgruppen har ökat, vilket synliggjorts genom intresset att auskultera vid grupptillfällena.

Föreställningar, farhågor och förväntningar-konsultationens hörnstenar

- en kvantitativ och kvalitativ studie i primärvården i Sverige

Eivor Wiking, MD, PhD, TK, Distr läk, Mörby Akademiska Vårdcentral, Danderyd

Bakgrund

Internationellt finns beskrivet betydelsen av patienters ”ICE”, dvs. ”intentions/ideas, concerns and expectations” när man ska utvärdera given vård. Bland annat kan läkemedelsförskrivningen minska om patientens oro och förväntningar klarläggs vid läkarbesök. I Sverige använder vi ibland föreställningar, farhågor och förväntningar (FFF) för att markera betydelsen av en patientcentrerad vård. Konsultationer bedrivs inom primärvården idag bl.a. hos distriktsläkare, distriktssköterska och fysioterapeut. Den enskilda patientens upplevelse av konsultationen finns inte dokumenterat specifikt utifrån ovanstående indikatorer i relation till hur vårdgivarens agenda med intentioner, koncept och förväntan ser ut. En bra konsultation ska ju innebära både en nöjd vårdtagare och en nöjd vårdgivare. Patientens nöjdhet kan kopplas till erfarenheter som gjorts vid konsultationen. För att kunna ge en säker och god värdebaserad vård krävs ytterligare fakta kring hur både patientens och vårdgivarens agenda ser ut, där just kartläggning av FFF kan tydliggöra var förbättringspotentialer för vårdpersonalens omhändertagande finns.

Syfte och frågeställning

Övergripande syfte och frågeställning med detta projekt är att inventera och kartlägga FFF som patienten har kring sina symtom och som framkommit mer eller mindre vid konsultationen.

Delsyfte 1: kan patientens nöjdhet kopplas till FFF?

Delsyfte 2: kan personalens nöjdhet kopplas till deras och/eller patientens FFF?

Metod

Genom enkäter till och intervjuer av patienter (pat), distriktsläkare (dl), distriktssköterskor (dsk) och fysioterapeuter (fys ter) pågår nu sedan hösten 2014 ett forskningsprojekt vid Mörby Akademiska Vårdcentral (MAV). Projektet har planerats i en projektgrupp. Genom en mindre pilotstudie på MAV har erfarenheter vunnits och 9 vårdcentraler/rehabmottagningar har kopplats in på insamlandet av enkäter under våren 2015. Hittills har 502 enkätsvar inkommit (256 pat, 140 dl, 76 dsk, 30 fys ter). Insamlingen avslutas 150930. Statistisk analys med STATA samt innehållsanalys kommer att användas för de kvantitativa respektive kvalitativa delarna av studien. När enkätmaterialen är insamlade och analyserade planeras semistrukturerade intervjuer med bandupptagning hösten 2016 för att närmare penetrera frågeställningarna. En sammanställning av resultaten med författande av artiklar för publicering i internationella tidskrifter planeras också. För att säkerställa anonymitet och bevara integritet hos informanterna används kodning av enkäter och intervjuer. Etikansökan är godkänd.

- Delprojekt 1: En kvantitativ studie med enkäter till patienter, distriktsläkare, distriktssköterskor och fysioterapeuter som arbetar på vårdcentral.

- Delprojekt 2: En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer av ett begränsat antal patienter, läkare, distriktssköterskor och fysioterapeuter som arbetar på vårdcentral.

Betydelse för hälso- och sjukvården

Mot bakgrund av resultaten kan utbildning av och handledning för personal genomföras för att förbättra konsultationens kvalitet och öka patientens och vårdgivarens nöjdhet.

Vi förväntar oss att vinsterna på sikt med detta projekts genomförande kan bli

- att risken för missförstånd vid konsultation kan minska

- att vårdpersonalens professionalitet i konsultationsmetodik kan öka

- att patienten kan få mer nytta av och känna trygghet i vården, vilket ökar nöjdheten

- att vården kan bli mer informativt och pedagogiskt anpassad utifrån patientens kulturella bakgrund
- att minska risken för missnöje och utbrändhet hos vårdtagare och vårdgivare
- att beställarna av vård kan få bättre instrument att följa upp verksamheten på
- att vården kan bli mer kostnadseffektiv, vilket innebär färre läkarbesök p.g.a. bättre förståelse för patientens egentliga problem, förutsatt optimal konsultationstid
- att läkemedelsförskrivningen kan minska.

Nyupptäckt hypertoni - förbättrat flöde och omhändertagande vid Granlo hälsocentral

Linda Eriksson, Granlo Hälsocentral, Sundsvall

Bakgrund

Flera personalkategorier på hälsocentralen upplever frustration kring omhändertagandet av patienter med nyupptäckt högt blodtryck. Läkarnas mottagningstider är en bristvara (flaskhals) och läkarnas administrativa uppgifter är större än den tid som finns avsatt. Det stora antalet vårdkontakter per vecka rörande blodtryck (95st/v) kräver en bra arbetsprocess.

Syfte

Att studera vårdflödet för blodtryckspatienter samt förbättra vårdkvalitén och öka den värdeskapande tiden för våra patienter.

Metod

En värdeflödeskarta (swimlane) är det enklaste sättet att visa nuvarande och framtida situation hos en verksamhet. Den åskådliggör övergångarna mellan olika yrkeskategorier tydligt. Dessa övergångar är ofta en källa till slöseri. Även en tjänstedesignstudie genomfördes tillsammans med Landstingets forsknings- och utvecklingsavdelning (FOU). Det innebär att användarna av en tjänst är med och utvecklar den i samverkan med den som erbjuder tjänsten. Fem patienter med uppmätt högt blodtryck fick föra dagbok under några månader för att fånga reflektioner, tankar och synpunkter. En sammanställning skapades av FOU och en gruppträff tillsammans med studiepatienterna genomfördes.

Resultat

Patientens väg från första till sista kontakt är lång och slingrig med upprepade perioder av väntan. I början av vårdkedjan dubbelarbetar läkare och distriktssköterska. Värdeflödet bör förläggas närmare patienten med färre personalkategorier inblandade åt gången.

Förbättringsområde 1: Ett styrdokument utformas så att distriktssköterskan kan arbeta mer självständigt. Vården flyttas närmare patienten och administrationen för läkaren minskar

Förbättringsområde 2: Egenregistrerad ankomst i receptionen. *Förbättringsområde 3:* En brevmall i journalsystemet som förenklar administrationen för läkaren och sekreteraren.

