

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Kronisk njursjukdom

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Din vårdcentral Bagarmossen	Namn på er Informationsapotekare Anna Zucco
Verksamhetschef Niran El Kouni	Verksamhetschefens e-post niranelkouni@dvcb.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Elvira Lindholm	Kontaktpersonens e-post elvira.lindholm@dvcb.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 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se **senast den 1 mars 2025, 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 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026 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.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetsätt). Har ni **minst 2 indikatorer** och **mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Elvira Lindholm
Profession: ST-läkare

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 två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock inte hela arbetet förlita sig på en

ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, 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) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

A: Elvira Lindholm ST-läkare
Martin Linnros ST-läkare
Anna Bromée ST-läkare

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

B: Kort intervju med patient under besök

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta 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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

Enligt Viss ska diagnos kronisk njursjukdom sättas vid eGRF < 60 med eller utan förändringar på ultraljud eller vid annan njurskada, som albuminuri, med minst två mätningar med ett intervall på minst tre månader mellan mätningarna. Av dessa patienter ska i princip alla ha statinbehandling och alla med blodtryck över 130/80 även RAAS-blockad. I dagsläget finns en underdiagnostisering och stadiindelning av njursjukdom vid eGFR 31 – 59, samt underbehandling. Nedre gränsen på eGFR 31 har valts då det är en annan patientkategori som ofta följs på njurmedicinmottagning och där samma underdiagnostisering inte finns.

Målet med det här kvalitetsarbetet är att öka andelen korrekta diagnoser av njursjukdom samt stadiindelning (i detta fall CKD3) för att tidigt sätta in adekvat behandling i form av statiner och RAAS-blockad.

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 njursjukdom

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Öka andelen patienter med eGFR 31-59 med diagnos kronisk njursjukdom samt stadieindelning (CKD3). Öka andelen patienter med statin-behandling och RAAS-blockad där behandling är indicerad.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Ouppdaterad kunskap?

1.1: Utbildning av läkare
1.2: Repetition
1.3:

2: Ofta inte orsak till besök - bifynd

2.1:
2.2:
2.3:

3: Krångligt att diagnosticera och utreda njursvikt?

3.1: Dokument med tydliga riktlinjer
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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-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.)

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. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med GFR 31-59 med CKD-diagnos	42% (hämtat 250121)	2024	80%	Medrave	Dec 2025
Indikator 2	Andel patienter med GFR 31-59 med stadieindelning (CKD3)	21% (hämtat 250121)	2024	80%	Medrave	Dec 2025
Indikator 3	Andel patienter med GFR 31-59 med RAAS-blockad	53% (hämtat 250121)	2024	60%	Medrave	Dec 2025
Indikator 4	Andel patienter med GFR 31-59 med statinbehandling	50% (hämtat 250121)	2024	60%	Medrave	Dec 2025
Indikator 5						T.ex. dec 2025

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-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?

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.

Planera: Ta fram nya rutiner på vårdcentral för diagnosticering och behandling av kronisk njursvikt. Informationstillfällen regelbundet på läkarmöten. Varje läkare får lista med egna patienter som inte har diagnos/stadieindelning trots eGFR inom intervall. Månadsvis uppföljning av statistiken under 2025.

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

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2025 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 2025 till: forbattningsarbeten.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 bifogas

Ny rutin finns tillgänglig för alla läkare på vårdcentralen för diagnosticering och behandling av CKD. Den utgår från VISS men är kraftigt förkortad för att det ska underlätta för kollegor om man snabbt behöver kolla upp rutin vid patientbesök eller utanför.

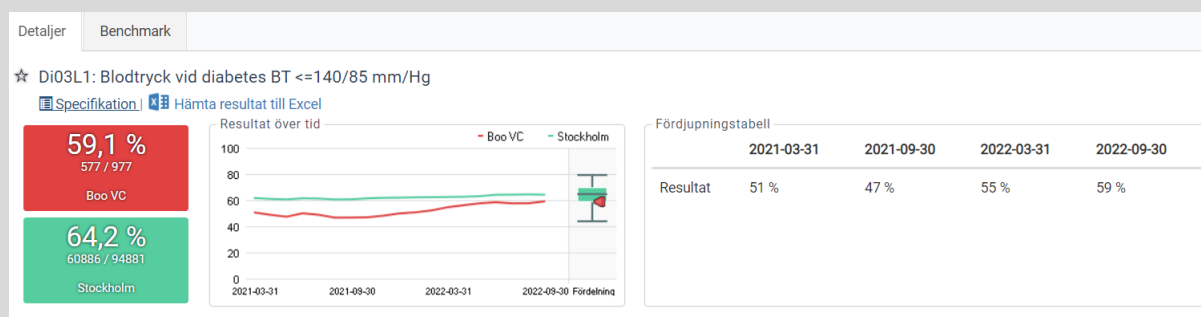
Regelbundna påminnelser på mejl och vid läkarmöten om vikten av diagnosticering och behandling.

Lista finns nu på Medrave där kollegor kan granska sina egna listade patienter utifrån de relevanta indikatorerna, fysiska kopior har också delats ut.

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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med GFR 31-59 med CKD-diagnos	42% (hämtat 250121)	2024	80%	73%	Medrave	dec 2025
Indikator 2	Andel patienter med GFR 31-59 med stadiindelning (CKD3)	21% (hämtat 250121)	2024	80%	68,5%	Medrave	dec 2025
Indikator 3	Andel patienter med GFR 31-59 med RAAS-blockad	53% (hämtat 250121)	2024	60%	59,5%	Medrave	dec 2025
Indikator 4	Andel patienter med GFR 31-59 med statinbehandling	50% (hämtat 250121)	2024	60%	55%	Medrave	dec 2025
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Hur Medrave fungerar och hur man kan använda det. Att det är möjligt att skapa positiva förändringar och att det arbetet inte behöver vara en allt för stor ansträngning. I personalgruppen finns nu en vana att noggrannare se över njurvärdena och medicinering för njursvikt vid exempelvis årskontroll. Kunskapen har ju funnits där sedan tidigare, dock verkar det som att diagnosticering och medicinering av CKD legat lite i skuggan vilket kanske inte är så konstigt med tanke på allt annat som behöver göras på vårdcentralen. Det var därför nyttigt att belysa frågan och påminna om vikten av det. Nu när vanan finns där är det en mindre

anstränging att reagera på avvikande provsvar, utreda och behandla. Att det är viktigt att involvera patienterna och ge information fysiskt om möjligt.

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?

Patienter har intervjuats vid läkarbesök. Vissa patienter har inte fått diagnos fysiskt på plats och då har ett fåtal ringt för att det tillkommit en ny diagnos i journalen som de inte kände till. En lärdom är att diagnosen absolut helst sätts vid fysiskt besök så att man kan informera. CKD3 hos äldre är ju inget ovanligt men för patienten blir det en stor sak när det plötsligt står kronisk njursvikt i journalen (vilket diagnosen fortfarande heter i journalsystemet).

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.

Det finns en ny förenklad rutin i dokument internt på vårdcentralen som kommer finnas kvar för utredning och behandling av CKD. Listorna med statistik kommer att finnas kvar på Medrave där man kan gå in och se sina egna listade patienter. Påminnelse vid läkarmöten framöver. Även om inte målvärden nåtts helt så ses en kraftig förbättring, om man tittar över tid ser man att den största förbättringen var sista halvåret när arbetet hade pågått en period, det finns stor potential att statistiken kommer förbättras ytterligare och nå mål framöver med lite mer tid.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 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 (T.ex. "Boo VC Bilaga 1") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.