

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 TEMA: *Njursvikt*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kry Vårdcentral Hornstull	
Verksamhetschef Sebastian Jute	Verksamhetschefens e-post Sebastian.jute@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 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:	Ronahi Tiftikci
Profession:	ST-läkare
E-post:	Ronahi.tiftikci@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 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). <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>	
A: Sebastian Jute, specialist i Allmänmedicin, verksamhetschef Lo Liljedahl, sjuksköterska	

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

B: I samband med kallelse till läkarbesök kommer patienterna få fylla i en enkät om önskemål om hur de vill få sin vård och vilka förväntningar de har. Vi planerar att skicka ut en anonymiserad enkät till dem patienter som involveras i årets kvalitetsarbete mot slutet av 2024 och evaluera olika subjektiva upplevelse av den vården de har erhållit.

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?

Det har kommit nya riktlinjer och behandlingar vid kronisk njursvikt. Målet är att finna de patienter som uppfyller kriterierna för kronisk njursvikt, eGFR <60 vid två tillfällen med tre månaders mellanrum, sätta rätt diagnos och initiera och följa upp behandling. Vi har sett att vi har en stor andel patienter enligt ovanstående kriterier, som vid kronisk njursvikt, som inte har fått diagnos.

Vi riktar oss mot de patienter som har varit listade på denna enhet under 2023 och fortfarande är listande under 2024 medan kvalitetsarbetet pågår.

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.

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:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Mer än 80% av de patienter som uppfyller kriterierna för kronisk njursvikt skall ha fått en njursviktsdiagnos. Som njursviktsdiagnos definieras: N18.x, I12.0, I13.2 2. Andel patienter med njursvikt enligt ovan och blodtryck $\leq 130/80$ mmHg skall vara $>60\%$ 3. Andel patienter med nedsatt njurfunktion, alltså eGFR <60 som har kontrollerad albumin/krea-kvot skall vara $>80\%$ 4. Andel patienter som skall stå RAAS-blockad resp. statin, eller annan kolesterolsänkande behandling, med eGFR <60 under skall vara $>60\%$ 	
<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>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/</p>
1: Bristande kunskap gällande behandling av njursvikt och njursjukdomar. Samt bristfällig dokumentation.	1.1: Utbildning till läkare och sjuksköterskor om kronisk njursvikt. 1.2: Regelbunden uppföljning inom professionsmöten på vårdcentral.
2: Bristande kunskap och kontinuitet har lett till att flertal patienter med njursvikt inte fått sin diagnos, undersökning och behandling.	2.1: Samtliga patienter med eGFR <60 utan diagnos kronisk njursvikt hittas via medrave. 2.2: Granskning av journaler och kallelse till läkarbesök av de patienter som inte uppfyller målen enligt ovan. 2.3: Insättning/optimering av behandling av dem patienter som uppfyller kriterier enligt ovan. 2:4 Patienterna kommer att kallas till årskontroller som vid andra kroniska sjukdomar.
3: Bristande kontinuitet	3.1: Hitta patienter med njursvikt och icke-fast läkarkontakt och kalla dessa till läkarbesök. 3.2: Involvera ansvarig sjuksköterska för uppföljning av vissa mål samt optimering av behandling efter läkarordination.
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/</p>	

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 ”balanseraende 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 snabbspirometri 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	Antal patienter med eGFR <60 utan diagnos på kronisk njursvikt.	391	2023.01.01 - 2023.12.31	78	Medr ave	2024.12.31
Indikator 1 (rev)	Antal patienter med eGFR <60 utan diagnos på kronisk njursvikt <80 år. Senaste 18mån	81,2%	2023.12.31	20%	Medr ave	2024.12.31
Indikator 2	Antal patienter med kronisk njursvikt som inte uppnår blodtrycksmål på <130/80 mmHg	165	2023.01.01 - 2023.12.31	50	Medr ave	2024.01.01 - 2024.12.31
Indikator 2 (rev)	Antal patienter med kronisk njursvikt som inte uppnår blodtrycksmål på <130/80 mmHg <80 år senaste 18mån	61,6%	2023.12.31	40%	Medr ave	2024.12.31
Indikator 3	Antal patienter med eGFR <60 som inte kontrollerat albumin/krea-kvot senaste	178	2023.01.01 - 2023.12.31	36	Medr ave	2024.01.01 - 2024.12.31
Indikator 3 (rev)	Antal patienter med eGFR <60 som inte kontrollerat albumin/krea-kvot <80 år sen 18mån	31,7%	223.12.31	20%	Medr ave	2024.12.31
Indikator 4	Antal patienter som står RAAS-blockad med eGFR <60	249	2023.01.01 - 2023.12.31	100	Medr ave	2024.01.01 - 2024.12.31
Indikator 4 (rev)	Andel patienter som står RAAS-blockad med eGFR <60 <80 år	54,4%	2023.01.01 - 2023.12.31	>60%	MedR ave	2024.01.01 - 2024.12.31
Indikator 5	Antal patienter som står på statin, eller annan kolesterolsänkande behandling, med eGFR <60	251	2023.01.01 - 2023.12.31	100	Medr ave	2024.01.01 - 2024.12.31
Indikator 5 (rev)	Antal patienter som står på statin, eller annan kolesterolsänkande behandling, med eGFR <60 <80 år					

