

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Njursvikt*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Huvudsta Vårdcentral	
Verksamhetschef Sanjay Ahuja	Verksamhetschefens e-post sa@huvudstavard.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 forbättringsarbeten.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: Sanjay Ahuja Profession: Distriktsläkare, Verksamhetschef E-post: sa@huvudstavard.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 och deras professioner B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
A: Anna Georgiou, ST-läkare-Datasamling och analys Helene Aspberg, Diabetes distriktsköterska Hafeela Doole, administratör

B:

Informera patient om deras individuella måtsiffror och hur utveckling har skett över tiden samt vad som är målet på längre sikt

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/verktygslada-forbattringsstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Mottagning har en relativ hög vårdtyngd (ACG 1. 1065) med 25% resp. 14 % av listade äldre än 65 år och 75 år. Förekomst av njursvikt ökar med stigande ålder. Förekomst av kronisk njursjukdom är i paritet med förekomst av diabetes mellitus i Stockholms Region, samtidigt som diagnossättning njursvikt är låg i primärvårdspopulationen (*Clinical Kidney Journal*, 2016, Vol 9, no.1, 119-127). Grad av njursvikt samt albuminuri påverkar prognos (*Levey et al, Clinical International*, 2011, 80, 17-28).

Kartläggning:

Endast 85% av listade patienter med kraftig nedsatt njurfunktion (GFR <30) har diagnosnjursvikt registrerat.

Endast 37,5% av listade patienter med nedsatt njurfunktion (GFR <60) har albumin registrerat.

Motsvarande siffra för vårdcentral i närområdet är 54%.

48% av patienter med diabetes saknar uppgift om albuminuri.

Huvudmålet är att tidigt upptäck av patienter med njursvikt och i synnerhet patienter med albuminuri. Även patienter med diabetes mellitus typ 2 och albuminuri behöver uppmärksammas tidigt.

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.

Sätt diagnos, mät albuminuri -hos patienter med njursvikt eller diabetes mellitus typ 2

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Diagnossättning samt andel patienter med albuminuri som utfallsmått hos 2 olika patientpopulationer-njursvikt och diabetes mellitus.

Första kartläggning skett v 5.

Kvalitetsarbete introducerats till intressenter v 6

Process mått: 3 -4 avstämning under året (beroende på när ST-läkaren är på plats på vårdcentralen)

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/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

1: Saknas rubriker i journalanteckning

1.1: Skapa motsvarande rubriker i journalanteckning

2: Diagnossättning missas (exempelvis om ny patient, ny läkare, ny sekreterare; tidsbrist; låg kunskap om Socialstyrelsens riktlinjer för njursvikt-2015/diabetes 2018; "husläkare får titta på detta senare "men inget meddelande till husläkare skickats; patient inte kommit på kontrollprovtagning mm

2.1: Vara noga med diagnosregistrering, vilka fördelar med detta (diagnos uppmärksammas enklare av behandlaren; patient inte utsätts för fel läkemedelsbehandling; gör skillnad i patientens prognos och livskvalitet, påverkar ACG och ersättningsnivå positivt; hjälper i prioriteringsarbete samt man kan få statistik som man kan lita på)
2.2: Skriv i vårdplan och om möjligt samtala med husläkare om man upptäcker något som man inte hinner följa upp.
2.3: Tala om för patienten om avvikande fynd och att uppföljning behövs samt varför

3: Andra konkurrerande mätparametrar

3.1: Prioritera kliniska parametrar som har mest inverkan på prognosen för patienter (BT, HbA1c, njurfunktion, albuminuri) från ett primärvårdsperspektiv

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 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 listade patienter med eGFR <30 med diagnos njursvikt</i>	85 %	1/1-2023	90 %	PVK	<i>T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 2	<i>Andel listade patienter med nedsatt eGFR <60 som har kontrollerat albuminuri</i>	37,5%	1/1-2023	60 %	PVK	<i>T.ex. dec 2023, ska vara i slutet av året</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter med diabetes som saknar uppgift om albuminuri</i>	48%	1/1-2023	25%	PVK	<i>T.ex. dec 2023</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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Action

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-forbattringsstrappa/>

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?

Iden om förbättringsarbetet dök upp vid en av distriktsläkarfortbildning om njursvikt. Samtliga distriktsläkare var med på föreläsning (i 2 omgångar). Efter första kartläggning och efterföljande brainstorming är samtliga överens om att vi behöver arbeta med ovan nämnda utfallsmått samt vilka mål som är inom räckvidd under året.

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 senast 28 februari 2023 till: forbattningsarbeten.apc.sloso@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. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Vid upprepade tillfällen (läkarmöten, APT) och även skriftligt genom interna mejl samt i nyhetsbrev "Bulletin" har man poängterat vikten av att rätt diagnos sätts för att uppmärksamma för vårdgivaren att patienter har CKD/ diabetes. Fördelen är att man ögonblickligt kan göra en riskprofilering när patient ringer till sjuksköterska eller bedömas av sin husläkare eller annan kollega. Detta minskar risk för felbehandling samt riskfyllda undersökningar kan undvikas.

Att man på mottagning i olika sammanhang återkopplar till en viss förändring som man eftersträvar gör att det byggs en organisations minne. Genom att mätvärden förmedlas med jämna mellanrum, gör att berörda har möjlighet att korrigera sitt beteende. Det är bättre att man informera vid bestämda intervaller exempelvis slutet av kvartal då man bygger upp en viss förväntan inför.

Vi ser att allt fler läkare göra noteringar punktvis i behandlingsplan om att uppmärksamma om att patient är föremål för utökad bevakning pga. CKD alternativt albuminuri hos diabetiker. Tyvärr fungera detta sämre för multisjuka patienter med diverse läkemedel då informationsmängd i behandlingsplan sväller upp med risk för att det blir mindre överskådligt. Däremot för patienter som aktivt deltar i sin vård, är detta en förträfflig lösning.

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:**

- Förbättringar tar tid. Förutsätter att man är konsekvent och målmedveten.
- Alla berörda behöver involveras. Även administrativ personal!
- Att uppnå mål utökar självkänsla hos både individ och inom organisationen. Uppnådda mål behöver firas!
- Upprepade mätningar och information till berörda aktörer gör att frågan ges fortsatt uppmärksamhet trots konkurrens från andra prioriteringar.
- Patienter behöver informeras och involveras aktivt i egen vård

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?

- Informera patienter om varför njurfunktionbedömnings behövs och följs årligen.
- Visa grafiskt i TakeCare för patienter hur njurfunktion tett sig under åren
- ffa när man noterar en försämringstendens hos patienter med modifierbara riskfaktorer
- Använd resultat av njurfunktionsbedömning för att motivera till livsstilsförändringar, accentuerad behandling och tätare kontroller

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.

- Informationsläkare och DL Mattias Schmidt från APC har bjudits in till vårdcentralen den 1:a februari för att genomlysa vår statistik inom område Kronisk njursjukdom (CKD)
- Mätningar upprepas i slutet av varje kvartal år 2024 av medverkande ST-läkare
- Resultat publiceras i vårdcentralens "Bulletin" som delges till läkar- och sjuksköterskegruppen fyra gånger per år.
- Verksamhetschef gör stickprov och tar upp fall för reflektion med berörda läkare ifall rekommendation inte följs

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till
 funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se