

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Njursvikt*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Stenhamra Hälsocentral

Verksamhetschef
Jeni Dragomir Leyva

Verksamhetschefens e-post
jeni.dragomir@ptj.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 *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: Anton Lundmark

Profession: ST-läkare

E-post: anton.lundmark@ptj.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:

Grupp bestående av en distriktsläkare, Iulian Oprea, samt en ST-läkare, Anton Lundmark. Därtill en diabetes-ssk, Olga Engström

B:

Kontakt med patienter avs diagnos och behandlingar, aktivt deltagande.

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-forbattningstrappa/>

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?

I primärvårdens uppdrag av folkhälsa är det långsiktiga och förebyggande arbetet av största vikt. Ett sjukdomstillstånd som många andra, som är ökande för åldern och därmed utgör en ökande prevalens i samhället i och med den ökande andelen äldre är njursvikt.

Njursvikt uppskattas till cirka 10 procent av befolkningen och medför en signifikant ökad risk för bland annat kardiovaskulär sjukdom och mortalitet.

Njursvikt är relaterat till diabetes mellitus, hypertoni, rökning och fetma som alla är tillstånd som signifikanta insatser kan tillföras för att minska på progress av njursvikt samt fodrar ett holistiskt vårdhanteringsätt.

Vi har på Stenhamra Hälsocentral via MedRave återfunnit brister i diagnossättning, adekvat medicintilldelning och mål för blodtryck och u-albumin där det finns värde i att korrigera detta för Hälsocentralens population.

I Medrave återfinns perioden 220101-230101 att 203 patienter har njursvikt enligt eGFR, men endast 51 med diagnos (39 individer med "kronisk njursvikt ospecificerad", 5 patienter CDK3, 2 patienter CKD4 och 5 patienter CKD5).

Går man vidare och kontrollerar gruppen som är yngre än 75 år, haft eGFR under 60 vid ett tillfälle finns det 43 stycken patienter som inte har erhållit en genomgång av eventuell farmakologisk intervention där samtliga inte har en korrekt CDK-diagnos. Vidare exkludering i denna grupp utfaller att de inte har socialt eller psykisk komplicerad bakgrund, multisjukdom eller redan följs på exempelvis .Njurmedicin

Här finns det förbättringspotential för att ge rätt diagnos och behandling.

Varför vi har fokuserat på gruppen under 75 år utan komplicerad psykisk eller somatisk bakgrund är delvis för att de ofta har annan uppföljning, men också för att inte försvåra insatser som kan göras i ett förbättringsarbete; i exempel fordrar det en större holistisk bild att ta ställning för att insätta statiner för en 84-årig njurcancerpatient än en 70-årig hypertoni-patient.

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.

Hantering av njursvikt i primärvården utefter aktuella rekommendationer från Region Stockholms kunskapsstöd

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:

Målbild är att patientgruppen med nedsatt njurfunktion enligt ovan, som är listade på hälsocentralen, ska ha rätt njursviktsdiagnos, adekvat blodtryck, adekvata njurskyddande och hjärtskyddande mediciner, samt att patienterna erhållit adekvat information om deras sjukdomstillstånd och koppling till levnadsvanor. Detta utefter aktuellt kunskapsstöd från Region Stockholm.

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: Allmänt primärvårdsuppdrag där fokus ej legat på denna sjukdom

1.1: Fokus för Förbättringsarbete 2023

2: Tillkomst av SGLT2-hämmare i läkemedelsarsenalen på senare år för makroalbuminuri. Reviderade målbilder för statinbehandling och blodtryck.

Genomgång av indikation för behandling av denna behandling

3: Okunskap kring sjukdomsöbördan

Genomgång för sjukvårdspersonal på Stenhamra Hälsocentral. Information till patienter.

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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Återfinn i Medrave patienter som e(GFR) under 60 för vald grupp, ställ rätt diagnos.	0 % av njursviktpatienter har rätt subdiagnos från vald grupp (43 stycken). 0 % av den grupp som inte exkluderas på grund av svår somatisk och psykisk bakgrund eller följs av annan klinik, samt har upprepat eGFR under 60 (24 stycken)	230301	70 %	Medrave. TC	240101
Indikator 2	Andel listade patienter som har nedsatt njurfunktion (upprepat eGFR under 60) som har inte kontrollerat albuminuri.	0 % är utgångsvärdet och refererar till 16 patienter som inte har	230301	70 %	Journalgranskning från patienter i Medrave. TC	240101

		<i>kontrollera t albuminuri (samt exkluderas inte).</i>				
Indikator 3	Kontrollera i njursviktgrupp att statiner erbjuds även om de inte har aterosklerotisk hjärtsjukdom.	0 % 15 patienter har indikation och står inte under behandling , samt exkluderas inte.	230301	70 %	TC	240101
Indikator 4	Erbjud antihypertensiv behandling till målblodtryck på under 130/80 för de med nedsatt njurfunktion (upprepat eGFr under 60).	0 % 10 patienter har ej rätt blodtryck och exkluderas inte.	230301	70 %	TC	240101
Indikator 5	Kontrollera i njursviktsgruppen att om mikroalbuminuri finns till trots av RAAS-blockad, alternativt om makroalbuminuri finns, så erbjuds SGLT2-hämmare.	1 patient, Ca 1 %	230301	100 %	TC	240101

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

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?