Kommentar (valfritt): Målen för vissa indikatorer är rätt högsatta, också med tanke på att flertal patienter är äldre >85år. Men vi anser ändå att det finns anledning nog att se över hela patientgruppen och optimera behandlingen individuellt utifrån patientens behov.

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 fikaummet, 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 kommer påbörja med att hitta patienterna via Medrave, gå igenom deras journaler och kalla de till läkarbesök med aktuell provtagning. På läkarbesöket kommer diagnosen prövas och behandling kommer initieras i samråd med patient. Vidare kommer patienterna att följas upp hos sjuksköterska för uppföljning av indikatorer samt optimering av behandling.

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

1. Med hjälp av Medrave har vi identifierat patienter som uppfyller kriterierna för kronisk njursvikt och skapat en lista av de som inte fått diagnos än och behövs kallas till besök för att fastställa diagnos och initiera behandling och säkerställt att deras njurfunktion följs upp noggrant.
2. Vid besöken har behandling optimerats samt säkerställt att rätt behandling sätts in – RAAS-blockad, statiner samt optimerat blodtryck och kontrollerat albumin/kreatinin-kvoten.
3. Sjuksköterska har involverats för uppföljning av målen. Detta har säkerställt kontinuitet i behandling och uppföljning.

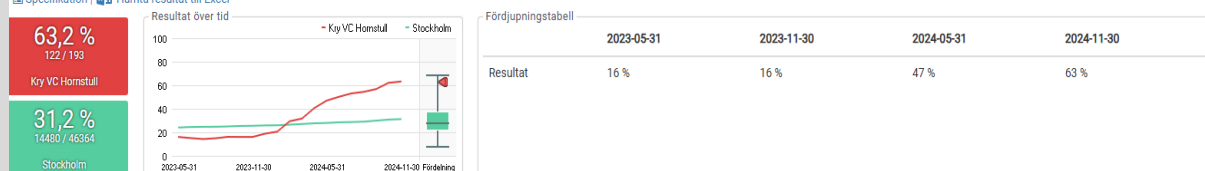
Standardisering av arbetssätt:

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:**

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

[Specifikation](#) [Hämta resultat till Excel](#)



	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 <60 utan diagnos på kronisk njursvikt.	391	2023.01.01 - 2023.12.31	78		Medrave	2023.01.01 - 2024.12.31

Indikator 1 (rev)	Antal patienter med eGFR <60 utan diagnos på kronisk njursvikt <80 år.	81,2%	2023.12.31	20%	34,7%	Medrave Primärvårdskvalitet	2024.12.31
Indikator 2	Antal patienter med kronisk njursvikt som inte uppnår blodtrycks mål på <130/80 mmHg	165	2023.01.01 - 2023.12.31	50		Medrave	2023.01.01 - 2024.12.31
Indikator 2 (rev)	Antal patienter med kronisk njursvikt som inte uppnår blodtrycks mål på <130/80 mmHg <80 år	61,9%	2023.12.31	40%	60,6	Medrave	2023.01.01 - 2024.12.31
Indikator 3	Antal patienter med eGFR <60 som inte har kontrollerat albumin/krea-kvot	178	2023.01.01 - 2023.12.31	36		Medrave	2023.01.01 - 2024.12.31
Indikator 3 (rev)	Antal patienter med eGFR <60 som inte kontrollerat albumin/krea-kvot <80 år senaste 18 mån	31,7%	2023.01.01 - 2023.12.31	20%	20,7%	Medrave	2024.12.31
Indikator 4	Antal patienter som står RAAS-blockad med eGFR <60	249	2023.01.01 - 2023.12.31	100		Medrave	2024.01.01 - 2024.12.31
Indikator 4 (rev)	Andel patienter som står	54,4%	2023.01.01 -	>60%	59%	Medrave	2024.01.01 -

	RAAS-blockad med eGFR <60 <80 år		2023.12.3 1				2024.12.3 1
Indikator 5	Antal patienter som står på statin, eller annan kolesterol sänkande behandling, med eGFR <60	251	2023.01.01 - 2023.12.31	100		Medrave	2024.01.01 - 2024.12.31
Indikator 5 (rev)	Antal patienter som står på statin, eller annan kolesterol sänkande behandling, med eGFR <60, <80%	54,4%	2023.01.01 - 2023.12.31	>60%	54,25%	Medrave	2024.01.01 - 2024.12.31

Övriga kommentarer:

Under vårt arbete med att förbättra vården för patienter med **njursvikt** på Kry Vårdcentral Hornstull har vi gjort flera viktiga förändringar. För det första har vi lagt till njursvikt som ett nytt fokusområde i våra kvalitetsmätningar, eftersom det inte var med från början. Det gör att vi nu kan följa upp hur vi diagnosticerar och behandlar dessa patienter på ett tydligare sätt.

