

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Kronisk njursjukdom

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Surbrunns vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Christine Fransson
Verksamhetschef Malin Nuss	Verksamhetschefens e-post Malin.nuss@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Kristina Dalin	Kontaktpersonens e-post Kristina.dalin@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.slso@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.slso@regionstockholm.se

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Kristina Banck Dalin
Profession: ST-läkare Allmänmedicin

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.
- Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

A:
Sofia Kreibom, Läkare, Specialist Allmänmedicin
Erik Embring, Läkare, Specialist Allmänmedicin
Christina Nordin, DSK, Diabetessköterska

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

B:
I samband med mottagningsbesök kommer vi att informera patienter och ge dem möjlighet att ge sina åsikter kring erhållen information och vård. Denna kartläggning kommer dock få begränsas då möjlighet till intervjuer ej finns i samband med detta arbete.

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.

Surbrunns vårdcentral presterar bra inom många parametrar som följs inom primärvårdsindex, dock kan man se att det finns utrymme för förbättring avseende diagnossättning, uppföljning samt optimering av patienter med kronisk njursjukdom (CKD).

Vid jämförelse med övriga Stockholm samt närliggande vårdcentraler så kan vi se att förbättringspotential finns genom ökad diagnossättning av CKD vid GFR <60.

Siffror i Medrave visar att endast 22,9 % av dessa patienter erhållit diagnos på Surbrunns VC, medan närliggande vårdcentraler har siffror omkring 50% och hela Stockholm 31,8 % (detta 250131).

Vidare ses att vi även presterar under snittet i vårt område avseende blodtrycksmål (<130/80) samt avseende kontroll av albuminuri hos dessa patienter (för exakta siffror vg se nedan).

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.

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/>

Formulera här era mål:

Genom ökad diagnosättning så kan läkemedel och uppföljning optimeras för dessa patienter. Genom att nå målblodtryck kan vi bromsa sjukdomsutveckling och genom att mäta albuminuri så kan vi följa njurfunktion och eventuell försämring hos dessa patienter.

Genom att patienter involveras och informeras bättre kring sitt sjukdomstillstånd så kan man motivera till förbättrat leverne och compliance.

Specifika mål:

- 1: Öka andel patienter med registrerad CKD vid GFR <60
- 2: Öka andel kontroller av albuminuri hos patienter med GFR <60
- 3: Öka andel patienter med GFR < 60 som har blodtryck under 130/80

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: Många patienter ligger nära gränsen för GFR, svårigheter att sätta diagnos i samband med besöket.

- 1.1: Ökad kompetens, påminna om hur och när diagnos ska sättas
- 1.2: Diagnosättning efter/mellan besök
- 1.3: Föreläsning njursvikt
- 1.4: Gå igenom patientlistor (prioriteras pat med GFR <30)

2: Albuminuri kontrolleras ej då patienter/läkare upplever att det är omständligt att få till urinprov.

- 2.1: Läkare/reception/lab/DSK kan lämna ut provrör
- 2.2: Kallelsebrev med info

3: Mål avseende blodtryck nås ej då diagnos avseende kronisk njursjukdom inte är satt, även misstanke om att blodtryck som kontrollerats av patient i hemmet ej registreras på rätt ställe.

- 3.1: Föreläsning
- 3.2: Registrera BT på rätt ställe i journal

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/verktyslada-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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Andel patienter under 80 år med GFR <60 med CKD-diagnos</i>	22,9%	250131	40%	Medrave	<i>Dec 2025</i>
Indikator 2	<i>Andel patienter under 80 med GFR < 60 som har kontrollerat albuminuri</i>	65,8%	250131	70%	Medrave	<i>Dec 2025</i>
Indikator 3	<i>Andel patienter under 80 med GFR < 60 som har blodtryck <130/80</i>	43,2%	250131	50%	Medrave	<i>Dec 2025</i>

Kommentar (valfritt):

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/verktyslada-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.

Planering, del 1: Vi har påbörjat arbetet genom gruppgenomgång av indikatorer i Medrave, dessa ligger sedan som grund för vårt arbete. Ansvarig ST-läkare informerar i läkargrupp och planerar för föreläsning samt för genomgång av patientlistor där diagnos enkelt kan sättas.

Diabetessköterska informeras om att se över diagnossättning/kontroll av albuminuri samt blodtrycksmål i samband med sköterskebesök, vid behov informerar denne läkare.

Efter godkännande av del 1 planeras för ny avstämning i arbetsgruppen.

