

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Njursvikt

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Järna Vårdcentral	
Verksamhetschef Linda Grip	Verksamhetschefens e-post Linda.grip@primavard.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: Wissam Nemah / Linda Grip
Profession: ST-läkare / Verksamhetschef
E-post: wissam.nemah@primavard.se / linda.grip@primavard.se
Att involvera flera
Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <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 sidosjukvård, 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
A: Shaheen Khayyam specialist i allmänmedicin, Monica Solonaru specialist i allmänmedicin, Susanne Lindholm sjuksköterska, Catarina Larsen distriktsköterska, Lena Ängefjord medicinsk sekreterare.

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

B: Vi funderar fortfarande hur vi kan involvera patienterna i detta arbete.

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?

Delmål 1: Öka andelen patienter med registrerad diagnos njursvikt som har ett varaktigt nedsatt eGFR (<60) under perioden 1/2 2024 och 31/12 2024. Vi har sett i statistiken att vi har en förhållandevis låg grad av diagnossättning trots att vi har en högre andel av patienter som uppvisat lågt eGFR vid provtagning. Statistiken nu gör gällande att vi inte har satt diagnos på 50% av de patienter som uppmätt ett lågt eGFR vid fler än ett tillfälle.

Delmål 2: Öka andelen patienter med eGFR <60 som uppnår målblodtryck.

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

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:

Vi vill öka diagnosgraden till minst 80% bland patienterna i vald grupp. Öka kunskapen i läkargruppen kring kronisk njursjukdom samt öka kontinuiteten för uppföljning hos namngiven husläkare. Vi vill också minska risken för försämring av redan nedsatt njurfunktion genom att fler patienter i gruppen når målblodtryck.

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-forbattringstrappa/>

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/>

1: Uppföljning hos olika läkare ökar risken att diagnos inte sätts och därmed ökar risken för försämring av njurfunktionen.

1.1: Arbete i team kring gemensam patientlista, Husläkare och utbildningsläkare.
1.2: Ökad kontinuitet genom namngiven husläkare.
1.3: Dela ut patientlistor till varje husläkare för genomgång och diagnossättning i de fall det är lämpligt.

2: Ökad kunskap i läkargruppen ökar diagnostiseringsgraden och chansen till korrekt behandling

2.1: Föreläsning av informationsläkare från APC
2.2: Gå igenom VISS program samt den information som finns att se på Janusinfo.se gemensamt på läkarmöte.
2.3: Identifiera de patienter med nedsatt njurfunktion som ännu inte når målblodtryck och behandla.

3: Gemensamt titta på statistiken på läkarmöten

3.1: Med hjälp av Medrave bygga egna listor som tar fram patienter som haft eGFR <60.

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-forbattringstrappa/>

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 "balanserade 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 T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter med eGFR rel <60 som ej har njursviktsdiagnos Tot andel av listade med eGFR <60 = 2,2% varav 63,87% av dessa saknar diagnoskod</i>	36,13%	1/2 2024	65%	M4	31/12 -24
Indikator 2	<i>Andel patienter med eGFR rel <60 som har kontrollerat albuminuri</i>	38,9%	1/2 2024	70%	M4	31/12 -24
Indikator 3	<i>Andel patienter listade på namngiven husläkare</i>	54%	1/2 2024	90%	Liston	31/12 -24
Indikator 4	<i>Andel patienter med nedsatt njurfunktion som uppnår målblodtryck</i>	41,18%	1/2 2024	60%	M4 Takecare	31/12-24
Indikator 5						
Kommentar (valfritt):						
<p><i>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.</i></p>						
Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)						
<p>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/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 dra? • Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé? 						
<p><i>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.</i></p> <p>Verksamhetschefen kommer ta fram statistik ur M4 och Liston på regelbunden basis samt bjuda in föreläsare från APC. Statistiken redovisas på läkarmöten och i fikarummet så alla kan följa utvecklingen. Läkargruppen ansvarar för att gå igenom sina patientlistor och identifiera de patienter som antingen saknar diagnos helt eller har en njursviktsdiagnos men saknar provtagning för albuminuri.</p> <p>Sjuksköterskorna ansvarar för att uppmärksamma eGFR <60 vid kontakt med patient via telefon eller under besök på ssk mottagning och rapportera till ansvarig läkare så att man under kortare tid kan fånga upp patientgruppen vi arbetar med.</p>						
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)

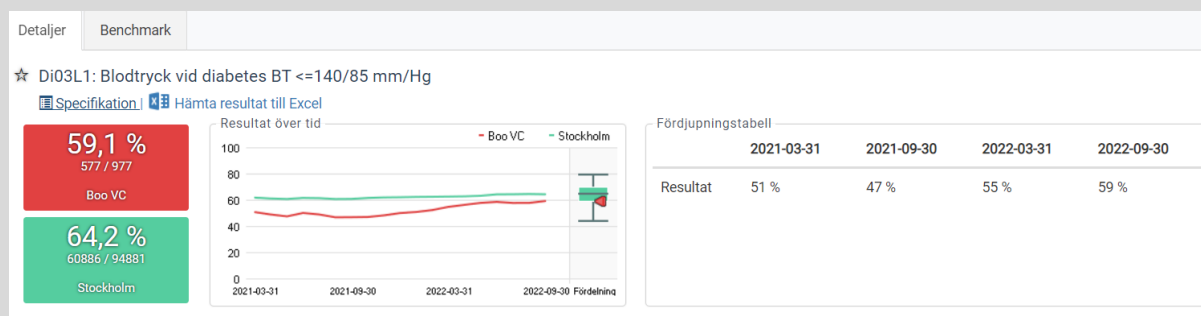
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

Samtliga listade patienter fick en namngiven läkare, även dem som innan enbart varit listad på mottagningen. För att öka kontinuiteten har vi valt att arbeta i team där varje team består av en speciallistläkare i allmänmedicin, en utbildningsläkare (ST, AT eller leg läkare) och en distriktssköterska/ sjuksköterska. Vid varje kontakt med oss som patienten hade så kollades tidigare provsvar och skulle det dyka upp en patient med ett eGFR <60 meddelades patientens ansvariga läkare om patienten saknade diagnos för ställningstagande till diagnossättning vid nästa besök.

