



Nationella kvalitetsindikatorer i primärvården, NKI-P

Inventering 2005

2005-11-28

Anders Lindman
Eva Bergdahl

Familjemedicinska institutet
www.fammi.se

INNEHÅLL

Sammanfattning.....	2
Förslag	4
Bakgrund	6
Samråd med företrädare för professionen	7
Samråd med företrädare från SKL, SoS m.fl.	9
Enkät till landstingen	10
Seminarium den 13 oktober 2005	11

Bilagor 1-9

Sammanfattning

Nu blåser kvalitetsvinden starkare än någonsin förr. Transparens är ordet för dagen och krav på öppna redovisningar hör till vardagen. I dag är primärvården fattig på nationella kvalitetsmått som indikatorer och register. I den specialiserade vården finns ett sextiotal nationella kvalitetsregister och antalet växer snabbt, psykiatrin är på gång med sina första register.

Under det senaste 1 1/2 åren har Fammi internt diskuterat vad man ska fokusera sin verksamhet på. Då Fammis intressentråd framförde önskemål om att Fammi skulle prioritera att arbeta med kvalitetsindikatorer tog man det till sig. Sedan april 2005 har Fammi inventerat problematiken med kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister i svensk primärvård.

En förutsättning för att indikatorer och därtill knutna register ska fungera, oavsett syftet, är att grunddata blir riktiga och representativa. Annars blir aldrig utdata sanna (skräp in/skräp ut). Först när data blir viktiga och angelägna för de som fångar dem, för dem som möter patienterna, så kommer datafångsten i deras fokus. Därför är det nödvändigt att från starten ha med de professionellas företrädare och ge dem möjlighet att förankra arbetet med kvalitetsindikatorer. Fammi har här med sina anställda och med deras nätverk en unik förutsättning som inte får lämnas oprövad.

Inventeringen har bestått av fyra delar

1. Samråd med företrädare för professionen
2. Samråd med företrädare från SKL, SoS m.fl.
3. Enkät till samtliga landsting
4. Seminarium med företrädare för professionen och SKL, SoS m.fl. samt speciellt inbjudna

Inventeringen har utmynnat i ett förslag om fyra konkreta projekt (se sid. 3, 4 och 11).

Professionen är enig om att det är viktigt att arbeta med kvalitet och kvalitetsindikatorer.

- NKI måste vara en del av den egna professionella utvecklingen och inte något fristående påtvingat.
- de data som ska ligga till grund måste vara kliniskt relevanta och fångas samtidigt och smidigt i kliniken utan extra arbete.
- NKIs utdata måste vara lätta att tillgå och utformade på så sätt att de blir en tillgång i kliniken, i arbetet med patienten. När utdata är pålitliga är det även angeläget med en öppen redovisning tillgänglig för allmänheten.
- det är nödvändigt att NKI utformas så att de speglar primärvårdens och den egna professionens värderingar och sätt att arbeta.

Från de andra vi samrått med, SoS, SKL med flera hörde vi att

- alla är mycket positiva till NKI-P och välkomnar alla initiativ som kan befrämja den utvecklingen.
- man uppmanar till eftertanke om vad vi vill uppnå med NKI och eventuellt register.

Man poängterar att

- inte ha för stora ambitioner, att inte ha för bråttom, att låta det ta tid.
- arbeta för god förankring
- beakta kraven på öppen redovisning

Fammi har låtit chefstjänstemän inom landstingen svara på en enkät om hur arbetet med kvalitetsuppföljning i primärvården fungerar. Inventeringen visar att landstingen mäter kvaliteten på många olika sätt. Patientupplevd kvalitet mäts på minst 16 olika sätt och tillgängligheten med ett trettiotal metoder. Mycket torde gå att vinna på att enas om ett färre antal NKI-P. Framförallt ser det ut att vara möjligt att nå resultat vad beträffar de så kallade allmänna kvalitetsindikatorer som patientupplevd kvalitet och tillgänglighet.

