

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Liljeholmens Vårdcentral	
Verksamhetschef Sandra af Winklerfelt Hammarberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019 del 1 och del 2

Instruktioner till mottagningen.

Utförligare instruktioner finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på <https://qrcstockholm.se/coachingakademin/utbildning/skraddarsydd-program/primarvarden/>

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med del 1 ifylld skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.hsf@sll.se senast 30 april 2019, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas. Denna mall med även del 2 ifylld skickas till samma funktionsbrevlåda senast 31 mars 2020, men kan skickas in redan från januari 2020.

DEL 1 - Planen

Rutorna ska expandera när man skriver i dem.

Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.

Janis Sundin Straupaniëks, sjuksköterska enhetschef, janis.sundin-straupeniëks@sll.se

Karoline Kolaas, psykolog enhetschef

Anders Moström, enhetschef läkare

Sofia Mårtensson, enhetschef läkare

Nathalie Cassenac, sekreterare

Kicki Ejdeback, undersköterska

Amel Said, distriktssjuksköterska

Sandra af Winklerfelt Hammarberg, verksamhetschef, läkare

Annika Gillberg, rehabkoordinator, arbetsterapeut

Steg 1 Beskrivning av nuläget

- Vilka är era stora patientgrupper och vilka behov har de?
- Vad är ni bra på? Var har ni förbättringspotential? Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. GUPS, medrave, PrimärvårdsKvalitet, NDR osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Liljeholmens VC har drygt 30000 listade patienter och upplever ett stort patientinflöde även genom sitt centrala läge. På senare år har den psykiska ohälsan ökat och allt fler patienter söker vård hos oss för allt ifrån reaktioner på och svårigheter att hantera olika situationer i livet till svårare psykisk ohälsa med depressioner och ångesttillstånd. Det är också många patienter som har kroppsliga symtom som kan relateras till psykisk ohälsa. Patienterna upplever det ofta väldigt akut när de mår dåligt och det finns en stark förväntan att snabbt få hjälp. Bedömningarna av det vida begreppet psykisk ohälsa är dock ofta tidskrävande och vi ser att vi dubbelarbetar mellan olika professioner, det uppstår köer och det finns risk att det blir ojämlig vård. Utan standardiserat omhändertagande finns det också risk att vi inte följer nationella riktlinjer med KBT i första hand samt att vi medikaliserar livsproblem för vissa

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Liljeholmens Vårdcentral

Verksamhetschef

Sandra af Winklerfelt Hammarberg

Aktnummer (ifylles av HSF)

patienter men inte är tillräckligt snabba i vår bedömning för att hitta de patienter som behöver med kvalificerad eller specialiserad vård.

Under 2018 hade Liljeholmens VC enligt M4 totalt 1839 patienter med ångestdiagnos och 509 med depressionsdiagnos, 35 resp 50 % fick behandling med SSRI, 14 resp 17 % fick KBT-behandling hos oss under 2018. Motion efterfrågades hos 20 %, 3 % fick FAR. Blodtryck kontrollerades hos 56-59%, TSH (thyreoidea) hos 53%. Webskattning är svårt att följa upp då vi använder PHQ9 och GAD-7 främst, samt MINI för differentialdiagnostik, vilket det saknas indikatorer för i M4. Totalt 502 patienter var sjukskrivna under F-diagnos varav 401 mer än 21 dagar.

Syftet med kvalitetsarbetet är att erbjuda en snabb och strukturerad hjälp för patienter som söker för depression, ångest eller stress. Genom standardiserad triagering kan patienten lotsas till rätt profession/vårdnivå eller hjälp till självhjälp enligt LEON-principen och nationella riktlinjer. Genom att tidigt motivera till förbättrade levnadsvanor, ffa motion som har stöd i behandling av psykisk ohälsa tror vi också att patienterna kan få egna verktyg att förbättra sin hälsa och sitt mående samt att vi inte medikaliserar i onödan.

