

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: *Njursvikt*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
KRY Älta VC	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Emelie Eisner	<a href="mailto:Emelie.eisner@kry.se">Emelie.eisner@kry.se</a>
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Oskar Jakus
Profession: Läkare
E-post: <a href="mailto:oskar.jakus@ad.kry.se">oskar.jakus@ad.kry.se</a>
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• 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.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Jessica Khan, ST-läkare Emelie Eisner, distriktssköterska

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B:

Svår fråga. Arbetet går ut på diagnossättning, kontroller av kronisk njursjukdom samt behandling av den samma. Kunskaperna kring kronisk njursjukdom ligger troligen på en generell låg nivå hos patienterna i allmänhet.

### **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>

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

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

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

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Kronisk njursjukdom (CKD) rankas som den 12:e vanligaste dödsorsaken globalt. Ca 10 % av befolkningen i Sverige och globalt uppskattas ha någon form av CKD, och ca 5 % uppskattas ha CKD stadium 3-5. Patienter med CKD riskerar att försämrans över tid i njurfunktion och det finns ett tydligt samband mellan CKD och kardiovaskulära komplikationer. För att minska progress av CKD är det därför viktigt att säkerställa en god kardiovaskulär prevention.

Parametrar som inverkar på kardiovaskulär risk är flera. Exempelvis rökning, blodtryck, lipidnivåer, förekomst av albuminuri och njurskyddande mediciner.

Vi vill systematiskt säkerställa att våra patienter med CKD får ett så bra omhändertagande som möjligt för att minska morbiditet och mortalitet.

### **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.

Njursvikt

### **Mål (Vad vill ni uppnå?)**

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

**Formulera här era mål:**

För att kunna säkerställa ett gott omhändertagande av våra njursviktpatienter behöver vi först identifiera vilka de är. I vår population har 4,5% av våra patienter enligt Medrave ett e-gfr <60, alltså CKD 3-5. Endast 1,8% är diagnossatta med CKD 3-5 de senaste 18 månaderna. Ett första steg i att säkerställa adekvat kardiovaskulär riksprevention är alltså att diagnossätta våra patienter med CKD 3-5. Vi hoppas så klart att även kunna identifiera fler patienter med CDK stadium 1-2 och lik väl behandla och följa dessa. För enkelhetens skull kommer vi använda oss av patientgruppen med CKD 3-5 till våra indikatorer.

Vi vill att årliga kontroller av våra njursviktpatienter görs på ett strukturerat sätt. Att rätt parametrar mäts och värderas.

Årliga kontroller av albuminuri.

Att blodtrycket ligger <130/80.

Att patienterna utifrån sin profil erbjuds rätt behandling (RAAS blockad och SGLT-2 hämmare).

Att statiner sätts in för att nå LDL-målvärden.

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

1: Bristande kunskap om när njursviktsdiagnos får sättas.

1.1: Ta ut lista från MedRave på samtliga patienter med eGFR < 60 (CKD 3-5), kalla på årskontroll till PAL för relevanta labprover, blt mätning, lkm-genomgång + rätt diagnossättning  
1.2: Använda CKD klassifikation vid årsbesöket  
1.3:

2: Bristande kunskap om striktare behandlingsmål avseende blodtryck hos patienter med CKD. När statin är indicerad. Att SGLT-2 hämmare har börjat användas.

2.1: Utbildning om njursvikt för både läkare och sköterskor  
2.2: Patientfall för korrekt diagnossättning och behandling (handhavande) inom läkargruppen och delgivande av kunskap/erfarenhet  
2.3: Granska kollegans CKD pat (tex mellan handledare och ST läkare) som utbildning och lärande avseende diagnossättning och behandling

3: Strukturella problem i kallelser av njursviktpatienter där urin alb/krea missas.