Efter slutförandet av inventeringen inbjöd Fammi till ett seminarium om NKI i primärvården. Deltagarna i seminariet ansåg att det var nödvändigt att ha en god förankring i professionen så att arbetet med NKI blev en del i en kontinuerlig process för såväl den enskildes och som för enhetens utveckling. NKI måste även integreras i det kliniska arbetet så att inga extra arbetsinsatser krävs för att hantera data. Alla var överens om att det nu var hög tid att även primärvården börjar arbeta med NKI och för att lyckas med detta behöver vi fortsätta att arbeta tillsammans.

Fyra delområden ansågs möjliga att omedelbart starta upp.
Dessa områden var

1. Nå enighet om ett fåtal allmänna (generiska) indikatorer.
2. Skapa en primärvårdsdel till några, en handfull, befintliga nationella kvalitetsregister
3. Stötta professionens kvalitetsarbete
4. Utveckla datafångst, återkoppling och en databas.

Förslag

För att förverkliga den ambition som både professionen och huvudmän/myndigheter har uttalat att utveckla NKI i primärvården läggs följande förslag.

I Fammi regi skapas en projektorganisation med mål att utveckla nationella kvalitetsindikatorer i primärvård och en därtill kopplad databas.

En förutsättning för att indikatorer och därtill knutna register ska fungera, oavsett syftet är att grunddata blir riktiga och representativa. Då är det nödvändigt att från starten ha med de professionellas företrädare och ge dem möjlighet att förankra arbetet med kvalitetsindikatorer. Först när data blir viktiga och angelägna för de som fångar dem, för dem som möter patienterna, så kommer datafångsten i deras fokus vilket är en förutsättning för kvaliteten på indata. Fammi har här med sina anställda och med deras nätverk en unik förutsättning som inte får lämnas oprövad.

En övergripande stötnings- och styrgupp skapas bestående av projektledare från Fammi, representanter för SoS, SKL och professionerna. Dess syfte blir att i första hand stötta fyra olika delprojekt.

Delprojekten är självständiga men förutsätter varandra. Varje delprojekt leds av en projektledare och där ingår företrädare för alla följande professioner, arbetsterapeuter, kurator/psykolog, läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor och dessutom bereds plats åt både SoS och SKL.

De fyra delprojekten

1. Allmänna - Generella indikatorer

Med allmänna indikatorer menar vi patientupplevd kvalitet, tillgänglighet, kontinuitet, allmän service, samverkan, jämlikhet mm.

Målet är att enas om några indikatorer som får nationell status.

Här ska man utgå från det som redan finns hos huvudmännen i dag. I princip ska inga nya indikatorer – verktyg behöva utvecklas. Ett nära samarbete förutsätts med landstingen, Primärvårdsforums medlemmar och SKL.

Resursåtgång cirka 1, 25 heltid (5x20 %, en dag/vecka, för professionen och 25 % för projektledaren, exklusive SoS och SKL: s medverkan.)

2. Primärvårdsdel till befintliga register

Målsättning är att finna former för att knyta an primärvården till i dag redan befintliga register. En arbetsgrupp bildas för att knyta en primärvårdsdel till några lämpliga befintliga nationella kvalitetsregister, dock inte fler än fem olika register. Här behövs medverkan från de allmänmedicinare och andra från primärvården som redan i dag är engagerade i olika för primärvården viktiga register typ diabetes, stroke, m.fl. Dessutom behövs medverkan av kvalitetskunniga från alla primärvårdens professioner (arbetsterapeuter, kuratorer/psykologer, läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor) så att man får en bredare syn på vad som kan vara realistiskt och av värde att registrera i primärvård.

Resursåtgång cirka 1, 5 heltid (5x20 %, en dag/vecka, för professionen och 50 % för projektledaren, exklusive SoS och SKL: s medverkan.)