Tiden för brevet att lämna hälsocentralen minskar och patienten får brevet fortare.

Förbättringsområde 4: Uppdatera vårdcentralens hälsorum för egenkontroll av blodtrycket.

Två digitala blodtrycksmätare köps in som kan användas vid kortare hemlån. Valfriheten ökar för patienten med flera olika möjligheter till blodtrycksmätning. Mottagningstider frigörs hos distriktssköterskorna.

Förbättringsområde 5: Ett dokument för standardiserad uppföljning av hypertoni-patienterna skapas. Eftersom läkarnas mottagningstider är en flaskhals (bristvara) i vården sköts hypertoni-kontrollen vartannat år av distriktssköterska.

Slutsatser och konsekvenser

Genom enkla åtgärder till låg kostnad har vi minskat slöserierna och ökat valfriheten för våra patienter. Detta har skett med ett standardiserat arbetssätt på rätt vårdnivå med en ökad medicinsk kvalitet.

Externa finansiärer

Projektet är finansierat med hjälp av projektpengar från VårdVal Västernorrland.

Publicerat

Delvis publicerat som ett arbete i Högskolekursen Introduktion till LEAN via LTU.

Kroniskt Engagerad – ett nationellt designprojekt

*Linda Lännerström, kvalitetssamordnare, vårdcentralen City, Eskilstuna
Inger Eng, enhetschef, vårdcentralen Kronoparken, Karlstad.*

Bakgrund

Projektet, som finansierades av Socialdepartementet, genomfördes under hösten 2014 i samverkan mellan Landstingen i Sörmland och Värmland och personal och patienter vid vårdcentralerna City Eskilstuna respektive Kronoparken i Karlstad. Projektet är en del av Landstinget Sörmlands satsning på personcentrerad vård för att nå visionen Sveriges friskaste län år 2025.

Syfte

Att genom tjänsteinnovation med hjälp av designmetodik skapa goda exempel på hur vården av patienter med kroniska sjukdomar kan bedrivas med en högre grad av medskapande för radikalt förbättrad vård, följsamhet till nationella riktlinjer och tidig upptäckt.

Metod

Patienternas och deras närståendes behov har varit utgångspunkt för projektet genom användandet av tjänstedesignmetod. Designmetod utgår från fem metodsteg som är förbereda, fånga, förstå, förbättra och förnya. Ett tvärprofessionellt team med både patienter och personal inrättades på vårdcentralerna, intervjuer, workshop och film har gjorts. Vårdcentralen City valde att fokusera på personer med KOL och vårdcentralen Kronoparken på kronisk smärta. Material från intervjuer och workshops var grunden för de förbättringsförslag som framkom. Hela personalgruppen och även inbjudna personer med KOL/kronisk smärta fick prioritera bland förbättringsförslagen. Utifrån prioriteringarna togs fem prototyper fram.

Resultat

Besökshjälpen Ett formulär för att öka patientens delaktighet där patienten kan fylla i hur de känner inför besöket på vårdcentralen, om de vill att mötet på vårdcentralen ska leda till något specifikt. Utrymme finns för att fylla i plan/vårdöverenskommelse.

Behandlingsguiden: En folder som sammanfattar information runt sjukdomen. Innehåller kortfattade beskrivningar av vilka behandlingar vårdcentralen kan erbjuda och vilka personer som kan vara ett stöd i behandling, vad man gör vid försämring, vad man kan göra själv för att må bättre, information till anhöriga samt telefonnummer till presenterade stödfunktioner.

Samtalshjälpen (samtalskortlek): En kortlek som kan användas vid samtal runt sjukdomen. Patienten väljer ett kort att prata om i samband med besöket.

KOL/smärt-dagen: En eftermiddag dit vårdcentralens patienter, anhöriga och övriga intresserade blir inbjudna till föreläsning om sjukdomen. Det ges också tillfälle för patienter att träffa varandra samt att ställa frågor till personalen över en fika.

Smärtsjuksköterska: En sjuksköterska som kommer att ringa upp patienter som har behov av rådgivning gällande smärta. Sjuksköterskan är kopplad till livsstilsmottagningen där patienten kan boka tid.

Slutsatser & Konsekvenser

Personal som varit delaktiga i projektet känner att deras förutsättningar att använda patienter och deras närstående som en kontinuerlig resurs i vården ökat. Patienterna har ingått som en resurs i förbättringsteamet, vilket varit mycket positivt. Förbättringsförslagen som tagits fram har utgått från patienternas upplevelser av vården och inte från organisationens idéer om förbättring vilket var ett nytt angreppssätt. Personalen uppfattar att de har fått lära sig en ny metod (tjänstedesign) för förbättringsarbete. Samverkan mellan landstingen har gett ytterligare kunskap i hur det är att leva med kroniska sjukdomar och att lära av varandras arbetsätt.

Förbättring av spirometrikvalitet genom kvalitetskriterier och utbildning?

Mats Arne, forskningsledare, med dr, Primärvårdens FoU-enhet, Landstinget i Värmland

mats.arne@liv.se

Bakgrund

Spirometri är en viktig och vanlig undersökning vid utredning och diagnostik av luftvägsbesvär. För att korrekt bekräfta exempelvis KOL-diagnos ska spirometrin utföras enligt riktlinjer och ha god kvalitet.

Syfte

Att undersöka kvalitet på spirometriundersökningar i Landstinget i Värmland före och efter implementering av kvalitetsindikatorer och spirometriörkursutbildning. Frågeställningar:

- I vilken omfattning uppfyller spirometriundersökningar definierade kvalitetskriterier för utförande?
- Förändras kvalitet efter implementering av kvalitetsindikatorer och spirometriörkursutbildning?

Metod

För att undersöka kvalitet på spirometriundersökningar granskades retrospektivt spirometridata från 2009-02-01 till 2011-01-31 (period I). Urval utgjordes av samtliga spirometrier under perioden, där mätningar både före och efter bronkdilatation utförts på patient, 18 år eller äldre. Kvalitetsindikatorer som kunde granskas i central databas var:

- 1) **startkriteriet** "back extrapolated volume" (BEV) $<0,15$ L,
- 2) forcerad expiratorisk tid (FET) för **slutet av utandningen**, ≥ 6 sek,
- 3) **repeaterbarhet** (skillnad mellan högsta och näst högsta värdet av 3A) forcerad expiratorisk volym på första sekunden (FEV₁) och 3B) forcerad vitalkapacitet (FVC)) $\leq 0,15$ L.

