

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Kronisk njursjukdom

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Liljeholmens VC	Namn på er Informationsapotekare Rojin Söderlund
Verksamhetschef Sandra af Winklerfelt Hammarberg	Verksamhetschefens e-post sandra.afwinklerfelt-hammarberg@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Nils Halvarsson	Kontaktpersonens e-post nils.halvarsson@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 [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto: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: Nils Halvarsson 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

A:

You Li, specialist i allmänmedicin, huvudsakligen hemsjukvård  
Helena Sjunnerud, diabetessjuksköterska  
Marita Palm, enhetschef sekreterare

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

B: Exakt hur patienter kan involveras i arbetet är inte klarlagt ännu. Det kommer att bero på vilka åtgärder/förändringar som kommer att genomföras under projektet. Utkast på möjliga sätt att involvera patienter är intervjuer och enkätundersökningar.

### **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.**

I samband med informationsläkarnas fortbildningssatsning på kronisk njursjukdom under 2024 så upptäckte vi att vi saknade rutiner för tidig detektion och därmed även behandling för sviktande njurfunktion. När vi gjorde en egen första analys i höstas så upptäckte vi att vi hade ett stort förbättringsutrymme, många patienter med i alla fall *ett* värde <60 på GFR som saknade diagnos.

Vi vet att tidig detektion, utredning och behandling enligt riktlinjer kan förebygga svårare njursjukdom, vilket är viktigt i första hand för patienternas livskvalitet men även samhällsekonomiskt. Vi vill därför genomlysna hur vi arbetar med njursjukdom idag, identifiera hur vi kan förbättra handläggningen av dessa patienter och genomföra mätbara förändringar för att öka kvaliteten i vårt arbete med kronisk 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.

Förbättrat omhändertagande av patienter med kronisk njursjukdom och behandling enligt riktlinjer.

### 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:

I projektet för förbättrat omhändertagande av patienter med kronisk njursjukdom vill vi:

- Förbättra tidig detektion av försämrad njurfunktion
- Öka andelen patienter som uppfyller kriterierna för kronisk njursjukdom som också har registrerad diagnos
- Säkerställa att patienter med nedsatt njurfunktion utreds och följs upp enligt riktlinjer och får korrekt behandling inklusive läkemedelsgenomgång (då nedsatt njurfunktion bör uppmärksammas och tas hänsyn till i stor del av läkemedelsbehandling).

Dessa förbättringar har det gemensamma målet att patienter med nedsatt njurfunktion får en behandling som skyddar njurfunktionen, bidrar till minskad kardiovaskulär risk, förbättrar långsiktig hälsa och minskar risken för allvarligare sjukdomsburda i framtiden.

### 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: Ingen etablerad rutin/process för detektion och uppföljning

- 1.1: Kartlägga dagens arbetssätt
- 1.2: Inventera kunskapsläge och jämföra med andra VC som arbetat strukturerat med kronisk njursjukdom ([Evidens nr 3 2024.pdf](#))
- 1.3: Jämföra dagens arbetssätt med riktlinjer/rekommendationer för att identifiera förbättringsområden och mätetal/indikatorer
- 1.4: Utforma och implementera förändringar i arbetssätt och rutinbeskrivningar
- 1.5: Följa upp mätetal/indikatorer

2: Misstanke om olika arbetssätt

- 2.1: Se punkt 1.
- 2.2:
- 2.3:

3: Konstaterat låg detektionsgrad (38% av patienter med GFR<60 har registrerad diagnos)

- 3.1: Se punkt 1.
- 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 processmåten 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Detektionsgrad: andel patienter med upprepat GFR &lt;60 som har diagnos (och gradering) CKD, N181-5, N189</i>	38% (PV-kv)  12% (M4) (213/1741, obs alla GFR)	240731  Aug 2023-aug 2024	60%	PV-kv M4	Dec 2025
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med CKD som har mätt alb-krea-kvot minst en gång</i>	81%	240731	90%	PV-kv	Dec 2025
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med CKD som når målbloodtryck &lt;130/80</i>	41%	240731	60%	PV-kv	Dec 2025
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter med CKD som behandlas med statiner</i>	19% 109/577	Aug 2023-aug 2024	40%	M4	Dec 2025
<b>Indikator 5</b>	<i>Andel patienter med CKD och dokumenterad läkemedelsgenomgång</i>	6% 35/577	Aug 2023-aug 2024	40%	M4	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?

