

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Kronisk njursjukdom

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	Namn på er Informationsapotekare
Husläkarna i Margretelund	Lena Isaac
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Aurelija Dubicke	aurelija.dubicke@ptj.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet	Kontaktpersonens e-post
Erik Grönholm	erik.gronholm@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 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: Erik Grönholm
Profession: ST-läkare

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

Erik Grönholm, ST-läkare
Aurelija Dubicke, Distriktsläkare, verksamhetschef
Saghar Ala, Distriktsläkare
Edit Löfman, Distriktsläkare
Ken Ikonen, Distriktsläkare
Anders Fredriksson, Distriktsläkare
Daniel Bekuretsion, Distriktsläkare
Eva Olsson, Distriktsläkare
Angelica Teinert, sjuksköterska som ansvarar för hypertoniomottagning
Åsa Nordmark-Åkerblom, distriktssköterska, diabetessköterska
Patrice Edensjö, sjuksköterska, diabetessköterska

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

B: Patienter kommer att involveras i samband med mottagningsbesök. I och med vår ambition att öka vår medvetenhet om kronisk njursjukdom kan detta lyftas tillsammans med patienter och därmed bjuda in dem till att lära sig mer om vad kronisk njursjukdom innebär och bli mer involverade i sin vård. Synpunkter kan lämnas i och med besöken.

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 upplever att vi på vår mottagning har bra kunskap och rutin för uppföljning och behandling av bland annat diabetes och hypertoni vilket också avspeglas i data från MedRave och PrimärvårdsKvalitet. Däremot ligger vi lägre än snittet i Stockholm när det kommer till vissa parametrar kopplade till kronisk njursjukdom. Vi ser utrymme för att öka vår kompetens och uppdatera oss vad gäller vårdprogram för kronisk njursjukdom, särskilt i och med nya behandlingsriktlinjer och indikationer för läkemedel, såsom SGLT2-hämmare vid kronisk njursjukdom.

Andelen av våra patienter med GFR <30 som har diagnos kronisk njursvikt är 87,2% (genomsnitt Stockholm 85,6%), och andel av patienter med GFR <60 som har blodtryck <130/80 är 53,5% (genomsnitt Stockholm 44,2%). I dessa parametrar ligger vi alltså bra till.

Däremot har endast 23,5% av våra patienter <80 år med GFR <60 diagnos njursvikt jämfört med Stockholms 31,9%, och andelen av dessa som kontrollerat albuminuri 44,1% jämfört med 68% i snitt.

Att föra in fler diagnoskoder behöver i sig inte medföra bättre kvalitet på vården, men detta kan möjligen spegla kunskapsluckor, och ökad diagnosättning skulle kunna medföra bättre uppföljning, ökad kontroll av albuminuri, och därmed möjlighet att bättre kunna förebygga försämring och utvecklande av följsjukdomar.

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-forbattringstrappa/>

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

Formulera här era mål:

Mål under 2025: Öka vår kunskap om kronisk njursjukdom för att bli bättre på att ge rätt diagnos och behandling, och därmed förebygga försämring i njursjukdom och associerade sjukdomar. Som led i detta bli bättre på att sätta relevanta diagnoser och kontrollera albuminuri.

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: Osäkerhet kring diagnosen hos läkare. Det kan låta drastiskt att skriva in diagnosen "kronisk njursvikt, stadium 3", om man inte är förtrogen med vad det innebär, eller vad det bör medföra avseende uppföljning och behandling.

2: Rädsla att oroa patienter. Då det är så vanligt med kronisk njursjukdom, särskilt hos äldre, och

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 för mottagningens personal om kronisk njursjukdom vid arbetets start
1.2: Återkommande kortare föreläsningar för läkare och sjuksköterskor med genomgång av riktlinjer
1.3: Påminnelser och uppdateringar om statistik från MedRave vid läkarmöten

<p>behandling och uppföljning överlappar till stor med andra diagnoser, kan man lockas att undvika den diagnosen för att inte skapa oro, men tänka att behandling blir rätt ändå.</p>	<p>2.1: Iom ökad kunskap och vana att bedöma och behandla kronisk njursjukdom kunna tala med patienter om det på ett tryggt sätt. 2.2: Att använda termen kronisk njursjukdom eller nedsatt njurfunktion istället för "njursvikt" på korrekt sätt</p>
<p>3: Minskad synlighet av diagnosen i journalen (när diagnos inte sätts) gör det lättare att missa att bedöma om exempelvis uppföljning och behandling följer riktlinjer.</p>	<p>3.1: Ökad diagnossättning 3.2: Uppmärksammande av njurfunktion vid ssk-besök på diabetes- och blodtrycksmottagning och åtgärd om diagnos eller uppföljning saknas 3.3: Undersöka möjlighet att få digitalt verktyg ALMA att flagga om eGFR <60 och diagnos saknas</p>