Process idag – patient ringer och uttalar t ex nedstämdhet, sömnsvårigheter, ångest. Besökstid bokas till läkare för att göra första bedömning, utesluta somatiska orsaker och ofta leder det till sjukskrivning och ibland medicinering. Därefter, om så lämpligt bokas patient till psykosociala teamet, som gör utvidgad bedömning och ev erbjuder psykoterapi, i första hand KBT. I många fall får patienten dra sin historia för flera personer, handläggningstiden blir utdragen över flera veckor och det finns bristande säkerhet och jämlikhet i bedömningen. I vissa fall medikaliseras normala reaktioner, vilket kan leda till felaktig sjukskrivning, läkemedelsbehandling på osäker grund samt väntetider som inte gagnar utan riskerar försämra patienten. Vi tror att individ- och behovsanpassad vård bättre skulle möta den stora gruppens varierande behov. Många patienter skulle kunna bli hjälpta med t ex stöd till förändrade levnadsvanor, guidad självhjälp eller gruppbehandling. En del patienter riskerar bli sjukare av sjukskrivning och behöver verktyg för att klara vardagen. Vi tror också att triagering skulle ge bättre tillgänglighet för de patienter som verkligen behöver individuell KBT istället för att det som nu riskerar bli slumpmässigt. En ytterligare effekt kan vara att öka tillgänglighet och kontinuitet till ffa läkare för patienter med andra kroniska sjukdomar som idag riskerar bli undanträngda av den stora gruppen med psykisk ohälsa.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. diabetes, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....

Tema: Psykisk ohälsa: Genom att erbjuda snabbare och mer strukturerad bedömning och hjälp för patienter med psykisk ohälsa som ångest, sömnsvårigheter, depression och stressrelaterade besvär vid Liljeholmens VC kommer vi att kunna ge mer behovsanpassad hjälp och vård samt stöd till självhjälp och förebyggande vård.

Steg 3 Målformulering

- Mål - Vad vill ni uppnå? Var specifik med vad ni vill uppnå.
- Mått - Hur kan ni mäta att ni är på väg mot målet? Ange dagens värde av detta (mått i siffror) samt vad ni har som mål att uppnå (i siffror).
- Till när hoppas ni ha uppnått ert mål? Ange datum.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Liljeholmens Vårdcentral

Verksamhetschef
Sandra af Winklerfelt Hammarberg

Aktnummer (ifylles av HSF)

a) Mål:

1. Snabbare och strukturerad handläggning av psykisk ohälsa genom triagering.
2. Säkrare bedömning där standard ingår för att fånga upp allvarligare tillstånd.
3. Behovsanpassad vård styrd till rätt profession och vårdnivå.
4. Erbjudas tid inom vårdgarantin för triagering av nedstämdhet, stress, ångest och oro.
5. Effektiviserat möte mellan läkare och patient.
6. Ökad delaktighet för patienter genom behovsanpassad vård utifrån symtom och samtal vid triagering, där även återkoppling webskattning ingår.
7. Effektiviserat arbete med ökad tillgänglighet till psykosociala teamet för dem som behöver det.
8. Standardiserat men behovsanpassat snabbt stöd till verktyg för självhjälp och levnadsvanor.
9. Ökad delaktighet för patienter genom autoanamnes och bedömning av arbetsförmåga.

b) Mått:

1. Väntetid inom vårdgaranti för triagering (3 dagar) – i dagsläget går ej att mäta då triagering inte startad, det tar olika lång tid för patient att träffa läkare, träffa psykosociala teamet, göra webskattning etc
2. Standardiserat så att fler patienter med psykisk ohälsa har kontrollerat blodtryck, Hb och TSH i alla fall i samband med nyinsjuknande, från 52-59 % idag till 70 %.
3. Fler patienter delaktiga och hjälpta till självhjälp – i dagsläget inga, då patienterna ska igenom hela vårdkedjan innan det kan erbjudas. Mäts i antal patienter som är nöjda med triagering enbart.
4. Rätt använd kompetens, läkare får mer tid för de patienter som behöver somatisk utredning, medicinering eller bedömning av arbetsförmåga/sjukskrivning. Kortare väntetider, svårt att mäta på hela gruppen dessvärre. Svårt att mäta även om andra grupper får bättre tillgänglighet och kontinuitet.
5. Minskade sjukskrivningar för patienter med lättare psykisk ohälsa, sjukskrivning enligt beslutsstöd och riktlinjer. Minska från i dagsläget ca 21 % till 15 %. Öka delaktighet vid sjukskrivning genom autoanamnes, tillgång REKO och ökat användande av FHV när det finns, dock svårt att mäta.
6. Rätt använd kompetens psykosociala teamet. Fler patienter får guidad självhjälp och KBT enligt LEON-principen. Fler får KBT som förstahandsval än medicinering. Öka från 14 resp 17 % till 20 %.
7. Patientnöjdhet, inga data för detta idag men kan följas upp med patientenkät.
8. Öka stöd för levnadsvanor: tillfrågas om motion från 20 % till 80 % och få stöd för dem som behöver från 3% till 20 % i ett första steg.

c) Mål uppnått: december 2019

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? Vilka åtgärder kan ta er mot ert mål?