*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.*

Vi vill åstadkomma målen med förbättringsprojektet genom att följa den översiktliga projektplanen som presenteras nedan. Den exakta utformningen av åtgärder och indikatorer kommer att bestämmas efter kartläggningsfasen. Utkast/hypoteser på vilka mätetal som kan komma att bli relevanta presenteras tidigare i detta dokument. Projektgruppen består av medlemmar från flera professioner, inklusive representation från hemsjukvården, med målet att genomlysna och förbättra omhändertagandet av patienter med kronisk njursjukdom så heltäckande som möjligt.

Övergripande projektplan:

1. Projektdefinition:
  - a. Etablera projektgrupp och styrgrupp
  - b. Utforma översiktlig projektplan avseende målsättning, tidsplanering och arbetssätt
2. Planering/kartläggning:
  - a. Kartläggning av nuläge avseende processer, rutiner, data/information, externa krav/riktlinjer. Undersöka andra verksamheter som gjort liknande arbete.
  - b. Detaljerad definition av mål och kravställning, inklusive eventuella behov av prioritering av krav/mål, val av uppföljningsbara indikatorer
  - c. Definiera målbild och detaljerad projektplan baserat på 2a. och 2b.
  - d. Undersöka om det går att följa upp på patientnivå, (PROM,PREM) möjligt med enkät el dyl.
3. Genomförande
  - a. Utforma nya rutiner, processer, indikatorer/mätetal, etc. baserat på kravställning och målbild
  - b. Implementera förändringar enligt 3a. i verksamheten, bl a på möten med möjlighet till interaktiva diskussioner för att involvera alla berörda.
4. Uppföljning
  - a. Kontrollera att genomförda förändringar leder till önskat resultat, dvs indikatorer/mätetal går åt rätt håll
  - b. Genomför eventuella justeringar
5. Projektavslut och plan för fortsatt långsiktigt arbete

**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](mailto: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

Projektet följde projektplanen som presenteras i del 1 i detta dokument. Projektplanen hade 4 faser: 1. Projektdefinition, 2. Planeringsfas, 3. Genomförandefas och 4. Avslut. Uppföljning/kontroll av genomförda förändringar var en del av genomförandefasen. Planering för fortsatta insatser efter projektavslut var en del av avslutningsfasen.

Översiktlig presentation av projektets faser:

#### Fas 1: Projektdefinition

Projektets syfte/mål, organisation och utkast till förbättringsområden och indikatorer togs fram och dokumenterades i Del 1 i detta dokument.

#### Fas 2: Planeringsfas

Målet med planeringsfasen var att bestämma vad som skulle göras i den efterföljande genomförandefasen. Aktiviteter under planeringsfasen:

1. Genomgång av tidigare förbättringsarbeten om kronisk njursjukdom som genomförts av andra vårdcentraler. Vi hittade sju tidigare projekt som alla gav oss bra information och uppslag. Som en del av denna aktivitet var vi i kontakt med Njurmedicin på KS samt Vibblaby VC som tidigare gjort ett förbättringsarbete om kronisk njursjukdom.
2. Analys av riktlinjer, behandlingsrekommendationer och det nationella vårdprogrammet för kronisk njursjukdom. Denna genomgång resulterade i justering av indikatorer för projektet (se nedan).
3. Skapande av MedRave-rapporter anpassade till våra indikatorer. Vi hade under denna aktivitet digitala möten med MedRave-supporten då rapporterna behövde byggas från grunden.
4. Genomgång och kartläggning av hur Liljeholmens VC arbetar med kronisk njursjukdom idag.
5. Efter informationsinsamling enligt punkterna ovan tog vi fram förslag på aktiviteter för genomförandefasen, avgränsningar och uppföljningsområden. Dessa förslag utgjorde den detaljerade projektplanen för resten av projektet.

