

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Njursvikt

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Lill-Jans husläkarmottagning	Namn på er Informationsapotekare Teresa
Verksamhetschef Annelie Lager	Verksamhetschefens e-post annelie.lager@meliva.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Patricia Strand	Kontaktpersonens e-post Patriciastrand21@gmail.com

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 1 mars 2025, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade 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: Patricia Strand
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: Patricia Strand, ST-läkare. Genet Abraha, diabetessköterska. Elina Sjöstedt, medicinsk sekreterare

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

B: I samband med besök på mottagningen hos diabetessköterska eller läkare kan njursviktpatienter ges möjligheten att framföra synpunkter på sin behandling eller utformning av informationsflödet.

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 PrimärvårdsKvalitet noteras att Lill-Jans ligger under snittet i Stockholm i andel patienter under 80 år som har kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 30) och som har diagnos kronisk njursjukdom, (50 % vs 85,7%). Även motsvarande grupp med GFR < 60 ligger Lill-Jans under i snittet, (11,9% vs 31,9%). Andelen patienter under 80 år med GFR < 60 som har kontrollerats för albuminuri ligger Lill-Jans under snittet med 37,4% vs 67,5%. Hos andelen patienter > 50 år med GFR < 60 och som behandlas med statiner ligger Lill-Jans under snittet med 40,7% vs 51,8%.

Vi vill åstadkomma en korrekt diagnossättning hos de patienter det är motiverat för att öka patientsäkerheten, t ex vid val/icke-val av läkemedelsbehandling samt monitorering av albuminuri för att bromsa progress av sjukdomen.

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.

Uppmärksamma och förbättra behandlingen för patienter med kronisk njursvikt.

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:

Målet är att öka andelen patienter under 80 år med nedsatt njurfunktion (GFR<60) med registrerad diagnos och kontrollerade avseende albuminuri samt patienter >50 år med GFR< 60 som har statinbehandling.

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:Patienter fått uppmätta värden på nedsatt njurfunktion på sjukus.

1.1: I samband med uppföljning efter inläggande vård stämma av aktuell GFR och sätta diagnos vb.
 1.2:Läkemedelsgenomgång årligen med aktuellt GFR.

2:Bristande rutiner för diagnossättning då de görs av läkarna själva samt att prover oftast tas efter läkarbesöket.

2.1: Skriftlig rutin för Njursvikt för läkarna
 2.2:I den mån det går ta prover inför besök.
 2.3:Ta fram listor på patienter med sänkt GFR och ge till respektive husläkare.

3:Osäkerhet kring diagnossättning

3.1:Genomgång av Njursviktsriktlinjer på läkarmöte

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (= "processmått", t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserande mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medr-ave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter som har kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 30) som har diagnos kronisk njursjukdom</i>	50%	241231	86%	Medr-ave	251231
Indikator 2	<i>Andel patienter < 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har diagnos kronisk njursjukdom</i>	11,9%	241231	32%	Medr-ave	251231
Indikator 3	<i>Andel patienter < 80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som har kontrollerat albuminuri</i>	37,4%	241231	80%	Medr-ave	T.ex. dec 2025
Indikator 4	<i>Andelen patienter > 50 år som har nedsatt njurfunktion med GFR < 60 och som behandlats med statin.</i>	40,7%	241231	52%	Medr-ave	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 fikorummet, 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-forbattringstrappa/>

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?

Gå igenom riktlinjer för kronisk njursvikt enl viss.nu och sammanställa detta i en presentation för läkarna och utfärda en arbetsrutin för årskontroll hypertoni/diabetes för att öka uppmärksamhet och medvetenheten kring diagnossättning, albuminuriprovtagning och statinanvändning. Stämna av kontinuerligt och följ upp.

