

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Kronisk njursvikt*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Årsta	Namn på er Informationsapotekare Rojin Söderlund
Verksamhetschef Annika Wargert, Svetlana Travar Tf. Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post annika.wargert@capio.se , svetlana.travar@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Dicle Özkan, ST-läkare, Sara Norrgård, MAL	Kontaktpersonens e-post dicle.azimzadeh@capio.se sara.norrgard@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 **28 februari 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 forbattringsarbeten.apc.slso@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 arbetssätt). 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: Dicle Özkan
Profession: ST-läkare inom allmänmedicin
E-post: dicle.azimzadeh@capio.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 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:

Dicle Özkan, ST-läkare
Sara Norrgård, MAL
Catharina Svensson, DSK diabetes
Ann Österlind, DSK hypertoni

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

B:

I samband med årskontroll diabetes och/eller hypertoni kan fråga pat:

1. Hur önskar pat att det ska gå till när pat ska få info om nyupptäckt njursvikt?

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.

Data från år 2024 som har extraherats ur TC m h a. MedRAVE (under VESTA) visar att: 280st patienter har eGFR som motsvarar CKD3, men endast 158 av dem (56%), har erhållit en sådan ICD-10 kod. Av dessa 158 har 146 av dem (92%) diagnoserna hypertoni och/eller diabetes mellitus typ 2. Det var alltså 122 patienter (44%) med eGFR som motsvarar CKD3, men som saknar en sådan ICD-10 kod. Av dessa har 99 av dem (81%) diagnoserna hypertoni och/eller diabetes.

Kronisk njursvikt är en folksjukdom som oftast är asymtomatisk i början, till stor del irreversibel och progredierande. Den indelas i 5 stadier enligt KDIGO och ju tidigare den upptäcks, uppmärksammas, behandlas och följs upp desto bättre prognos.

Det är primärvårdsläkarens ansvar att upptäcka, utreda, diagnosticera, behandla, handlägga och följa upp kronisk njursvikt hos patienter. Studier visar dock att det finns en underdiagnostik. Trots tydliga riktlinjer i diagnosticering och handläggning av kronisk njursvikt finns det en diskrepans mellan primärvårdsläkares och njurläkares bedömning av handläggning av kronisk njursvikt. En studie visade att primärvårdsläkare upptäckte och utredde färre patienter med kronisk njursvikt samt även föreslog remiss till njurläkare mer sällan än njurläkare.

Genom korrekt screening, diagnosticering och handläggning av kronisk njursvikt enligt riktlinjer kan primärvårdsläkare förebygga hjärtkärlsjukdomar, terminal njursvikt och död.

Därför vill vi med detta arbete åstadkomma att kronisk njursvikt uppmärksammas bland läkare och distriktssköterskor, så att screening och diagnostisering samt handläggning kan följas enligt riktlinjerna.

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/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

- Öka kännedom/kunskap om kronisk njursvikt hos vårdpersonalen (distriktssköterskor och läkare) för att lättare upptäcka, utreda/screena och diagnostisera samt handlägga patienter
- Öka antalet patienter med diagnos kronisk njursvikt som uppfyller kriterier för det
- Se till att handläggning av patienter med kronisk njursvikt kan ske enligt riktlinjer för att förebygga försämring av kronisk njursvikt i sig, men också för att förebygga hjärtkärlsjukdom

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-forbattringstrappa/> <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/>

1: Låg uppmärksamhet av kronisk njursvikt

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/>

- 1.1: Föreläsning om kronisk njursvikt för personalen
- 1.2: Vid andra sökorsaker än njursvikt/HT/DM och avvikande eGFR kontrollera att patienter har rätt diagnos, ev. ta om eGFR om tre månader
- 1.3: DSK kan boka ROND till PAL när ser avvikande eGFR

