

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Njursjukdom och blodtryck*

| Information om husläkarmottagningen | |
|--|--|
| Mottagningens namn Djurö vårdcentral | Namn på er Informationsapotekare Anna Zucco |
| Verksamhetschef Jacob Andersson Emad | Verksamhetschefens e-post Jacob.andersson-emad@regionstockholm.se |
| Kontaktperson för förbättringsarbetet Christian Lagerholm | Kontaktpersonens e-post Christian.lagerholm@regionstockholm.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 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: Christian Lagerholm Profession: Läkare, specialist i allmänmedicin, Medicinskt ledningsansvarig |

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: Vi är en liten vårdcentral och hela personalstyrkan blir involverad på ett eller annat sätt. Läkare för diagnostik/läkemedelsbehandling. Distriktssköterskor för förebyggande åtgärder. Sjuksköterskor/undersköterskor för ökad tillgänglighet för patienterna att kontrollera blodtrycket. Det huvudsakliga planeringsarbetet utförs av Christian (läkare), Charlotte Falkenberg (DSK och enhetschef) och Nathalie Broman (DSK och enhetschef).

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

B: Läkare ska, när diagnosen CKD ställs (eller förstås senare om det inte har lämnats ut tidigare), lämna ut ett informationsblad till patienten, där även målbloodtrycket ska framgå. Bifogar en första version av detta blad längre ner i detta dokument, efter del 1. Det ska implementeras i journalsystemet som en brevmall för enklare utskrift och dokumentation.

Ett "blodtrycksbås" ska inrättas på vårdcentralen, med en elektronisk mätare och instruktioner. Patienterna kan där gratis själva kontrollera blodtrycket och rapportera till receptionen för registrering i mätvärden, som rapporteras till DSK. Om blodtrycket ligger högre än målbloodtrycket kommer DSK att kontakta patienten för fortsatt uppföljning och rådgivning.

För synpunkter från patienterna har vi en synlig förslagslåda i väntrummet.

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.

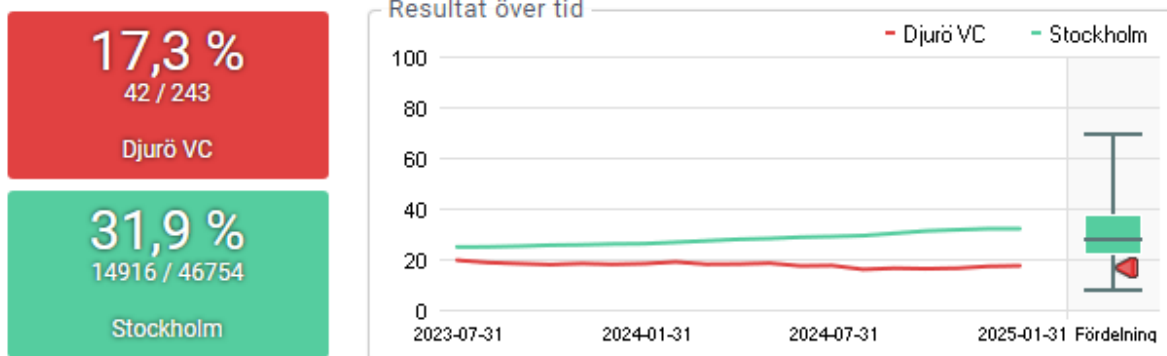
Vi ligger under genomsnittet för regionen i att ställa diagnos kronisk njursvikt/njursjukdom (CKD) vid GFR <60 hos patienter <80 år gamla (tabell 1). Det kan leda till att vi som läkare är mindre uppmärksamma på behovet att nå målbloodtrycket ($\leq 130/80$) vid CKD.

Vi ligger nära genomsnittet för regionen i att uppnå målbloodtrycket för denna patientgrupp (tabell 2). Genomsnittet förefaller dock ganska lågt och borde vara högre.