Insikter och slutsatser:

- Diagnos är avgörande för att förbättra vården för patienter med kronisk njursjukdom
- Orsaken till kronisk njursjukdom beror oftast på annan underliggande kardiovaskulär sjukdom (hypertoni, diabetes mellitus typ 2)
- Behandling för kronisk njursjukdom grad 3-5 är övergripande densamma för alla patienter och kan grovt sammanfattas med: RAAS-blockad och statiner till alla. SGLT-2-hämmare till diabetiker. Väl inställt blodtryck och blodsocker. Livsstilsförändringar
- Kronisk njursjukdom är en vanlig men ouppmärksam sjukdom hos både patienter och vårdpersonal. Det finns ett behov av mer information/utbildning. Det är som läkare utmanande att sätta diagnos och informera patienter om en kronisk sjukdom som inte ger symtom (som dessutom fram till nyligen benämns "njursvikt")
- De flesta patienter med kronisk njursjukdom fångas upp i årliga kontroller av annan sjukdom så som diabetes eller hjärtsvikt. Gruppen med hypertoni som enda annan diagnos riskerar att missas med dagens rutiner för uppföljning

Planeringsfasen gav följande aktiviteter för genomförandefasen:

- Ta fram listor på alla patienter med GFR<60 som inte har diagnos, uppdelade enligt husläkarlistning
- Ta fram sammanfattning av medicinska behandlingsrekommendationer
- Husläkare får i uppdrag att gå igenom sin patientlista, sätta diagnos om patienten uppfyller kriterierna samt stämma av den medicinska behandlingen enligt rekommendation
- Internutbildning om kronisk njursjukdom, orsaker och behandling för läkare och sjuksköterskor (separata tillfällen)
- Patientföreläsning om kronisk njursjukdom
- Projektpresentationer på APT för att inkludera alla yrkeskategorier
- Ta fram patientinformation som stöd till läkare i samtal med patienter med ny diagnos
- Ta fram förslag på uppdaterad rutin för uppföljning av patienter med kronisk njursjukdom
- Ta fram plan för uppföljning av indikatorer efter projektavslut

Avgränsningar/anpassningar:

- Kronisk njursjukdom grad 1-2 exkluderades ur projektet
- Livsstilsförändringar som behandling har inte analyserats under projektet. Detta är ett intressant område för framtida förbättringsinitiativ.
- Utredning av möjlighet för förbättrat och/eller utökat beslutsstöd via Alma föreslogs som en möjlig aktivitet under planeringsfasen. Denna aktivitet uteslöts i detta skede då projektet valde att fokusera på dataanalys och diagnossättningsgrad i första hand. (Samt då det finns ett pågående forskningsprojekt med klusterrandomisering som hindrar från att koppla på den funktion som finns.)
- Initialt bestod projektgruppen av representanter från läkargruppen, sjuksköterskorna, hemsjukvården och sekreterarna. Då de första åtgärderna för fortsatt förbättringsarbete var kopplade till kartläggning och förbättring av diagnossättningsgrad och andel patienter med korrekt behandling valde vi att fortsätta projektet med representanter från läkare och sjuksköterskor från mottagningen.
- Av skäl som anges i punkten ovan exkluderades reflektioner från tvärprofessionella team avseende arbetsprocesser, patientenkäter etc.
- När det gäller läkemedelsgenomgångar som var tänkt som en ursprunglig indikator så var det svårt att få fram hjälpsamma data på detta. Sedan längre tid använder vi Januslisten vid läkemedelsförskrivning som uppmärksammar GFR och behov av dosanpassning vid vissa läkemedel. Vi har även hjälp av verktyget ALMA som uppmärksammar sjunkande GFR, avsaknad av indikerat läkemedel respektive förekomst av olämpligt läkemedel. I hemsjukvården och för våra äldre patienter med flera läkemedel genomför vi regelmässigt läkemedelsgenomgångar. Vi valde därför bort det som indikator för att fokusera på delar där vi såg förbättringsutrymme.

### **Fas 3: Genomförandefas**

Aktiviteter som definierats under planeringsfasen genomfördes. Detaljerad information om resultatet redovisas i resultat-avsnittet nedan.

Kommentarer till några av aktiviteterna:

- Genomgång av patientlistorna gav en ökning av diagnossättningsgraden (se resultat nedan). Många patienter behöver ytterligare utredning varför antalet patienter med diagnos förväntas öka ytterligare den kommande tiden.
- Under förra året inleddes ett arbete på Liljeholmens vårdcentral för att ändra rutinerna för hur vi arbetar med väntelistor och uppföljning. Vi går ifrån väntelistor baserade på diagnos (t ex hjärtsvikt och diabetes) till personliga väntelistor för varje doktor. Detta är ett pågående arbete som kommer att fortsätta efter detta projekts avslut. Projektet kommer att bidra med förslag till rutinen för uppföljning av patienter med kronisk njursjukdom.