Intervention utgjordes av lansering av nämnda kvalitetsindikatorer via presentation på två nätverksträffar för astma/KOLsjuksköterskor (operatörer) och läkare, samt publicering av styrande dokument i form av checklista via nätverkets hemsida från 2013-01-01. Från maj 2011 och framåt genomfördes parallellt tvådagarsutbildningar enligt konceptet för spirometriörkurs. Under kalenderåret 2014 (period II) följdes samma kvalitetsindikatorer som under den första tvåårsperioden (period I).

Resultat

Totalt hade 74 operatörer varit aktiva under perioderna. Under period I utfördes 2 903 spirometrier och under period II; 1 249 spirometrier av de 18 operatörer, som genomfört

minst fem spirometrier per år under **båda** perioderna. Förändring av andel uppfyllda kvalitetsindikatorer från period I till period II för dessa: 1) **start**; BEV: 86,2% till 87,8% (+1,6%), 2) **slutet** av utandning; FET: 65,6% till 74,0% (+8,4%), 3A) **repeterbarhet**; FEV₁: 88,9% till 92,9% (+4,0%) 3B) FVC: 78,6% till 82,2% (+3,6%).

Slutsatser och konsekvenser

Andel uppfyllda kvalitetsindikatorer varierade, med störst skillnad mellan perioderna för FET, ”mer än sex sekunders utandning”, som ökade med drygt åtta procent. Ej fullständig utandning påverkar kvoten FEV₁/FVC, som kan bli falskt för hög och därmed göra att exempelvis KOL-diagnos förbises. För att göra spirometri effektivt borde mätningarna göras med bra kvalitet redan från början och därmed undvika att göra mätningar i onödan. Kvalitetsindikatorerna kan här vara ett stöd.

Fortsättning

Mellan de studerade perioderna förbättrades indikatorerna och det vore intressant att undersöka om ytterligare förbättring kan nås genom individuell feedback på operatörsnivå, vilket planeras. Även komplettering med öppen redovisning på enhetsnivå skulle kunna göras.

Externa finansiärer

Inga

Publicerat

Delresultat som abstract, European Respiratory Society, Wien 2012, Medicinska Riksstämman 2012

Underbehandlas patienter med förmaksflimmer och indikation för antikoagulantia enligt CHA2DS2-VASc på Tranebergs VC?

Åsa Hartzell, ST-läkare i allmänmedicin, Tranebergs Vårdcentral, Bromma

Bakgrund

Förmaksflimmer (FF) är den vanligaste rytmrubbningen hos den vuxna befolkningen med en känd prevalens av 2,9%. Obehandlat FF medför en femfaldig ökad risk att drabbas av stroke. För att förebygga stroke hos patienter med FF rekommenderas att behandling ges med antikoagulantia. För att bedöma om en patient har indikation för antikoagulantia görs en riskbedömning enligt CHA2DS2-VASc. Innan en eventuell insättning av antikoagulantia bör även en blödningsriskbedömning genomföras, enligt HAS-BLED score. Vitamin-K antagonisten Warfarin (Waran) är ett klassiskt antikoagulantia som länge har varit förstahandsalternativ som behandling av strokeprevention hos patienter med FF. Flera nya orala antikoagulantia (NOAK) har utvecklats på senare år som ett alternativ till Warfarin. Flera studier visar på underdiagnostisering och underbehandling av FF

Syfte

Syftet var att undersöka hur väl vi diagnostiserade och behandlade våra patienter med FF på Tranebergs Vårdcentral (VC) under 2013.

Metod

Studien är retrospektiv kvantitativ journalbaserad tvärsnittsstudie av patienter med diagnosen FF. Data samlades in genom journalsökning i rapportgeneratorm MEDRAVE 4 i journalsystemet Take Care på Tranebergs vårdcentral. Prevalens beräknades utifrån antal listade patienter. Kohorten delades in i patienter som stod på antikoagulantia; Warfarin eller nya orala antikoagulantia (NOAK), och de som inte gjorde det. Journaler från de patienter som ej stod på antikoagulantia granskades avseende annan behandling, motivering till varför man avstått från antikoagulantia och om man använt sig av CHADS2/CHA2DS2-VASc score i bedömningen.

Resultat

Tranebergs VC hade en lägre prevalens för FF; 1,6%, än landet i stort; 2,9%. Men jämförbar med primärvården i Stockholm Läns Landsting (SLL); 1,8%. Medelåldern för patienterna med FF (n=344) var 77,77 år (SD 10,02). Av 344 patienter med FF stod 83% på antikoagulantia, vilket väl uppfyller SFAMs kvalitetsindikator (>70%). Tittade man på vilken antikoagulantia patienterna stod på visade det sig att 78,4% stod på Waran (n=270) och 4,4% (n=15) stod på NOAK det vill säga Pradaxa, Equilis eller Xarelto. 17,2% (n=59) stod på annan behandling. Även om man tar hänsyn till ålder är det fler män än kvinnor, med stigande ålder, som behandlas med antikoagulantia, en trend som går åt motsatt håll än förväntat med tanke på att kvinnor får en poäng för sitt kön i CHA2DS2-VASc score. Av 59 patienter som inte stod på antikoagulantia gick 7 obehandlade. 76% av patienterna som inte stod på antikoagulantia hade orsaken angivet i journalen och 19% hade CHADS2/CHA2DS2-VASc angivet.

Slutsatser och konsekvenser

Tranebergs VC hade en lägre andel patienter med FF än övriga landet, men jämförbar med primärvården i SLL. Vi var bra på att behandla våra patienter med FF men kan bli bättre på behandla våra äldre patienter med FF, i synnerhet kvinnorna. Vi borde använda oss mer av CHA2DS2-VASc score i våra bedömningar om antikoagulantia ska sättas in eller inte. 19 patienter med FF identifierades som otillräckligt behandlade och kommer att kallas för förnyad bedömning avseende antikoagulantia.

Externa finansiärer Inga

Publicerat APC/Cefam hemsida:

<http://www.cefam.se/projekt?view=project&id=323&layout=default>

Handläggning av patienter med långvarig smärta på Östra Vårdcentralen

Gizie Mekova, ST-läkare i allmänmedicin, Östra vårdcentralen Upplands Väsby

Bakgrund

Långvarig smärta (varaktighet längre än tre månader) är ett stort problem i primärvården och handläggning av dessa patienter upplevs ofta svår. Mekanismgrundad smärtklassifikation har betydelse framför allt för val av rätt behandling.

