

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: Tullinge Vårdcentral kronisk njursvikt 2023 del 1

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Tullinge Vårdcentral

Verksamhetschef
Eva Martin

Verksamhetschefens e-post
Eva.martin@regionstockholm.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 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: Allan Gabro

Profession: ST-läkare

E-post: allan.gabro@regionstockholm.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 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: 1) Allan Gabro, ST-läkare. 2) Henrik Sanderborg, Allmänspec, MAL. 3) Catharina Johansson SSK.
4) Annika Wall DSK 5) Heléne Ersson USK

B: Patienten blir involverad via enkätundersökning.

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/vertyglada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Vi vill förbättra omhändertagande av våra patienter med nedsatt njurfunktion genom att öka andel patienter med diagnos CKD och stadiindelade patienterna enligt K/DOQI-klassifikationen. Vi vill även öka andelen patienter med CKD som även har diagnosen hypertoni eller diabetes. Detta för att kunna arbeta med riskfaktorer och öka patientsäkerheten samt ge bättre patientinformation om sjukdomen.

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/vertygslada-forbattringsstrappa/>
Formulera här era mål:

1) Upptäcka och registrera fler patienter med nedsatt njurfunktion som har eGFR $\leq$ 59 mL/min/1.73 m² med 5 % under perioden 230101-231231 jämfört med nuvarande 597 st för året 2022.

2) Öka andel patienter med registrerad diagnos kronisk njursvikt på vårdcentralen som har nedsatt njurfunktion eGFR $\leq$ 59 mL/min/1.73 m² med 10% för perioden 230101-231231 jämfört med år 2022.

3) Förbättra målblodtryck ($<130/80$ mmHg) med 10% hos patienter med CKD och eGFR $\leq$ 59 mL/min/1.73 m² under året 2023 jämfört med föregående år. 10% fler patienter med CKD ska uppnå målblodtrycket.

4) Fler patienter med nedsatt njurfunktion ska stå på RAAS-blockad. Öka andel patienter som står på RAAS-blockad med eGFR $\geq$ 59 mL/min/1.73 m² med 10 % för perioden 230101-231231 året 2022.

5) Öka andelen patienter med fast vårdkontakt med 5% för året 2023 jämfört med föregående år.

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/vertygslada-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/vertygslada-patientsamverkan/>

1: För lite kunskap om njursvikt

1.1: Ta fram lathund för kronisk njursvikt för personalen.
 1.2: Utbildning om uppdaterade riktlinjer och mediciner.

2: Våra patienter saknar kunskap

2.1: Frågeformulär/enkätundersökning till våra patienter
 2.2: Patientinformation och flygblad som finns på vårdcentralen.

3: Ingen tydlig vårdprogram/mottagning för patienter med nedsatt njurfunktion

3.1: Utveckla en rutin för patienter med nedsatt njurfunktion.
 3.2: Tätare kontroller
 3.3: Fast vårdkontakt/PAL till patienter med CKD

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/vertygslada-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 ”balanserande 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>Antal patienter med nedsatt njurfunktion eGFR <=59.</i>	597	Dec 2022	627	Medr ave	Dec 2023
Indikator 2	<i>Antal patienter med nedsatt njurfunktion eGFR <=59 som har CKD diagnos från VC.</i>	225	Dec 2022	248	Medr ave	Dec 2023
Indikator 3	<i>Antal patienter med nedsatt njurfunktion eGFR <=59 Som har BT <130/80</i>	253	Dec 2022	278	Medr ave	Dec 2023
Indikator 4	<i>Antal patienter med nedsatt njurfunktion eGFR <=59 Som står på RAAS-blockad</i>	224	Dec 2022	246	Medr ave	Dec 2023
Indikator 5	<i>Antal patienter med fast vårdkontakt Läk/SSK</i>	288	Dec 2022	302	Medr ave	Dec 2023

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/verktugslada-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 blev 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?

- Med hjälp av Medrave har vi tillgång att bygga egna listor och föra statistik på våra mätetal och indikatorer.
- Dela ut patientlistor till respektive husläkare för genomgång och diagnossättning.
- Gå igenom VISS – lära oss i läkargruppen mer om njursvikt och senaste rekommendationerna.
- Föreläsning om njursvikt
- ST-läkarens uppgift är att samla data och följa upp diagnossättningen.
- MAL- ska forma lathund för personal på VC om njursvikt.
- SSK ska förmedla PAL om de hittar patienter som behöver följas upp och få diagnosen CKD.
- USK- utforma enkätundersökning för bättre patientkännedom om CKD.

