

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Njursjukdom

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kry Vårdcentral Sickla	
Verksamhetschef Mark Glanville	Verksamhetschefens e-post Mark.glanville@ad.kry.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 del1 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: Martin Wallén
Profession: ST-läkare
E-post: martin.wallén@ad.kry.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:
Martin Wallén, ST-läkare.
Mark Glanville, läkare, verksamhetschef.
Sanne Loso, sjuksköterska.

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

B: För att kunna ge synpunkter behöver berörda patienter i första hand få möjligheten att ta del av lättbegriplig information om njursjukdom inklusive vikten av blodtryckskontroll, ett välreglerat blodsocker eller HbA1c och sunda levnadsvanor för att bromsa progress av njursjukdom. Ett standardiserat informationsblad* kommer att skickas till de patienter som uppfyller diagnoskriterier i anslutning till besök på mottagningen, i första hand via Kry's mobilapplikation. I informationen kommer även ingå frågor om hur patienten upplever informationen, om vederbörande förstår innehållet och om någonting saknas. Kry har ett väletablerat feedback-system integrerat i Kry-appen idag, genom vilket patienter har möjlighet att lämna synpunkter om kontakten med vår mottagning i samband med ett besök. Svaren granskas och alla frågor eller synpunkter följs upp rutinmässigt.

* [Informationsmaterial från patientföreningen njurförbundet](#)

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?

Kronisk njursjukdom är en tyst och ofta asymtomatisk sjukdom. Det är vida känt att kronisk njursjukdom är ett underdiagnostiserat och underbehandlat tillstånd. Detta får negativa konsekvenser för drabbade patienter eftersom tidig upptäckt och insatt behandling bromsar progressionen av sjukdomen. Frekvensen av diagnostik och efterlevnad av rekommenderad behandling för kronisk njursjukdom på Kry i Sickla specifikt har inte undersökts.

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.

Tidig upptäckt, behandling och uppföljning av personer med 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:

1. Identifiera alla patienter med eGFR <60 mL/min.
2. Kartlägga hur många/stor andel av dessa som a) har rätt diagnos, b) når målblodtryck 130/80 eller lägre, c) är insatta på RAAS-blockad och d) har kontrollerat albuminuri.
3. Skapa en lokal rutin för att löpande fånga upp och följa upp denna patientgrupp
4. Öka andelen med korrekt diagnosättning, utredning och behandling.
5. Ansvarig sjuksköterska som kallar patienterna för årskontroll inklusive motiverande samtal livsstilsfaktorer.

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/>

1: CKD har haft lägre prioritet än andra folksjukdomar. Spekulativt kan detta bero på att njursjukdom ofta debuterar sekundärt till exempelvis underbehandlad DM, hypertoni och CVD eller systemsjukdom där njurfunktionsförsämringen bromsas med adekvat behandling av grundsjukdomen.

- 1.1: Uppmärksamma alla medarbetare om förbättringsarbetet på APT.
- 1.2: Dedikerad ssk.

2: Rutiner för att fånga upp och utreda patienter med CKD har saknats.

- 2.1: Läkare utreder alla med eGFR<60 ml/min enligt vårdprogram: rutinprover inkl cystatin C en gång och elfores i urin och plasma en gång.
- Bestämna typ av njursjukdom – prerenal, renal, postrenal.
- Stadieindelning baserat på eGFR.

3: Bristande uppföljning; det bedöms finnas ett behov av en särskild resurs/ssk som löpande följer upp patienter.

- 3.1: Behandla hypertoni <130/80 mmHg. Behandla DM.
- 3.2: Livsstillsåtgärder, utbildning och uppföljning hos ssk.
- 3.3: Vaccination vid CKD 3 eller lägre.
- 3.3: Behandling av albuminuri enligt vårdprogram
- 3.4: Lipidsänkande läkemedelsbehandling enligt vårdprogram.

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 processmåten 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 Andel patienter med eGFR(krea) <60 ml/min/1,73m ² Antal	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/ för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal patienter med eGFR(krea) <60 ml/min/1,73m ² Antal patienter med eGFR(krea) <60 ml/min/1,73m ² och diagnos Andel patienter med eGFR(krea) <60 ml/min/1,73m ² och kronisk njursviktsdiagnos *	111 37 33%	240222	>60%	Medrave	Jan- 25
Indikator 2	Andel listade patienter som har nedsatt njurfunktion (eGFR <60 ml/min/1,73m ²)	69 %	240223	>80%	Medrave	Jan- 25

	och som har kontrollerat albuminuri**					
Indikator 3	Andel patienter med makroalbuminuri (u-alb/krea > 30 mg/mmol) med RAAS-blockad (ATC-kod C09)	43%	240223	>60%	Medrave	Jan- 25
Indikator 4	Andel patienter med eGFR(krea) <60 ml/min/1,73m ² och blodtryck <130/80 mmHg***	46%	240131	>60%	Medrave	Jan- 25
Indikator 5	Andel patienter över 50 år med eGFR <60 ml/min/1,73m ² som har statinbehandling* ***	53 av 110 patienter: Andel: 48%	240223	>75%	Medrave	Jan- 25

Kommentar (valfritt):

*Njursviktdiagnos omfattas: N18.x, I12.0 (Hypertensiv njursjukdom med njursvikt), I13.2 Hypertensiv hjärt- och njursjukdom med både hjärtsvikt och njursvikt.