### **4. Avslut**

Se avsnitt "Slutreflektion" nedan.

## **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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum /period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med GFR&lt;60 med diagnos CKD</i>	52%	250505	60%	65%	M4/Pv Kv	260123
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med diagnos CKD med RAAS</i>	73%	250505		75%	M4	260123
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med diagnos CKD med HbA1c=&lt; 53</i>	44%	250505		55%	M4	260123
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter med GFR&lt;60 och ålder &lt;50 med statin</i>	56%	250505	(40%)	63%	M4/Pv Kv	260123
<b>Indikator 5</b>	<i>Andel patienter med diagnos CKD och BT &lt; 130/80</i>	42%	250505	60%	43%	M4/Pv Kv	260123
<b>Indikator 6</b>	<i>Andel patienter med diagnos CKD + DM2 med SGLT2</i>	56%	250505		62%	M4	260123
<b>Indikator 7</b>	<i>Andel patienter med HT som har CKD</i>	12%	250505		15%	M4	260123
<b>Indikator 8</b>	<i>Andel patienter med DM2 som har CKD</i>	16%	250505		19%	M4	260123
<b>Indikator 9</b>	<i>Andel patienter med CKD med alb/krea-analys</i>	86%	250505		86%	M4	260123

**Övriga kommentarer:**

**Dataanalys och rapportering**

Projektet skapade egna rapporter i Medrave för indikatorer identifierade i planeringsfasen förutom att använda indikatorer i PrimärvårdsKvalitet. De nya indikatorerna är baserade på analysen av behandlingsrekommendationer, målvärden och riktlinjer från det nationella vårdprogrammet för kronisk njursjukdom ([nationellt-vardprogram-for-kronisk-njursjukdom.pdf](https://www.njursjukdom.se/nationellt-vardprogram-for-kronisk-njursjukdom.pdf)). Vi skapade egna rapporter från grunden för samtliga indikatorer även då en motsvarande rapport fanns tillgänglig från PrimärvårdsKvalitet (PVK). Orsaken till detta var att säkra tillförlitlighet i grunddata. PVK-rapporterna täckte inte alla identifierade indikatorer från analysen av vårdprogrammet. Av det skälet byggdes samtliga rapporter från grunden så att de alla var baserade på samma urvalskriterier och datamängd. Rapporterna i PVK gjorde vidare vissa avgränsningar som vi inte ville ta med i vår första analys (t ex ålder under 80 år). Detta gav oss dessutom möjligheten att kontrollera vår dataanalys genom att jämföra resultaten mellan de egna Medrave-rapporterna och PVK-rapporterna. Resultaten från projektets egna rapporter stämmer väl överens med rapporterna från PVK (se PVK-rapporterna nedan och inklistrat ovan).

**Ändringar av indikatorer från Del 1**

- Indikatorerna 1-4 från Del 1 ersattes med egenutvecklade rapporter av anledningar som beskrivs ovan
- Indikator 5 från Del 1 ersattes av specifika indikatorer för rekommenderade läkemedel vid behandling av kronisk njursjukdom: RAAS-blockad, SGLT-2-hämmare och statiner

## Kommentarer/analys av indikatorer i urval

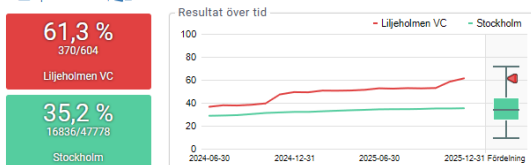
Indikator 1: Förväntas öka pga pågående utredningar där diagnos ännu inte ställts samt för att patienterna måste ges möjlighet att få information om diagnos på ett besök.

Indikator 2: Blygsam ökning pga att de flesta patienter med hypertoni har RAAS-blockad

Indikator 7 & 8: Ökning som en direkt konsekvens av ökad diagnossättningsgrad. Dessa indikatorer kommer att bli intressanta att följa upp då de kan ses som mått på kvalitén på vårdcentralens arbete med prevention. Med bra detektion, behandling och uppföljning minskar risken att patienter med hypertoni och/eller diabetes utvecklar njursjukdom.