Syfte

Att utreda handläggning av patienter med långvarig smärta avseende smärtklassifikation och val av läkemedelsbehandling vid Östra Vårdcentralen (ÖVC)

Metod

En kvantitativ, deskriptiv, retrospektiv journalstudie av vuxna patienter som sökt ÖVC med långvarig smärta under perioden 2012-05-01 – 2013-04-31, och som fått någon av diagnoserna (enligt ICD-10-P) R52.9 (Smärta och värk, ospecificerad), M25.5 (Ledvärk) eller M54.9P (Ryggvärk). Journaler identifierades via dataprogrammet Intelligens och genomlästes manuellt i slumpmässig ordning tills 100 patienter inkluderats. Ålder, kön, smärtklassifikation och förskrivna läkemedel registrerades. Skillnader i andel som förskrivits opioider i olika ålders- och smärtklassifikationsgrupper jämfördes med Chi 2- respektive Fishertest.

Resultat

Smärtklassifikation fanns direkt eller indirekt angivet hos 90 %, med en stark övervikt av indirekta beskrivningar och diagnoser, snarare än direkt uttalade klassifikationer. Nociceptiv smärta var vanligast förekommande (64 %). NSAID var den vanligast förskrivna läkemedelsgruppen oavsett ålder. Opioider var den tredje vanligast förskrivna läkemedelsgruppen. Det fanns ingen signifikant skillnad i opioidbehandling mellan åldersgrupper och grupperna där nociceptiv respektive idiopatisk smärtklassifikation angivits.

Slutsatser och konsekvenser

Smärtklassifikation av patienter med långvarig smärta på ÖVC skedde primärt utifrån symptombeskrivande diagnoser och sällan utifrån uttalad smärtklassifikation av typen nociceptiv, neuropatisk, psykogen, idiopatisk eller blandad smärta. Förskrivningsmönster i olika grupper kan peka på bristande kunskap om behandlingsrekommendationer. Handläggning av patienter med långvarig smärta avseende smärtklassifikation och val av läkemedelsbehandling behöver förbättras.

Externa finansiärer

Inga

Publicerat

Nej

Implementering av arbetsmodell med kontaktsköterska för uppföljning av patienter med depression, ny- eller återinsatta på antidepressiv behandling.

Karin Lendrup, ST-läkare i allmänmedicin, Vårdcentralen Gripen, Karlstad

Bakgrund

I SBU-rapporten "Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvård" 2012 dras slutsatsen att införandet av en "care manager" – en särskilt utsedd person med ansvar för depressionspatienter - i signifikant grad minskar patienternas symptomvärda samt signifikant ökar följsamheten till behandlingsriktlinjer.

Syfte

Förbättrat omhändertagande av patienter med mild till måttlig depression, ny- eller återinsatt på antidepressiv behandling.

Metod

Vi provade metoden med care manager (översatt till kontaktsköterska) i projektform på Vårdcentralen Gripen i Karlstad. En algoritm för uppföljning av patienter som ny- eller återinsatts på antidepressiv behandling utarbetades. Den 22 veckor långa uppföljningsalgoritmen utgick från lokala och nationella riktlinjer samt bakgrundsstudier till SBU-rapporten. Behandlingseffekt utvärderades genom skattning med MADRS-S vid fyra bestämda tidpunkter. Jämförande patientmaterial utgjordes av vetenskaplig litteratur kring behandlingseffekt med antidepressiva läkemedel i primärvårdsmiljö.

Resultat

19 patienter inkluderades vilket var färre än de förväntade 30. Sju patienter fullföljde hela algoritmen. Två av dessa patienter (29 procent) uppvisade respons vid 10 veckor. Fem av patienterna (71 procent) uppnådde respons inom projektiden (22 veckor). Medeltal för MADRS-S för fullföljande patienter var 24 poäng vid behandlingsstart. Den genomsnittliga poängreduktionen var 14 poäng och vid avslutad algoritm var medeltalet 10 poäng.

Slutsatser och konsekvenser

Resultatet jämfördes med en metaanalys där 63 procent av patienterna uppnådde respons efter 6-8 veckor. Säkra slutsatser kan inte dras utifrån det begränsade patientmaterialet i projektet men det utgör en grund för fortsatt arbete. Sammanfattningsvis verkar en alltför strikt algoritm vara svår att följa i klinisk vardag. Att implementera ett nytt arbetssätt tar även längre tid än vad det ursprungliga projektet hade för tidsramar. Arbetssättet har dock fortgått då vi trots allt uppfattat att det har potential. Fler patienter hänvisas till kontaktsköterskan och uppskattningsvis faller fler av dem in under inklusionskriterierna. Eventuellt blir arbetsmodellen permanentad.

Externa finansiärer

Inga

Publicerat

Nej

Osteoporosvård på Gotland

-Ny lokal struktur med riktad screening och osteoporoskoordinator för samordning av utredning och behandling av patienter med höftfraktur.

Susanna Althini, St-läkare på Vårdcentralen Visby Norr.

Syfte

Att förbättra vården för osteoporotiker på Gotland, genom att fånga upp, utreda och behandla de som får nya fragilitetsfrakturer och dessutom uppmärksamma och erbjuda patienter som tidigare haft fragilitetsfraktur, men ej fått uppföljning avseende osteoporos, en möjlighet till utredning via primärvården.

Bakgrund

Enligt statens kommuner och landstings (SKL's) "Öppna jämförelser" 2013 var Gotland sämst i landet på att förskriva sekundärprofylax mot osteoporos. Det kan tänkas bero på ineffektiva rutiner för osteoporoshandläggning vilket sannolikt lett till att många patienter gått utan behandling. Därför prioriterades osteoporos av Hälso- och sjukvårdsledningen på Gotland och flera olika satsningar har drivits parallellt.

Metod

Under 2014 då ett nytt regionalt vårdprogram för osteoporos utarbetades på Gotland genomförde vi förbättringsarbetet på vårdcentralen Visby Norr, med målet att tidigare obehandlade osteoporotiker skulle identifieras och erbjudas utredning och behandling. Vårt motto var: tänk osteoporos! Under sju månader från nov2013 genomfördes en riktad screening av patienter 65+ som sökte på vårdcentralen och som uppfyllde kriterier baserade på riskfaktorer. De bedömdes med WHO's riskskattningsverktyg FRAX av undersköterskor på lab samt vid sköterske- och läkarbesök. Vi följde antal FRAX, träffsäkerhet mätt som andel patienter som hade hög risk för osteoporosfrakturer och därmed skulle utredas vidare.