**Kvalitetsmått primärvården, njursvikt Nj02: Andel patienter som har nedsatt njurfunktion (eGFR <60 ml/min/1,73m²) och som har kontrollerat albuminuri.

***Kvalitetsmått primärvården, njursvikt Nj03: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (eGFR <60 ml/min/1,73m²) som har blodtryck ≤ 130/80. Vi har pågående dialog med Medrave och data kommer finnas tillgängliga i Medrave inom kort.

****Statinbehandling rekommenderas som primärprevention till alla patienter över 50 år med eGFR <60 mL/min/1,73 m². Statiner = ATC-kod C10AA.

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 blev 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.

- Utse sjuksköterska som identifierar och kallar alla patienter som inte uppfyller kriterier enligt ovan definition.
- Presentera mål och tillvägagångssätt på APT
- Presentation av förbättringsarbetet på läkarmöte där njursjukdomar uppmärksammas, med fokus på primärvårdsläkarens uppgifter, inklusive utredning, diagnosättning, behandling och uppföljning.
- Skriftlig rutin i teams-tråd för läkare enligt ovan.

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

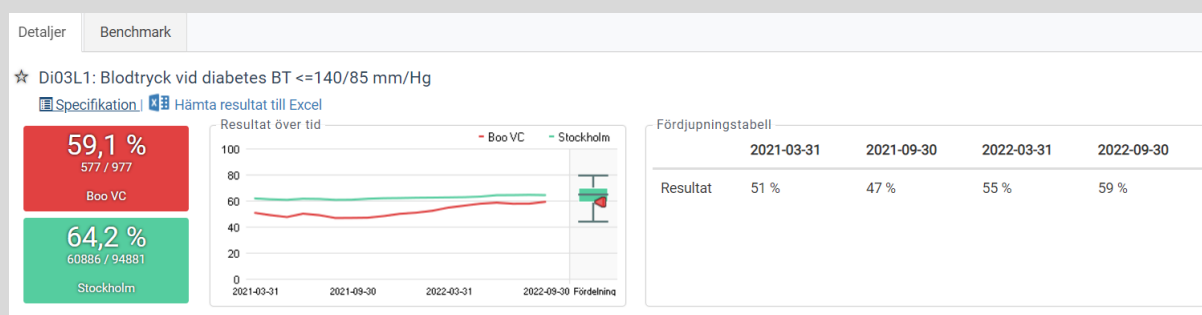
Konkreta åtgärder:

1. Utsett en namngiven ssk med ansvar att identifiera och kalla patienter med CKD stadium 3-5 som inte uppnår blodtrycksmål eller saknar statinbehandling eller RAAS-blockad. Konkret så tillfrågades/delegerades arbetsuppgiften av verksamhetschef till en ssk som saknade fördjupningsområde (såsom diabetes, psykisk ohälsa, astma och KOL exvis).
2. Frigjort tid i schemat för ssk att utföra arbetet. Detta skedde i samråd med verksamhetschef efter att man gjort en uppskattning av hur stor tidsåtgången skulle vara för denna uppgift.
3. Informerat all personal på APT och även under en konferens om pågående förbättringsarbete och presenterat mål såsom specificerat i del 1 av detta dokument,
4. Ordnat en intern föreläsning för alla läkare på fast läkarmöte om aktuella definitioner, utredning och behandlingsprinciper. Gått igenom bl.a. vårdprogrammet
5. Tagit in en extern föreläsare/njurläkare som hållit en presentation om njursvikt under en timme på APT.
6. Ungefär vid halvtid för projektet presenterat preliminära data på APT för hur arbetet med CKD fortskrider.
7. Ordnat en utbildningseftermiddag med extern föreläsare och specialister inom njurmedicin.

8. Skrivit en ny rutin RUT-1696-v.5.0 Njursjukdomar (se bilaga 1) för att förbättra diagnostik av kroniska njursjukdomar (Chronic Kidney Disease, CKD), stadieindela dessa samt att se till att patienterna med CKD har en adekvat behandling och uppföljning.