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

Under året har vi i arbetsgruppen informerat och utbildat kring projektet och njursviktsbehandling utifrån riktlinjer på viss.nu, dels på läkarmöten, dels tagit in en extern part som utbildat där målet är att få hjälp med att strukturera upp en teambaserad njursviktsmottagning. Vi har dock tyvärr ej haft resurser (i form av personal) under året till att implementera en specifik njursviktsmottagning men målet är att kunna göra det framöver. Ansvariga husläkare har fått listor på de patienter som uppfyller kriterier för kronisk njursjukdom men ej fått en diagnos/har statinbehandling/kontrollerat albuminuri och har därmed fått en möjlighet att förbereda sig inför ett eventuellt kommande besök och/eller sätta diagnos.

Resultat

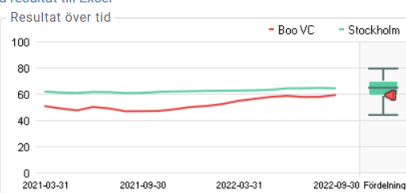
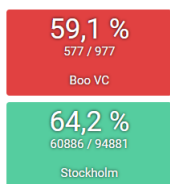
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**

Indikatornamn		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 som har kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR < 30) som har diagnos kronisk njursjukdom	50%	241231	86%	84%	Medrave	251231
Indikator 2	Andel patienter <80 år som har nedsatt njurfunktion med GFR <60 och som har diagnos kronisk njursjukdom	11,9%	241231	32%	27,6%	Medrave	251231
Indikator 3	Andel patienter <80år som har nedsatt njurfunktion med GFR <60 och som har kontrollerat	37,4%	241231	80%	35,5%	Medrave	251231

Detaljer Benchmark

☆ Di03L1: Blodtryck vid diabetes BT <=140/85 mm/Hg

Specifikation Hämta resultat till Excel



Fördjupningstabell

	2021-03-31	2021-09-30	2022-03-31	2022-09-30
Resultat	51 %	47 %	55 %	59 %

	<i>albuminuri</i>						
Indikator 4	<i>Andelen patienter >50 år som har nedsatt njurfunktion med GFR <60 och som behandlats med statin.</i>	<i>40,7%</i>	<i>241231</i>	<i>52%</i>	<i>44,5%</i>	<i>Medrave</i>	<i>251231</i>

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Projektet har medfört att man redan från början av läkarbesöken har en ökad medvetenhet i att uppmärksamma kronisk njursjukdom. Det har även ökat medvetenheten se över om patienten har adekvat behandling samt kontrollerats avseende albuminuri. Genomgången av aktuella riktlinjer har fräschat upp kunskapsläget hos läkarna på vårdcentralen. För indikator 3 har procentandelen tyvärr till och med minskat, i faktiska antal personer är skillnaden rätt liten men vi tror att minskningen beror på dels att insatsen kräver en aktiv åtgärd från patienten att komma tillbaka med morgonurin, dels att vi ej varit tillräckligt noga med att beställa provet. Under året har omorganisering skett på vårdcentralen vilket kan ha påverkat utrymmet för personalen att komma ihåg projektet, dock ser vi på sikt att projektet har satt ett frö till vidare förbättring. En annan lärdom är att patienter i Medrave kan uppfylla kriterier för kronisk njursjukdom redan efter ett enda GFR <60, men indikation för diagnosen är två sänkta värden med 3 månaders mellanrum.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Patienter har i samband med läkarbesök tillfrågats vad de har för egen kunskap inom kronisk njursjukdom, hur de ser på diagnosen samt vad det väcker för funderingar. En betydande del av patienternas delaktighet i vården har varit kring diskussionen om statininsättning. Många patienter har redan från början en egen uppfattning om medicinering med statiner, många har trots information velat avvakta och fundera om de vill initiera behandling.

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.

Målet på lång sikt är att upprätta en njursviktsmottagning där teamarbete mellan sjuksköterska och läkare kan ske på ett mer strukturerat sätt än idag.

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 förbättringsarbeten.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.