Resultat

Under projekttiden FRAXades ca70 patienter. Ca70% hade en FRAX-risk som motiverade fortsatt utredning. Cirka hälften av patienterna hade haft minst en fragilitetsfraktur tidigare. Resultaten bidrog till utformandet av lokalt vårdprogram för Region Gotland.

Slutsatser

Efter projekttiden har vi formulerat om våra kriterier och vänder oss främst till patienter, som har haft fragilitetsfrakturer men inte blivit utredda för osteoporos. De uppmuntras av andra vårdinstanser att vända sig till sin vårdcentral för att få en bedömning. De blir då bokade till en undersköterska som gör FRAX och vidarebefordrar resultatet till patientens doktor i de fall det finns anledning att fortsätta utredningen, vilket då görs enligt vårdprogrammet.

En osteoporosmottagning, knuten till ortopedkliniken på Visby lasarett inrättades 1 sept 2014. En koordinator har som uppgift att fånga upp och samordna insatserna kring patienter med aktuella fragilitetsfrakturer. Patienter kallas efter genomgången FRAX och DXA till ett läkarbesök på osteoporosmottagningen för information om sjukdomen och diskussion om lämplig behandling. Verksamhetsuppföljningen visar att under första året har koordinatör registrerat alla patienter med relevanta frakturer.

Externa finansierare: Nej

Publicerat: Nej

ETAPP – Effektivare Triagering Av Psykisk ohälsa i Primärvården

Anders Johansson , ST-läkare i Allmänmedicin, Vårdcentralen Wisby söder, Region Gotland,

Bakgrund

Långa väntetider till samtalsbehandling vid ångest och depression ledde till att patienter med psykisk ohälsa ofta försämrades i sitt tillstånd och funktion i väntan på rehabilitering. Åtgärder under väntetiden som sjukskrivning och läkemedel snarast befäste sjukdomstillståndet och motverkade återhämtning och rehabilitering. De långa väntetiderna medförde i sin tur att det inte gick att prioritera patienter i ett tidigt skede som oftast är de patienterna som är enklast och effektivast att rehabilitera. Detta har också bekräftats i utvärderingen av rehabgarantin där det tydligt framgår att det lönar sig bäst om terapi kan erbjudas innan sjukskrivning blir aktuell.

Syfte

Syftet med arbetet var att effektivisera primärvårdens arbete för att förebygga och rehabilitera psykisk ohälsa. Målet var att uppnå snabbare handläggningstider och få patienterna till effektiv rehabilitering tidigare med minskade sjuktal som följd. Samtidigt ville vi uppnå en bättre tillfredsställelse och arbetsmiljö för personalen.

Metod

Arbetet påbörjades som en kurs i systematiskt förbättringsarbete inom Region Gotland. Teamet bestod av ST-läkare (projektansvarig), enhetschef, sjuksköterska och KBT-terapeut. I enlighet med arbetsmodellen för systematiskt förbättringsarbete utformades en triageringsmanual för telefonsköterska. Patienterna direktbokades enligt manualen direkt till KBT-terapeut istället för läkare som tidigare. Parallellt utprovades en modell för ett första omhändertagande hos KBT-terapeut vilket landade i att erbjuda mellan 1 till 3 bedömningssamtal á 45 minuter. Om patienterna behövde en längre behandling sattes de upp på kö för detta. För att fånga upp fall som krävde medicinsk utredning, läkemedelsbehandling eller eventuella sjukintyg avsattes tid 1 gång i veckan mellan en läkare och beteendevetarna. Mål för maximal väntetid från första kontakt per telefon till ett första besök sattes 2 veckor, vilket aldrig överskreds under försöksperioden. För att utvärdera arbetet innan breddinförande på vårdcentralen gjordes en retrospektiv journalgranskning där de patienter som handlades enligt tidigare rutin under testperioden i efterhand ”triagerades” enligt manualen och därmed utgjorde kontrollgrupp. Slutligen gjordes en jämförelse mellan sjukskrivningstalen för hela perioden i försöks- och kontrollgrupp genom journalgranskning. Utöver detta genomfördes en patientenkät för att jämföra resultatet med tidigare enkäter.

Resultat

Andelen patienter som någon gång under perioden var sjukskrivna i den direktbokade gruppen var nästan 80% lägre än i kontrollgruppen, och andelen heltidssjukskrivningar var nästan 90% lägre. Mer än hälften av patienterna bedömdes färdigbehandlade på 1-3 samtal medan omkring 20% sattes på väntelista för en längre behandling. Patientnöjdheten är lika stor som tidigare enligt enkätsvar. Personalenkäter har visat på mindre frustration i arbete med den berörda patientgruppen.

Slutsatser och konsekvenser

Den kortare väntetiden har inneburit effektivare behandlingar då patienterna fångas upp tidigare, innan de psykiska symtomen har påverkat funktionen i samma. Sjukskrivning och läkemedelsbehandling används mer selekterat vilket minskar dessa åtgärders sjukdomsförstärkande effekter och biverkningar. För läkarna har det blivit lättare att göra bedömningar när frågeställningen ofta blir mer fokuserad under en pågående behandling. Detta innebär att det är lättare att ta ställning till och utvärdera behandlingsinsatser som läkemedel eller sjukskrivning.

Arbetsättet har inneburit att vi i högre grad använder kompetensen bättre hos varje enskild medarbetare och minimerar dubbelarbete med framförallt bedömningar och långsamma rutiner som internremitter. Telefonsköterskorna har i högre grad göra en fördjupad bedömning på telefon vilket har stärkt deras roll.

Externa finansiärer: Ingen extern finansiering har förekommit.

Publicerat: Arbetet och resultaten är ej publicerade.

Att diskutera patientfall - en enkel och rolig metod att förbättra

Kjell Lindström, distriktsläkare Jönköping

Bakgrund

Ett successivt växande sortiment av lab-prover med en allt bättre kvalitet är en stor tillgång vid utredningar och kontroller av olika patientgrupper. Denna utveckling leder naturligtvis också till att kostnaderna ökar så sakta. Inom landstingets vårdcentraler i Jönköpings län har lab-kostnaderna ökat med 3-4% per år de senaste åren och lab-kostnaden per läkarbesök var 220 kr 2014.