3. Stötta professionen

En arbetsgrupp där företrädare för samtliga professioner får "egen tid" och budget för resor för samverkan i bl.a. regelbundna seminarier på Fammi. Syftet är att stötta eldsjälarna i professionen och ge dem tid och förutsättningar att arbeta i sina egna professionella kvalitetsnätverk, "att gå vidare från där man är nu". Men även att tillsammans med de andra professionerna utbyta erfarenheter, lära av och stärka varandra. En obligatorisk uppgift ska vara att ta fram några gemensamma tvärprofessionella indikatorer för hemsjukvård och dessutom för ytterligare ett eller maximalt två områden, kanske ryggvärk eller depression.

Resursåtgång cirka 2 heltider (40 %, två dagar/vecka, vardera för läkarna och sjuksköterskorna, 20 %, en dag/vecka för vardera för arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kurator/psykologer och 50 % för projektledaren, exklusive SoS och SKL s medverkan.)

4. Utvecklandet av en databas

Utveckling av datahanteringen med primärvårdskvalitetsdata med enhetliga sökord och begrepp samt smidiga rutiner för datafångst och återkoppling av utdata. Att utveckla pedagogik och tekniker för tolkning så att utdata blir efterfrågade av i första hand de som ska fånga och mata in data. Denna databas skulle kunna bli en början till ett nationellt kvalitetsregister för primärvården och kanske i en framtid bli ett nationellt centrum för primärvården med inriktning på kvalitetsfrågor som indikatorer och register.

Resursåtgång cirka 1,5 heltid (5x20 %, en dag/vecka, för professionen och 50 % för projektledaren, exklusive SoS och SKL s medverkan.)

Sammanlagd resursåtgång

I tjänster cirka 7, varav 50 % för den övergripande projektledaren och för delprojekten cirka 6,25 heltider. Därtill kommer budget för resor och seminarier, med mera.

En del av detta torde kunna finansieras av Fammi men en förutsättning är att det redan från starten finns ett engagemang och ekonomiska bidrag från såväl SoS, SKL som kanske även från andra intressenter.

Bakgrund

Den första kvalitetsvågen kom för 20 år sedan då några få entusiaster provade och utvecklade verktyg som kvalitetscirklar mm. Den andra kvalitetsvågen präglades av fokus på dokumentation av rutiner, vårdprogram, struktur, processer och metoder som QUL och OG (Qualitet Utveckling Ledarskap respektive Organisations Granskning) och några kvalitetsutmärkelser. Nu kommer den tredje kvalitetsvågen starkt.

Här är fokus på resultatet för den enskilda patienten, krav ställs ofta på evidens och vetenskap. OECD och Nordiska rådet arbetar med kvalitetsindikatorer i sjukvården. Transparens i sjukvården håller på att bli ett mantra. SoS GD Kjell Asplund och sjukvårdsminister Ylva Johansson betonar vikten av att sjukvården blir öppen och genomskinlig. Kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister nämns allt oftare.

Kvalitet är på mångas läppar och kvalitetsindikatorer förväntas lösa många problem. Allmänheten antas vilja nyttja dem då de ska söka vård. Politikerna och beställarna vill ha dem för att bli bättre på att ställa precisare krav på vad vården ska göra samt för att kunna följa upp vad de får för pengarna. Sjukvårdshuvudmännen vill veta hur de ligger till och för att bli bättre. De som arbetar i vården vill ha indikatorerna för att veta vad de gör och för att kunna förbättra sig men även för att bli sedd och värdesatt. Media vill ha insyn, kunna ge information och kanske även nyttja dem för att kunna få några braskande rubriker. Den tredje kvalitetsvågen blir mycket starkare än de två tidigare och kvalitetsindikatorerna och registren har kommit för att stanna.