Resultat

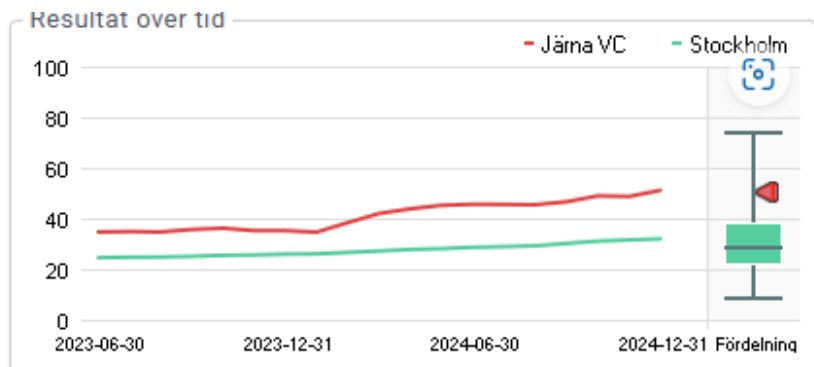
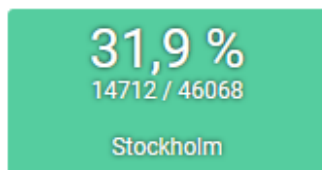
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark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



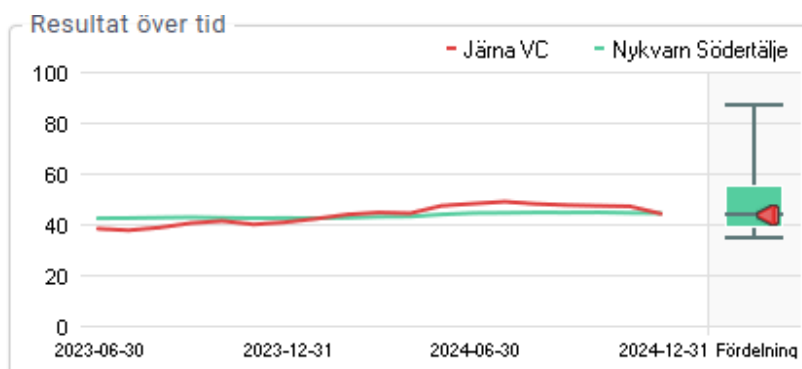
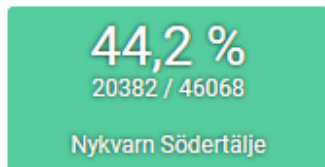
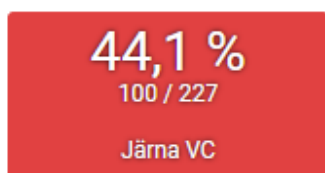
	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med eGFR rel <60 som ej har njursviktsdiagnos Tot andel av listade med eGFR<60 = 2,2% varav 63,87% av dessa saknar diagnoskod	36,13 %	1/2-24	65%	48,91%	M4	31/12 -24
Indikator 2	Andel patienter med eGFR rel <60 som har kontrollerat albuminuri	38,9%	1/2-24	70%	71,18%	M4	31/12 -24
Indikator 3	Andel patienter listade på namngiven husläkare	54%	1/2-24	90%	100%	Liston	31/12 -24
Indikator 4	Andel patienter med nedsatt njurfunktion som uppnår målblodtryck	41,18%	1/2-24	60%	47,6%	M4, Takecare	31/12 -24
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Nj01<80 år: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) och som har diagnos njursvikt



Nj03: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck $\leq 130/80$



Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Ökad kontinuitet i vårdkontaktarna på alla nivåer ökar patientsäkerheten och i detta arbete även diagnossättningsgraden. Vi behöver fortsatt arbeta med indikatorerna 1 och 4, dessa har blivit bättre men har ännu inte uppnått sina mål vilka vi finner rimliga. En anledning till det kan vara att vi fått oplanerad frånvaro i läkargruppen under hösten och något hastigt frånfälle vilket täckts av konsulter som då inte blivit insatta i vårt pågående förbättringsarbete.

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?

Det har varit svårt att involvera patienterna i detta förbättringsarbete men på individnivå har vi kunnat öka delaktigheten genom att förklara hur de olika delarna hänger ihop, varför ett uppnått målblodtryck är viktigt osv. Dock finns en hel del utmaningar just kring compliance i vårt upptagningsområde då en stor andel av våra listade patienter har en avvikande syn på vetenskapligt bevisad behandling av olika åkommor.

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.

Vi kommer fortsätta arbeta med indikator 1 och 4 genom gemensam genomgång av resultatet för förbättringsarbetet och fortsatt uppföljning av siffrorna kvartalsvis framöver tills målen är nådda. Vi fortsätter även arbeta med kontinuitet och att samtliga patienter ska ha en namngiven läkare då vi ser många positiva effekter både för patienterna och medarbetarna.

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 forbattningsarbeten.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.

