

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Kronisk njursjukdom

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Bro	Namn på er Informationsapotekare Kristina Persson
Verksamhetschef Elin Ekeroth	Verksamhetschefens e-post elin.ekeroth@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Emilia Germundsjö	Kontaktpersonens e-post emilia.germundsjo@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.

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: Mary Marya Naqvi
Profession: ST-läkare, Capio Vårdcentral Bro

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:

Marya Naqvi, ST-läkare
Pary Mirman, ST-handledare och Specialistläkare i allmänmedicin
Beatrice Blomgren, Distriktsköterska
Emilia Germundsjö, Bitr. verksamhetschef och sjuksköterska

Utöver teamet kommer samtliga läkare och sjuksköterskor på vårdcentralen arbeta aktivt i förbättringsarbetet i mötet med patienter på ordinarie årskontroller och via telefon/chattkontakt.

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

B: Patienter kommer i samband med årskontroll och inför läkarbokning tillfrågas muntligen på vilket sätt de önskar återkoppling och uppföljning av provsvar och informeras om förbättringsarbetet. Information kommer även finnas skriftligt i väntrum så att patienten själv kan visa intresse för kontroll i samband med läkarbesök.

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.

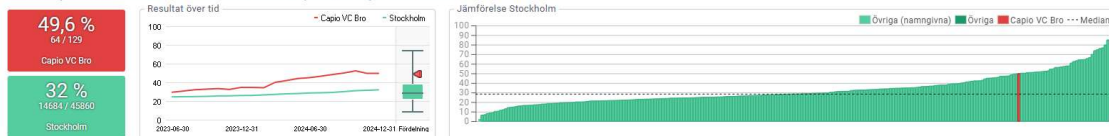
Vi har redan som rutin att ta blodprov för kontroll av eGFR på samtliga diabetes- och hypertoni-patienter inför årskontrollerna hos läkare, men är däremot sämre på att förebyggande sätta in behandling vid avvikande värden och behöver förbättra oss vad det gäller att ställa diagnosen kronisk njursjukdom och hantera dess uppföljningar.

Gällande diagnossättning har vårdcentralen långsamt förbättrats (om man ser statistiken från Medrave), troligen tack vare en medvetandegörande allmänt och hos oss via bl.a. föreläsning under hösten år 2024 om Kronisk njursjukdom, men långt ifrån alla våra patienter har idag en diagnos och bra behandling.

Nj01 <80 år: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) och som har diagnos njursvikt (PvQ, 2025-01-24) :

★ Nj01 <80 år: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) och som har diagnos njursvikt

📄 Detaljsida för indikator | 🔄 Jämför resultat med andra | 📄 Specifikation | 📄 Hämta resultat till Excel

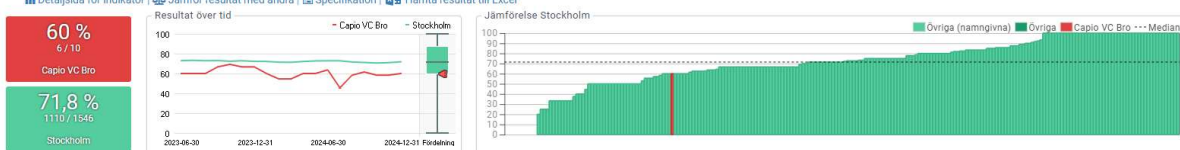


65st patienter som saknar diagnos

Nj04: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) samt makroalbuminuri som har ACEh/ARB (2025-01-24):

★ Nj04: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) samt makroalbuminuri som har ACEh/ARB

📄 Detaljsida för indikator | 🔄 Jämför resultat med andra | 📄 Specifikation | 📄 Hämta resultat till Excel

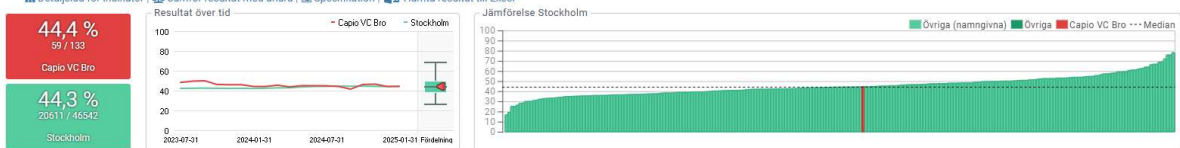


4st patienter som saknar behandling

Nj03: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck ≤ 130/80 (2025-01-24):