I dag, hösten 2005, finns ett sextiototal nationella kvalitetsregister i sjukvården. Om några år kan antalet vara 100. Nästan alla har sin hemvist i den specialiserade somatiska (sjukhus) vården, några har flera decennier bakom sig. Psykiatrin är på väg att få sina första register. Något enstaka register som används riktar sig även till primärvården, som NDR (Nationella Diabetes Registret) och registren som berör mödra- och barnhälsovården. Primärvården för övrigt lyser starkt med sin frånvaro trots att den ska vara basen i sjukvården och trots att de flesta besöken sker där.

Under det senaste 1 1/2 åren har Fammi internt diskuterat vad man ska fokusera sin verksamhet på. Då Fammis intressentråd framförde önskemål om att Fammi skulle prioritera att arbeta med kvalitetsindikatorer tog man det till sig. Sedan april 2005 har Fammi-medarbetaren och familjeläkaren Anders Lindman arbetat med att inventera problematiken med kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister i svensk primärvård. (Se bilaga 1 Projektbeskrivning).

Inventeringen har bestått av fyra delar

1. Samråd med företrädare för professionen
2. Samråd med företrädare från SKL, SoS m.fl.
3. Enkät till samtliga landsting
4. Ett seminarium – workshop med företrädare för professionen och SKL, SoS m.fl. samt speciellt inbjudna

Inventeringen har utmynnat i ett förslag om fyra konkreta projekt. (Se sid. 3, 4 och 11)

Samråd med företrädare för professionen

Ett antal samråd med företrädare för professionen har skett (se bilaga 2).
Samråden har skett i semistrukturerad dialog efter särskild mall (se bilaga 3).

Fammi är ett institut med uppgift att stödja alla de yrkeskategorier som arbetar i primärvården. De yrkeskategorier som har varit aktuella att samråda med är följande.

Läkarna

Här har det varit en samrådspartner, SFAM (Svensk Förening för Allmän Medicin). För läkarnas del så finns det i primärvården i stort sett bara generalister och de har sin vetenskapliga hemvist i specialiteten allmän medicin. Deras yrkestitel varierar, distrikts-/familje-/husläkare/motsvarande. De har företräts professionellt av SFAM. När det gäller frågor om kvalitet har samarbetspartnern varit dels SFAMs styrelse, dels SFAMs kvalitetsråd (SFAM-IQ). Läkarnas fackförening, Sveriges Läkarförbund och Distriktsläkarföreningen har en underordnad roll i dessa frågor. Få läkare är anställda av kommunerna.

Sjuksköterskorna

Här är bilden mer komplicerad, sjuksköterskor finns både hos landstingen och hos primärkommunerna. De har olika specialistutbildningar och arbetar med olika uppgifter, som distriktssköterskor, mottagningssköterskor, barnmorskor, äldresjuksköterskor och som medicinskt ansvariga sjuksköterskor inom kommunen (MAS). De professionella föreningarna SSF (Svensk Sjuksköterskeförening), Riksföreningen för distriktssköterskor, Riksföreningen för sjuksköterskan i Äldrevård, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor och Svenska Barnmorskeförbundet är alla engagerade i kvalitetsfrågor. Några av dessa företrädare även sjuksköterskor på sjukhusen. Vårdförbundet är sjuksköterskornas fackliga företrädare. Kvalitetsfrågorna är av intresse både för de vetenskapliga/professionella föreningarna och deras fackliga företrädare.

Arbetsterapeuterna

Finns både hos landstingen och hos kommunerna och de företräds av FSA (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter) som även företräder arbetsterapeuterna på sjukhusen.

Sjukgymnasterna

Företräds av LSR (Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund), som även företräder sjukgymnasterna på sjukhusen.

Kuratorerna

Företräds av Svensk Kuratorsförening som är en yrkesförening för socionomer/kuratorer inom hälso- och sjukvården.

Psykologerna

Företräds av Sveriges Psykologförbund som är en förening för alla psykologer.

Läkarsekreterarna

Här har vi inte hittat någon självklar part, läkarsekreterarna arbetar olika, ibland har de direkt patientkontakt men inte som vårdgivare.

Undersköterskorna

Fammis ansvar gäller bara undersköterskor hos landstingen och även här har vi haft svårt att hitta en självklar part att föra samråd med.