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Där kan t.ex. verktyget "Fiskbensdiagram" vara till hjälp, här finns en instruktion: <https://qrcstockholm.se/wp-content/uploads/2018/12/Verktyg-fiskbensdiagram.pdf>.
- b. Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni stärka personcentrerad vård eller patienters delaktighet i vården? Här finns en verktygslåda som kan användas för att ta reda på vad som är viktigt för patienterna: <https://qrcstockholm.se/patientsamverkan/verktygslada/>

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Liljeholmens Vårdcentral

Verksamhetschef

Sandra af Winklerfelt Hammarberg

Aktnummer (ifylles av HSF)

Tvårprofessionell arbetsgrupp med projektledare bildas:

Projektet förankras på APT för hela personalgruppen.

Struktur för kartläggning av problemet insamlas från alla personalkategorier som möter patienterna i tvårprofessionella arbetsgruppen.

1. Mall för triagering tas fram:

- a) Läkarna tar fram vilka frågor i anamnes, status och labprover som ingår som standard screening somatisk utredning.
 - b) Psykosociala teamet tar fram de patientcentrerade frågor som hjälper triagesjuksköterskan att avgöra allvarlighetsgrad.
 - c) Mall för webbskattningar tas fram, standardpaket utredning psykisk ohälsa primärvård: PHQ9, GAD-7 och levnadsvanor. Mall för tolkning och återkoppling.
 - d) Autoanamnes för sjukskrivning tas fram enligt modell från Cederkliniken Piteå och samråd med rehabkoordinator för de fall där sjukskrivning kan vara aktuellt.
2. Flödeschema och rutiner beskrivs. Mallar utarbetas.
 3. Pilot i liten skala sätts april 2019. Vi testar oss fram vad som fungerar, vad som kan utvecklas.
 4. Psykosociala teamet presenterar nytt arbetssätt – guidad hjälp till självhjälp.
 5. Piloten utvidgas, triageringsprocessen presenteras för ssk och dsk, läkargrupp m fl grupper som möter patienterna.
 6. Föreläsningsserier från psykosociala teamet relaterade till ångest, sömnsvårigheter, depression, stress startas, hösten -19.
 7. Promenadgrupper, som leds av psykologstudenter startar april -19.
 8. Mottagning för triagering av psykosocial ohälsa öppnas.

Process handläggning triagering – patient ringer till VC och uttalar psykisk ohälsa (nedstämdhet, ångest/oro, sömnsvårigheter, stress). Sjuksköterska i telefon erbjuder tid till en särskild triage-sjuksköterska. Sjuksköterska med hjälp av mallar från psykosociala teamet och läkarna beställer nödvändiga prover och undersökningar. Besöket är inbokat på 60 minuter där sjuksköterskan lyssnar och bedömer vårdbehovet. Patient fyller i webbskattning primärvården – PHQ9, GAD-7, levnadsvanor i särskild ”patientdator” på vårdcentralen, går sedan åter till ssk där webbskattningssvar utvärderas. SSK fångar upp ev suicidrisk. Vid slutet av besöket får patienten relevant hjälp – litteraturlista, information om fysisk aktivitet, eventuellt FAR, uppföljning provtagning bokas in. Autoanamnes inför sjukskrivning, rehabkoordinator kopplas in om/när patient bokas till läkare för sjukskrivning. Vid höga ångest/nedstämdhetspoäng erbjuds tidsbokning psykolog, vid avvikande labsvar - läkare. Vid behov erbjuds tid till livsstilmottagning. Vid behov erbjuds kontakt med beroendeklinik. Patienten guidas till självhjälp – internetpsykiatri, företagshälsovård, krishjälp, rehab, självhjälpböcker enligt rekommendation psykosociala teamet eller andra instanser t ex familjestöd genom kommun.

Steg 5 Vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna?

Välj 1-3 mått, utöver måttet som ni angett i steg 3, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät det ni gör (=processmått). Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Beskriv vad ni ska följa för mått och dagens resultat på de måtten.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Liljeholmens Vårdcentral	
Verksamhetschef Sandra af Winklerfelt Hammarberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

Väntetider: triage, läkare, psykosociala teamet
 Andel pat nöjda med triage
 Antal patienter i guidad självhjälp som föreläsning/grupp
 Patientnöjdhet: enkät
 Minskad sjukskrivning: Medrave 4
 Ökad andel somatiskt undersökta, Bltr, Hb, TSH: M4/primärvårdskvalitet
 Ökad andel tillfrågade om motion och stöd levnadsvanor: M4
 Ökad andel KBT: M4/Primärvårdskvalitet
 Personalnöjdhet: enkät
 Väntetider andra patientkategorier läkare

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna förbättringshjulet PDSA (=Plan Do Study Act) som stöd, här finns en instruktion: <https://qrcstockholm.se/wp-content/uploads/2018/12/Verktyg-PDSA-cykel.pdf>. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet år del 1

t.ex. Boo VC 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan i januari 2019 till: forbattringsarbeten.hsf@sll.se

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.

