

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

del 1 och del 2: *Kronisk njursvikt*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Vården i Centrum

Verksamhetschef

Katarina Thörne

Verksamhetschefens e-post

Thorne@vardenicentrum.com

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.sls@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: Lisa Holvid

Profession: ST-läkare

E-post: lisa.holvid@vardenicentrum.com

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: Alla läkare på vårdcentralen kommer arbeta aktivt i förbättringsarbetet. Idag består läkarteamet av 5 specialister, 3 ST-läkare och 3 AT-läkare. De andra yrkeskategorier på vårdcentralen kommer att informeras om att förbättringsarbetet pågår och varför det är viktigt.

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>

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/verktyslada-forbattningstrappa/>

Och här:

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

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, u-albuminKrea 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 (Awerness, Detection and Drog 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.

Vid sökning i Medrave kan man se att 124 patienter någon gång har fått diagnosen njursvikt (N18.1-9 samt N19:9) på vården i centrum. Med 7650 patienter ger det en prevalens på 1,62 %. Om man jämför med den uppskattade prevalensen för hela landet så finns en definitiv förbättringspotential. En sökning på provtagning (2019-01-01 –2022-12-31) avseende u-albumin/krea resp eGFR visar att detta har tagits någon gång på 45 patienter (ca 36 %) resp 105 patienter (ca 85 %) under perioden medan blodtryck registrerades på 112 patienter (ca 90 %).

Vad detta förbättringsarbete vill åstadkomma är att patienter får diagnosen registrerad samt att uppföljning med provtagning och blodtryck sker enligt VISS. Detta för att de ska få optimal medicinering och omhändertagande och bästa möjliga livskvalitet.

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/verktyglada-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

- **Öka andel patienter som får diagnosen kronisk njursvikt på vårdcentral**

- Att 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-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: 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. 1.3
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. 2.2: 2.3:
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 3.3:

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>Diagnossättning</i>	1,6 %	2022-12-31	10 %	Medrave	<i>Dec 2023</i>
Indikator 2	<i>u-albumin/krea kvot</i>	36 %	2022 dec	100 %	Medrave	<i>Dec 2023</i>

Indikator 3	Blodtryck	90 %	2022 dec	100 %	Medr ave	Dec 2023
Indikator 4	eGFR	85 %	2022 dec	100 %	Medr ave	Dec 2023
Indikator 5	Andel av patienter med diagnosen njursvikt som står på Forxiga	25 %	Dec 2022	100 %	Medr ave	T.ex. dec 2023

Kommentar (valfritt):

Några förtydligande:

Angående diagnossättning kan detta ske vid ett datum och man kan då få ut om diagnosen har registrerats i samband med besök någon gång då patienten varit listad på Vården i centrum

Angående övriga indikatorer har jag valt en tidsperiod på 3 år, detta då många av dessa patienter är gamla och sköra och därför inte besökte vårdcentralen i samma utsträckning som de brukar i samband med corona.

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/verktyslada-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?

1. Informera på APT så alla vet att ett förbättringsarbete har initierats
2. Noggrann genomgång på läkarmöte vad syftet är, hur vi ligger till idag och vad målet är.
3. Kontrollera hur vi ligger till med hjälp av Medrave på månadsbasis och fortlöpande informera läkargruppen. Även skicka mail med informationen.

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

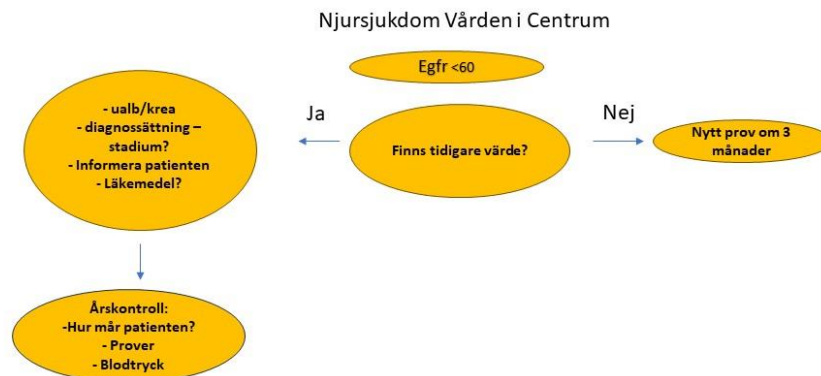
(dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