Synpunkter från professionens företrädare

Synpunkterna har inhämtats vid personliga möten i dialog med utgångspunkt från ett formulär. Från Fammi har alltid Anders Lindman varit med och ibland har en eller flera andra av Fammis medarbetare deltagit. Professionen har ibland företrätts av enstaka men ibland av flera personer. Vid några tillfällen har vi mött ett helt nätverk. Några har vi träffat flera gånger.

Provinsiälläkarna och distriktssköterskorna har rötter långt tillbaka i tiden, sjukgymnasterna fanns tidigare mest på sjukhusen och ”privat på stan”, arbetsterapeuterna har bara funnits på vårdcentralerna de senaste decennierna. Psykologer har funnits inom barnhälsovården men först på senare år och än så länge i ringa omfattning på mottagningarna. Kuratorerna är ganska nya i primärvården.

Professionens företrädare har alla olika bakgrund och förutsättningar att förhålla sig till kvalitet och dess olika begrepp. Läkarna och sjuksköterskorna har i olika arbetsgrupper under mer än 10 års tid arbetat med kvalitetsindikatorer och hanterat begrepp som utfall och bortfall, patientmix, validitet och evidensbaserat. Primärvårdens arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorerna har först i och med tillskapandet av Fammi etablerat sina nationella nätverk. Kuratorerna och psykologerna som är sist in håller just på att formera sina positioner och roller.

Alla är eniga om att det är viktigt att det arbetas med kvalitet och kvalitetsindikatorer.

1. De betonar att NKI måste vara en del av den egna professionella utvecklingen och inte något fristående påtvingat.
2. Att de data som ska ligga till grund måste vara kliniskt relevanta och fångas samtidigt och smidigt i kliniken utan extra arbete.
3. NKIs utdata måste vara lätta att tillgå och utformade på så sätt att de blir en tillgång i kliniken, i arbetet med patienten. När utdata är pålitliga är det även angeläget med en öppen redovisning tillgänglig för allmänheten.
4. Att det är nödvändigt att NKI utformas så att de speglar primärvårdens och den egna professionens värderingar och sätt att arbeta.

De nationella kvalitetsregistren och de indikatorer som finns i dag har sitt ursprung från den organ- och åldersspecialiserade vården på sjukhusen. ”Där är sjukdomarna de samma och patienterna komma och gå.” Då är det naturligt att sjukhusens indikatorer utgår från sjukdomar. ”I primärvården är patienterna de samma och sjukdomarna komma och gå.” Primärvårdens NKI bör då ha fokus på patienterna.

Läkarna har kommit längre än de andra i att ta fram NKI som är evidensbaserade och relaterade till resultatmått och till sjukdomar klassificerade enligt ICD-10. För alla i primärvården är målformuleringar, prioriteringar samt struktur och processer mera i fokus. Varje profession betonar att de måste ”få börja arbetet med kvalitet och NKI där de står”, att få prova sig fram, att hinna förankra sig i sin profession – i sina nätverk, att få göra sina egna misstag och få låta det ta tid.

5. Alla vill samarbeta och lära av varandra och gemensamt söka efter ”för primärvården mera specifika NKI”.
6. Det finns en klar medvetenhet om att det finns andra viktiga argument för att vara med i arbete med NKI. Att det som mäts blir synligt och viktigt och att det är viktigt att synas och bli viktig.
7. Man är inte rädd för öppen registrering men betonar vikten av att få tid för att ta fram ”sanna och bra” NKI samt att få tid för att förankra det i sin profession.
8. Man är orolig för att det viktiga är svårt att mäta och därför kommer i skymundan för det mätbara.
9. Man betonar att det krävs resurser för att arbeta med NKI och att professionerna i dag i stort arbetar helt ideellt. Att primärvården inte alls har samma förutsättningar att hitta finansiering som den specialiserade vården.
10. Att det är utomordentligt viktigt att NKI blir trovärdiga och fristående från kommersiella aktörer som läkemedelsindustrin
11. Att de professionella organisationerna har förutsättningar att förankra NKI men att det kräver resurser och måste få ta tid.
12. Man varnar för snabba ”lättköpta lösningar” och manar till stor försiktighet till att sätt pengar på enstaka resultatmätt utan vill i stället hitta sätt att belöna processen i kvalitetsutvecklingen.