Variationen i antal beställda lab-prover är stor mellan vårdcentraler och framförallt mellan olika läkare. De läkare som ordinerar minst lab-prover ligger på c:a 50 kr per läkarbesök jämfört med c:a 300 kr per läkarbesök för de som tar mest. Detta beror delvis på att man har olika patienter men kanske framförallt på att vi läkare gör olika. Det finns stora skillnader mellan läkare både när man beställer ”kontrollprover” och när man gör utredningar. Vissa läkare ”passar på” att ta olika prover när man ”ändå sticker patienten”. Prover som t.ex. blodstatus och kreatinin beställs frekvent när man ändå tar andra prover. Andra läkare är mer eftertänksamma och genomför utredningar i flera steg istället för att ta allt direkt. Det saknas till stor del evidens och konsensus om vilka prover som bör tas vid olika utredningar och kontroller.

Metod

Detta arbetsmaterial har tagits fram med hjälp av att diskutera ett 20-tal patientfall vid 4 vårdcentraler och dokumentera hur diskussionerna förts. Dessutom har samma patientfall bedömts av några ”experter”. Syftet med häftet är att man på sin egen vårdcentral på läkarmöten skall kunna diskutera hur man ”laborerar rätt och lagom” i ett antal konkreta patientfall och då ha stöd av hur andra vårdcentraler gör och av råd från experter. Börja med att diskutera ett patientfall. Hur skulle ni göra? Notera detta under patientfallet. Använd sedan de 4 vårdcentralernas förslag, konsensus-sammanställningen och experternas synpunkter för att ytterligare fördjupa diskussionen.

Resultat

Uppföljning sker men några resultat föreligger ännu ej.

Sammanfattning

Detta material vill stimulera förbättringsarbetet inom användningen av lab-prover genom att underlätta kollegiala diskussioner om hur man gör i olika patientfall samt ge möjlighet att jämföra sig med hur andra gör och med ”evidens”.

Allmänmedicinska patienter är särskilt allmänna

-Hälsa, existens, kropp

Olle Hellström, VC Jakobsgårdarna, Borlänge

Bakgrund

Teorin ”The equilibrium model of health” säger att vi är vid hälsa när vi känner att vi, i den situation vi befinner oss, kan nå vårt mål. Variablerna kunskap, vilja och miljö kan anpassas så att vår jämvikt bibehålls. När balansen störs tigger inte längre hälsan still. Obalans – ohälsa – kan vara resultat av händelser i människans fysiska, sociala eller existentiella liv. Frågan om i vilken sfär, ställs allmänläkare ofta inför. Symtom kan dölja sammanhang som ofta är svåra att både se och förklara. Första vårdkontakt kan vara avgörande för hur symtom, hälsa och fortsatt vård utvecklas. Framför allt allmänläkare är beroende av att förutsättningslöst kunna se och lyssna på patienter. Står presenterat symtom för fysiskt uppfattbar obalans eller uttrycker det ett dolt existentiellt predikament? Tolkning och förståelse av sjukdomsuttryck kräver kompetens att se människan både som social, kroppslig och existentiell varelse.

Syfte Utveckling av filosofiskt vägled, allmänmedicinsk, praktiskt användbar kunskap om patienters specifikt mänskliga uttryck. Sökt kunskap antas utveckla vår kompetens att se medicinskt oförklarade symtom, de som ofta tar sig uttryck i upplevd organstörning och som kan dölja olösta existentiella predikament.

Metod

Fyra allmänläkare samtalar en timma i veckan om ohälsa, som hospatienter ofta tycks ta sig uttryck i upplevd organsjukdom. Dialogen bygger på existentiellt orienterad, fenomenologisk teori och en berättelse om Erik, en fyraårig pojke som åter börjar göra i byxorna när han får en syster. Pojkens förutsatt existentiellt betingade ohälsa tar sig uttryck i organstörning som inte lätt låter sig förklaras med biomedicinska teorier. Samtalen bandas och analyseras kvalitativt med fenomenologisk psykologisk metod.

Resultat

Våra sökande dialoger belyser att föräldrar ofta inser att ett till synes magsjukt barn, fastän med välutvecklat tal, inte alltid verbalt kan uttrycka grunden till sin störda hälsa. När förlösande ord saknas använder både barn och vuxna sin kropp – tårar, smärta, yrsel, rop – omedvetet för att göra sig sedda och hörda. Fenomenologisk teori varvas med analys av Eriks berättelse. Kombination av teori och verklighet ökar vår insikt i att barn instinktivt iakttar, ser, lyssnar, smakar, känner och luktar på deras som kommer i dess väg. Med sin kropps sinnen förkroppsligar barnet gjorda erfarenheter. Om hälsan, harmonin, sedan störs av oförklarbara händelser kan barnet minnas sin förkroppsligade, tidigare gjorda erfarenhet, t ex av mammans närhet och varma händer när magen verkligen var i olag. Pojken återskapar omedvetet mamman som hon var. En dåligt fungerande tarm ger honom oberäknat känsla av sammanhang och mening.

Slutsatser och konsekvenser

Vår tids tekniskt-matematiska förnuft driver ofta människan att kommunicera också sin existentiellt betingade, subjektivt, störda hälsa som en objektiv organstörning. Med kunskap om människan som existentiell varelse kan vi allmänläkare öka vår effektivitet. Vi kan oftare och med hög specificitet avgöra om patienters presenterade symtom ska utredas medicinskt, alternativt genom att i mötet vara så att patienten ser en realistisk möjlighet att själv ta ansvar för sin hälsa. En avgörande förutsättning är att patienten i mötet finner det lönt, möjligt och hoppningivande att närma sig och se sitt dilemma, sätta ord i stället för kropp på grunden till sin upplevda åkomma.

Patienten som person eller som summan av sina data

Christer Petersson, med.dr, allmänläkare, Växjö

Personcentrerad vård är ett nygammalt begrepp som fått stor uppmärksamhet inom vården under senare. I primärvården har personkännedom och personcentrering alltid varit kärnkvaliteter i arbetet. Därför bör vi hälsa den nya persontrenden med glädje, men också med viss försiktighet.

Risken finns att begreppet förtunnas eller fastnar vid honnörsbordet. Det är i så fall inte första gången! Vidare bör vi på allvar fråga oss hur personcentrering kan sammanlänkas med andra kvalitetsaspekter i patientarbetet. Är förhållandet mellan person och mätdata av nödvändighet antagonistiskt? Eller rentav komplementärt?

