

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: Kronisk Njursvikt

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Vården i Centrum	
Verksamhetschef Katarina Thörne	Verksamhetschefens e-post Thorne@vardenicentrum.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: Lisa Holvid
Profession: ST-läk
E-post: lisa.holvid@vardenicentrum.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: : Alla läkare på vårdcentralen kommer arbeta aktivt i förbättringsarbetet. Idag består läkarteamet av 5 specialister, 4 ST-läkare och 2 AT-läkare. De andra yrkeskategorier på vårdcentralen kommer att informeras om att förbättringsarbetet pågår och varför det är viktigt

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

B: • Fråga patienten på planerade besök hur de upplever sin livskvalité och den vård de får. • Kontakta ett urval av patienter på telefon för att efterhöra hur de mår i sin sjukdom, om de har några önskemål gällande behandling eller omvårdnad. Hur de tycker att uppföljningen fungerar. • Ovanstående kommer sedan att diskuteras på läkarmöten och presenteras på APT.

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?

Ca 10 % av Sveriges befolkning uppskattas ha någon form av kronisk njursjukdom (www.viss.nu). Enligt deras vårdprogram ska dessa patienter följas årligen med blodtryck, ualbuminKrea kvot och eGFR-kreatinin. Effektiva specifika behandlingar för patienter med Kronisk njursvikt har saknats. Tills nyligen har endast ACE-hämmare och ARB funnits att tillgå. Idag har även en SGLT2-hämmare (Dapagaliflozin) indikationen kronisk njursjukdom (godkännande kom aug 2021 och gäller både för patienter med och utan diabetes) En förutsättning för att patienter ska få rätt behandling är att de får rätt diagnos. Enligt en studie som genomfördes i USA (Awerne, Detection and Drug therapy in Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease) såg man att medvetenheten om denna sjukdom är låg både hos läkare och patienten och att det är en underdiagnostiserad sjukdom.

Då vi nu har möjlighet att behandla patienter med Forxiga som inte bara skyddar mot njurrelaterade händelser utan även minskar mortalitet hos denna patientgrupp. Vi vill därför fortsätta på förra årets förbättringsarbete, dels fortsätta följa diagnossättningen men också öka andelen patienter som står på Forxiga vid kronisk njursvikt

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/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

- Öka andel patienter som får diagnosen kronisk njursvikt på vårdcentral
- Att behandling och uppföljning sker enligt VISS rekommendationer.

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: 1: Att diagnosen inte registreras när patienten besöker vårdcentralen exempelvis vid årskontroll diabetes eller annat besök.

1.1: fylla i eGFR i journalmallen på alla patienter som har ett värde under 60.
1.2: Vid diagnos njursvikt kontrollera att man har tagit prov för makroalbumuri, eGFR-krea och blodtryck inom definierad period.

1

2: : Att krea/eGFR ofta mäts vid en rad sökorsaker och att man därför ej noterar diagnosen njursvikt när detta ej är primär sökorsak

2.1: Diskutera detta på läkarmöten och ha som rutin att kontrollera om patienten har rätt diagnos vid avvikande värde

3: 3: Att rutinen för årskontroll för njursvikt inte är lika etablerad som för andra sjukdomar såsom diabetes och hypertoni.

3.1: Diskutera detta i läkargruppen
3.2: Sätta upp en mall för årskontroll Njursvikt

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 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. Medra ve)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Diagnossättning</i>	2,5 %	Dec 2023	10 %	Medra ve	<i>Dec 2024</i>
Indikator 2	<i>U-albKrea</i>	36 %	Dec 2023	100 %	Medra ve	<i>Dec 2024</i>
Indikator 3	<i>Blodtryck</i>	90 %	Dec 2023	100 %	Medra ve	<i>Dec 2024</i>
Indikator 4	egfr	85 %	Dec 2023	100 %	Medra ve	<i>Dec 2024</i>
Indikator 5	Behandling med Forxiga hos patienter med diagnosen Njursvikt	7,1 %	Dec 2023	+20 %	Medra ve	<i>Dec 2024</i>

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?