Samråd med företrädare från SKL, SoS m.fl.

Ett antal samråd har skett (se bilaga 2). Samråden har skett i semistrukturerad dialog efter särskild mall, (se bilaga 4).

Anders Lindman, ofta i sällskap med andra från Fammi, har gjort ett flertal besök och i dialogform diskuterat NKI med ett flertal kunniga från olika myndigheter/motsvarande vid ett eller flera tillfällen.

Vi tackar alla för att den välvilja vi mötts av och alla de goda råd vi fått.

Vi har under hösten deltagit i konferensen om Sekundär patientklassificering (DRG och KPP) samt deltagit i ”Kvalitetsregister dagarna” och där pratat med ett flertal initierade samt tagit del av flertalet dokument.

Detta har vi tagit till oss

1. Alla är mycket positiva till NKI-P och välkomnar alla initiativ som kan befrämja den utvecklingen.
2. Man uppmanar till eftertanke om drivkraften till vad man vill med NKI och eventuellt register.
3. Att inte ha för stora ambitioner, att inte ha för bråttom, att låta det ta tid.
4. Att arbeta för god förankring såväl i professionen som geografiskt och på andra sätt.
5. Att beakta och arbeta för kraven på öppen redovisning och transparens.
6. Att vara uppmärksam vikten av att få med och ta vara på entusiasterna
7. Det är OK att utgå från den egna professionens perspektiv men att ha patienten i fokus och se och samverka med de andra aktörerna.
8. Att beakta värdet av att ha kvalitetsregister baserade på personnummer och relaterade till evidens och utfall som är viktiga för enskilda patienter.
9. Nationella kvalitetsregister kommer att bli allt viktigare för forskningen, i framtiden kanske en riktig ”guldgruva”.

Enkät till landstingen

Fammi har låtit chefstjänstemän inom landstingen svara på en enkät om hur arbetet med kvalitetsuppföljning i primärvården fungerar. Inventeringen visar att landstingen mäter kvaliteten på många olika sätt. Patientupplevd kvalitet mäts på minst 16 olika sätt och tillgängligheten med ett trettiotal metoder. Mycket torde gå att vinna på att enas om ett färre antal NKI-P. Framförallt ser det ut att vara möjligt att nå resultat vad beträffar de så kallade allmänna kvalitetsindikatorer som patientupplevd kvalitet och tillgänglighet.

Enkäten har gått ut till hela rikets primärvård via PV-forums sändlista. PV-forum består av samtliga landstings primärvårdsföreträdare, som primärvårdschefer – utvecklare - ledande tjänstemän. Svarefrekvensen var 88 % (21 av 24 respondenter svarade). Frågorna avsåg klarlägga hur man arbetade med kvalitetsindikatorer i primärvård. Svaren visar att alla är mycket engagerade i frågor som rör kvalitet och att mycket arbete lagts ned för att mäta kvaliteten på många olika sätt.

Alla använder sig av kvalitetsindikatorer avseende områden som betecknas som primärvårdens honnörsbegrepp som, patientupplevd kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet. Dessa indikatorer brukar benämnas som allmänna (generiska). Däremot är bilden av de verktyg man använder mycket ”spretig”. Alla 21 respondenter mäter patientupplevd kvalitet med minst 16 olika metoder. Alla mäter tillgänglighet och här nämndes ett trettiotalet olika metoder. Färre mätte kontinuitet och ”allmän service”. Färre än hälften av landstingen har satt upp någon standard om vad som är bra och dåliga värden för den kvalitetsparameter man mätte. Hur ofta och hur täckande man mätte varierade.