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	<i>Andel patienter <80 år med GFR <60 som har diagnos njursvikt</i>	23,5% (80/340)	250131	40% (136/340)	Primärvårdskvalitet	251231
Indikator 2	<i>Andel patienter <80 år med GFR <60 som har kontrollerat albuminuri senaste 18 mån</i>	44,1% (150/340)	250131	70% (238/340)	Primärdvårdskvalitet	251231
Indikator 3	<i>Andel med diabetes typ2 som saknar uppgift om albuminuri senaste 18 mån</i>	24,7% (162/655)	250131	15%	Primärdvårdskvalitet	T.ex. dec 2025
Indikator 4	<i>Andel >50 år och GFR <60 med statinbehandling</i>	39,5% (247/625)	250131	50%	MedRave	T.ex. dec 2025

Indikator 5					<i>T.ex. dec 2025</i>
<p>Kommentar (valfritt):</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 fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.</i></p>					
<p>Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)</p> <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/verkygslada-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 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? 					
<p><i>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.</i></p> <p>Kortare föreläsningar om kronisk njursjukdom ska hållas för berörda personalgrupper, för att fördjupa kunskap och som återkommande påminnelse för att få in tanken på njursjukdom som naturlig del av arbetsrutin. Vid fasta läkarmöten kan delar av vårdprogram avseende kronisk njursjukdom föredragas. Sjuksköterskor som tar emot patienter för uppföljning av diabetes och blodtryck inkluderas i arbetet, och kan notera ansvarig läkare om nedsatt njurfunktion noteras, men diagnos saknas, eller initiera kompletterande provtagning om det saknas, exempelvis om aktuellt alb/krea- eller kreatininprov saknas eller behöver kontrolleras om.</p> <p>Vi ska undersöka möjligheten att få det digitala journalstödet ALMA att uppmärksamma nedsatt njurfunktion, och påminna om ställningstagande att sätta diagnos om sådan saknas, eller om alb-krea-prov saknas.</p> <p>En provtagningsmall för kronisk njursjukdom där u-alb/krea ingår skapas, för att påminna och förenkla uppföljning.</p> <p>Utvärdering av hur arbetet gått, svårigheter, förslag till förändrade arbetssätt, och erfarenheter av hur arbetet mötts av patienter, sker löpande vid läkarmöten och möte med andra berörda personalkategorier. Genomgång av alla indikatorer med läkare och sjuksköterskor i juni och september för att se hur mycket vi kunnat förbättra och uppmärksamma om vi behöver blir bättre på någon av dem.</p>					
<p>Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.</p>					
<p>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</p>					

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?

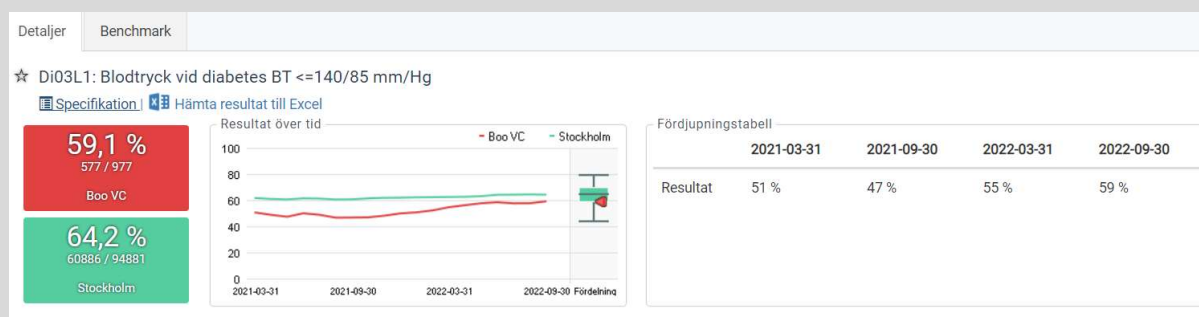
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Föredrag för hela personalgruppen med sammanfattning av arbetets fokus och översiktlig information om kronisk njursjukdom. Genomgång av nationella vårdprogrammet för kronisk njursjukdom och viss.nu-artikeln om kronisk njursjukdom med läkargruppen vid arbetets början. Uppföljande genomgång av detta vid läkarmöten, för gemensam genomgång av frågor som uppstått vid försök att tillämpa kunskapen i praktiken. Separat genomgång med de sjuksköterskor som har diabetes- och blodtrycksmottagning.

