

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete Kry VC Gallerian 2024

del 1 och del 2 TEMA: Njursvikt

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Kry Vårdcentral Gallerian

Verksamhetschef
Malin Bergmark Kudan

Verksamhetschefens e-post
malin.bergmarkkudan@kry.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 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.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

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

Namn: Megan Laurencikaite

Profession: Leg läkare, ST i allmänmedicin

E-post: megan.laurencikaite@ad.kry.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 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: Saleha Haidarova (DSK) Björn Stridh (MRÅ, Spec i allmänmedicin)

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

B:
Intervjuer med frågor i samband med återbesök till läkare.

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?

Kry primärvård i Region Stockholm har tagit fram gemensamma kvalitetsmått och mål för enheterna. Under 2024 har vi valt att fokusera på njursvikt där vi noterat en brist i diagnossättning och behandling enl gängse riktlinjer. Vi har valt att följa diagnossättning avseende CKD3 och rekommenderad behandling enl VISS.

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 njursvikt

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:

*Vi är en relativt nystartad vårdcentral med många patienter i arbetsför ålder, men har successivt fått fler äldre patienter med kroniska sjukdomar. Vi har förhållandevis få patienter med kronisk njursvikt, men noterat att många med GFR<60 inte hade fått diagnos CKD3 och adekvat behandling för att minska risken för fortsatt försämring av njurfunktionen var bristfällig. **Målet för kvalitetsarbetet är att genom fortbildning av personalen öka kunskapen och intresset för kronisk njursjukdom, identifiera fler patienter med GFR<60 och förbättra deras behandlingen i överensstämmelse med aktuella riktlinjer.***

Data tas ut från MedRave varje månad och personalen informeras på läkar-/sköterskemöten och APT.

Första delmålet är att **identifiera** patienter med $GFR < 60$, eventuell förekomst av albuminuri, sätta diagnos CKD3 och informera patienterna vad diagnosen innebär och vad man kan göra för att minska risken för fortsatt försämring av njurfunktionen.
Andra delmålet är att erbjuda så många som möjligt av patienterna med CKD3 **behandling** enl VISS riktlinjer.

Indikator 1-2 har valts för att bedöma hur väl vi lyckats med att **identifiera** patienter med $GFR < 60$ och sätta rätt diagnos. Indikator 3-5 har valts för att bedöma hur väl vi följer riktlinjerna för **behandling** av patienter med diagnos CKD3

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: Bristfällig kunskap om njursvikt hos läkare och sköterskor

1.1: Fortbilda personal om kronisk njursvikt

2: Bristfällig diagnossättning av vid CKD3

2.1: Informera om vikten av rätt diagnossättning
2.2: Regelbunden uppföljning och information till personalen om graden av diagnossättning

3: Bristfällig behandling enligt VISS vid kronisk njursjukdom

3.1: Informera om riktlinjerna i samband med utbildning av kronisk njursjukdom
3.2: Regelbunden uppföljning och information till personalen om uppfyllelse av behandling enl VISS

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 snabbspirometri 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/antal patienter med eGFR<60 med diagnos kronisk njursvikt</i>	13%, 7st	1/1 2024	70%	Med rave	31 dec 2024
Indikator 2	<i>Andel/antal patienter med eGFR<60 som tagit alb/krea-kvot</i>	62%, 32st	1/1 2024	70%	Med rave	31 dec 2024
Indikator 3	<i>Andel/antal patienter med eGFR<60 med BT<130/80</i>	54%, 28st	1/1 2024	70%	Med rave	31 dec 2024
Indikator 4	<i>Andel patienter med eGFR<60 som har RAAS-blockad</i>	48%, 25st	1/1 2024	70%	Med rave	31 dec 2024
Indikator 5	<i>Andel patienter med eGFR<60 som står på statin eller annan blodfettssänkande behandling</i>	19%, 10st	1/1 2024	70%	Med rave	31 dec 2024

Kommentar (valfritt):
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?

MRÅ går under året igenom alla patienter med eGFR under 60 och påminner ansvarig läkare om att ta ställning till diagnos och vid behov optimering av behandling.