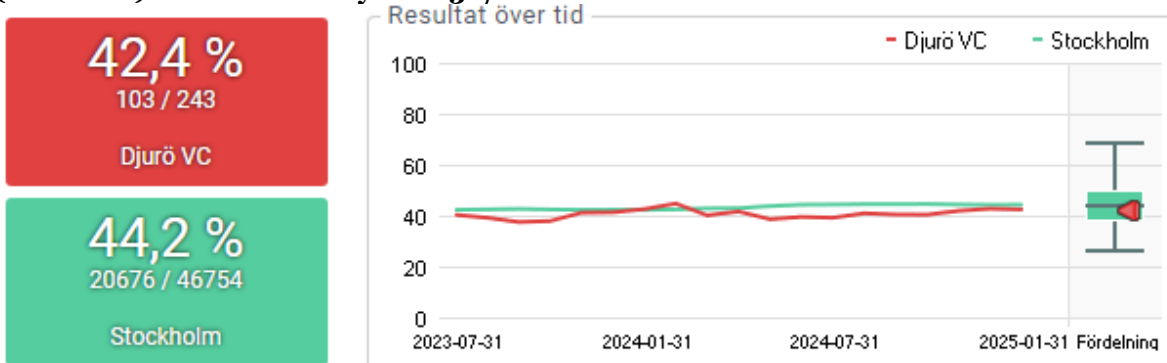
Vi vill förbättra blodtrycksbehandlingen för denna patientgrupp.
(Kommentar om provtagning för albuminuri: detta mått använder vi ej i förbättringsarbetet, eftersom vi i många år har kontrollerat det rutinmässigt vid årskontroller och ligger långt över genomsnittet.)

Tabellerna nedan gäller 2025-01-31

Tabell 1: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR \geq 60) och som har diagnos njursvikt



Tabell 2: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck \leq 130/80



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 och blodtrycksbehandling

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/>

Formulera här era mål:

Vi vill förbättra behandlingen av blodtrycket för patienter som har GFR <60 och inte uppnår målblodtrycket på \leq 130/80. För att kunna uppnå målen behöver vi som läkare bli uppmärksamma på den nedsatta njurfunktionen. I ett första led behöver vi därför också bli bättre på att ställa diagnosen kronisk njursvikt/njursjukdom och på så sätt öka vår medvetenhet om vilket målblodtryck som gäller. Parallellt genomför vi också åtgärder för att öka patienternas möjligheter att kontrollera sitt blodtryck oavsett njurfunktion.

Diagnostik och behandling sker vid läkarkontakt. Vid njursvikt ska distriktssköterskorna kunna involveras för hälsosamtal om förebyggande åtgärder. I synnerhet då diabetessköterskorna som redan genomför denna typ av samtal med diabetiker. Övriga sjuksköterskor/undersköterskor involveras i att öka tillgängligheten för patienterna att kontrollera blodtrycket. Om vi genomför detta, kommer våra njursjuka patienters hälsa att förbättras på längre sikt i och med att progressen av njursvikten bromsas.

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: Läkarelaterat: Bristande uppmärksamhet/kännedom om CKD vid årliga kontroller och andra läkarbesök, vilket leder till underbehandling av blodtrycket.

1.1: Korta tydliga punkter att journalföra vid läkarbesök: GFR samt målblodtryck (under eget sökord för detta)
1.2: Öka behandlingen (läkemedel och/eller hälsosamtal) samt planera uppföljning.
1.3: Avstämning/påminnelse på regelbundna läkarmöten

2: Patientrelaterat: Bristande kunskap och följsamhet vad gäller blodtrycksbehandling och CKD

2.1: Kort och tydlig information till patienten i samband med diagnossättning
2.2: Lämna ut patientinformationsblad med målblodtryck (första version bifogas nedan)
2.3: Hälsosamtal med DSK

3: Relaterat till mätmetod: Vissa patienters blodtryck kan vara journalfört på ett sätt som blir missvisande i statistiken (t ex hembloodtryck som registreras i fritext istället för mätvärden, där patienten faktiskt ligger under målvärdet).