3.1: Underlätta beställingsunderlag av U-alb/krea från mätvärden till labprover således kunna inkluderas i "njursvikts" gruppen för provtagning  
3.2:  
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/verktysglada-forbattningstrappa/>

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 snabbspirometri 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medr-ave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med e-gfr <60 som har diagnos CKD 3-5	35%	Dec 2023	90%	Primärvårdskvalitet	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med CKD 3-5 BT <130/80	48%	Dec 2023	70%	Primärvårdskvalitet	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med CKD 3-5 som senaste 12 mån mätt sin albuminuri	60%	Dec 2023	90%	Medr-ave	T.ex. dec 2024
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med CKD 3-5 som behandlas med ACE/ARB hämmare	58%	Dec 2023	70%	MEdr-ave	T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Andel patienter med CKD 3-5 och albuminuri (u-alb/krea >3,4) som har SGLT-2 hämmare	16%	Dec 2023	50%	Medr-ave	T.ex. dec 2024
<b>Indikator 6</b>	Andel patienter med CKD 3-5 som behandlas med statin	57%	Dec 2023	70%	Medr-ave	

**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/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?

*Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.*

Ta ut lista från MedRave på samtliga patienter med eGFR < 60 (CKD 3-5) och kalla på årskontroll till PAL (eller ST läkare med handledning) för genomgång av:

- Aktuellt blodtryck (Kan mätas innan av SSK?)
- Aktuella prover (eGFR, lipidprofil + U albumin/kreatinin) (Kan kontrolleras av SSK innan besöket att alla prover är tagna och aktuella?)
- Läkemedelsgenomgång. Behövs dosjusteringar av befintliga läkemedel? Finns nefrotoxiska läkemedel? Indikation för insättning av ACE/ARB hämmare, statin och SGLT2 hämmare)
- Rätt diagnosättning i journalanteckningen

Genomgång av kvalitetsarbete i storgrupp för att alla på vårdcentralen ska bli engagerade. Upprepade utbildningstillfällen för både sköterskor och läkare på gemensamma möten. Genomgång av svårare fall i storgrupp och läkargrupp för att sprida kunskap om diagnosättning och handhavande av CKD patienter och lära från varandra.

Genomgång av aktuell statistik för valda indikatorer var eller varannan månad på APT för att engagera och utvärdera arbetet.

Löpande kontrollera alla patienter med e-gfr <90 för albuminuri. Detta för att identifiera och behandla flera CKD 1-2 vilket i längden är viktigt för minska förekomsten av CKD 5, dvs. njursvikt.

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

**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1"** utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.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. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

- Med hjälp av MedRave identifierades patienter med eGFR < 60. Administrativ personal på vårdcentralen skickade ett brev till patienterna med kort information om vad njursvikt är (bilaga 1) samt kallelse till läkarbesök med provtagning (bland annat eGFR, Kreatinin, U-alb/krea).
- Patienterna fick träffa läkare för en klinisk kontroll där blodtrycksmätning ingick. Ett enkelt flödesschema/lathund baserat på avsnitt "Njursjukdom [...]" på Viss.se utformades som läkaren kunde använda sig av som stöd i läkemedelsgenomgång med patienten (bilaga 2). Rätt diagnosättning baserat på labbvärden sattes i patientjournal efter besöket.

**Bilaga 1.**

Enligt din journal har dina blodprover tidigare visat en nedsatt njurfunktion.

Detta kan bero på biologiskt åldrande, eller underliggande sjukdom t.ex. högt blodtryck.

För att säkerställa att du har optimal behandling och uppföljning har vi bokat en tid för en årlig kontroll.

Inför besöket skulle vi vilja göra en förnyad kontroll av din njurfunktion och vore tacksamma för om du kan lämna fastande blodprover och ett morgonurinprov inför besöket.

Dessa prover är förbeställda i ditt namn du kan komma förbi vårdcentralens laboratorium mån-fre 07:30-11:00. och lämna prover minst 3 arbetsdagar innan planerat besök.

Ring oss gärna om du har några frågor eller behöver boka om din tid, telefonnummer: 08-4484500.

Vänliga hälsningar,  
Kry Vårdcentral, Älta

**Bilaga 2.**

## Njursvikt – lathund

### 1. Stadielindelning – Finns diagnos satt de senaste 18 mån?

Stadium	GFR	ICD10	
1*	≥ 90	N18.1	Kronisk njursjukdom utan funktionsnedsättning, stadium 1
2*	60–89	N18.2	Kronisk njursvikt, stadium 2
3a	45–59	N18.3	Kronisk njursvikt, stadium 3
3b	44–50	N18.4	Kronisk njursvikt, stadium 3
4	15–29	N18.5	Kronisk njursvikt, stadium 4
5	<15	N18.6	Kronisk njursvikt, stadium 5