Under året tar vi ut data varje månad och presenterar på läkarmöten och på APT

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.slso@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 sedan vi startade vårt förbättringsarbete lagt mycket tid av arbetet till att kartlägga vår situation avseende handläggningen av våra njursviktpatienter. Vi har valt att främst använda oss av Medrave som hjälpmedel. Vi har därefter presenterat utgångsläget för samtliga personalkategorier och informerat om vad och varför vi valt just detta ämne.

Vi har valt 5 indikatorer som speglar kvalitén i handläggningen av denna typ av patienter och fokuserat på att förbättra dessa genom att uppmana respektive ansvarig läkare att följa våra nya rutiner för njursviktpatienter. Med hjälp av medrave har vi gått igenom listan på patienter med GFR<60 och kontaktat samtliga ansvariga läkare för respektive patient och uppmanat att:

1. Sätta diagnos njursvikt i journal.
2. Ta en albumin/krea-kvot på samtliga patienter.
3. Kontrollera blodtrycket på samtliga patienter och sätta in adekvat hypertoni behandling vid behov om blodtrycket ligger över 130/80.
4. Sätta in behandling med RAAS-blockad.
5. Sätta in på statin eller annan blodfettssänkande behandling.

Vi har även informerat sjuksköterskor som har årskontroller med hypertoni-patienter att vara uppmärksamma på avvikande njurvärden.

Dessa punkter har även tagits upp på både APT möten samt läkarmöten för att påminna alla vårdpersonal om förbättringsarbetets syfte och mål.

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:**

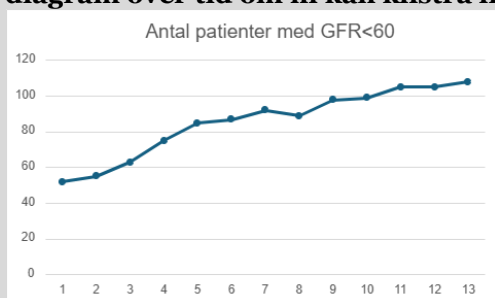


Diagram 1.

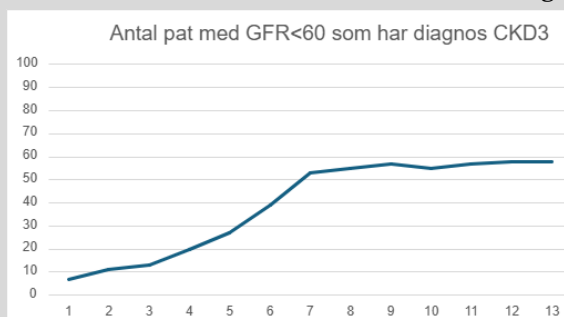


Diagram 2.

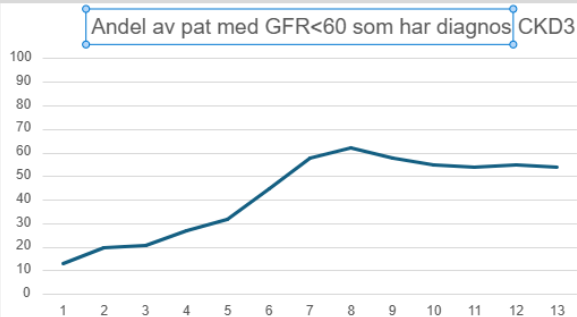


Diagram 3.

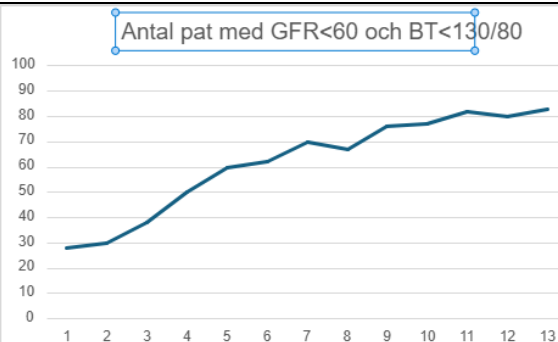


Diagram 4.