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.

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)

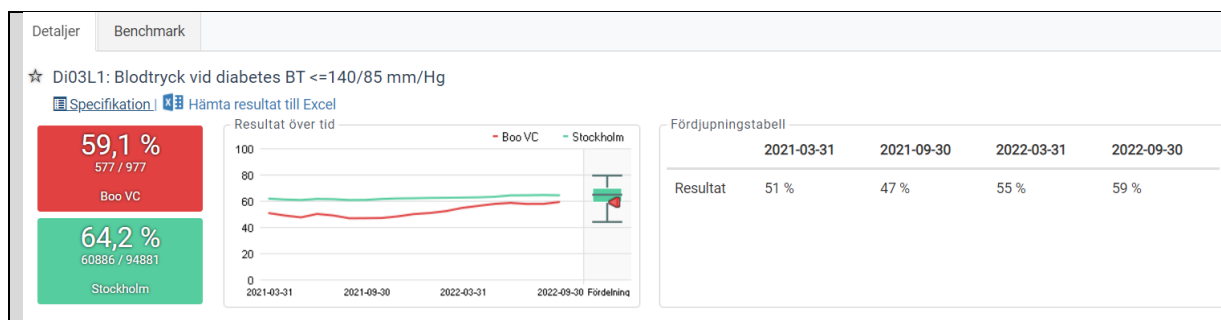
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

- Om nedsatt egfr ska detta rutinmässigt tas om efter 3 månader.
- Om fortsatt nedsatt ska u-alb/krea tas.
- Insätta behandling
- Årliga kontroller för njursvikt

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:**



	Indikatorn amn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Start- läge (% eller antal)	Datum /period för start- läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/ period för resultat- värdet
Indikator 1	Diagnossättn ing	2,5 %	Dec 2023	10 %	3,3 %	Medrave	Dec 2024
Indikator 2	u- albumin/krea kvot	36 %	Dec 2023	100 %	40 %	Medrave	Dec 2024
Indikator 3	Blodtryck	90%	Dec 2023	100 %	86 %	Medrave	Dec2024
Indikator 4	eGFR	85%	Dec 2023	100 %	68 %	Medrave	Dec 2024
Indikator 5	Behandling med Forxiga hos patienter med diagnosen Njursvikt	7,1 %	Dec 2023	+20 %	19,2 %	Medrave	Dec 2024

Övriga kommentarer:

Vi har ökat diagnossättning detta år med 32 % detta år. Av patienter som har nedsatt egfr har u-alb/krea kvot tagits på 40 % av dessa patienter och blodtryck på 86 % av patienterna under året. Av de som har diagnosen Kronisk njursvikt sedan tidigare har vi under året följt upp med nytt egfr på 88 % av patienterna. 19,2 % av andelen patienter med diagnosen kronisk njursvikt behandlas med Forxiga i december 2024 jämfört med 7,1 % december 2023 (en ökning med ca 260 %).

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har fått en mer etablerad rutin för diagnosticering, uppföljning och behandling av njursvikt. Vi har blivit bättre på att sätta denna diagnos vilket är oerhört viktigt för att patienten ska få tillgång till den behandling som faktiskt nu finns för denna sjukdom. Dock har vi mycket arbete kvar, vi måste arbeta vidare med att sätta diagnosen. Arbetet med att sätta upp en bra mall för uppföljning av njursvikt är pågående, i den kommer sökorden senaste egfr samt datum, senaste u/alb krea + datum för det och blodtryck finnas med så detta ej glöms bort.

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?

Som nämnde i del 1 är att medvetenheten om denna sjukdom låg både hos läkare och patienter och såklart väcks mycket oro hos personen som får den. Det är därför väldigt viktigt att informera patienten om diagnosen så de ej upptäcker den exempelvis via 1177. Har förstått att för många patienter är njursvikt likställt med dialys.

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.

Fortsätta att etablera rutinen för uppföljning av kronisk njursvikt så det blir lika självklart med årskontroll Njursvikt som årskontroll Diabetes.

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.