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

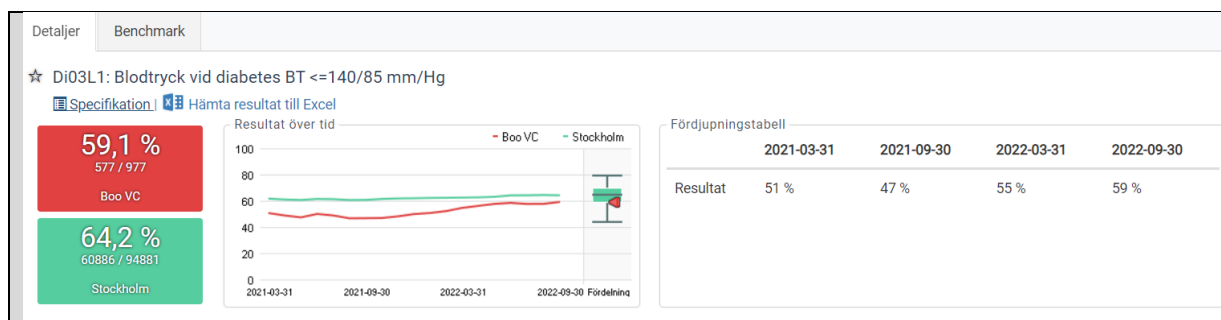
Arbetet har bestått i att diskutera och påminna om kontroll av labprover samt BT-mål i läkargruppen i samband med läkarmöten. Påminnelse om diagnoskriterier har gjorts och underlag för när diagnos ska sättas har delats ut.

Kollegor har delat ut provrör i samband med patientbesök för att öka sannolikhet att urinprov lämnas in. Föreläsning hölls relativt nyligen kring kronisk njursjukdom i arbetsgrupp och kollegor bedöms välinformerade.

Genomgång av patientlistor har genomförts och påminnelse om diagnosregistrering har givits vid nära förestående besök.

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 GFR <60 med CKD-diagnos	22,9 %	250131	40 %	36,6%	Medrave	251231
Indikator 2	Andel patienter under 80 med GFR < 60 som har kontrollerat albuminuri	65,8 %	250131	70 %	67 %	Medrave	251231
Indikator 3	Andel patienter under 80 med GFR < 60 som har blodtryck <130/80	43,2 %	250131	50 %	46 %	Medrave	251231

Övriga kommentarer:

Det ses en tydlig förbättring kring det främst målet, dvs att öka diagnossättning hos patienter.

En viktig insikt är att MedRave registrerar patienter som "ej uppfyller kriterierna" trots att dessa patienter inte ska ha diagnosen. Detta beror på att systemet fångar patienter med endast ett enstaka eGFR < 60 ml/min/1,73 m² utan samtidig albuminuri, trots att diagnos CKD förutsätter minst två värden med minst tre månaders mellanrum, alternativt eGFR < 60 i kombination med albuminuri. Efter justering för denna felregistrering framstår de faktiska resultaten som bättre än de som rapporteras i MedRave. Minst 49 patienter bedöms vara felaktigt inkluderade, även om en exakt siffra är svår att fastställa då patientlistorna är dynamiska och fortlöpande förändras under tiden genomgång pågår.

Faktisk siffra efter justering av indikator 1: 57 %. En sådan justering ger således sannolikt förbättrade siffror på även indikator 2 samt 3.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Trots att uppgifterna i MedRave inte är helt tillförlitliga kvarstår detta som ett utvecklingsområde för verksamheten. Förbättringsbehov finns både vad gäller registrering samt uppföljning och riskreducerande åtgärder.

Resultaten är relativt goda i ett nationellt perspektiv men svagare i jämförelse med närliggande vårdenheter.

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 inte varit tydligt inkluderade, även om en ökad diagnosregistrering i kombination med inlämning av urinprov sannolikt medför att njurfunktion i större utsträckning diskuteras vid patientbesök.

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.

Genom förbättringsarbetet har medvetenheten inom arbetsgruppen ökat kring behovet av att identifiera patienter med kronisk njurfunktion och säkerställa korrekt diagnossättning. Ett mer strukturerat arbetssätt med regelbunden uppföljning av albuminuri och målblodtryck leder till minskad risk för sjukdomsprogression.

Förbättrad diagnosregistrering och uppföljning möjliggör mer individanpassad behandling, detta kan i förlängningen bidra till långsammare försämring av njurfunktionen, minskad kardiovaskulär risk och ett ökat välbefinnande hos patienterna.

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 forbattningsarbeten.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.