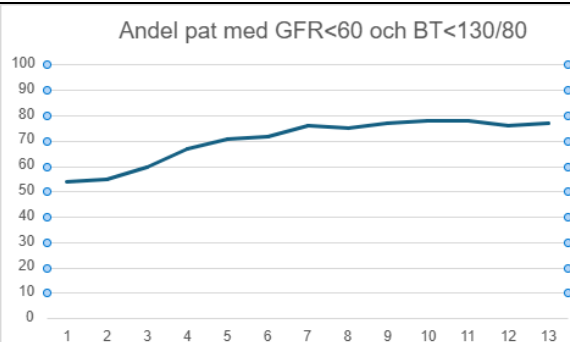


Diagram 5.

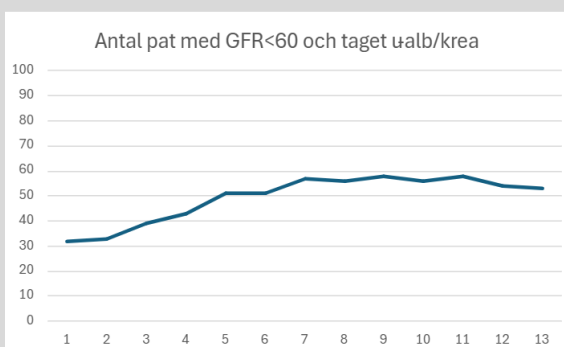


Diagram 6.

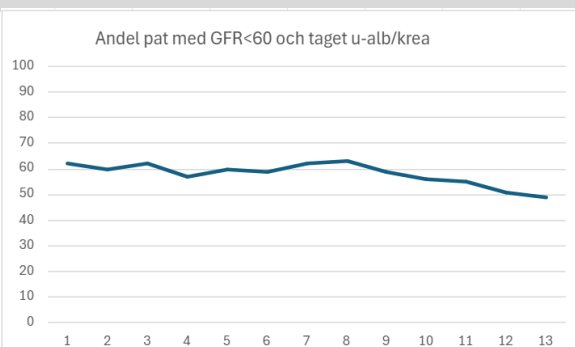


Diagram 7.

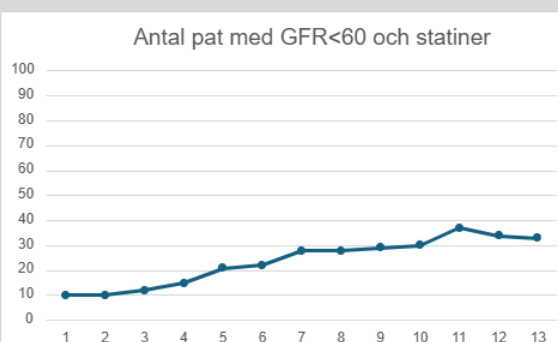


Diagram 8.

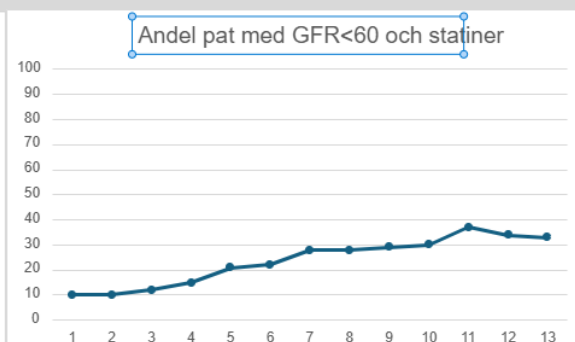


Diagram 9.

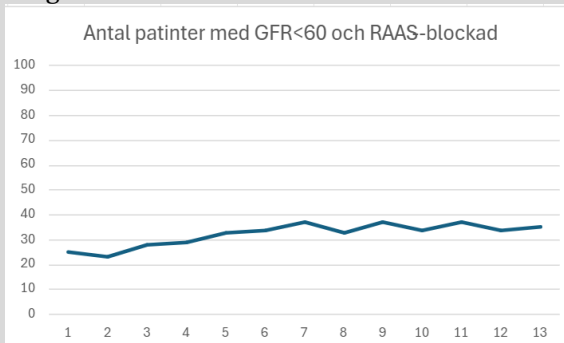


Diagram 10.