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 under året arbetat med att öka diagnossättningen av njursvikt. Detta för att dessa patienter ska få rätt vård och uppföljning. Det är framför allt läkargruppen som har varit involverade i detta förbättringsarbete. Följande arbetsflöde har utarbetats för dessa patienter:



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 resultatvärdet
Indikator 1	Diagnossättning	1,6 %	Dec 2022	100 % ökning	2,5 %	Medrave	Dec 2023
Indikator 2	u-albumin/krea	30 %	Dec 2022	100 % ökning	47 %	Medrave	Dec 2023

Indikator 3	Blodtryck	90 %	Dec 2022	100 % av patienter med njursvikt	93%	Medrave	<i>Dec 2023</i>
Indikator 4	egfr under 60 (men ej diagnos). Antal patienter	361	Dec 2022	-50 %	378	Medrave	<i>Dec 2023</i>
Indikator 5	Antal och andel av patienter som står på Forxiga	29 patienter / 25 %	Dec 2022	50 %	60 patienter/ 33 %	Medrave	Dec 2023

Övriga kommentarer:

Jag har ändrat perioderna som jag jämför så jag jämför 2022 mot 2023, och inte en längre tidsperiod. Detta då jag efter diskussion med kollegor kommit fram till att om man använder siffror från en längre tidsperiod vet vi vilket år som insatsen gjorde. Angående indikator 4 så har jag valt att denna ska vara numerisk då det blir mer klart hur många patienter som "hänger i luften" dvs där man uppmätt ett egfr under 60 men ingen diagnos har satts. Målet var att minska den andelen patienter med 50 %. Denna siffra har ökat med 17 patienter men om man går in och tittar noggrannare kan man se att för 146patienter dvs 39 % av dessa patienter 2023 låg provtagningen efter 1 oktober och bör då i linje med detta förbättringsarbete planeras för ett nytt prov efter att minst 3 månader har gått.

Vi har under året ökat diagnossättningen med drygt 56 %. Målet var att öka diagnossättningen med 100 % uppnåddes ej (och jag inser i efterhand att detta mål var alltför ambitiöst). Att målet ej uppnåddes kan bero på att dessa patienter ej sökt vårdcentralen under året eller att det sökt för symtom där man ej bedömt det nödvändigt att ta njurprover. Provtagning för ualb/krea har ökat med ca 57 % och 93 % av patienterna med diagnos har blodtryck dokumenterats under 2023.

Vi har ökat andelen som står på Forxiga med 32 %, 2022 stod 25 % av patienterna med njursvikts diagnos på Forxiga, 2023 har denna siffra ökat till 33 %.

Sammantaget tycker jag att på Vården i Centrum har vi blivit bättre på att sätta diagnos och följa upp patienter med kronisk njursvikt och arbetet kommer att fortgå framåt

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att kronisk njursvikt tidigare varit en diagnos som ej uppmärksammats i de tidigare stadierna och att det funnits ett motstånd att sätta diagnosen då egfr endast är lätt nedsatt. Vi har också lärt oss mer om de läkemedel som faktiskt finns tillgängliga för att behandla njursvikt och vilka indikationerna är för de olika dessa läkemedel.

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?

Framför allt vikten av att ha tid att informera patienterna om diagnosen då det är tydligt att den väcker stor oro hos patienterna. Det är också viktigt att involvera patienten i behandlingen och då inte bara läkemedelsbehandling utan vad patienten kan göra själv dvs rökstopp, minska salt och alkohol, fysisk aktivitet etc då många patienterna verkar ha föreställningen att detta ej är något som de själva kan påverka. Patienterna har vid förfrågan berättat att det uppskattat att få den informationen och förstå vad de kan göra själva för att förbättra sin hälsa i detta avseende.

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.

Planen är att följa flödesschemat som presenterats tidigare.

- Tillsammans med DSK för att sätta upp en väntelista så patienterna kallas årligen. Många av dessa patienter har andra diagnoser såsom hypertoni, diabetes 2 och årskontroll njursvikt samordnas med detta.
- Lägga upp en mall för njursvikt i TC med sökord/termer som ska innehålla, förutom provsvar (egfr, u-alb/krea) och blodtryck, fysisk aktivitet, rökning, kostvanor
- En gång i kvartalet presentera hur vi ligger till med diagnossättning, blodtryck och behandling med Forxiga och ACEi på läkarmöten.

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.sls@regionstockholm.se