

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: *Kronisk njursjukdom*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	Namn på er Informationsapotekare
Capio Vårdcentral Wasa	Roswitha Abelin
Verksamhetschef Anna Söderqvist	Verksamhetschefens e-post Anna.soderqvist@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet	Kontaktpersonens e-post
Anna Söderqvist	Anna.soderqvist@capio.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](mailto: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: Anna Söderqvist
Profession: Verksamhetschef (SSK)

**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:

Rend Habib ST-läkare  
Egle Matuziene Specialist allmänmedicin, MAL  
Anna Söderqvist Verksamhetschef SSK  
Maria Andersson SSK

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

B:

Det vi har god erfarenhet från tidigare förbättringsarbeten är intervjuer mer patienter där vi frågar hur de upplever vården vi levererar

### **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.**

*Vi ser att vi har en del patienter som inte fått diagnos kronisk njursjukdom trots ett lågt GFR. Det kan innebära att de inte har någon njurskyddande medicinering där det är lämpligt*

*Vi vill se till att alla har adekvat diagnos och medicinering utifrån detta*

### **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	
<b>Mål (Vad vill ni uppnå?)</b> Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet? Länk till "Målformulering": <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a> <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a> <b>Formulera här era mål:</b>	
<b>Vi vill att alla ska ha en adekvat diagnos när man har ett GFR &lt; 60. Samt att de som får diagnosen också har njurskyddande läkemedel om möjligt.</b>	
<b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b>  Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a> <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a>	<b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b>  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: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</a>
1: Saknar fungerande rutin för uppföljning	1.1: uppföljning på läkarmöten 1.2: Se över och förbättra rutin 1.3:
2: Prover tas av annan orsak där kronisk njursjukdom inte är i fokus	2.1: Utbildning av lämplig profession 2.2: uppföljning på läkarmöten 2.3: involvera diabetessköterska
3:	3.1: 3.2: 3.3:
<b>Mått och mätetal (indikatorer)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?</li> <li>• Hur kan det mätas?</li> <li>• Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?</li> </ul> <p><b>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.</b></p> Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a>	
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.**

	<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. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter under 80 år med gfr &lt; 60 utan diagnos</i>	74%	250202	25%	PVQ	251231
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med CKD diagnos som har njurskyddande läkemedel</i>	75%	250202	100%	PVQ	251231 Pausats i PVQ
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med diagnos CKD med BT &lt; 130/80</i>	59%	250202	85%	medrave	251231
<b>Indikator 4</b>						T.ex. dec 2025
<b>Indikator 5</b>						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/verkygslada-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?

*Vi har rutin för att kontrollera våra övriga kroniker så som diabetes, KOL, hypertoni regelbundet. Här kommer njursvikt att läggas till. Detta gör MAL regelbundet, förmedlar sedan till annan personal för bokning av aktuella patienter,*

*Vi kommer också i samband med detta kontrollera patienter med lågt GFR för att boka dem för läkarkontakt och diagnos där det är lämpligt*

*Vi planerar in utbildningar under året*

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: 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. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har infört rutin med regelbunden genomgång av våra kontrollistor och utefter detta kontaktat patienten och erbjudit tid till läkare. Detta system använder vi för flera av våra kroniska diagnoser så som hypertoni, hjärtsvikt, KOL mm. Den som går igenom listorna är läkare eller sjuksköterska. Lista på aktuella patienter att kalla lämnas till administratör som sedan kontaktar och bokar in patienten. På så sätt använder vi våra resurser på ett effektivt sätt. Genom att ha samma rutin för alla kroniska diagnoser så blir det lätt att bibehålla rutinen, man behöver inte lära sig olika rutiner.

### 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
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter under 80 år med gfr < 60 utan diagnos	74%	250202	25%	62%	251231	251231
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med CKD diagnos som har njurskyddande läkemedel	75%	250202	100%	PVQ	251231 Pausat s i PVQ	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med diagnos CKD med BT < 130/80	59%	250202	85%	75%	251231	251231
<b>Indikator 4</b>							T.ex. dec 2025
<b>Indikator 5</b>							T.ex. dec 2025
<b>Övriga kommentarer:</b>							
Tyvärr så har en av våra indikatorer pausats under året så vi inte har kunnat följa den ända till slutet. Vi har under året listat på en del patienter och således har en del nya där vi inte har hunnit följa upp och sätta diagnos CKD.							
<b>Slutreflektion</b>							
Vad har ni lärt er?							
Bra att inte ha flera olika arbetssätt utan förenkla det och göra lika i den mån det går. Här har Capios allmänna kontrollista i Medrave varit till stor hjälp, man hittar alla patienter på samma ställe. Det vi ser är att vi fortsatt behöver diskutera hur vi sätter diagnos på de som ligger på gränsen med gfr på 58-59. Det är framför allt dessa som saknar diagnos hos oss. Vi har startat vetenskapliga utbildningseftermiddagar för läkarna. Där kommer vi att fortsätta denna utbildning och diskussion kring när vi sätter diagnos.							
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 haft intervjuer med de patienter vi kontaktat. Mycket uppskattat att inte bara skicka en kallelse utan att ringa eller skicka digitalt meddelande. Patienterna känner sig sedda, de får vara med och påverka sin tidsbokning med en gång vilket gör att de i högre utsträckning kommer på sin bokade tid.							

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.

Vi tycker att arbetssättet med våra kroniker har fallit väl ut. Det är en bit kvar till målen vi satt upp men helt klart förbättrats. Detta arbetssätt finner vi lätt att fortsätta med.

**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 [forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.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.