

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Diabetesnefropati

### Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Capio vårdcentral Badhotellet

Verksamhetschef

Susanne Svendsen

Verksamhetschefens e-post

susanne.svendsen@capio.se

### Instruktioner till mottagningen

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med **del 1** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2024**, **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen.

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2025** **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen..

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

**Radera EJ text i grå fält.**

## DEL 1 – Planen

### Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Annika Wiberg  
Profession: Diabetessköterska  
Verksamhetschef: Susanne Svendsen  
Biträdande verksamhetschef: Jenny Lindgren  
MAL: Allan Gabro

E-post:

[annika.wiberg@capio.se](mailto:annika.wiberg@capio.se)

[susanne.svendsen@capio.se](mailto:susanne.svendsen@capio.se)

[Jenny.lindgren3@capio.se](mailto:Jenny.lindgren3@capio.se)

[Allan.gabro@capio.se](mailto:Allan.gabro@capio.se)

### Att involvera flera

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

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.
- Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

Constantin Gavralidis- allmänspecialist, Susanne Svendsen- Verksamhetschef/dsk/diab.ssk, Anna-Karin Nyberg- bitr.vc/dsk/diab.ssk, Amanda Estaifo- Allmänspecialist.  
Allan Gabro MAL och allmänspecialist.

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

En information till patienten om njursvikt och hur man kan förbygga/förbättra. Frågestöd inför läkarbesök för hjälp till patienten att ställa relevanta frågor.

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Vi ser att vi på vårdcentralen har, enligt NDR, 302 patienter med diabetes mellitus typ 2 varav 35 patienter har albuminuri det senaste året.

Målet är att vi når bättre rutiner och behandling och åtgärder kring nefropati och att vi hittar patienter i riskzon i ett tidigare skede.

Vi vill fånga upp de här patienterna. I första hand förebygga och/eller förhindra. Men även skjuta upp försämring. Att sätta in åtgärder för att fördröja skleroeringen av glomeruli och utvecklingen till njursvikt och i fördröjningen dialys och transplantation.

Vi vill intensifiera blodtryck- och blodsockerbehandlingen och i större utsträckning nå målblodtryck och målblodsocker för att minska risken för njurpåverkan och albuminuri.  
Vill också nå ett högre compliance för statiner för att få ner kolesterolvärdena på dessa patienter.

Till de 35 patienter som redan har manifest CKD behöver vi riktlinjer för att i möjligaste mån förhindra eller fördröja försämring. Vi vill ta fram en rutin för mer frekvent och noggrannare kontroller av både HbA1c, blodtryck, kolesterol samt albuminuri. En rutin för de läkemedel som ska sättas in, när de ska sättas och vad som ska sättas in vid patientens specifika problem.

**Val av tema för förbättringsarbetet:**

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Diabetesnjuren och riskfaktorer.

**Mål (Vad vill ni uppnå?)**

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

**Formulera här era mål:**

Bra blodsockerkontroll, blodtryck och blodfetter i bra nivåer minskar risken för njurskada. Därför behövs tidigare upptäckt och insättande av behandling.

Ett mer effektivt omhändertagande av diabetespatienten och dess njurar. Striktare behandling av HbA1c, blodtryck och blodfetter med tätare kontroller av blodsocker, blodtryck blodfetter.

Lokala rutiner för behandling med vilket läkemedel och när.

**Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)**

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

**Idéer till lösningar (För att nå målen)**

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: För stor försiktighet att behandla. Dels njursvikt i sig, men även HbA1c och blodtryck i förebyggande syfte.

1.1: Rutin sätts upp för när och med vad man behandlar patienten.

2: För glesa provtagningar/undersökningar av HbA1c, blodtryck och LDL på de som ligger sämre. Inga reglerande gränser för vid vilka nivåer man sätter in behandling och vad man sätter in.

2.1: Albuminuri tas varje halvår  
2.2: Blodtryck tas varje halvår  
2.3: HbA1c tas var tredje månad  
2.4: LDL tas varje år

3: Något dålig compliance för att ta Statiner hos våra patienter.

3.1: Mer information om nyttan med statiner kontra biverkningar.

