

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Njursvikt

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Rosenlunds vårdcentral	
Verksamhetschef Noel Mikha	Verksamhetschefens e-post Noel.mikha@doktor.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>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 senast den 28 februari 2024, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>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..</p> <p>Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.</p> <p>Radera EJ text i grå fält.</p>	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Anton Modlitba Profession: ST-läkare i allmänmedicin E-post: anton.modlitba@doktor.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>

A: Noel Mikha specialist i allmänmedicin.

Sandra Gustavsson undersköterska.

Carola Zovko undersköterska.

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

B: De patienter som inkluderas i förbättringsarbetet och önskar delta i undersökning och provtagning kommer erbjudas enkät gällande deras uppfattning av utformningen av förbättringsarbetet i samband med undersköterskebesöket.

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?

Njursjukdom är ett globalt folkhälsoproblem som påverkar nästan 850 miljoner människor över hela världen. Kronisk njursjukdom är en av de vanligaste dödsorsakerna i världen och fördubblar risken för att en person behöver sjukhusvård. Prevalensen av kronisk njursjukdom i Sverige uppskattas till ca 10% av populationen.

Majoriteten av patienter med diagnosen kronisk njursvikt har någon form av komorbiditet varav hypertoni och/eller diabetes mellitus typ 2 är två av de vanligaste orsakerna till kronisk njursjukdom. De patienter som samtidigt har diagnoserna hypertoni och/eller diabetes mellitus typ 2 blir årligen kallade till årskontroller där riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom som albuminuri, lipidstatus, blodtryck och blodsocker kontrolleras och blir underlag för bedömning gällande optimal läkemedelsbehandling. Dock har vi inget liknande system för patienter som har kronisk njursvikt utan ovan nämnda komorbiditeter. Dessa patienter riskerar därför att inte uppmärksammas i sin njursjukdom och riskerar i högre utsträckning att bli utan adekvat behandling som kan bromsa in progression av deras kroniska njursjukdom.

På vår vårdcentral har vi 117 patienter med e-GFR 30-60 (det vill säga kronisk njursvikt stadium 3a och 3b) utan komorbiditet i form av hypertoni och/eller diabetes mellitus typ 2. Endast 38% av dessa patienter har diagnosen kronisk njursvikt och ännu färre av dessa har stadiindelad diagnos på kronisk njursjukdom.

Behandlingsriktlinjerna för kronisk njursjukdom har senaste åren förändrats från att enbart innefatta RAAS-blockad och eventuellt diuretika till att även omfatta SGLT-2-hämmare som del av första-linjens behandling som tillägg till behandling med RAAS-blockad, eller där behandling med RAAS-blockad inte är lämplig. Särskilt effektivt är SGLT-2 hämmare på att minska progression av kronisk njursjukdom vid samtidig albuminuri.

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.

Kronisk njursjukdom.

Identifiera, diagnostisera, stadiindela patienter med kronisk njursvikts stadium 3a-3b utan komorbiditet i form av hypertoni och/eller diabetes mellitus typ 2 för att optimera deras läkemedelsbehandling i syfte att minska progressionstakten av deras kroniska njursjukdom.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Delmål 1 är att öka antalet patienter utan komorbiditet i form av hypertoni och Diabetes mellitus typ 2 som erhållit diagnosen kronisk njursvikt.

Delmål 2 är att öka antalet stadiindelning av kronisk njursvikt hos ovanstående patienter.

Delmål 3 är att öka andelen patienter som har lämnat prov för u-alb/krea kvot.

Delmål 4 är att öka andelen patienter som har kronisk njursvikt och som behandlas med RAAS blockad.

Delmål 5 är att öka andelen patienter som har kronisk njursvikt och som behandlas med SGLT2-hämmare.

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/verktygslada-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 verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

Vid avsaknad av andra komorbiditeter som hypertoni och/eller DM2 där patienter kallas till årliga kontroller riskerar patienter med enbart kronisk njursvikt att missas och de löper därför större risk att inte få optimal behandling och genom det onödigt hög risk att försämrans snabbare i sin kroniska njursjukdom.

Göra sökningar i Medrave för att identifiera denna patientkategori och erbjuda dem vidare kartläggning och bedömning av riskfaktorer.