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

Detta år har vi haft njursvikt som återkommande tema och ämnet har lyfts upp vid flera möten under året. Syftet var att lära oss mer om njursvikt och om patienter med nedsatt njurfunktion. Vi har skapat en lathund utifrån senaste nationella rekommendationer för att bättre upptäcka, handlägga och behandla patienter med nedsatt njurfunktion.

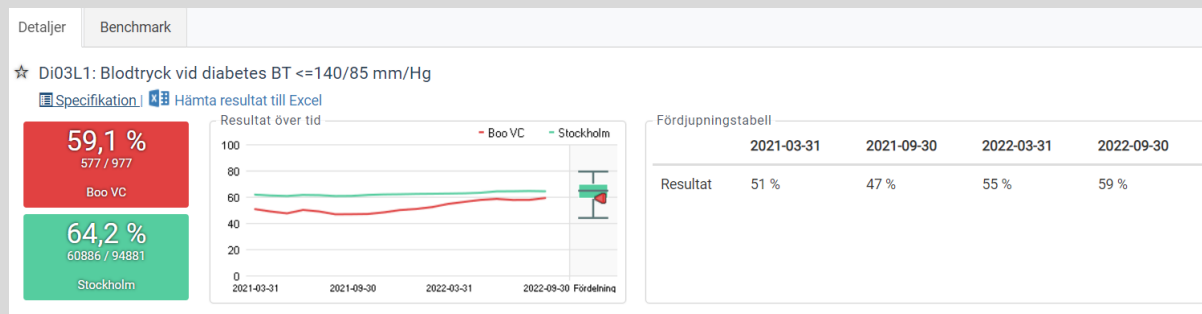
Vi har skapat en rutin där SSK ska lättare kunna sätta upp patienter till PAL vid upptäckt av nedsatt njurfunktion hos en patient som saknar diagnos eller som inte uppnår målblodtrycket eller som inte står på RAAS-blockad.

Vi planerade även för patientinformation i väntrummet som tyvärr inte blev av p g a ledighet under året.

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	Antal patienter med nedsatt njurfunktion < /=59.	597	Dec 2022	627	632	Medrave	Dec 2023
Indikator 2	Antal patienter med nedsatt njurfunktion eGFR < /=59 som har CKD diagnos från VC.	225	Dec 2022	248	285	Medrave	Dec 2023
Indikator 3	Antal patienter med nedsatt njurfunktion eGFR < /=59 Som har BT <130/80	253	Dec 2022	278	282	Medrave	Dec 2023
Indikator 4	Antal patienter med nedsatt njurfunktion eGFR < /=59 Som står på RAAS-blockad	224	Dec 2022	246	283	Medrave	Dec 2023
Indikator 5	Antal patienter med fast vårdkontakt Läk/SSK	288	Dec 2022	302	303	Medrave	Dec 2023

Övriga kommentarer:

Vårt övergripande mål var främst att öka den allmänna kunskapen om njursvikt bland våra medarbetare och patienter. Vi kan hävda att den interna kompetensen om njursvikt har ökat inom olika yrkesgrupper på vårdcentralen under året. Fler patienter med nedsatt njurfunktion har diagnostiserats och stadium indelats enligt med K/DOQI-klassifikationen. Patienter med nedsatt njurfunktion har tilldelats en PAL.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har under året haft flera möten där ämnets lyfts fram och påmint om njursvikt och vikten med att upptäcka fler patienter. Vi har diskuterat hur vi ska handlägga dessa patienter. Utbildningsinsatserna har varit tvärprofessionella och inte bara involverat en yrkesgrupp, vilket vi tror bidrar till den kollektiva ökande kompetensen.

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 ej lyckats med att utföra en patientenkät för att öka kännedomen om patienternas kunskap om deras sjukdom och hälsotillstånd.

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.

Framåt kommer vi behålla den framtagna rutinen om hur vi upptäcker patienter med nedsatt njurfunktion för bättre diagnostik och omhändertagande av patienterna.
Vi kommer sträva efter att fler patienter med nedsatt njurfunktion får en fast vårdkontakt/PAL.

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 forbattningsarbeten.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.