

Dalens vårdcentral CKD2025

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn Dalens vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Rojin Rajabian Söderlund
Verksamhetschef Astrid Rakhorst Wennström	Verksamhetschefens e-post
Kontaktperson för förbättringsarbetet Daniel Gillsin/Gun Hunnes	Kontaktpersonens e-post daniel.gillsin@ptj.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.sls@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.sls@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: Daniel Gillsin

Profession: Specialist i allmänmedicin

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:

Gun Hunnes, distriktsköterska och Märten Härning-Nilsson St-läkare

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

B:

Vi har förslagslåda och lyssnar på patienterna när vi har dem på rummen.

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.

Vid undersökning av Primärvårdskvalitet finns det lite olika indikatorer som vi kan jobba extra med. Det som sticker ut mest är njursjukdom. Vi arbetar aktivt med att implementera heltäckande väntelistor för alla våra patienter med kroniska sjukdomar och en tanke är att detta kan underlätta även för oss när det gäller att aktivt arbeta med njursjukdom. Vi har under föregående höst haft utbildning i njursjukdom.

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

Formulera här era mål:

1. **Diagnosätta korrekt**
2. **Ge patienterna adekvat behandling i större utsträckning**
3. **Ge patienterna mer information om sitt tillstånd.**

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/>
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.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: Njursvikt är inget patienten själv söker för och historiskt ganska lite att åtgärda

1.1: Aktivt titta på de patienter som avviker, djupdykning och förbättring
 1.2:
 1.3:

2: Felaktighet i diagnosättning/rutin.

2.1: Fundera på journalmallar, krav på angivelse av CKD-stadium i vissa mallar(hypertoni?DMII?)
 2.2: Titta på hur ALMA varnar, informera om ALMA(speciallösning?)
 2.3:

3: Multisjuka patienter där målblodtryck individualiserats till högre än generellt önskvärt?

3.1: Bör man ändå vara mer ambitiös med tanke på de nya läkemedel som finns tillgängliga? Diskussion i läkargruppen.
 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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter under 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har diagnos kronisk njursjukdom	25,5%	20250 219	35%	Med-rave	Dec 2025
Indikator 2	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR <60) som har kontrollerat albuminuri	66,6%	20250 219	75%	Med-rave	Dec 2025
Indikator 3	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) samt makroalbuminuri som har ACEh/ARB	61,5	20250 219	75%	Med-rave	Dec 2025
Indikator 4						T.ex. 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-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 kommer att analysera patientunderlaget. Vissa indikatorer handlar om ganska få patienter vilket möjliggör djupdykning och möjlighet att informera respektive husläkare om varje patient. Vi avser att på vår nya mall för årskontroll av hjärta kärl ha en obligatorisk term om njurfunktionen. Jag ska diskutera med Alma om de kan hjälpa oss tydligare fånga dessa patienter och påpeka observandum. Vi kommer diskutera löpande på läkarmöten.

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

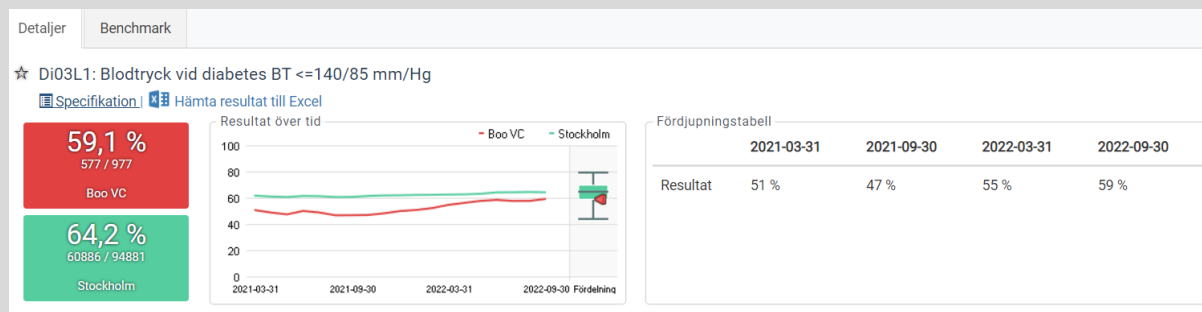
Vi har under året haft ett omfattande arbete kring vår struktur för väntelistor avseende patienter med kroniska sjukdomar såsom hjärtkärlsjukdom, hypertoni och diabetes. I detta arbete har ingått att vi diskuterat i läkargruppen regelbundet vad som ingår i årskontroller och vilka prover som ska tas. Vi har en ny rutin som innebär en mer detaljerad genomgång av patienten inför kallelse till årsbesök och då har vi inkluderat diskussion kring kronisk njursjukdom och vikten av uppföljning av kreatinin, urin/alb-krea för att ställa diagnoser och behandla enligt nya riktlinjer.