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	Antal patienter med eGFR(krea) <60 ml/min/1,73m ² Antal patienter med eGFR(krea) <60 ml/min/1,73m ²) och diagnos Andel patienter	111 37 33%	240222	>60%	148 88 59%	Medrave	2025-01-27

	med eGFR(krea) <60 ml/min/1,73m ² och kronisk njursvikts diagnos*						
Indikator 2	Andel listade patienter som har nedsatt njurfunktion (eGFR <60 ml/min/1,73m ²) och som har kontrollerat albuminuri**	69 %	240223	>80%	85%	Medrave Nj02	2024-12-31
Indikator 3	Andel patienter med makroalbuminuri (u-alb/krea >30 mg/mmol) med RAAS-blockad (ATC-kod Co9)	43%	240223	>60%	5 av 10 50%	Medrave	2025-01-27
Indikator 4	Andel patienter med eGFR(krea) <60 ml/min/1,73m ² och blodtryck <130/80 mmHg***	46%	240131	>60%	53.3%	Medrave Nj03	2024-12-31
Indikator 5	Andel patienter över 50 år	53 av 110 patienter:	240223	>75%	90 av 145	Medrave	2025-01-27

	med eGFR <60 ml/min/1,73m ² som har statinbehandling*** *	Andel: 48%			Andel: 62%		
--	---	---------------	--	--	---------------	--	--

Övriga kommentarer:

*Njursviktdiagnos omfattas: N18.x, I12.0 (Hypertensiv njursjukdom med njursvikt), I13.2 Hypertensiv hjärt- och njursjukdom med både hjärtsvikt och njursvikt.

**Kvalitetsmått primärvården, njursvikt Nj02: Andel patienter som har nedsatt njurfunktion (eGFR <60 ml/min/1,73m²) och som har kontrollerat albuminuri.

***Kvalitetsmått primärvården, njursvikt Nj03: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (eGFR <60 ml/min/1,73m²) som har blodtryck ≤ 130/80. Vi har pågående dialog med Medrave och data kommer finnas tillgängliga i Medrave inom kort.

****Statinbehandling rekommenderas som primärprevention till alla patienter över 50 år med eGFR <60 mL/min/1,73 m². Statiner = ATC-kod C10AA.

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.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Detta projekt har gjort oss uppmärksamma på att CKD är en viktig sjukdom att identifiera och behandla eftersom rätt åtgärder som sätts in i rätt tid kan bromsa utvecklingen av försämrad njurfunktion över tid, vilket höjer livskvaliteten, minskar samsjukligheten och slutligen förlänger livet på en stor del av våra patienter. Det står helt klart att CKD inte var en prioriterad diagnos såsom diabetes, hypertoni eller astma och KOL vid inledningen av detta projekt, men med de insatser som gjort har CKD fått stort fokus för oss, och engagemanget hos all personal har varit stort, vilket inte minst speglas i våra resultat: Vi satte upp relativt höga men samtidigt realistiska mål, och lyckades överträffa dessa på en indikator, nästan nå målet på en och underprestera på tre. Det är dock värt att notera, att jämfört med 2023, så har vi förbättrat våra resultat på samtliga 5 indikatorer. Det bör även tilläggas att vissa av målen ej har uppnåtts av anledningar som vi saknar kontroll över, exvis att patienter som ej tolererar statin sänker statistiken oavsett om de har en alternativ lipidsänkande behandling eller inte, och att patienter som byter vårdgivare frekvent kanske snarare speglar brister i tidigare given vård. Vår ambition är dock fortsatt att kalla alla patienter som identifieras i Medrave enligt ovan specificerade kriterier.

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 insett att kunskapen om CKD varit låg hos våra patienter, såsom den varit hos många av oss som arbetar på vårdcentralen. Det är en tyst och långsamt progredierande sjukdom som kan vara svår att förhålla sig till eftersom den länge går helt asymtomatiskt. Läkarna har haft ett viktigt arbete

att informera och undervisa patienterna om deras njurfunktionsnedsättning, tala om prognos, livsstilsåtgärder och läkemedel som bromsar utvecklingen av ytterligare försämring.

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.

På det stora taget är vi nöjda med resultatet för detta år, dels den ökade förståelsen för CKD och primärvårdens viktiga roll för tidig upptäckt, utredning och rätt behandling som sätts in tidigt, och dels för att våra insatser - främst genom en dedikerad sjuksyster som identifierar rätt patienter, tillsammans med uppmärksammandet av CKD och aktuella behandlingsmetoder och mål i läkargruppen - resulterat i att en högre andel av våra patienter har fått rätt vård. Vi nöjer oss dock inte med detta utan upprepar målen för 2025 såsom för 2024. Resultatet av denna rapport kommer att presenteras vid nästa APT i februari 2025. Samma dedikerade sjuksköterska kommer på särskilt avsatta tider fortsätta att identifiera och kalla patienter enligt samma kriterier som tidigare och vi planerar att genomföra en avstämning halvvägs igenom 2025 och en ny utvärdering i jan 2026. Om det finns någon annan särskilt lyckad strategi som en annan vårdcentral i detta projekt använt sig av, tar vi gärna del av deras metoder, liksom vi tacksamt tar emot synpunkter på utförandet av vårt arbete och hur det kan förbättras.

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.