**Mått och mätetal (indikatorer)**

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

**Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.**

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:  
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (= "processmått", t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	De patienter med albuminuri av våra patienter på vårdcentralen.	35 st	2024-03-01	35 st	NDR	Dec 2024
<b>Indikator 2</b>	Patienter som har SGLT2 av de diabetiker med manifest njurskada.	10 st	2024-03-01	30 st	NDR	Dec 2024
<b>Indikator 3</b>	Antal av våra patienter med albuminuri som ligger över 52 mmol/mol i HbA1c	15 st	2024-03-01	5 st	NDR	Dec 2024
<b>Indikator 4</b>	Andel våra av diabetiker med målblodtryck.	1 %	2024-03-01	50 %	Medrave	Dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Antal av våra patienter med albuminuri som ligger över 2,5 i LDL	15 st	2024-03-01	10 st	NDR	Dec 2024

**Kommentar (valfritt):**

Indikator 4: Här har vi funnit att målblodtryck inte legat lika självklart synligt i mallen i TakeCare för mottagningsbesök läkare som den gör i diabetesmallen för sjuksköterskor. Därför har detta inte blivit ifyllt. För att kunna optimera blodtrycken hos patienterna är det bra om alla sjuksköterskor lätt kan se varje patients målvärde.

Indikator 5: 62,7 % av alla våra patienter har ett LDL <2,5 medan riket ligger på 69,1 %. Vi vill försöka öka nivån av compliance till 68 % för lipidsänkande läkemedel.

**Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)**

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?

- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänk? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

- Förbättringsarbetet kommer regelbundet att diskuteras på våra arbetsplatsmöten, där alla inblandade personalkategorier närvarar.
- Vi kommer att sortera ut den grupp patienter som har albuminuri och lägga prioritet på dem.
- Vi kommer att lägga till provtagning av albuminuri till varje besök även hos diabetessköterska.
- Tätare provtagning på HbA1c och blodtryck kommer att ske på med albuminuri.
- Annika tar fram en bra och lättförståelig information om njursjukdom relaterad till diabetes. Den ges sedan till dessa patienter. Eventuellt också en hjälp för minnet till patienten på vad de kan tänka på inför besök på vårdcentralen och.
- Vi kommer att registrera mål för HbA1c men framför allt målblodtryck i högre utsträckning på alla våra patienter.
- Mer information till alla patienterna med förhöjda blodfetter om statiner för att försöka öka compliance.

**IRedovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1**  
t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

## **DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**

**Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?**

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**  
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vår dåvarande MAL valde förbättringsområde. Det visade sig dock vara ett lite mindre bra valt ämne eftersom vi redan låg bra jämfört med övriga riket på många områden. Det blev lite av att arbeta i uppförssbacke. Av olika anledningar valde i ändå att fortsätta på utstakad väg.

Vi informerade kollegorna på ett APT om vilka mål som vi tänkte oss att ha och hur vi planerade att vi skulle uppnå dem.

Tätare kontroller på albuminuri där patienten har fått lämna urinprov även inför besök hos diabetessköterska, det vill säga en gång per halvår.

Vi har registrerat målvärden för blodtryck och HbA1c i högre utsträckning för att få en riktlinje att följa.

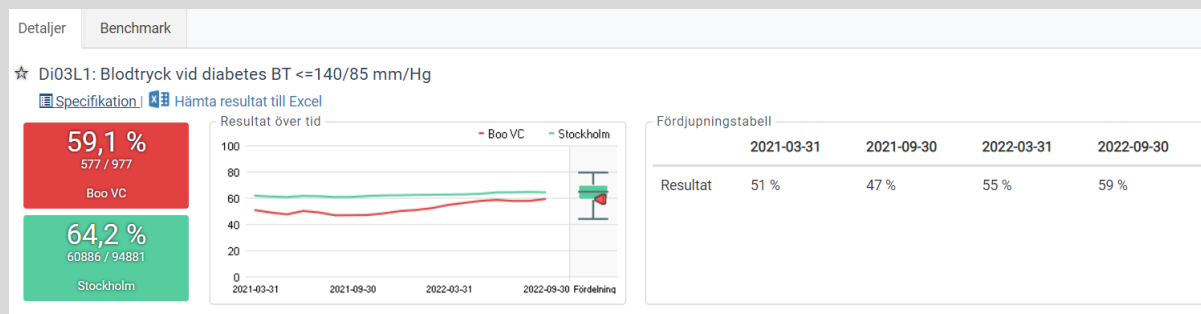
Tanken var även att läkarna med att ge patienterna med höga blodfetter information om Statiner för att få en ökat compliance. Det verkar finnas en viss ovilja till detta hos många patienter och vi tror att det kan behövas mer information från läkarna kring detta.

Vi ville också att man i större utsträckning skulle sätta in SGLT2-hämmare på de patienterna med som har någon nivå av njurskada.

Vår önskan var också att kunna erbjuda våra patienter en lättförståelig och pedagogisk information om njursvikt och hur man bäst förbygger och /eller hanterar och det.

## Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Antal patienter med albuminuri i av våra patienter	35 st	2024-03-01	Se övriga kommentarer	31 st	NDR	Dec 2024
<b>Indikator 2</b>	Antal diabetiker med manifest	10 st	2024-03-01	30 st	16 st	NDR	Dec 2024

	njurskada som har SGLT2.						
<b>Indikator 3</b>	Antal patienter med albuminuri som ligger över 52 mmol/mol i HbA1c	15 st	2024-03-01	5 st	16 st	NDR	Dec 2024
<b>Indikator 4</b>	Andel av våra diabetiker som har ett satt målbloodtryck	1 %	2024-03-01	50%	84%	MedRave	Dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Antal patienter med albuminuri som ligger över 2,5 i LDL	15 st	2024-03-01	10 st	7 st	NDR	Dec 2024

#### Övriga kommentarer:

Antalet diabetespatienter på vårdcentralen som hade albuminuri vid start var 35 st. Indikator 1 var tänkt som en upplysning om hur många patienter vi fann med albuminuri.

Av dem var det 10 st som hade SGLT2 ordinerat och vi ville ha upp siffran till 30 st (av 35 möjliga). Det blev dock 16 st.

Av samma 35 patienter var det 15 st som låg över 5,2 mmol/mol i HbA1c och vi ville få ner dem till 5 st. Där ökade antalet till 16 st.

Andel av våra diabetiker, med eller utan njursvikt, som hade ett målbloodtryck registrerat i journalen var 1% vid start. Det lyckades vi få upp till 84%

Antalet av dessa 35 patienter med albuminuri som låg på ett LDL över 2,5 mmol/L var 15 st och vi ville få ner antalet till 10 st. Där slutade det med att 7 patienter låg kvar över.

### Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Under försommaren slutade vår dåvarande MAL och ytterligare en läkare av totalt tre så det blev lite ostadig bemanning med många konsultläkare på kortare uppdrag under resten av året.

De läkare som bemannade vårdcentralen något längre fick en påminnelse vid några tillfällen att fylla i målvärden blodtryck men det glömdes ofta bort. Gissningsvis beror det dels på att vår journalmall inte har det sökord i "dager" utan det ligger gömt under ett annat sökord. Vi fick därför arbeta med att få in dem i journalen i efterhand.

Den utökade provtagningen kopplat till diabetessköterskan flöt dock på efter enligt planen troligen eftersom den provtagningen är kopplat till gamla rutiner och provremissen bara utökades.

Att inte målet har nåts för insättning av SGLT2-hämmare kan bero på att vi bytt patientklientel på vårdcentralen, där äldre har listat av sig och yngre kommit till. Målet kan också ha varit för optimistiskt.

Vi har inte lyckats med att få ner antal patienter med albuminuri och HbA1c över 52 mmol/mol utan där har värdet stigit ngt, en viss förklaring till det finns i ovanstående men också att det "ligger i sakens natur" att dessa patienter som ligger högre i HbA1c i större utsträckning drabbas av njursvikt. Där kan vi dra slutsatsen att vi bör vara mer ihärdiga att optimera behandlingen för dessa patienter. Antalet patienter med albuminuri har under året har även minskat.

Vi lyckades med att sänka antalet patienter med LDL över 2,5 mmol/L och möjligen lyckades våra läkare få några patienter att ta statiner.

Det blev tyvärr aldrig någon patientinformation kring njuren och njursvikt. Jag fann det svårt att hitta någon bra information på lämplig nivå. Därför valde jag att avstå eftersom en allt för avancerad information kan framstå som överväldigande.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Eftersom informationen om njursvikt uteblev så blev patienterna inte inblandade mer än som siffror och del i statistik.

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

Framledes kan man tänka sig att skapa någon form av vårdplaner, för att ha en planering för patientens kommande vård.

I vårdplanen bör sökorden målblodtryck, HbA1c-mål, mål för LDL samt om det finns en framtida planering om eventuella medicinjusteringar eller titreringar dokumenteras.

En vårdplan rätar ut en del frågetecken när patienten kommer med funderingar, men är också till nytta för övriga vårdgivare. Det finns då dokumenterat vad som sagts och vad det finns för plan, vad patienten kan tänkas förvänta sig av vården.

Sedan ska man naturligtvis kunna göra avhopp från vårdplanen om det behövs och ändra i planeringen om patienten och/eller vårdgivaren anser att det behövs.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2**

**t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2"** och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan [forbattringsarbeten.apc.siso@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.siso@regionstockholm.se)

**Bilagor** sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.