Utifrån egna erfarenheter och några tankar från kollegor och filosofer ska jag försöka säga något om detta centrala och ganska svåra område.

Evidens, praktik och den bedrägliga erfarenheten – om handläggning av luftvägsinfektioner i primärvården

Malin André/Katarina Hedin Allmänläkare, docent, forskningssamordnare för primärvården/Allmänläkare PhD, FoU chef Region Kronoberg

FoU-avdelningen Hälsa och habilitering Uppsala/Region Kronoberg

Bakgrund

Onödig antibiotikaförskrivning ökar risken för resistensutveckling. Antibiotikaförskrivning varierar mellan enskilda läkare och arbetsplatser. Att förstå orsaker till variation och onödig förskrivning är en utgångspunkt för insatser för en mer adekvat förskrivning.

Syfte

Beskriva avgörande faktorer som påverkar läkares förskrivning av antibiotika vid luftvägsinfektioner

Metod

Hög och lågförskrivande vårdcentraler har studerats avseende handläggning av patienter med luftvägsinfektioner med ”mixed methods” (förskrivningsdata, observationer, intervjuer, patientenkät och läkares audit.)

Läkare har intervjuats angående handläggning av patienter med halsont

Resultat

Lågförskrivande enheter utmärktes av gemensam praxis på arbetsplatsen. Faktorer som denna studie identifierat som underlättar en sådan utveckling är:

regelbundna gemensamma diskussioner med all personal som inrymmer diskussion om förskrivningsdata, ledarskap där lokala opinionsledare får stöd och utrymme, schemalagd fortbildning, sjuksköterskornas arbete med triagering och egenvårdsråd uppvärderas och att snabbtester sker i överensstämmelse med riktlinjer.

För patienter med halsont använde många läkare sin kliniska blick för diagnos. CRP tycktes underhålla föreställningen att det är bakteriell infektion som ska diagnostiseras och behandlas. Två strategier identifierades för att undvika osäkerhet: följsamhet till riktlinjer eller klinisk blick och användning onödigt mycket prover.

Slutsatser och konsekvenser

Föråldrad kunskap kan leva kvar och för självläkande åkommor förstärkas av erfarenheten. Utrymme för diskussioner och fortbildning i arbetsgruppen så att rutiner uppdateras är avgörande för följsamhet till riktlinjer.

Externa Finansiärer

Folkhälsomyndigheten

Enheten för allmänmedicin och preventivmedicin Uppsala universitet och Region Kronoberg

Publicering

Folkhälsomyndigheten: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-folkhalsomyndigheten/uppdrag-styrdokument/avslutade/faktorer-som-paverkar-lakare-vid-forskrivning-av-antibiotika.pdf>

Scand J Prim Health Care. 2014 Dec;32(4):193-9

BMC Fam Pract. 2015 Jul 4;16:81

Nationellt system för PrimärvårdsKvalitet (NPK)

Eva Arvidsson, Med. Dr, Allmänläkare, Jönköping

Jörgen Månsson, Prof, Allmänläkare, Göteborg

Ulrika Elmroth, Allmänläkare, SKL, Stockholm

Stina Gäre Arvidsson, ST-läkare VC Kronan/SKL, Stockholm

Bakgrund

Svensk sjukvård saknar samlade data om primärvårdens verksamhet och i många landsting är det svårt att på ett enkelt sätt få ut data om primärvården för förbättringsarbete/ lärande och för forskning. Ofta sker dubbelregistrering till olika kvalitetsregister.

Syfte

Syftet med Nationellt system för PrimärvårdsKvalitet är att vara ett verktyg för förbättringsarbete för personalen i primärvården genom återrapportering av journaldata på ett systematiskt sätt.

Metod

En grupp med representanter från SFAM och Distriktssköterskeförbundet har tillsammans med Fysioterapeuterna och Förbundet Sveriges arbetsterapeuter samt Folkhälsomyndigheten och Strama tagit fram över 100 kvalitetsindikatorer, speciellt framtagna för att spegla kvaliteten i primärvården. De berör både vanliga sjukdomstillstånd som handläggs i primärvård, kroniska sjukdomar och infektionssjukdomar samt övergripande områden som kontinuitet, prioritering och samsjuklighet. De är uppdaterade efter nya nationella riktlinjer, detaljspecificerade och de kan tas fram automatiskt ur journalerna. Ca 40 av dem är testade (Jönköping, Stockholm, VGR, Skåne) och uttag av dessa kan göras direkt beroende på journalsystem och programvara för datauttag.

Slutsats och konsekvenser

Med hjälp av indikatorerna kan enskilda sjuksköterskor, läkare och annan personal jämföra egna resultat med andras, lokalt och nationellt, samt söka fram enskilda patienter/patientgrupper för det lokala förbättringsarbetet. Data kommer också att bli tillgängliga för forskning och leverans av data till andra kvalitetsregister kommer att kunna ske automatiskt.

Utöver återkopplingen med hjälp av indikatorerna skapas en struktur för stöd i förbättringsarbete vilket är nödvändigt för att återkoppling av data ska leda till ökad kvalitet. Exempel på detta är att medarbetare på arbetsplatsen avsätter regelbunden tid till analys, reflexion, planering av förändring och uppföljning (PDSA-hjulet), att systematiskt förbättringsarbete efterfrågas och att fortbildning prioriteras. Också lokala opinionsbildare och facilitatorer i förbättringsarbetet är viktiga.

Projektet har fått ekonomiskt stöd från Nationella kvalitetsregister och fortsatt arbete sker nu inom Kompetensgrupp primärvård på SKL där gruppen Uppföljning Primärvård har tillsats för att arbeta vidare på tekniska lösningar, implementering och stöd till verksamheterna i kvalitetsarbetet.

Läkarförbundets primärvårdenkät 2015

Svante Pettersson och Karl Engblom utredare vid Läkarförbundets avdelning för politik och profession

Bakgrund

Läkarförbundet utvärderar vårdvalet i primärvården på uppdrag av fullmäktige. Arbetet sker i tre steg. Det första var en kartläggning av läkarbemanningen vid landets vårdcentraler som rapporterades mars 2013. Det andra beskrev hur primärvårdens resursers och produktion utvecklats innan och efter att vårdvalet infördes år 2010. Det rapporterades juni 2014.

Det tredje och avslutande steget genomförs i form av en enkät till samtliga läkare som arbetar annat än kortvarigt i den svenska primärvården.