A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

Vi har arbetat med ett brett anslag och flera delmål för olika processer. Arbetet har skett både i tvärprofessionell grupp, i att involvera hela vårdcentralen samt i varje profession för sig

Ssk-triage psykisk ohälsa: Journalmall och särskild tidbok och mall för bokning och webbokning togs fram. En standard för första bedömning infördes med patientcentrerad anamnes enligt sökord, somatisk undersökning med blodtryck och standardiserade labprover och webskattning med PHQ9, GAD7 och levnadsvanor vid särskild patientdator som installerats i eget litet rum, och direktåterkoppling på det. I SSK-triage-mall ingick också samtal om levnadsvanor och stöd till ökad motion t ex och självhjälpstips. Pat kan triageras till egenvård, företagshälsovård, psykosociala teamet och/eller läkare beroende på behov. Utbildning för samtliga mottagnings-ssk har hållits vid två tillfällen, i första hand har tre intresserade ssk hållit i triagering med tillgång till handledning från läkare och psykosocialt team.

REKO: Sjukskrivning/arbetsförmågebedömning: En mall för autoanamnes togs fram enligt förlaga från Cederkliniken i Luleå. Standard att pat ombeds fylla i den före besök för bedömning av arbetsförmåga. Patienter där ev sjukskrivning var aktuell bokades också upp för kontakt med REKO.

Läkare: Skulle i högre grad träffa patienter som triagerats för ställningstagande medicinering och eller sjukskrivning. Till en början en läkare som bedömde alla provsvar och patienter som bedömdes i behov av läkarbedömning, sedan involverades alla läkare.

Psykosociala teamet: Parallellt med införande av triagering och standardiserat första omhändertagande där patienten har fyllt i webskattning PHQ9 och GAD7 inför besöket, så har psykosociala teamet utvecklat och implementerat fler vårdnivåer med guidad självhjälp, dels med användande av självhjälpböcker, videobesök och gruppbesök, men även psykoedukationsgrupper där även anhöriga kan få råd och hjälp till självhjälp. Utvärdering pågår där en särskild ansats av utvärdering med patienterna kommer att pågå under våren 2020 i ett magisterarbete. Psykosociala teamet har också hållit utbildning för samtlig personal på vårdcentralen i samband med planeringsdagar oktober-19.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Liljeholmens Vårdcentral

Verksamhetschef

Sandra af Winklerfelt Hammarberg

Aktnummer (ifylles av HSF)

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange dagens mått avseende steg 3 och 5 och jämför med utgångsmåtten. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det (t.ex. över tid i form av ett linjediagram som visar mätvärdena över tid)

Vi har under hand fått mycket positiv återkoppling från patienter, många anger att de känner sig trygga med att få en snabb ordentlig bedömning där kontroll av blodprover också ingår. En del patienter har varit nöjda med det, samtliga har fått råd om fysisk aktivitet och självhjälp. Majoriteten har dock gått vidare till fördjupad bedömning och behandling hos psykosociala teamet. Vår bedömning är att rätt patienter har kommit till läkare, främst de i behov av medicinering eller där somatisk orsak hittats t ex järnbristanemi i några fall, men även ett standardiserat omhändertagande inför ev sjukskrivning. Mätbara förändringar, M4 jämförelse 2018 med 2019, då mellanmätningar visat större variabilitet har vi valt att redovisa per helår. Även Primärvårds kvaliteten och GUPS har använts.

KBT: Andelen patienter med depression/ångest som får KBT har ökat från 14 % till 22 resp 24 % (M4), Andel diagnos- och åtgärds satta psykosociala besök har ökat från 50% till 87% (GUPS).

Somatisk undersökning: Registrerat blodtryck har ökat från 59 resp 56 % till 63 resp 59 %. Blodprover som TSH, Hb och Krea har ökat, exempel TSH vid depression 44 % till 58 % (M4).

