

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Kronisk njursjukdom*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
HLM Täby Centrum	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Sara Heidari	Sara.heidari@hlmtabycentrum.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 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023, 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 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.. Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> 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: Emmanouil Kokoroskos
Profession: ST-läkare allmänmedicin
E-post: manos.kokoroskos@hlmtabycentrum.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 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). A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
A: Madalena Mabiala diabetessjuksköterska Svetlana Palomino distriktsläkare

B: Eventuellt kan vi involvera också patienter. Vi kan till exempel fråga deras åsikter kring uppföljning när de kommer för årlig besök diabetes eller hypertoni. Problemet med att göra patientintervjuer eller enkätstudier krävs etikansökan.

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>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/vertygslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/vertygslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vi har markerat empiriskt att många av våra patienter med kronisk njursjukdom saknar diagnos och därför tillräcklig behandling. Trots att vi ligger bättre än resten av Stockholm (Stockholm 78%, HLM Täby Centrum 84%) har nya rekommendationer kommit som vi måste följa. Vi har också märkt att våra patienter med kronisk njursjukdom saknar ofta prov U-alb/Krea som är viktigt för sjukdomens prognos och behandlings val. En del läkare beräknar inte eGFR baserad på Längd och Vikt som också påverkar korrekt diagnos. Alla dessa behövs för att följa riktlinjer i behandlingen.

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/njursvikt

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/vertygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

*Målet är att de flesta patienter med kronisk njursjukdom ska få korrekt diagnos och behandling för att bromsa utveckling av sjukdomen.
För att göra detta behöver beräkna eGFR korrekt, identifiera albuminuri, sätta behandlings mål och följa upp indikatorer.*

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-forbattringsstrappa/>

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: Doktorer beräknar inte eGFR baserat på vikt och längd enligt Janus info.

1.1: skriftlig rutin för läkare om njursviktdiagnos
1.2: skall nämnas i journalmalet som obligatorisk uppgift per besök

2: Brist på kunskap kring läkemedel mot njursvikt

2.1: föreläsning kring kronisk njursjukdom och läkemedel mot njursvikt.
2.2: föreläsning till sjuksköterskor kring kronisk njursjukdom

3: Många patienter är inte medvetna om diagnos och saknar diagnos "njursvikt" eller/och "albuminuri"

3.1: Ge till patienten skriftlig information om njursvikt och egenvård
3.2: Sätta diagnos albuminuri och berättat till patient om vad detta innebär och var syftet är med behandling.

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-forbattringsstrappa/>

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	Nuläge = Startläge	Datum/period	Mål (%)	Källa (t.ex.	Datum för att
--	---------------	--------------------	--------------	---------	--------------	---------------

	T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	(% eller antal)	för start-läge	eller antal)	Med-rave)	uppnå mål-värdet
Indikator 1	<i>Andel Patienter med eGFR<30 som har diagnos Nko1</i>	84,2%	230131	>90%	Medraven (MDR)	23-12-31
Indikator 2	<i>Andel Patienter med eGFR<60 som har kontrollerat albuminuri Nko2</i>	45,3%	230131	>70%	Medraven (MDR)	23-12-31
Indikator 3	<i>Andel patienter med Krea prov som har registrerat måttvärde av Längd och vikt</i>	45%	230131	>70%	MDR	23-12-31
Indikator 4	<i>Andel patienter med eGFR <60 och förhöjd systolisk och/eller diastoliskt blodtryck (≥130/80)</i>	47%	230131	<40%	MDR	23-12-31
Indikator 5	<i>Andel patienter med albuminuri som behandlas med RAA:s blockad</i>	65%	230131	>80%	MDR	23-12-31
Indikator 6	<i>Andel patienter med nedsatt njurfunktion som behandlas med Forxiga /SGLT-2 hämmare</i>	0,2%	230101	>40%	MDR	23-12-31
Indikator 7	<i>Andel patienter med albuminuri som behandlas med SGLT-2 hämmare</i>	30%	230131	>50%	MDR	23-12-31
Indikator 8	<i>Andel patienter med U-Alb/Krea>3 som har proteinuridiagnos</i>	0%	230131	>50%	MDR	23-12-31

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 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-forbattringstrappa/>

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?