★ Nj03: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck ≤ 130/80

📄 Detaljsida för indikator | 🔄 Jämför resultat med andra | 📄 Specifikation | 📄 Hämta resultat till Excel



74st patienter med blodtryck över 130/80

Därmed vill vi 2025 arbeta fram ett arbetssätt som medvetengör kronisk njursjukdom och göra arbetssättet till en naturlig del av vården hos oss på Capio Vårdcentral Bro. Att använda delar av det vi redan gör idag och utveckla detta ger större möjligheter att på ett naturligt sätt förbättra kvalitén på vården för våra kroniker och etablera en rutin i årliga arbetet. Det ger även möjligheten att sakta ner försämring eller ökad sjuklighet hos de som ligger på gränsen mot en kronisk njursjukdom och fånga upp dessa i ett tidigt skede.

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-forbatteringstrappa/>

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

Formulera här era mål:

Målet med förbättringsarbetet är att öka diagnossättningen hos patienter som har kronisk njursjukdom där diagnos nu saknas, detta för att få kontroll över vårdcentralens njursjuka patienter så att alla med diagnos erbjuds korrekt behandling för att bromsa sjukdomens försämring och minska risken för tillkomst av kardiovaskulär sjukdom.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker:
Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram:
<https://www.akademisktprimarvar dscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>
[https://www.akademisktprimarvar dscentrum.se/enheter/kvalitetsstod --fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/](https://www.akademisktprimarvar dscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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: Kunskapen om eGFR behöver uppdateras.

1.1: Skriftlig information till läkare och sjuksköterskor för att medvetengöra och fånga upp patienter med avvikande eGFR.
1.2: Uppdatering utifrån Janusinfo ang eGFR
1.3: Om möjligt förnyad föreläsning via APC för läkare och sjuksköterskor.

2: Vid årskontroll ligger fokus ofta på redan satta diagnoser för inbokade besöket, t.ex. diabetes och/eller hypertoni. Proverna följs upp om avvikande, men ny diagnos sätts inte alltid.

2.1: Gå igenom VISS ang njursjukdom.
2.2: Rutin för sättning av diagnos för att medvetengöra njursjukdom. Flödesschema.
2.3: Alltid ta urinprov till årskontrollerna. Sjuksköterskan lägger in eGFR i samband med årskontrollprov även på tex pat med hypertoni eller anemi-årskontroll. Gemensam årskontroll för samtliga kroniska diagnoser, ej separata.

3: För lite kunskap om kronisk njursjukdom hos vårdpersonal och patienter

3.1: Föreläsning via APC för läkare och sjuksköterskor
3.2: Bjuda in till läkemedelsföreläsning utifrån Kloka listan
3.3: Öppen föreläsning i vår Seniorgrupp om njurhälsa
3.4: Skriftlig information att kunna lämna ut till patient i samband med diagnos och behandling

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 "balanserande 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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) och som saknar diagnos njursvikt	50,4% utan diagnos	2025-01-24	Minska till <35% som saknar diagnos	Medrave	Dec 2025
Indikator 2	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) samt makroalbuminuri som saknar ACEh/ARB	40%	2025-01-24	Minska till <20%	Medrave	Dec 2025
Indikator 3	Andel patienter under 80 år med måttligt eller	55,6%	2025-01-24	Minska antalet till <50%	Medrave	Dec 2025

	kraftigt nedsatt njurfunkti on (GFR < 60) som har blodtryck över 130/80					
--	---	--	--	--	--	--

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-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 blev som ni tänk? 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: Vi har gemensamt i gruppen under januari tagit fram indikatorer från Medrave, se ovan, och gått igenom vad vi sett för förbättringsområden och hur detta skulle förbättra vårdkvaliten.

MAL gemensamt med ansvarig läkare för förbättringsarbetet tar fram rutin för hantering av provsvar och insättning av behandling, utgå från Centuri Capios ledningssystem, Viss.nu och Janusinfo (februari) och efter godkännande lyfts detta på läkarmöte och presenteras på kategorimöten.

Skriftlig information till patienter sammanställs av läkare och schema för ansvarig läkare korrigeras för att ge utrymme för att kunna ronda patienter där ytterligare bedömning behövs utöver ordinarie årskontroller och planerade uppföljningar. Klart i mars.