Få rapporterade till befintliga nationella register och där så var fallet så nämndes Nationella Diabetes Registret (NDR). Några använde sig av SFAMs ”Mål och Mått” men aktiviteten att mäta med medicinska indikatorer var sporadisk och så även för så kallade verktygsbaserade metoder (QUL, OG, revisioner etc.)

Möjligheten till jämförelser mellan olika landsting är liten och nationella jämförelser är i det närmaste obefintlig. Resultaten är svåra eller omöjliga att se för en utomstående. Alla har dock ambitioner att utveckla NKI-P och föreföll villiga att göra så tillsammans, förslagsvis i samarbete med Fammi.

Bilaga 5 Sändlista PV-forum

Bilaga 6 Missiv sändlista PV-forum

Bilaga 7 Enkät till primärvården med svaren, se även www.fammi.se (verktyg – Fammis rapporter - enkäter och undersökningar - enkät om kvalitetsmätning i landstingen)

Bilaga 8 Saxat från svaren på enkäten

Seminarium 13 den oktober 2005

Till seminariet hade inbjudits de som Fammi samrått med i inventeringen, företrädarna för professionen samt företrädare för SoS, SKL med flera. Ett trettiotal personer deltog i arbetet som inleddes med en presentation av enkäten (se ovan) och fortsatte med workshop i mindre grupper. Syftet var dels att presentera Fammis inventering, dels att ge kvalitetsengagerade från olika intressenter tillfälle att ses och träffas samt att arbeta tillsammans och tränga ned i några mera specifika frågeställningar.

Alla var överens om att det nu var hög tid att även primärvården börjar arbeta med NKI och att för att lyckas med detta behövde vi fortsätta att arbeta tillsammans.

Deltagarna i seminariet ansåg att det var nödvändigt att ha en god förankring i professionen så att arbetet med NKI blev en del i en kontinuerlig process för såväl den enskildes och som för enhetens utveckling. NKI måste även bli integrerad i det kliniska arbetet utan att extra arbetsinsatser krävs för att hantera data. Fyra delområden ansågs möjliga att omedelbart starta upp.

1. Generella indikatorer, som patientupplevd kvalitet, tillgänglighet, kontinuitet, allmän service, samverkan och jämlikhet mm. Här ska man utgå från det som redan finns hos huvudmännen i dag.
2. Knyta an till några av de i dag redan befintliga nationella kvalitetsregister för sjukdomar som är av betydelse i primärvården.
3. Stötta samtliga professioner och ge dem "egen tid" och budget för resor mm. för att de ska kunna stötta varandra och arbeta tillsammans.
4. Utveckla en databas för primärvårdens kvalitetsdata, med enhetliga sökord och begrepp, samt skapa smidiga rutiner för datafångst och återkoppling av pedagogiskt väl utformade utdata

Företrädarna för professionen, med FSA:s ordförande i spetsen, yrkade på en fortsättning i form av ett internat och har nu satt in 73 000 kronor på Fammis konto för det ändamålet! Vi på Fammi har redan bokat onsdag –torsdag den 18-19 januari 2006 för ett internat om NKI-P.

Bilaga 9 Redovisning av diskussionsfrågor från seminariet om NKI-P

Bilagor

Bilagorna kan fås på begäran

1. Projektbeskrivning
2. Förteckning över samråd med företrädare för professionen, SKL, SoS m.fl.
3. Underlag till diskussion med företrädare för professionen
4. Underlag till diskussion med företrädare för SKL, SoS m.fl.
5. Sändlista PV-forum
6. Missiv sändlista PV-forum
7. Enkät till primärvården med svaren. se även www.fammi.se (verktyg – Fammis rapporter - enkäter och undersökningar - enkät om kvalitetsmätning i landstingen)
8. Saxat från svaren på enkäten
9. Redovisning av diskussionsfrågor från seminariet om NKI-P