I samband med detta har vi reviderat journalmallar som nu alla inkluderar en term/rad för "Njurfunktion" alt "EGFR" för att fånga fler diagnoser.

Den nya rutinen innebär att alla doktorer får tid avsatt för att på ett särskilt sätt gå igenom sina egna listor. Med särskilt fokus på njurfunktionen har vi lyckats höja detektionsgrad och diagnossättning. Återstår att se om även intensifierad riskfaktorbehandling följer med.

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:**



	Indikatorerna 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 som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har diagnos kronisk njursjukdom	22,5 %	20250219	35%	31%	Medrave	Dec 2025
Indikator 2	Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR <60) som har kontrollerat albuminuri	66,6%	20250219	75%	Har på grund av ändring av indikator inte gått att utvärdera	Medrave	

Indikator 3	Andel patienter som har kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR <30) och som har diagnos kronisk njursjukdom	76,2%	20250228	85%	Har på grund av ändring av indikator inte gått att utvärdera		T.ex. dec 2025
Indikator 4	Nj01Alla: Andel patienter som har kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 30) och som har diagnos kronisk njursjukdom	76,2%	20250228	N/A	90%	Medrave	Dec 2025
Indikator 5	Nj06: Förekomst av diagnos kronisk njursvikt	1,4%	20250228	N/A	1,7%	Medrave	Dec 2025

Övriga kommentarer:

Indikator 2 och 3 som vi hade med från början finns ej längre så det går inte att följa upp då de nu är inbakade i annan statistik. Haft kontakt med Medrave men de kan inte hjälpa oss.

Vi har valt att presentera två andra indikatorer som vi bedömer speglar det arbete vi gjort för att förbättra vården för patienter med kronisk sjuksjukdom (indikator 4 och 5)

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att förändringsarbete inte går att göra enskilt, inte om man vill ha varaktiga resultat. Vi har lärt oss att kollegor vill göra rätt och att det är viktigt för oss som vårdcentral att dokumentera det vi gör för att säkerställa rätt resursfördelning för att kunna utföra det viktiga arbete vi vill.

Vi har lärt oss att med relativt enkla medel men genomtänkta ändringar av rutiner ger långsamma stadiga positiva resultat.

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?

Den här biten har varit lite svår. Vi har tagit fram patientinformation/underlag men inte kommit fram till ett bra sätt att dela ut dem. Just nu mest liggande hos doktor för diskussionsunderlag vid patientmötet.

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 planerar att fortsätta vidmakthålla det goda arbete vi gjort. Kronisk njursvikt är en av de viktiga stora hälsofrågorna och tätt länkade med de andra stora folksjukdomarna vi vill optimera behandlingen av. Arbetet med årskontroller/väntelistor och återkommande utbildningsmoment från såväl regionens utbildningskatalog samt i dialog med läkemedelsindustrin hjälper och påminner oss om de viktiga bitarna. Vi har haft dialog med Alma som är ett digitalt hjälpverktyg och som kommer kunna fortsätta påminna oss om patienter som har lågt egfr men inte fått diagnos bör få det men det verkar även som att Alma kommer kunna föreslå adekvat behandling som tex insättning av statiner vid lågt gfr.

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.