Göra: Avsatt tid veckovis i ST-kalender för frågor och patienter som behöver ses över, fungerar bra. Månadskoll i Medrave vilket gett bild att läget förbättras, sköts av STläkare med sjuksköterska. Planen fungerar utifrån det som ses i Medrave, ökat kunskap märks då patienter bokas för uppföljningar.

Studera: Bra med fokuserade föreläsningar om ämnet. Väckte ökad medvetande och diskussion. Ronder ökade möjligheten till tex dosändring eller liknande utan att patient behövde nytt besök. Ej fått in föreläsning om njursjukdom för patienter men har det som en sak vi vill göra framåt. Sporrande när planen ger effekt och resultat både för patient och siffror.

Agera: Fortsatt hålla i det, är nu ett aktivt tänk. Följa upp halvårsvis under 2026 för att fånga upp om något ändras.

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.

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)

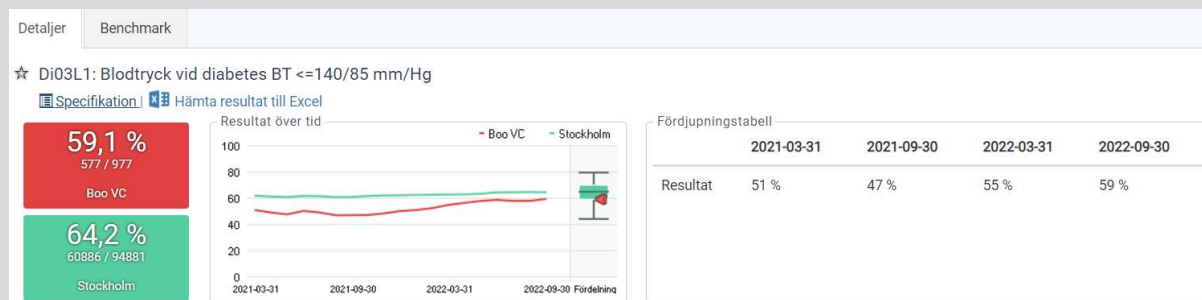
Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

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

- Diskussion på läkare och SSK möten angående CKD diagnoskriterier så att redan innan kontakt med patienten kände alla till uppdaterad information.
- På flera läkarmöten gått genom behandlingsmål med CKD, vanliga orsaker till sjukdomen, utredningsstrategier och hur man ska förklara för patienter med nydiagnostiserad njursvikt.
- Ändrat rutiner för läkarbesök bokningar, speciellt årskontroller, så att om en patient med odiagnostiserad CKD bokas, uppmärksammar SSK det i bokningsrutan till läkaren. Upptäcks i samband med att sjuksköterskan lägger in nya prover inför besöket när sjuksköterskan kontrollerar när senaste proverna togs.
- Läkaren planerar själv in uppföljande prover och kontakt med patienter som har avvikande provsvar vad det gäller eGFR utifrån kriterierna på Janusinfo och VISS för att tidigt fånga upp eGFR sänkningar.
- Under året 2025 hade ansvarig ST-läkare specifik avsatt tid för förbättringsarbete och allmän rond för frågor gällande CKD och Medrave patienterna. Dit kunder sjuksköterskor och läkare vända sig för att stämma av om det fanns oklarheter i tex något intervall för uppföljning, om något prov behövde ses över eller behandling sätts in där patienten ej behövde komma för ett fysiskt återbesök. Ronden specifikt för njursjukdom kommer ej fortgå då vi nu implementerat rond till samtliga läkare istället för liknande ärenden oavsett diagnos.
- Aktivt ha läkemedelsföreläsningar utifrån Kloka listan och vid bokning berätta om vårt förbättringsarbete så att preparat som berör njursjukdom och vårt arbete belyses extra utifrån behovet här.
 - o Forxiga föreläsning i mars.
 - o Jardiance föreläsning i september.
- Uppdaterat vår bokningsrutin så att det tydligare belyses vad som ska ingå i årskontroll hos läkare. Att alla patientens kroniska diagnoser ska tas upp vid besök och inte årskontroll för respektive diagnos. Förtydligande även gjort vilka provtagningspaket som ska användas så att vi även tar eGFR alltid även om det gäller tex en patient med "endast hypertoni".
- "Kloka listan" föreläsning av APC i april. För att uppdatera hela läkare- och sjuksköterskegruppen om aktuella preparat.
- Uppföljning av läkemedelsförskrivning av APC i november för att se hur vi i stort ligger till från föregående år och förbättringsområden.