3.1: Frikostig användning av webformulär "hembloodtrycksmätning" (ökar också patientens delaktighet) och 24-timmars blodtrycksmätning
3.2: Nyinrättat blodtrycksbås, se ovan
3.3: Se till att journalföra rätt, som mätvärde och inte fritext

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 "balanserade 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 under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR 60) och som har diagnos njursvikt | 17,3% | 2025-01-31 (utifrån tabellerna ovan) | 60% | Medrave/PVQ | 2025-12-31 |
| Indikator 2 | Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck ≤ 130/80 | 42,4 | 2025-01-31 | 60% | Medrave/PVQ | 2025-12-31 |
| Indikator 3 | - | - | - | - | - | - |
| Indikator 4 | - | - | - | - | - | - |
| Indikator 5 | - | - | - | - | - | - |
| Kommentar (valfritt): | | | | | | |
| <p>Merparten av arbetet kommer att ske under planerade årskontroller. Sannolikt kommer därför resultatet att fortsätta öka även efter utsatt datum för målvärde (och förhoppningsvis fortsätta även efter att ett helt år har gått).</p> <p><i>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 fikaummet, det kan ge ett ökat engagemang.</i></p> | | | | | | |
| Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året) | | | | | | |
| <p>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/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: | | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Christian Lagerholm sammanställer en kortfattad rutin för läkarbesök. Denna ska innefatta diagnostik, journalföring, patientinformation, ställningstagande till läkemedel, remissförfarande till DSK för hälsosamtal. 2. Enhetschefer/DSK Charlotte Falkenberg och Nathalie Broman ansvarar för att iordningsställa blodtrycksbås och att skriva rutin för detta. 3. Diabetessköterskor involveras för hälsosamtal vid CKD. | | | | | | |

Göra: ---

Studera: ---

Agera: ---

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

Information om kroniskt nedsatt njurfunktion (bilaga)

Du får det här informationsbladet på grund av att din njurfunktion har sjunkit till den grad att du har fått diagnosen "kronisk njursjukdom". Vi vill hjälpa dig att förebygga ytterligare försämring.

Varför?

Alla får långsamt sämre njurfunktion med ökad ålder. För en del människor kommer försämringen snabbare och börjar påverka en tidigare. Man märker det oftast inte själv till en början, men sjunker njurfunktionen för mycket kan man känna av det med exempelvis ökad trötthet, magbesvär, vätskeansamling, viktändring. Om njurfunktionen med tiden blir mycket dålig, kan man behöva gå på regelbunden dialys eller njurtransplanteras. Risken för detta kan ofta minskas med förebyggande behandling.

En försämrad njurfunktion kan också påverka vilka läkemedel och vilka doser av läkemedel som kan vara lämpliga eller skadliga.

Vad kan du göra själv?

Framför allt handlar det om hälsosamma levnadsvanor, vilket både njurarna och övriga organ mår bra av. Ät nyttigt, överkonsumera inte alkohol, rök inte, träna/motionera regelbundet, minska stillasittandet. På vårdcentralen finns distriktssköterskor som gärna hjälper dig med mer information om vad du kan göra själv för att förbättra dina förutsättningar. Säg till din läkare om du inte redan har fått ett erbjudande om ett hälsosamtal med en distriktssköterska.

Vad kan sjukvården göra?

Utreda bakomliggande orsaker. Exempelvis högt blodtryck, diabetes eller genetiska/anatomiska njursjukdomar.

Behandla med läkemedel. Framför allt behöver blodtrycket hållas på en bra nivå. Oftast är målet med behandlingen att blodtrycket ska vara lägre än 130/80. Har man diabetes eller andra sjukdomar ska givetvis dessa också behandlas.

Det finns flera olika typer av läkemedel för att hålla blodtrycket på en bra nivå. Vissa av dessa lämpar sig extra bra vid nedsatt njurfunktion. Fråga gärna din läkare om du vill veta mer.