2: Årskontroll rutin kronisk njursvikt ej lika etablerad som övriga folksjukdomar (diabetes, hypertoni, KOL t. ex.)	2.1: Skapa en mall för ”rutin årskontroll kronisk njursvikt”
3: Diagnos sätts ej vid årskontroller trots uppfyllda krav	3.1: fylla i eGFR <60 på alla patienter i journalen 3.2: vid diagnos, se att man har följt riktlinjer m. a. p. kontroll eGFR, albuminuri, blodtryck, blodfetter, behandling med SGLT2-h, ev. remiss till njurmedicin 3.3: patientlistor till PAL att gå igenom diagnossättningen och åtgärda

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 snabbspirometrier 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 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	Andel patienter med 29<eGFR <60 över tre månader som har diagnosen kronisk njursvikt 3 (CKD3)	56%	24-12-31	>70%	MedR AVE	Dec 2025
Indikator 2	Andel patienter med eGFR <60 som har kontrollerat albuminuri	51%	24-12-31	>70%	MedR AVE	Dec 2025
Indikator 3	Andel patienter med eGFR <60 och förhöjt blodtryck $\geq 130/80$	51%	24-12-31	<40%	MedR AVE	Dec 2025
Indikator 4	Andel patienter med albuminuri som behandlas med RAAS-blockad	53%	24-12-31	>80%	MedR AVE	Dec 2025
Indikator 5	Andel patienter med albuminuri som behandlas med SGLT-2 hämmare	26%	24-12-31	>50%	MedR AVE	Dec 2025
Indikator 6	Andel patienter ≥ 50 år med eGFR <60 som behandlas med statiner	41%	24-12-31	>60%	MedR AVE	Dec 2025

Kommentar (valfritt):

Ovan data gäller för patienter under perioden hela året 2024 och utgår hela tiden ifrån patienter med eGFR <60. Data extraherades den 2025-02-20.

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 fikorummet, 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-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?

Planera:

Med utgångspunkt ur läkare Dicle Özkans VESTA resultat ta fram tydliga indikatorer m. h. a. MedRAVE för att sätta tydliga, mätbara mål till årsslutet. Informera hela läkargruppen samt distriktssköterskor med mottagning diabetes resp. hypertoni om planerat arbete.

Göra:

När del 1 blir godkänt kan teamet träffas för att tillsammans gå igenom fortsatt upplägg av detta arbete. Inga avvikelser. Att informera hela läkargruppen samt distriktssköterskor med mottagning diabetes samt hypertoni för att få med dem i förbättringsarbetet har gått bra.

Studera:

Vi lyckades genomföra alla planerade aktiviteter. Det blev ett gott resultat med en positiv effekt.

Agera:

Vi lade till att dela ut patientlistor till samtliga PAL för att aktivt kontrollera sina pats diagnossättning samt handläggning enligt riktlinjer på viss.nu

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.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 började med ett gemensamt möte med läkargruppen och DSK DM och HT för att informera om det planerade arbetet.

Sedan hölls en föreläsning om Diagnostisering av CKD på CVÅ (VESTA) och det planerade förbättringsarbetet med indikatorerna i DEL 1.

DSK uppmuntrades till att bli mer uppmärksamma på avvikande eGFR och att flagga för PAL genom att sätta upp på ROND.

Läkare uppmuntrades till att föra in eGFR <60 i TC under rubriken eGFR samt att handlägga vidare enligt viss.nu. Det mynnade ut i en skriftlig rutin för att upptäcka och handlägga CKD på CVÅ:

KRONISK NJURSVIKT CAPIO VÅRDCENTRAL ÅRSTA

UPPTÄCKA

- eGFR <60:
Provtagning ingår redan i aktiv screening av hypertoni- och diabetespatienter genom årskontroller. Om DSK upptäcker detta kan DSK flagga för PAL. Kontrollera om det finns tidigare värden.