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
Indikator 1	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) och som saknar diagnos njursvikt	50,4% utan diagnos	2025-01-24	Minska till <35% som saknar diagnos	28,8% utan diagnos	Medrave	2025-12-31
Indikator 2	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt	40%	2025-01-24	Minska till <20%	Listan försvann från Medrave och trots försök tillsammans	Medrave	2025-12-31

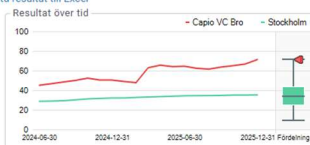
	<p>nedsatt njurfunktion (GFR < 60) samt makroalbuminuri som saknar ACEh/ARB</p>				<p>ns med Medrave personal, kunde inte skapa en ny lista med samma kriterier</p>		
Indikator 3	<p>Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck över 130/80</p>	55,6%	2025-01-24	Minska antalet till <50%	55%	Medrave	2025-12-31

Övriga kommentarer:

- Sjuksköterska har utifrån Medrave-lista haft kontakt med samtliga patienter som låg över gränsen. De flesta patienter från indikator 3 har avvikande värde av <5 mm Hg systoliskt eller diastoliskt. Alla patienter har dock uppföljningsplan och fått information om högt BT och negativ påverkan det kan ha på hälsa. De patienter som står på Medrave listan med Indikator 3 har haft extra läkarbesök vid behov om kraftigt avvikande blodtryck.
- Då vi inte kunde följa upp de 4 patienterna från indikator 2 bytte vi vår fokus istället till antal patienter med CKD som saknade diagnos. I början av projektet var antalet av diagnostiserade CKD patienter (oberoende av stadium) 1,7%. Vid slutet blev det 3%. (155 -- > 279). Vi lyckade fånga upp dubbel så mycket patienter med CKD som i början av 2025 och de kan nu få rätt/bättre behandling och ordentliga kontroller.

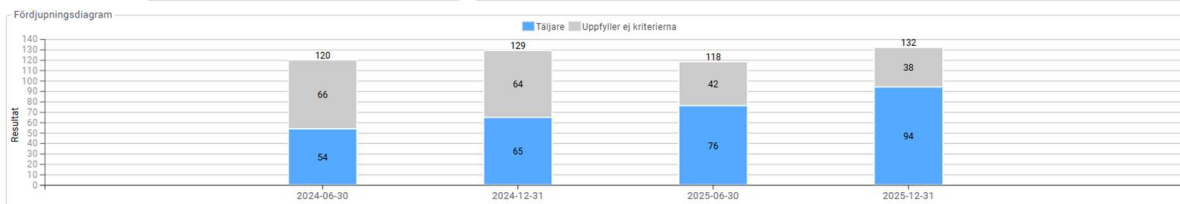
★ Nj01<80 år: Andel patienter under 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har diagnos kronisk njursjukdom

📄 Specifikation | 📄 Hämta resultat till Excel



Fördjupningstabell

	2024-06-30	2024-12-31	2025-06-30	2025-12-31
Resultat	45 %	50 %	64 %	71 %



Slutreflektion
Vad har ni lärt er?
Vikten av rätt diagnossättning för att kunna fånga upp kronisk sjuka patienter tidigt i förloppet så att de inte hamnar i en situation där dialys är det enda svaret. En tidig upptäckt kan bromsa in förloppet och vården blir mer jämlik när eGFR tas på fler patientgrupper än våra diabetespatienter då njursjukdom inte bara drabbar dessa patienter. Vi ökar helhetsbilden av den sjuka patienten och kan optimera omhändertagandet och behandlingen.
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 som eventuellt fick bättre eGFR värde vid tidig diagnossättning och behandling delade med oss vilka livsstilsförändringar som hjälpte de mest och hur de lyckade med dessa förändringar. För att öka delaktighet från patienternas sida fick de muntlig och skriftlig info om njursviktsdiagnos och hur man kan förebygga försämring på SSK- och läkarbesök.
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 vi ska fortsätta med samma rutiner på VC och diskutera regelbundet på Läk/SSK möten om nya riktlinjer samt behandlingsstrategier. Alla nyanställda får introduktion med inforamtion om vårdcentralens tidsbokningsrutin där det står beskrivet om årskontroller. Fortsätta bjuda in läkemedelsföretag utifrån Kloka listan för att ta del av nya rön och behandlingsalternativ. Årligen boka in APC utifrån ämnen som berör vårdcentralens arbete och även de mer övergripande som "Kloka listan".
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 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.