Ditt målblodtryck: _____

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

En förbättring som vi har genomfört, som egentligen inte är direkt relaterat till förbättringsarbetet, är att vi från september 2025 har samlat årskontroller av diabetes och hypertoni under det vi kallar fokusveckor. Respektive läkare har då haft två hela veckor med nästan enbart årskontroller, för huvudsakligen hypertoni/hjärtsjukdom ena veckan och för diabetes andra veckan. Patienterna har då fått träffa först läkare för medicinska frågor och direkt efteråt sjuksköterska för genomgång av levnadsvanor o dyl. Detta har varit uppskattat av både patienter och personal och vi kommer att fortsätta med det.

För förbättringsarbetets del har det inneburit att läkare har haft lättare att få in rutiner när vi har liknande besök hela veckan, än när årskontrollerna kommer spridda lite här och där. Och då förstås också lättare att komma ihåg diagnosställning av njursvikt.

Vi har löpande under året på läkarmöten också tittat på hur vi ligger till och påmint oss om förbättringsarbetets innehåll, i synnerhet då inför våra fokusveckor.

En ytterligare förbättring som har gjorts är blodtrycksbåset i väntrummet. Detta har gjort blodtrycksmätning mer enkelt och tillgängligt för patienterna, och vi ser också att blodtrycksbåset används i större utsträckning.

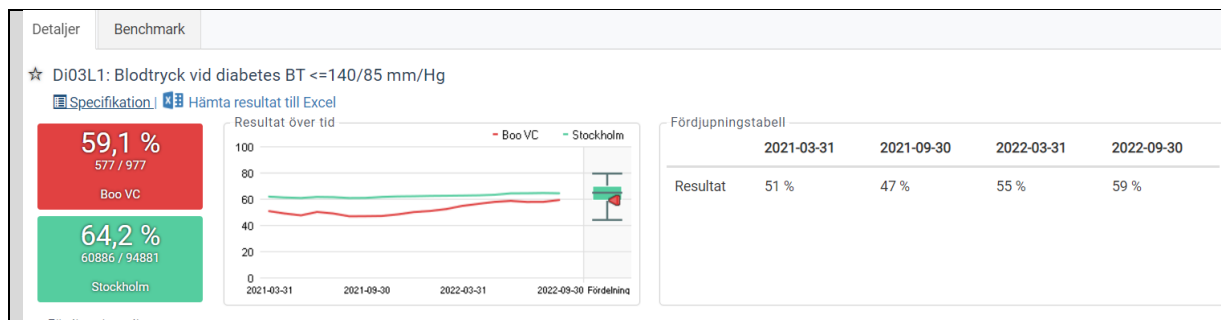
Informationsbrevet (se bilaga ovan) till patienterna om njursviktsdiagnos har använts i viss utsträckning, men jag kan inte ta fram statistik om i vilken utsträckning det har använts och har ingen uppfattning om det har gjort någon skillnad.

När frågan uppkom på vårdcentralen om vad respektive yrkesgrupp förväntades göra, skrevs en kort sammanfattning av detta, som sattes upp i fikarummet. Bifogas längst ner i detta dokument.

Vi har således nu i framför allt läkargruppen ökat medvetenheten om njursvikt, målblodtryck och registreringen av diagnos/blodtryck. Vi har kommit en bra bit mot målet, och det finns förutsättningar för att vår statistik i detta avseende kommer att förbättras även framåt, så som vi tidigare har sett till exempel när det gäller hjärtsvikt.