Uppföljning av resultat på läkarmöte halvvägs genom året. Eftersom resultaten då såg relativt blygsamma ut jämfört med vår upplevda ansträngning togs patientlistor ut från Medrave, och varje läkare fick möjlighet att gå igenom sina listade patienter där en diagnos av kronisk njursjukdom inte registrerats trots GFR<60.

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	<i>Andel patienter <80 år med GFR <60 som har diagnos njursvikt</i>	23,5% (80/340)	250131	40% (136/340)	44,8% (148/330)	Primärvårds kvalitet	251231
Indikator 2	<i>Andel patienter <80 år med GFR <60 som har kontrollerat albuminuri senaste 18 mån</i>	44,1% (150/340)	250131	70% (238/340)	62,4% (206/330)	Primärvårdskvalitet	251231
Indikator 3	<i>Andel med diabetes typ2 som saknar uppgift om albuminuri senaste 18 mån</i>	24,7% (162/655)	250131	15%	20,1% (135/670)	Primärvårdskvalitet	251231
Indikator 4	<i>Andel >50 år och GFR <60 med statinbehandling</i>	39,5% (247/625)	250131	50%	50,8% (337/664)	Primärvårdskvalitet	251231
Övriga kommentarer:							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							

Vi har alla upplevt att vi lärt oss mer om kronisk njursjukdom i flera avseenden. Vi har i större utsträckning fått in vanan att planera för uppföljning av njurfunktion och albuminuri vid t.ex. årskontroller, och blivit bättre på att uppmärksamma om tidigare avvikande värden inte följts upp. Vi upplever oss ha blivit något tryggare med att bedöma nedsatt njurfunktion när vi stöter på det, och är mer orienterade i den grundläggande utredningen och behandlingen.

Genomgång av patientlistor från Medrave var en effektiv åtgärd, som vi skulle kunna använda på liknande sätt i förbättringsarbete inom många områden. Dels belyste det att det är fullt rimligt att inte ha målsättningen 100% av patienterna i listorna ska ha fått en diagnos satt, tex då det rör sig om ett enstaka värde, en tillfällig försämring, eller där tex GFR beräknat utifrån Cystatin C varit helt normalt. Men det gav också möjlighet att reflektera över sitt eget arbetssätt och se exempel på när man kunnat vara mer uppmärksam.

I ganska så få fall under arbetet har uppmärksammandet av njursjukdom i sig direkt medfört någon förändring av behandling. Trots mycket uppmärksamhet av den nya behandlingsindikationen tror jag inte att någon patient satts in på SGLT2-hämmare på indikationen makroalbuminri i och med arbetet. För några har njursjukdom nog bidragit till beslut att påbörja statinbehandling. Detta till trots tror vi att vi kommer att ta med oss våra förbättrade kunskaper och vanor och att detta kommer att vara till gagn för våra patienter då det ju rör sig om långsiktig uppföljning av långsiktiga sjukdomar.

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?

Patienterna har till störst del varit positiva då de hört om projektet. I samband med besök då njursjukdoms-diagnos registrerats eller vidare utredning blivit aktuell vid nyupptäckt njursjukdom, har den allmänna uppfattningen varit att det känts tryggt och noggrant att vi håller koll på deras njurfunktion, snarare än att det väckt oro.

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 har sett från tidigare förbättringsarbeten hos oss och andra att positiva effekter som kommit igång under förbättringsarbeten kan fortsätta att tillta och bibehållas efter det första projektåret och vi tror att så kan bli fallet även här. Då diagnoserna och proverna som våra indikatorer utgått från framför allt aktualiseras vid årsbesök, så finns goda förutsättningar att fortsätta att uppmärksamma dem kontinuerligt, och fånga upp patienter som kan ha fallit bort under det gångna året. För att följa upp detta och upprätthålla medvetenheten planerar vi att gemensamt gå igenom våra resultat i Medrave under och efter det kommande året.

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 forbattningsarbeten.apc.sloso@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.