DIAGNOSTICERA

- eGFR <60 i minst 3 månader:
Om det inte finns tidigare eGFR, beställ ytterligare eGFR och u-Alb/krea-kvot (morgonurin) till om 3 månader. Om det finns tidigare eGFR för över minst 3 månader sedan <60 kontrollera om diagnosen "Kronisk njursvikt, stadium..." enligt KDIGO är satt. Om inte sätt den. Vid ev osäkerhet kring diagnos kan kompletterande provtagning med Cystatin C göras. Dokumentera pats eGFR i TC.
- Vid nyupptäckt kronisk njursvikt utan uppenbar orsak som underbehandlad hypertoni, diabetes, aterosklerotisk sjukdom gör BASAL UTREDNING enligt VISS inklusive kontroll M-komponent en gång och UL-njurar en gång om ej tidigare radiologi finns för granskning av njurar.
- Informera patienten om vad kronisk njursvikt är, vikten av uppföljning och behandling för att förebygga försämring och hjärtkärlsjukdom samt död.

BEHANDLA

- Förebygga njursvikt:

- optimera behandling och uppföljning av patienter med hypertoni, diabetes mellitus och hjärtkärlsjukdom i samarbete med DSK.
- undvik COX-hämmare, särskilt i kombination med RAAS-blockad för att förebygga ytterligare försämring av befintlig njursvikt

- Förebygga hjärtkärlsjukdom:
 - statinbehandling till alla >50 år med CKD3-5.
 - DSK: rökstopp, alkoholreduktion, saltreduktion, fysisk aktivitet, viktnedgång vid fetma, minska intag av rött kött, info om vaccin (influenza och pneumokocker)
 - målbloodtryck <130/80
 - RAAS-blockad till alla.
 - SGLT2-hämmare om albuminuri>30mg/mmol eller om diabetes mellitus typ 2 och eGFR <60ml/min, ge patienten patientinformation om SGLT2-hämmare som finns på janusinfo
 - statinbehandling om eGFR <60ml/min och patient>50 år

FÖLJA UPP

- Kronisk njursvikt, stadium 3:
 - en gång per år.
 - tätare om försämring av eGFR sker och sedan med utglesning.
 - tätare om ökning av albuminuri (kan ses som mått på försämringshastighet)
 - kontrollera ev komplikationer såsom vätskeretention, hyperkalemi, anemi, metabol acidosis, D-vitbrist.

REMITTERA

- eGFR <30 ml/min (CKD4)
- Snabbt sjunkande eGFR (>5 ml/min/år)
- Svårbehandlad hypertoni
- Svår proteinuri (A3)
- Misstanke om glomerulonefrit/systemsjukdom
- Elektrolytrubbningar (svår hyperkalemi m.m.)
- Se tabell på viss.nu vid nedsatt eGFR och/eller uttalad albuminuri, i relation till åldern

Patientlistor skrevs ut via MedRave och delades ut till respektive PAL för att kontrollera diagnossättning och indikatorer som står i Del 1.

Resultat

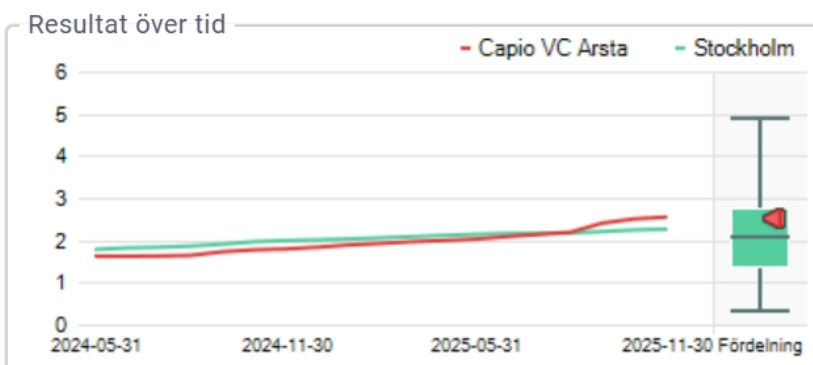
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**