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:**

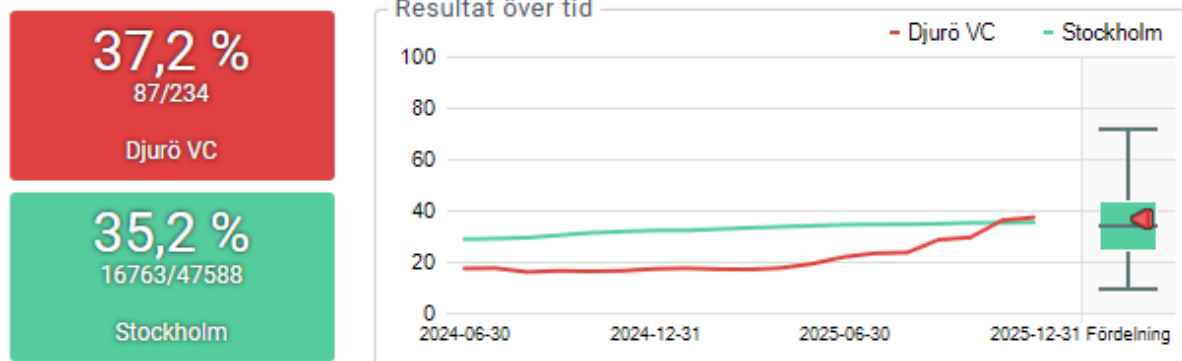


| | Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol | Startläge (% eller antal) | Datum /period för startläge | Mål (% eller antal) | Resultat (% eller antal) | Källa (t.ex. Medrave) | Datum/period för resultatvärdet |
|--------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Indikator 1 | Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR 60) och som har diagnos njursvikt | 17,3% | 2025-01-31 | 60% | 37,2% | Medrave/PV Q | 2025-12-31 |
| Indikator 2 | Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck ≤ 130/80 | 42,4% | 2025-01-31 | 60% | 52,1% | Medrave/PV Q | 2025-12-31 |
| Indikator 3 | | | | | | | T.ex. dec 2025 |
| Indikator 4 | | | | | | | T.ex. dec 2025 |
| Indikator 5 | | | | | | | T.ex. dec 2025 |

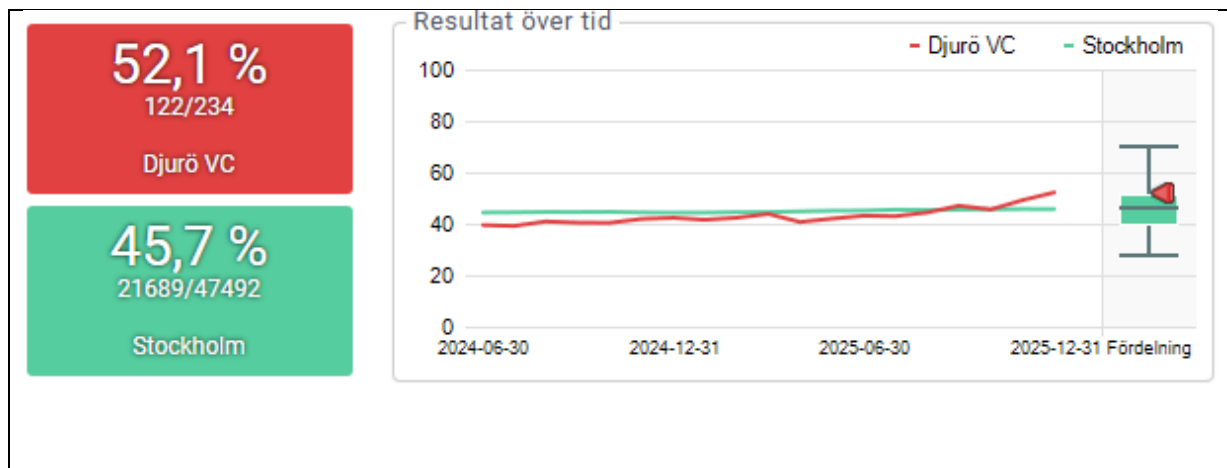
Övriga kommentarer:

Tabellerna nedan gäller 2025-12-31

Tabell 3: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR 60) och som har diagnos njursvikt



Tabell 4: Andel patienter under 80 år med måttligt eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 60) som har blodtryck ≤ 130/80



Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Gemensam reflexion i läkargruppen: Vi har lärt oss att vara mer uppmärksamma på njursvikt, att vara mer aktiva med blodtryckbehandling vid njursvikt, och att vi behöver registrera njursviktsdiagnos och blodtryck på rätt sätt. Som följdteffekt tycker vi också att vi har blivit mer uppmärksamma vad gäller lipider och andra riskfaktorer vid njursvikt.