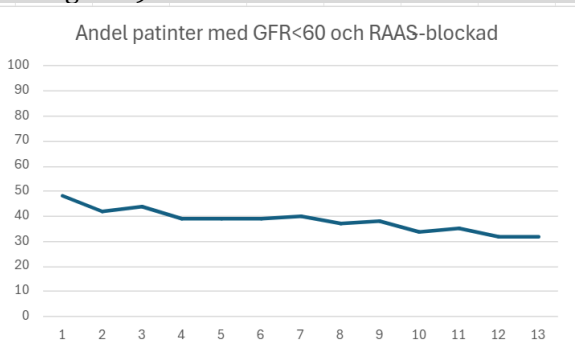


Diagram 11.

Kommentarer:

Diagrammen ger en tydligare bild av hur indikatorerna som vi har undersökt och arbetat med i vårt förbättringsarbete har förändrats över tid fr.o.m. 1 jan 2024 t.o.m. 31 dec 2024.

Diagram 1. visar hur antalet patienter med GFR<60 har förändrats över tid på Kry Gallerians vårdcentral.

Diagram 2,4,6,8 och 10 visar hur antalet patienter med GFR<60 och våra undersökta indikatorer har förändrats över ovanstående tid och Diagram 3,5,7,9 och 11 visar hur andelen patienter med GFR<60 och undersökta indikatorer har förändrats över ovanstående tid.

	Indikatorn amn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	%Start- läge (% eller antal)	Datum/per iod för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/ period för resultat- värdet
Indikator 1	Andel patienter med eGFR<60 med diagnos kronisk njursvikt	13%, 7 st	1 jan 2024	70%	54%, 58 st	Medrave	31 dec 2024
Indikator 2	Andel patienter med eGFR<60 som tagit alb/krea- kvot	62%, 32 st	1 jan 2024	70%	49%, 53 st	Medrave	31 dec 2024
Indikator 3	Andel patienter med eGFR<60 med BT<130/80	54%, 28 st	1 jan 2024	70%	77%, 83 st	Medrave	31 dec 2024
Indikator 4	Andel patienter med eGFR<60 som har RAAS- blockad	48%, 25 st	1 jan 2024	70%	32%, 35 st	Medrave	31 dec 2024
Indikator 5	Andel patienter med eGFR<60 som står på statin eller annan blodfettssän- kande behandling	19%, 10 st	1 jan 2024	70%	31%, 33 st	Medrave	31 dec 2024
Övriga kommentarer:							
<p>Vi har under 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - ökat andelen patienter med GFR<60 som har njursviktsdiagnos med 41% - ökat andelen patienter med GFR<60 som har blodtryck <130/80 med 23% - ökat andelen patienter med GFR<60 som står på statin eller annan blodfettssänkande behandling med 12% <p>Vi har lyckats öka 3 av 5 indikatorer och komma närmare målet 70%. Indikator 3 var den enda där vi lyckades nå målet för 2024.</p>							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
Vi har under året visat att det genom att samarbeta och sätta upp mål och planer går att vidta förändring på en arbetsplats. Vi har även ökat kunskapen kring njursvikt, behandling av kronisk njursvikt och vilka medicinska värden som är viktigt att följa upp hos dessa patienter.							

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?

Genom att fånga upp patienter med GFR<60 och sätta diagnosen kronisk njursvikt, har vi kunnat effektivisera uppföljningen av dessa patienter genom att kontakta respektive ansvarig läkare och uppmärksammat om de indikatorer som är viktiga i handläggningen av dessa patienter (se indikator listan ovan).

Arbetet har på det stora hela handlat om att förbättra våra njursviktpatienters hälsa och kunskaper om sin grundsjukdom och associerade tillstånd. Genom att ge information till patienterna vid besöket, t.ex genom statistik och motiverande samtal har vi försökt få patienterna att bli mer motiverade och involverade i sin egna behandling genom t.ex att vidta livsstilsförändringar, hämta ut förskrivna läkemedel samt tillsammans bestämma uppföljande besök.

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.

Vår plan är att fortsätta på samma sätt, vi har sett att vi kan bidra till förbättrad vård för våra patienter med kronisk njursvikt. Vi vill förbättra resultatet och den generella hälsan för våra patienter, så att den 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 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.