Vi har också börjat använda en åldersgräns på 80 år i vissa av våra mätningar. Det gör att vi kan anpassa vården bättre till varje patient, till exempel genom att fokusera på blodtryck och medicinering för de patienter där det gör mest nytta.

Dessutom har vi lagt till en ny kategori för patienter som har listat av sig under 2023. Detta gör att vi bättre kan följa hur många patienter vi faktiskt kan följa upp och behandla.

Genom dessa ändringar har vi fått en mer strukturerad och individanpassad vård. Vårt mål är att fler patienter ska få rätt diagnos, ha bättre blodtryckskontroll och få rätt medicinering. Samtidigt säkerställer vi att alla patienter får regelbunden uppföljning av både läkare och sjuksköterska.

Sammanfattningsvis visar resultaten att vi gjort framsteg – fler patienter har fått diagnos och rätt behandling enligt riktlinjerna. Genom att anpassa och förtydliga resultaten blir det enklare att mäta effekten av vårt arbete och förbättra kvaliteten på vården.

I indikator 3 reviderat har vi tagit till primvårdskvalitet, vilket inte fanns för njursvikt när vi sökte om att genomföra detta förbättringsarbete.

I indikator 4 och 5: med tanke på förskrivning av läkemedel i Pascal som inte syns i Medrave, har vi valt att sänka åldern till 80 för att få en verklighetsbild.

Därför har vi i resultatsedelen snarare koncentrerat oss på den reviderade (markerat i blått) delen och dessa siffror.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Genom detta förbättringsarbete har vi lärt oss att uppnå de uppsatta målen inte var lika enkelt som vi initialt trott. En av de största utmaningarna har varit att hantera de många patienterna som under perioden både har listat av sig och listat på sig. Detta har påverkat resultaten och gjort det svårare att upprätthålla kontinuitet och följsamhet i behandlingen. Insättning av statiner var svårare än vi trodde hos patienter med nedsatt njurfunktion.

Vi lärt oss vikten av noggrann identifiering och uppföljning av patienter med kronisk njursvikt. Att integrera system som Medrave har varit avgörande för att hitta patienter som annars inte skulle ha fått rätt behandling. Vi har även lärt oss att kontinuerlig utbildning och samarbete mellan läkare och sjuksköterskor är centralt för att uppnå goda resultat.

Vi har också insett vikten av utbildning inom området, vilket har haft en betydande inverkan på förståelsen för diagnossättning och rätt behandling. Genom ökad kunskap och kompetens hos vårdpersonal har vi kunnat förbättra diagnostiska processer och säkerställa att patienter får mer adekvat vård. Detta understryker vikten av kontinuerlig utbildning för att optimera vården och förbättra resultaten för patienter med kronisk njursvikt.

En annan viktig lärdom är att patienters synpunkter och preferenser spelar en stor roll för deras delaktighet och engagemang i behandlingsprocessen. Genom att involvera patienter mer aktivt har vi också sett förbättrade resultat i behandlingsutfall.

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?

Trots att patienternas egen kunskap inte har haft en stor inverkan på arbetets resultat, har deras engagemang varit avgörande. Patienternas vilja att delta i provtagningar och att komma på besök har varit en viktig faktor för att kunna uppnå de mål vi satt upp. Detta understryker vikten av att involvera patienter aktivt för att skapa förutsättningar för god uppföljning och framgång i behandlingen.

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 säkerställa att förbättringarna vidmakthålls kommer vi att fortsätta använda Medrave-systemet för att hitta patienter med kronisk njursvikt och följa upp dem regelbundet. Vi kommer också att fortsätta att kalla patienter till läkarbesök och uppföljningar för att säkerställa kontinuitet i vården.

En viktig insikt är att utbildning inom området har lett till en betydande kompetensutveckling hos vårdpersonalen. Detta har vi kunnat se genom de positiva siffrorna som fortsätter att öka och närmar sig de uppsatta målen. Vi kommer att fortsätta att erbjuda utbildningar för hela personalen och regelbundet hålla professionsmöten för att säkerställa att alla är uppdaterade om riktlinjer och bästa praxis för behandling av njursvikt. Eftersom diagnos nu har satts på en stor del av patienterna, kommer dessa framöver att följas upp och beaktas vid årskontroller samt vid framtida besök inom vården.

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

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.