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 ej kunnat använda patienternas kunskap i arbetet, oklart hur det skulle gå till då patienterna saknar signifikant kunskap om njursvikt och ofta har en betydligt mer dramatisk bild av njursvikt än nödvändigt. Av detta skäl har vi inte t ex kunnat gå igenom medrörelse och ställa diagnos på de patienter som saknar diagnosen, eftersom patienterna läser sina journaler och (av erfarenhet) blir oroliga om de ser en ny njursviktsdiagnos. Däremot har vi under läkarbesök/årskontroller involverat och informerat patienterna i samband med att vi satt diagnosen, och då öppnat för dialog och i utvalda fall använt oss av informationsbrevet enligt ovan. Detta arbete kommer att fortsätta även under kommande årskontroller.

Under året har vi däremot fått löpande positiv återkoppling från patienterna om att de uppskattar både vårt nya arbetssätt med fokusveckor och vårt blodtrycksbås för egenkontroller.

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 kommer att fortsätta med våra fokusveckor, som uppskattas av både personal och patienter, och som gör det lättare att få in rutiner vid årskontrollerna.

Jag som MLA kommer att följa upp resultatet även senare under 2026, i synnerhet efter vårens fokusveckor, och förväntar mig då att kurvorna kommer att ha gått upp ytterligare.

Vi kommer också att diskutera och reflektera resultatet i hela personalgruppen vid nästa arbetsplatsträff.

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 forbatttringsarbeten.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.

KVALITETSARBETE 2025 DJURÖ VÅRDCENTRAL

NJURSJUKDOM OCH BLODTRYCK

VEM GÖR VAD

Vilken är målgruppen?

- Patienter under 80 år med eGFR under 60 (måttligt nedsatt njurfunktion eller lägre)
 - Tips: eGFR hittar man snabbt i läkemedelsmodulen, längst ner i fönstret

Vad ska vi göra med målgruppen?

- Öka antalet patienter som har diagnos kronisk njursjukdom (CKD, eller kronisk njursvikt). Utgångsvärde 17,3%, målvärde 60%
- Förbättra blodtryckskontrollen, målblodtryck <130/80. Utgångsvärde 42,4%, målvärde 60%
- Utgångsvärdet är från 2025-01-31. Datum för att uppnå målvärdet: 2025-12-31

Vad ska läkarna göra?

- Ställa diagnos när patienten upptäcks, förmodligen oftast vid årskontroll.
- Ge patienten muntlig och skriftlig information. Brevmall för utskrift finns i TC.
- Erbjud remiss för hälsosamtal med distriktssköterska.
- Förbättra behandlingen av blodtrycket.
- Journalföra målblodtrycket under specifik term
- Följa upp på läkarmöten hur det går.

Vad ska sjuksköterskorna göra?

- Hälsosamtal om patienten önskar
- Hålla ögonen öppna och meddela ansvarig läkare om man ser att diagnos saknas.

Vad ska alla göra?

- Registrera blodtrycksvärden rätt. Medrave hämtar statistiken från mätvärden enligt följande: *Senaste registrerade blodtrycksvärde, inklusive hembloodtryck och 24-timmars blodtrycksmätning. Om flera värden samma dag så räknas det lägsta värdet.*
 - Skriv in blodtrycket i rutan för mätvärde, inte i fritext
 - Om patienten mäter hemma, skriv in genomsnitt (eller uppskattning) under journalterm specifikt för detta.
- Underlätta blodtrycksmätningar för patienterna. Vid behov hjälpa/informera om egenkontroller. Lägg gärna in webbformulär för hembloodtrycksmätning med ansvarig läkare som signeringsansvarig. Tipsa om blodtrycksbåset.
- Fråga lämplig person om du är osäker på hur man gör något av ovanstående.