\* För CKD stadium 1–2 krävs utöver nedsatt GFR även albuminuri för diagnos

### 2. Finns årets U-albumin/ureakvot? Beställs i SYNLAB (ej mätvärden)

U-albumin/krea-kvot	
≤ 3	Normalvärde
3–30	Mikroalbuminuri
>30	Makroalbuminuri
>300	Nefrotiskt syndrom

Behandling



Eftersträv U- albumin/krea-kvot < 30

### 3. Finns ett aktuellt blodtryck?

Målblodtryck < 130/80

Behandling med RAAS blockad (ACE/ARB)

### 4. Finns pågående statinbehandling?

Indikation: > 50 åå + GFR < 60 eller sekundärprevention vid känd aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom (SCORE -> se viss.se "Hyperlipidemi")

### 5. Läkemedelsjustering vid nedsatt njurfunktion -> Se Janusmed riskprofil i TC



## Resultat

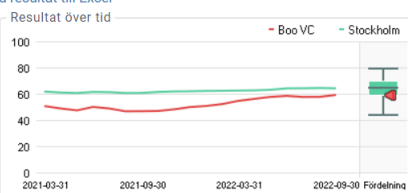
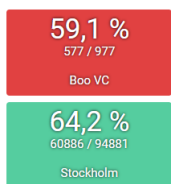
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark 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
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med e-gfr <60 som har diagnos CKD 3-5	35%	Dec 2023	90%	85%	Primärvårdskvalitet	Dec 2024
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med CKD 3-5 BT <130/80	48%	Dec 2023	70%	51%	Primärvårdskvalitet	Dec 2024
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med CKD 3-5 som senaste 12 mån mätt sin albuminuri	60%	Dec 2023	90%	86%	Medrave	Dec 2024
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med CKD 3-5 som behandlas med ACE/ARB hämmare	58%	Dec 2023	70%	61%	Medrave	Dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Andel patienter med CKD 3-5 och albuminuri (u-alb/krea >3,4) som har SGLT-2 hämmare	16%	Dec 2023	50%	12%	Medrave	Dec 2024

Detaljer    Benchmark

★ Di03L1: Blodtryck vid diabetes BT <=140/85 mm/Hg

Specifikation    Hämta resultat till Excel



Fördjupningstabelle

	2021-03-31	2021-09-30	2022-03-31	2022-09-30
Resultat	51 %	47 %	55 %	59 %



<b>Indikator 6</b>	med CKD 3-5 som behandlas med statin	57%	Dec 2023	70%	54%	Medrave	Dec 2024
--------------------	--------------------------------------	-----	----------	-----	-----	---------	----------

Övriga kommentarer:

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

- Att kunna identifiera, handlägga och sätta rätt diagnos på kronisk njursjukdom enligt nationella riktlinjer.
- Det är svårt att nå målblodtryck <130/80 mmHg på populationen njursviktpatienter stadium 3-5. Vi har diskuterat detta främst i läkargruppen och tror att anledningen till detta är att patienterna i denna grupp som är äldre och sköra helt enkelt blir för ortostatiska när vi försöker.
- Andelen CKD 3-5 som behandlas med ACE/ARB hämmare, SGLT2 hämmare och statiner har inte förändrats nämnvärt. Vi är ej helt säkra på varför. Det kan vara så att patienterna som inte fått CKD diagnos tidigare ej varit behandlade med dessa preparat. Den tesen stärks när vi i Medrave jämför förskrivningen av dessa läkemedel i vår population mellan år 2023 och 2024. Vår statinförskrivning ökade med 25%, SGLT2 förskrivning med 41% samt förskrivning av ACE/ARB hämmare med 24%. Vi har visserligen ökat vår listning med nästan 10% dock med en utspädningseffekt av de kroniska åkommorna, dvs. yngre och friskare patienter.
- Ökat engagemang inom olika yrkesgrupper gällande CKD.

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?

- Patientutbildning både i samband med kallelse men också under läkarbesöket

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.

- Fortsätta identifiera, handlägga och sätta rätt diagnos på kronisk njursjukdom enligt regionala riktlinjer.
- Fortsätta med utbildning om njursvikt för både läkare och sköterskor.
- Permanent ändring i beställingsunderlag av U- alb/krea från mätvärden till labprover vilket underlättar för beställaren.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2**

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

**Bilagor** sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.