Planera: Med hjälp av Medrave har vi tagit fram några indikatorer som nämns ovan. Tyvärr många indikatorer kan inte tas fram via Medrave men behövs istället att gå igenom patientens journal i Take Care

Diabetessjuksköterska Madalena Mabiala och Dr Emmanouil Kokoroskos har uppdelat indikatorer för uppföljning.

Göra: Efter godkännande av del 1 kommer teamet planera ny träff för att diskutera fortsatt upplägg av arbetet.

Inga avvikelser hittills. Kommunikation och samarbete mellan kollegorna har varit mycket bra och produktiva. Däremot har brist på uppgifter i MedRave gjort arbetet mycket mer komplex än förväntat.

Studera: Ja, vi lyckats genomföra aktiviteterna enligt planen med bra resultat. Som positiv effekt kan anses pågående arbete som görs mycket sällan i primärvården. Som bieffekt kan anses att det fanns bara få indikatorer i rekommendationer vilket var en oförväntad belastning för teamet. Redan från Del 1 av arbetet kan med stor säkerhet säga att vårdcentralen behöver bättre registrering och dokumentation kring patienter med kronisk njursjukdom/svikt.

Agera: Vi fortsätter inom samma spår.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2023 till: forbättringsarbeten.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 bilfogas

Vi har lagt till i journal mal för DM och hypertoni vikt och längd samt absolut eGFR som obligatoriska uppgifter. Detta har fungerat bra för vissa doktorer men inte för alla på grund av problem med bemanning i verksamheten. Däremot verkar det enligt vissa indikatorer som att det var en bra åtgärd.

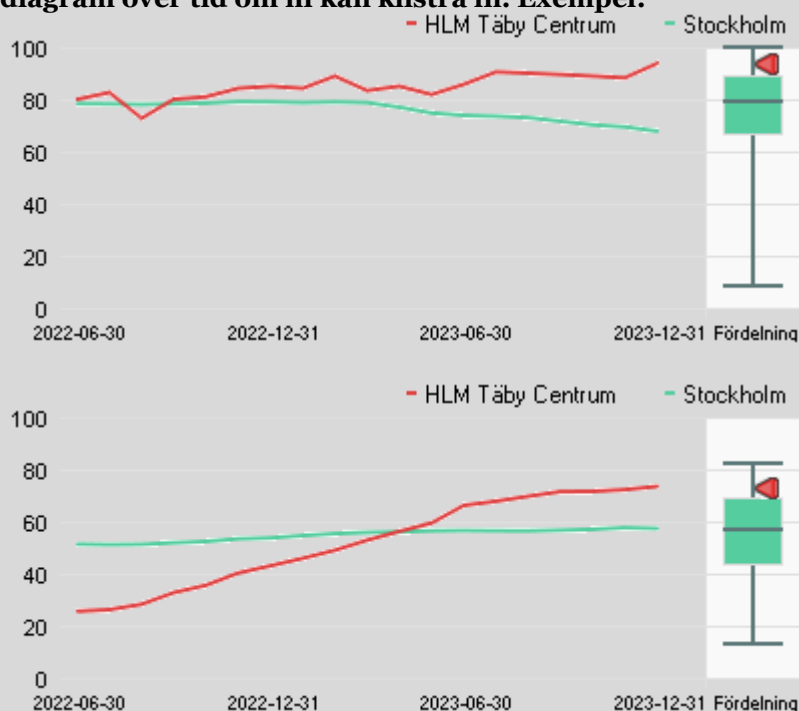
Den årliga uppföljningen av eGFR och U alb/krea har visat sig effektiv enligt indikatorerna. Indikatorerna 1 och 2 förbättrades påtagligt men de andra inte alls eller lite. Detta kan innebära att de sista inte var nödvändiga.