Syfte och inriktning

Syftet med enkäten är att ge primärvårdens läkare tillfälle att lämna sina synpunkter på hur vårdvalets primärvård fungerar. Undersökningen handlar dock bara till en mindre del om specifika aspekter på vårdvalet. Den ska istället ses som en bred ”temperaturmätning” som har ambitionen att täcka in de för läkare mest centrala aspekterna på hur det är att arbeta som läkare på en vårdcentral i den primärvård som det svenska vårdvalet och andra förhållanden skapat.

Liksom de två tidigare stegen i utvärderingen har undersökningen designats för att visa på behovet av att komplettera perspektiven i de Öppna jämförelser över hälso- och sjukvårdens resultat som SKL och Socialstyrelsen redovisar bl.a. för primärvård. Ambitionen är att tydliggöra att Öppna jämförelser också bör omfatta redovisningar som visar de skillnader som finns mellan landstingen när det gäller personalen goda förutsättningar att kunna ge vård med hög kvalitet.

Metod

Undersökningen är en totalundersökning riktad till alla specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin som arbetade vid landets vårdcentraler vårvintern 2015 (dock ej stafettläkare). Uppgifter från Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) har använts som bas för undersökningen. Registret för undersökningen omfattade totalt 6 600 läkare - 4 600 specialistläkare och 2 000 ST-läkare i allmänmedicin. Enkäterna kunde besvaras både genom en pappersenkät och på webben. Datainsamlingen genomfördes från februari till mitten av april 2015. Antalet godkända svar var nästan 4 000 vilket ger en svarsfrekvens på 60,1 % (60,7 % för specialistläkarna och 58,7 % för ST-läkarna).

Rapporteringens första fas kommer att fokusera på specialistläkarna. Antalet svar från de två landsting som har minst antal specialistläkare är 19 (Gotland) och 41 (Blekinge). I och med att Gotland har över 70 % svar har detta bedömts vara en nivå som tillåter att resultaten generellt presenteras på landstingsnivå.

I huvudsak ställdes samma frågor till bägge målgrupperna. Totalt omfattade bägge enkäterna ett 60-tal frågor. Utöver ett 10-tal inledande frågor om dem själva och deras vårdcentral har läkarna ombetts att svara på huruvida man instämmer eller tar avstånd från påståenden om hur verksamheten fungerar. Frågorna fokuserar fem områden (1) patientvården, (2) arbetet på

vårdcentralen, (3) landstingens styrning, (4) IT och (5) möjligheterna att få de kunskaper man behöver för att utföra sitt arbete.

Resultat

Arbetet med att sammanställa och analysera resultaten pågår. Undersökningen är utomordentligt omfattande och resultaten kommer att ge en fördjupad och mångfacetterad bild av hur den svenska primärvården fungerar och hur den är uppbyggd.

Generellt visar undersökningen att primärvårdens läkare anser att den svenska primärvården inte annat än till viss del lever upp till de krav som bör ställas. Läkarnas kritik överensstämmer i hög grad med de kritiska synpunkter som framkommer i debatten om den svenska primärvården. De regionala skillnaderna är utomordentligt stora. För flertalet av de frågeområden finns intresseväckande skillnader mellan olika undergrupper så som driftsform och olika landsting.

Rapporteringen av resultaten är tänkt att särskilt fokusera på de faktorer som karakteriserar de verksamheter som anses fungera bättre än på andra håll.

Vidare forskning och utveckling

Materialets omfattning och bredd ger högst betydande möjligheter att göra olika analyser t.ex. av de samband som finns mellan svaren i olika frågeområden så som fortbildning och bedömd kvalitet i patientarbetet.

Med vårdcentralen som nyckel har det redan genomförts en preliminär analys av sambandet mellan svaren i enkäten om bedömd vårdkvalitet och SKL:s Nationella Patientenkät (NPE). Dessa visar på att det förefaller finnas ett starkt samband mellan läkarnas bedömningar av sin vårdcentral och hur patienterna uppfattar den vård de fått vid samma vårdcentral. (Förbundet förfogar också över uppgifter om inkomst och CNI på vårdcentralsnivå som kommer att kunna kopplas till undersökningens resultat).

Läkarförbundet har sökt externt samarbete för att få tillstånd mer forskningsinriktade bearbetningar av materialet. Diskussioner pågår med företrädare för två av de allmänmedicinska institutionerna och med andra intressenter om hur detta kan ske.

Särskilt intresse finns för att materialet ska kunna tillgängliggöras för ST-läkare i allmänmedicin för de moment med forsknings och förbättringsarbete som ingår i målbeskrivningen.

Extern finansiering

Arbetet finansieras av Läkarförbundet.

Publicering

Materialet är ännu opublicerat. En första rapport med redovisning av metoden och bakgrundsfakta beräknas publiceras i oktober 2015. Publiceringen av undersökningens egentliga resultat beräknas kunna påbörjas under oktober/november 2015. Planeringen är att resultaten inom vart och ett av de fem nämnda delområdena kommer att publiceras var för sig. Parallellt kan också regionala rapporter och andra delrapporter komma att tas fram.

SFAM Q

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet inom Svensk förening för allmänmedicin Medlemmar 2015

Eva Arvidsson	Jönköping	evaarv@gmail.com
Annika Braman Eriksson	Vansbro	annika.braman-eriksson@ltdalarna.se
Hans Brandström	Visby	hans.brandstrom@gotland.se
Barbro Broman Johansson	Stockholm	barbro.broman-johansson@sll.se
Stina Gäre Arvidsson	Sundbyberg	stina.gare.arvidsson@gmail.com
Sven Hagnerud	Piteå	sven.hagnerud@nll.se
Katrin Hagskog-Engel	Stockholm	katrin.hagskog-engel@sll.se
Lennart Holmquist	Nykvarn	lennart.holmquist@aleris.se
Linus Johnsson	Strängnäs	linus.johnsson@crb.uu.se
Mikael Lilja	Östersund	mikael.lilja@regionjh.se
Lars Matthiessen	Arvika	lars.matthiessen@telia.com

SFAM Q har som uppgift att understödja vårdcentralers 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 och genomföra förbättringar.

Vi deltar i det nationella arbetet när det gäller uppföljning av vår verksamhet. Vi både debatterar och samverkar med SKL och Socialstyrelsen.

Vi rekommenderar att du besöker vår hemsida, som för närvarande genomgår revidering, gå in på www.sfam.se/kvalitet/

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