☆ Nj06: Förekomst av diagnos kronisk njursjukdom

Specifikation | Hämta resultat till Excel

2,5 %
 368/14459
 Capio VC Årsta

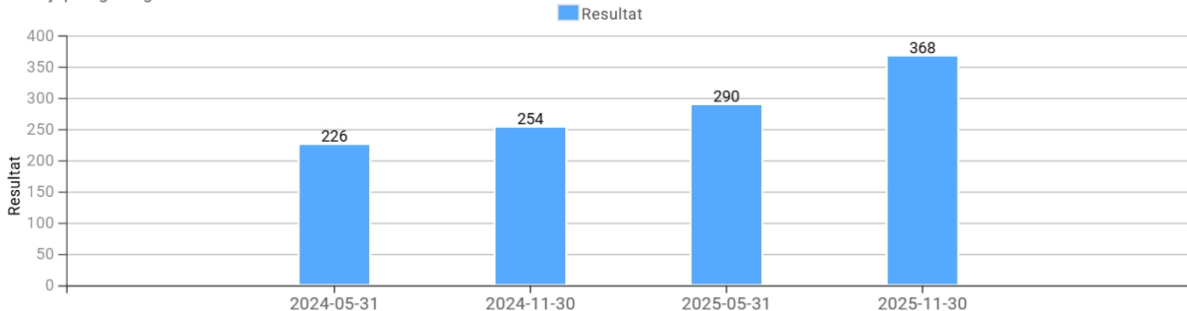
2,3 %
 54561/2415502
 Stockholm



Fördjupningstabell

	2024-05-31	2024-11-30	2025-05-31	2025-11-30
Resultat	1,6 %	1,8 %	2 %	2,5 %

Fördjupningsdiagram



	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
Indikator 1	Andel patienter med 29<eGFR <60 över tre månader som har diagnosen kronisk njursvikt 3 (CKD3)	56%	24-12-31	>70%	73%	MedR AVE	Dec 2025
Indikator 2	Andel patienter med eGFR <60 som har kontrollerat albuminuri	51%	24-12-31	>70%	74%	MedR AVE	Dec 2025
Indikator 3	Andel patienter med eGFR <60 och förhöjt blodtryck ≥130/80	51%	24-12-31	<40%	51%	MedR AVE	Dec 2025
Indikator 4	Andel patienter med albuminuri som behandlas med RAAS-blockad	53%	24-12-31	>80%	65%	MedR AVE	Dec 2025

Indikator 5	Andel patienter med albuminuri som behandlas med SGLT-2 hämmare	26%	24-12-31	>50%	24%	MedR AVE	Dec 2025
--------------------	---	-----	----------	------	-----	-------------	----------

Indikator 6	Andel patienter ≥50 år med eGFR <60 som behandlas med statiner	41%	24-12-31	>60	58%	MedR AVE	Dec 2025
--------------------	--	-----	----------	-----	-----	-------------	----------

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Årskontroller HT/DM med screening krea och albuminuri är viktiga för att upptäcka och diagnostisera CKD. Patienter bör informeras om screeningen och risken för CKD för att kunna vara delaktiga och följsamma. Diagnostisering av CKD kan göra att man blir mer uppmärksam att behandla och handlägga enligt riktlinjer, vilket kan förebygga försämring av CKD men också CVD. Det är viktigt med aktivt TEAM-arbete för att nå målen.

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 önskar få information tidigt och helst fysiskt. Det har uttryckts missnöje vid digital kontakt för info om detta, "CKD låter ju så allvarligt", någon har läst att "RAAS-blockad påverkar njurarna negativt". Därför är det bäst med info genom årskontroll hos DSK DM/HT alt vid läkarbesök eller telefonkontakt med läkare och om det verkar behövas ett fysiskt besök kan man planera för att boka det också då.

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.

Följa rutinen, involvera patienter från början genom information och fortsätta teamarbetet läkare-DSK-ROND.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 och 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
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.