Idén om skriftlig information till patienter med kronisk njursjukdom har stått på isen eftersom den kan innebära en stor belastning för miljö mellan patienterna kan få dessa information via vårdguiden.

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	Start-läge (% eller antal)	Datum /period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultat-värdet
Indikator 1	Andel Patienter med eGFR<30 som har diagnos Nko1	84,2%	230131	>90%	93,8%	Medra ven (MDR)	231231
Indikator 2	Andel Patienter med eGFR<60 som har kontrollerat albuminuri Nko2	45,3%	230131	>70%	71,5%	Medra ven (MDR)	231231
Indikator 3	Andel patienter med Krea prov som har registrerat måttvärde av Längd och vikt	45%	230131	>70%	50%	MDR	231231
Indikator 4	Andel patienter med eGFR <60 och förhöjd systolisk och/eller diastoliskt blodtryck (≥130/80)	47%	230131	<40%	54%	MDR	231231
Indikator 5	Andel patienter med albuminuri som behandlas med RAA:s blockad	65%	230131	>80%	-	MDR	231231
Indikator 6	Andel patienter med nedsatt njurfunktion som	0,02%	230101	40%	3%	MDR	231231

	<i>behandlas med Forxiga /SGLT-2 hämmare</i>						
Indikator 7	<i>Andel patienter med albuminuri som behandlas med SGLT-2 hämmare</i>	30%	230131	>50%	24 %	MDR	231231
Indikator 8	<i>Andel patienter med U-Alb/Krea>3 som har proteinuridiagnos</i>	0%	230131	>50%	0.46%	MDR	231231

Övriga kommentarer:

Indikatorn 4 var felaktigt beräknad 4,7% istället för 47% vid Del 1. Höjningen av Andel patienter med eGFR <60 och förhöjd systolisk och/eller diastoliskt blodtryck ($\geq 130/80$) som märks beror på att hypertoni väntelistan inte var hanterad i andra halvan av år 2023. Avvikelse har rapporterats och plan för återställa listan och säkerställa bra bevakning i framtiden har initierats. Det är möjligt att problemet som nämns ovan är samtidigt orsak till att andel patienter med albuminuri som behandlas med Forxiga/SGLT2 hämmare sjunkit.

Indikator 5 är inte beräknad vid Del2. Orsak till detta är att samtliga personal inblandade i förbättringsarbete utan Emmanouil Kokoroskos uppsagt sig och beräkning av detta kräver flera timmar med journal granskning.

Slutreflektion

Vårt förbättringsarbete har visat att årlig uppföljning av njurfunktion och beräkning av absolut eGFR hos patienter som tillhör riskgrupper för kronisk njursjukdom kan hjälpa vårdcentralen upptäcka patienter och detta reflekteras av den stora förbättringen i indikatorn 2.

Att använda absolut eGFR för patienter med njursjukdom säkerställer korrekt diagnos samt dosjustering av läkemedel. Komplikationer av för stor dos av bland annat metformin eller eliquis kan förebyggas om absolut eGFR används systematiskt.

Vi har lärt oss mycket genom föreläsning av njurspecialisten med doktorand, Christina Montgomerie: vi har lärt oss bl.a. om att den initiala sjunkningen i eGFR efter Forxiga insättning inte är oroande, tvärtom visar att medicinen fungerar som den ska.

Avvikelser i processen har lärt oss vara mer realistiska i våra mål men också i förbättringsarbete komplexitetsgrad.

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 tyvärr fått endast 7 besvarade enkäter. Av de 4 tyckte att de inte har nedsatt njurfunktion, 2 visste inte och 1 svarade inte. Vi kan inte använda dessa respons för att förändra vårt arbetssätt gällande kronisk njursjukdom.

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 att fortsätta våra rutiner om uppföljning av njurfunktion hos patienter med DM och eller hypertoni enligt ovan eftersom de fungerar bra. Tyvärr under senaste året har de årliga kontrollerna av hypertoni avvikit på grund av fel hantering av patientväntelista. Vi måste vara observanta med eventuella avvikelser eftersom de kan påverka mycket vården av våra patienter.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se
Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor.
Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.