Grupp bestående av en distriktsläkare, Iulian Oprea, och ST-läkare, Anton Lundmark, som primär arbetsgrupp. Därtill en diabetes-ssk Olga Engström, ssk Ingela Bågenstål och DL Jaime Leyva och DL Jeni Dragomir som sekundär arbetsgrupp.

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: forbattringsarbeten.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. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Vi har genomfört kontroll i MedRave och börjat i mindre skala för fokusering på den grupp av patienter (43 stycken) som i en enklare mening kan åtgärdas medicinsk primärprofylaktiskt. Utifrån den arbetsmodellen skapas en enkel grund för standardisering av kontroll och hantering av den nedsatta njurfunktionsgruppen. Hur idén med att förbättra denna grupp, och expandera den till samtliga inom gruppen har konkretiserats är att följa ett flödesschema och kontakta de patienter som ska inkluderas, med provtagning därmed erhålla bland annat prover som gör en uppföljning enkel. En rutin är skriven och satt för att förenkla förfarandet.

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	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Återfinn i Medrave patienter som e(GFR) under 60	0 % av njursvikts patienter har rätt subdiagnos från vald	230101	70 %	53 % av totalgruppen 100 % av gruppen	TC	240101

	för vald grupp, ställ rätt diagnos.	grupp (43 stycken). 0 % av den grupp som inte exkluderas på grund av svår somatisk och psykisk bakgrund eller följs av annan klinik, samt har upprepat eGFR under 60 (24 stycken)			<i>som inte exkluderas eller inte uppvisade upprepat eGFR under 60.</i>		
Indikator 2	Andel listade patienter som har nedsatt njurfunktion (upprepat eGFR under 60) som har inte kontrollerat albuminuri.	<i>0 % är utgångsvärdet och refererar till 16 patienter som inte har kontrollerat albuminuri (samt exkluderas inte).</i>	230101	70 %	94 % (15 stycken lämnade prov för albuminuri)	TC	240101
Indikator 3	Kontrollera i njursviktgrupp att statiner erbjuds även om de inte har aterosklerotisk hjärtsjukdom.	0 % 15 patienter har indikation och står inte under behandling, samt exkluderas inte.	230101	70%	26 % 4 av 15 patienter fick behandling. Alla patienter fördes det diskussion med.	TC	240101
Indikator 4	Erbjud antihypertensiv behandling till målblodtryck på under 130/80	0 % 10 patienter har ej rätt blodtryck och exkluderas inte.	230101	70 %	70% 7 stycken erhöll insättning av främst ACE-hämmare men också	TC	240101

	för de med nedsatt njurfunktion (upprepat eGFR under 60).				<i>ibland höjning av andra antihypertensiva LM.</i>		
Indikator 5	Kontrollera i njursviktsgruppen att om mikroalbuminuri finns till trots av RAAS-blockad, alternativt om makroalbuminuri finns, så erbjuds SGLT2-hämmare.	<i>Ca 1 % 1 patient.</i>	<i>230101</i>	<i>100 %</i>	<i>100 % 1 patient.</i>	<i>TC</i>	<i>240101</i>

Övriga kommentarer:

Det är värt att notera för ett förbättringsarbete, att bakom varje e(GFR)-siffra finns en patient, där målet för ett arbete att erhålla "goda siffror" inte får gå ut över patienternas hälsa eller en sammanvägd holistisk bild för en patients välmående. Ändringen som gjordes från att lejonparten av alla patienter med nedsatt njurfunktion skulle vara insatta på alla rekommenderade läkemedel, justerades ned till en mindre grupp som bättre skulle kunna vara kandidater för detta. Varje patient som erhållit åtgärder har noga övervägts för och nackdelar för insättning av exempelvis läkemedel.

Det sig att 10 patienter inte var kandidat för farmakologiska insatser i nuläget, då de inte kunde uppvisa upprepat eGFR under 60 under arbetets gång.
3 patienter svarade att de skulle lämna prover, men gjorde inte detta, varpå åtgärder inte kunde göras för dem.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det är med tämligen enkla medel, där moderna digitala hjälpmedel och statistik, som vården kan få en överblick och bättre möjlighet att förse patienter med god vård.
Detta förbättringsarbete har knutit samman vårdpersonal som grupp, för ett gemensamt mål och har ett egenvärde, förutom vården i sig, att gemensamma strävanden skapar resultat.

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 information till patienter och gehör för god vård så har patienter uppvisat påtagligt stort intresse av sin hälsa och tacksamhet för vårdens vilja att utbilda och förse patienter den bästa möjliga vården.

Patienter har kontinuerligt varit delaktiga med bland annat upprepade telefonsamtal och uppföljningar, där exempelvis livstilssråd har givits; som patienterna svarat positivt för. Det har funnits gott gehör och intresse av patienterna kring vården av dem, vilket skapar bra förutsättning för god compliance av givna behandlingar.

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.

Genom att årligen kontrollera kvalitetsindikatorer och att vidare fördjupa sig inom gruppen av nedsatta njurfunktionspatienter.

Att arbeta med folkhälsa är ett konstant förbättringsarbete där medicinska riktlinjer och kunskap är ständigt växande och reviderande. En stor del i ett förbättringsarbete såsom detta är att ha **skapat kunskap och medvetenhet** hos både vårdpersonal, men också patienter, kring värdet att ha en god kontroll över nedsatt njurfunktion där med enkla primärprofylaktiska åtgärder skapar goda utfall för minska morbiditet och mortalitet.

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