Läkare och övrig personal har inte uppdaterat behandlingen enligt de nya rekommendationerna.	Öka kunskapen hos vår personal gällande njursvikt och de senaste behandlingsrekommendationerna genom interna och externa utbildningar.
Saknad av diagnos hos vissa patienter. Okunskap hos vissa patienter gällande sjukdomen och dess risker. Bristande compliance och engagemang hos vissa patienter.	Ökad medvetenhet hos patienter genom patientinformation om njursvikt för att öka deras kunskap gällande riskerna och för att öka compliance och öka patienters engagemang i behandlingen och i årskontrollerna.

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.**

	Indikatornamn	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med eGFR 30-60 som erhållit diagnos kronisk njursvikt utan samtidig komorbiditet i form av hypertoni och/eller DM2.	38%	2024-01-01	60%	Medrave	2024-12-31
Indikator 2	Andel patienter i ovanstående grupp där man bedömt CDK stadium	34%	2024-01-01	50%	Medrave	2024-12-31
Indikator 3	Andel patienter som lämnat prov för u-alb/krea kvot	5,1%	2024-01-01	50%	Medrave	2024-12-31

Indikator 4	Andel patienter i ovanstående grupp med RAAS blockad	8,5%	2024-01-01	50%	Medrave	2024-12-31
Indikator 5	Andel patienter med SGLT2 hämmare	3,41%%	2024-01-01	50%	Medrave	2024-12-31

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

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 tänkt? 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?

Vi planerar att göra sökningar i Medrave på patienter med eGFR 30-60 utan samtidigt komorbiditet i form av hypertoni och/eller DM2. När vi identifierat dessa patienter skall vi skicka ut informationsbrev gällande vårt förbättringsarbete kring kronisk njursjukdom och att vi uppmärksammat att dessa patienter har haft något nedsatt njurfunktion vid tidigare provtagning och genom svarstalong erbjudas patienter möjlighet att utredas vidare i deras kroniska njursjukdom genom att vi beställer nytt Krea (eGFR), Na, K, fP-glukos och U-alb/krea och att man därefter får komma till undersköterskebesök för att kontrollera längd/vikt/BMI och blodtryck.

Efter att provtagning och kontroll av blodtryck genomförts skall läkare granska resultaten och fastställa och stadieindela eventuell diagnos på kronisk njursjukdom. Därefter skall patienten få resultatet av denna bedömning och erbjudas möjlighet att insättas på behandling med RAAS-blockad och/eller SGLT-2 hämmare.

Redovisningen 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

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

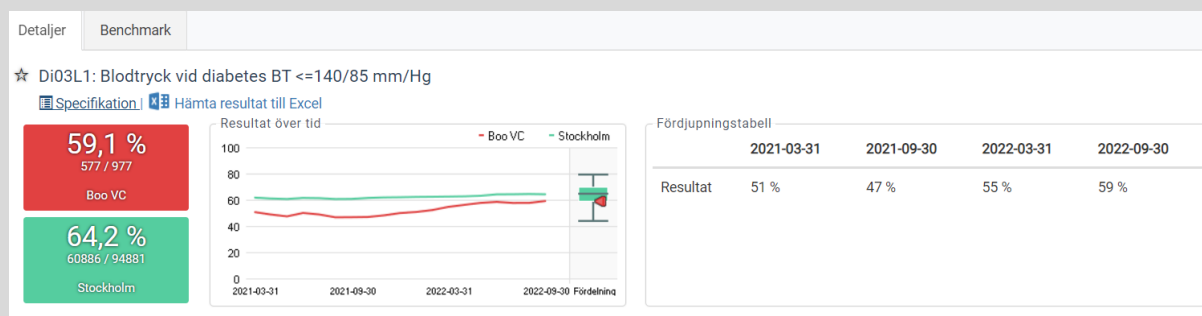
Vi har testat flera förbättringsidéer för att optimera behandlingen vid njursvikt. En viktig åtgärd var att skicka informationsbrev till patienterna om njursvikt och dess koppling till kardiovaskulära händelser för att öka kunskap och medvetenhet. Vi införde rutinmässiga kallelser till kontroll med provtagning och medicinsk bedömning.