Fysisk aktivitet, Levnadsvanor: Andelen med uppgift om motionsvanor i journal har ökat från 20-21% till 34 resp 38 %. Andel som fått kvalificerad rådgivning el FAR kan vi dock se bara ökat från 3 till 4%, men beror på att fel KVÅ-kod för kvalificerad rådgivning är med i Medraverapporten (påtalat för dem).

Sjukskrivning: Osäkra siffror tyvärr eftersom Webcert införts under året som inte kommer med i M4-rapport, av de siffror vi har ser det ut som det har minskat från 31 % (n:477 av 2615) sjukskrivna av patienter med F-diagnos 2018 till 14 % (n:436 av 3047) 2019.

Läkemedel: Relativt oförändrat får runt 52 % av pat med depression och runt 36 % av pat med ångestsyndrom SSRI (M4), andelen förskrivna bensodiazepiner och Z-läkemedel har minskat men redan tidigare till följd av ett annat förbättringsarbete (Bensodiazepiner minskat med 64 % på tre år.) (GUPS)

Skattningsskalor och strukturerad diagnostik: Enligt riktlinjer ska skattningsskalor ingå både i första bedömning men även för uppföljning. I Medraverapporten finns dock varken PHQ9 eller GAD-7 med, så vi har inga data här att följa upp. (Vi har påtalat även detta för medrave som arbetar på att förbättra sin rapport, i så fall kan vi analysera även retroaktiva data, men osäkert när det blir klart.)

Nöjdhet: Många patienter har uttryckt nöjdhet med nya arbetssätten, men vi har inte gjort någon strukturerad mätning av nöjdhet varken av patienter eller medarbetare men kommer att fortsätta att följa upp detta under 2020.

C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

1. Vad har ni lärt er?
2. Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet i vården?
3. Hur kan ni göra för att behålla de positiva effekterna av ert förbättringsarbete?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Liljeholmens Vårdcentral	
Verksamhetschef Sandra af Winklerfelt Hammarberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

1. Vi har lärt oss att psykisk ohälsa involverar många professioner och att ett strukturerat arbetssätt kan förbättra både för patienterna så att de snabbt får en bedömning och hjälp till självhjälp som första steg, och vidare enligt en stepped care modell. Vi ser att det blir en hjälp till respektive profession så att alla får göra det de är bäst på. Dock var det en ny roll för sjuksköterskor och där behövs fler som intresserar sig för denna stora patientgrupp och vill arbeta mer med den. Läkare som fått triagerade patienter upplevde det positivt och att de fick renodla sin kompetens, dock upplever inte läkarna att de blivit särskilt avlastade, och det beror sannolikt på att psykisk ohälsa triage enbart tagit en mindre del av de patienter som söker akut med psykisk ohälsa.
2. Patienterna har en dator i eget litet rum där de kan lämna svar på webskattningarna och få återkoppling direkt, vilket underlättar för jämlik vård. Många patienter har uttryckt nöjdhet med våra nya arbetssätt och vi har inte fått in några klagomål varken på ssk-triage, guidad självhjälp el psykoedukation. Vi har dock inte gjort någon strukturerad enkät el dyl.
3. Vi planerar att fortsätta arbetet med att dels försöka utöka resurserna på psykisk ohälsa triage så att det blir standard som "en väg in" och utveckla ssk-rollen till vårdsamordnare även för uppföljning enligt den chronic care model som prövats framgångsrikt i VGR bl a. Vi utvecklar ytterligare psykoedukation i grupp som ett standardiserat första steg, vilket även kommer utvärderas i en vetenskaplig studie. Vi kommer utvärdera hur det går för patienterna med guidad självhjälp under våren genom ett magisterarbete.
4. Vi har använt Primärvårdskvalitet och M4s rapport psykisk ohälsa i första hand, GUPS enbart för diagnos- och KVÅ vid psykosociala insatser. Som framgår ovan saknas flera viktiga indikatorer som skattningsskalor PHQ9, GAD-7, och Levnadsvanor. KVÅ-kod för motion stämmer inte med den som används i Region Stockholm. Vi har kontaktat Medrave och de ska försöka uppdatera sina mått (bl a finns GAF med som knappast utförs i primärvård). Osäkert om de kommer hinna det tills rapporten ska vara inskickad. Siffror för sjukskrivning går inte heller att få fram tillförlitligt längre efter övergång till Webcert under hösten -19. Strukturerad diagnostik med M.I.N.I. ska också göras i flertalet fall innan psykoterapi inleds och finns som sökord men inte i Medraverapport.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC hypertoni 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.hsf@sl.se