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

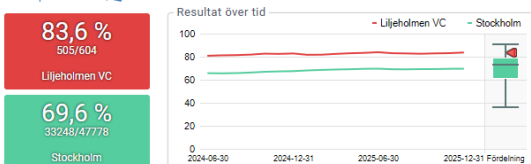
[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



	2024-06-30	2024-12-31	2025-06-30	2025-12-31
Resultat	36 %	49 %	53 %	61 %

★ Nj02: Andel patienter under 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har kontrollerats för albuminuri

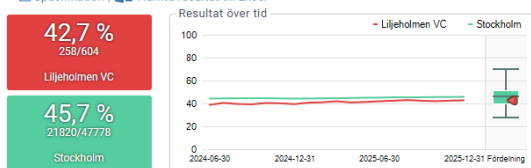
[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



	2024-06-30	2024-12-31	2025-06-30	2025-12-31
Resultat	81 %	83 %	84 %	84 %

★ Nj03: Andel patienter under 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har blodtryck ≤130/80

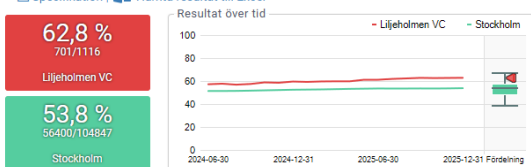
[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



	2024-06-30	2024-12-31	2025-06-30	2025-12-31
Resultat	39 %	39 %	42 %	43 %

★ Nj05: Andel patienter över 50 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som behandlas med statiner

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



	2024-06-30	2024-12-31	2025-06-30	2025-12-31
Resultat	57 %	60 %	61 %	63 %

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Förbättringsprojektet har ökat medvetenheten om kronisk njursjukdom på vårdcentralen. Vi har fått anledning att diskutera och resonera kring tillståndet, patienterna, handläggning, behandling och uppföljning. Vi ser att det är en sjukdom som lätt missas och att det är viktigt att sätta diagnos för att säkerställa rätt behandling. Vi har också fått återkoppling från patienterna via läkarna att det kan vara svårt att informera om tillståndet. Patienterna måste kunna vara mer delaktiga i processen.

Vi ser också att det finns stor kunskap hos våra diabetes-sjuksköterskor och att för patienter med diabetes och prediabetes blir det en naturlig del att informera om njurprotektion och detektera riskfaktorer i samband med besöken där.

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 återkoppling vi har fått från patienter via läkarna är att diagnosen kan väcka oro och har därför identifierat ett behov att informera på ett sakligt sätt om CKD och på vilket sätt diagnosen leder till förbättrad behandling och förhoppningsvis bevarad njurfunktion. Kronisk njursjukdom är en tyst sjukdom utan symtom i tidigt skede där kunskapen om tillståndet är låg hos patienterna. Diagnos njursvikt grad 3, kan lätt leda till katastroftankar om dialys och död om vi inte informerar på ett bra sätt där patienten får möjlighet att bli delaktig. Vidare är behandlingen kopplad till underliggande/orsakande sjukdom varför den medicinska behandlingen inte kopplas direkt till njursjukdom.*

*Vi har fokuserat på att medvetandegöra tillståndet hos oss som jobbar på vårdcentralen samt att minska underdiagnostiseringen i första hand. Detta arbete är ett viktigt första steg. I nästa steg med ökad kunskap hos både patienter och vårdgivare kan förhoppningsvis patienternas delaktighet öka i framtida förbättringsprojekt.*

*Vi bjöd in patienter och allmänhet till föreläsning om njurarnas funktion och sjukdom i november 2025, tyvärr dock väldigt lågt deltagande vilket vi tror beror på bristande kommunikation och reklam om detta.*

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 följa upp indikatorerna för att se att diagnossättningsgraden fortsätter att stiga enligt förväntan, liksom behandling enligt riktlinjer.

Vi kommer att fortsätta arbetet med rutiner för uppföljning av patienter med kronisk njursjukdom och utveckla strukturerad patientinformation för patienterna, samt lathund med sammanfattande behandlingsrekommendationer till läkare och sjuksköterskor. Vi arbetar med att förändra våra arbetssätt med väntelistor för att utöka personlig kontinuitet och helhetssyn i kallelser av patienterna både till läkare och diabetes-sjuksköterskor. Vi kommer fortsatt att uppmärksamma följsamhet i våra egna kvalitetsuppföljningar för att öka medvetenheten hos alla medarbetare tvärprofessionellt om vikten av att upptäcka CKD i tid och att utreda och behandla enligt riktlinjer.

**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](mailto: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.