För att förbättra återkopplingen skickade vi tydliga brev med provsvar och läkarbedömningar, vilket nu har standardiserats för att säkerställa jämn kvalitet i kommunikationen. Vi införde även en systematisk uppföljning av patientdata via RaveMax för att identifiera riskpatienter tidigt, inklusive standardiserade rutiner för vilka prover som tas och hur resultaten analyseras.

De nya arbetssätten bygger på patientcentrerad vård, förbättrad kommunikation och strukturerade processer. Detta har lett till en enhetligare och mer effektiv vårdprocess med fokus på att förebygga komplikationer och förbättra patienternas hälsa.

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:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med eGFR 30-60 som erhållit	38%	2024-01-01	60%	81%	Medrave	2024-12-31

	diagnos kronisk njursvikt utan samtidig komorbiditet i form av hypertoni och/eller DM2.						
Indikator 2	Andel patienter i ovanstående grupp där man bedömt CDK stadium	34%	2024-01-01	50%	80%	Medra ve	2024-12-31
Indikator 3	Andel patienter som lämnat prov för u-alb/krea kvot	5,1%	2024-01-01	50%	81%	Medra ve	2024-12-31
Indikator 4	Andel patienter i ovanstående grupp med RAAS blockad	8,5%	2024-01-01	50%	39%	Medra ve	2024-12-31
Indikator 5	Andel patienter med SGLT2 hämmare	3,41%	2024-01-01	50%	13%	Medra ve	2024-12-31

Övriga kommentarer:

Av de patienter som inte sattes på behandling utgjordes huvudsakligen av multisjuka äldre individer med begränsad klinisk nytta av intervention. Många var över 90 år och hade samsjuklighet som bl.a. demens.

Bland de yngre och friskare patienterna identifierades förvånansvärt få riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom eller progression av njursvikt.

Mot bakgrund av de ovannämnda punkter blev det färre andel patienter som behövde sättas in på RAAS-blockad och SGLT-2 hämmare än det vi hade tänkt från början.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Projektet resulterade i en tydlig förbättring av identifiering och behandling av patienter med CKD.

Trots begränsad samsjuklighet hos vissa patienter kunde behandlingen optimeras för att minska risken för progress av njursjukdom och hjärt-kärlsjukdom.

Större delen av patienterna kunde dra nytta av en strukturerad genomgång av riskfaktorer, vilket understryker vikten av tidig diagnos och intervention vid CKD.

Förbättringsarbetet visar att det finns potential att ytterligare förbättra uppföljning och behandling av njursvikt i primärvården.

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?

Vi har använt kunskap från patienter genom att aktivt lyssna på deras erfarenheter och behov vid varje steg i förbättringsarbetet. Vid uppstarten identifierades vanliga kunskapsluckor och frågor som patienter hade kring njursvikt och dess koppling till kardiovaskulära händelser, vilket låg till grund för justeringar i utformningen av förbättringsarbetet. Genom att skicka informationsbrev skapade vi en plattform för kunskapsutbyte där patienterna fick möjlighet att förstå sin hälsosituation bättre.

Vid kontrollbesöken fick patienterna möjlighet att ställa frågor, dela sina upplevelser och ge feedback på vården, vilket gav oss viktig information om hur vi kunde förbättra kommunikationen och stödet.

Efter provtagningen skickades brev med provsvar och läkarbedömning, där vi strävade efter att ge tydlig och individanpassad information. Detta uppmuntrade patienterna att reflektera över sin hälsa och delta i beslut om fortsatt behandling.

Vi har också betonat vikten av egenvård och uppmuntrat patienterna att vara aktiva i att förebygga komplikationer, vilket bidrar till en mer engagerad och delaktig patientgrupp.

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.

För att vidmakthålla förändringarna integrerar vi det nya arbetssättet i våra rutiner, inklusive informationsbrev, standardiserad återkoppling och kallelser till kontroller.

Vi kommer kontinuerligt följa upp resultat genom dataanalys för att identifiera förbättringsmöjligheter och säkerställa kvaliteten. Personalutbildning prioriteras för att bibehålla kunskap om njursvikt och kardiovaskulära risker.

Patientfeedback fortsätter att vara en central del av arbetet för att säkerställa en patientcentrerad och flexibel vård. Målet är att förbättra delaktighet och förebygga komplikationer på lång sikt.

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.sls@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.