

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: **Kronisk njursvikt**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Tibble Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Kristina Persson
Verksamhetschef Mohammad Islam	Verksamhetschefens e-post Docshetu@gmail.com
Kontaktperson för förbättringsarbetet Ava Motaghy/Tanzir Hossain	Kontaktpersonens e-post Ava.Motaghy@gmail.com Tanzirmdhossain@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 förbättringsarbeten.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 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: **Ava Motaghy/Tanzir Hossain**

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:

Fahim Sharan - Specialist i Allmänmedicin

Ava Motaghy - ST läkare

Tanzir Hossain - ST läkare

Maria Jonsson - Sjuksköterska

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

B:

För att samla in patienternas perspektiv och erfarenheter kommer vi att använda både enkäter och en fysisk förslagslåda.

Patienterna kommer att informeras om dessa möjligheter i samband med deras första besök för uppföljning av kronisk njursvikt (CKD). Enkäterna är korta och fokuserar på frågor om hur patienterna upplever vården, deras förståelse av sjukdomen och eventuella förbättringsförslag. De som önskar kan fylla i enkäterna anonymt på plats eller digitalt via journalsystemet.

Förslagslådan kommer att placeras i väntrummet, och patienterna uppmuntras att använda den för att dela tankar och idéer om hur vården kan förbättras. Syftet är att skapa en låg tröskel för att bidra med feedback och säkerställa att vi får insikter direkt från patienterna.

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.

En genomgång av våra data visar följande:

- **Endast 76 av 235 patienter** med GFR <60 har en korrekt registrerad diagnos för kronisk njursvikt (CKD 3 eller högre), vilket begränsar vår förmåga att ge strukturerad vård och uppföljning.
- **Endast 59 av 235 patienter** med GFR <60 har en dokumenterad U-albumin/kreatinin-kvot. Detta pekar på en bristande följsamhet till riktlinjer som kräver regelbunden provtagning för att övervaka njurfunktionen
- **104 av 235 patienter** med GFR <60 når målbloodtryck ($\leq 130/80$). Detta innebär att majoriteten, **131 patienter**, har otillräckligt kontrollerat blodtryck, vilket är en avgörande faktor för att minska progressionen av njursjukdom och hjärt-kärlkomplikationer.

Dessa resultat visar på ett tydligt behov av förbättring inom områdena diagnossättning, provtagning och blodtryckskontroll. Att åtgärda dessa brister är avgörande för att säkerställa att patienterna får rätt vård enligt riktlinjer och för att förebygga komplikationer.

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.

Förbättrad diagnosättning, provtagning och blodtryckskontroll hos patienter med CKD 3 och högre

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/>

Formulera här era mål:**Diagnosättning:**

- Minst 85 % av patienterna med GFR <60 ska ha en korrekt registrerad njursviktsdiagnos före december 2025.

Provtagning:

- Minst 85 % av patienterna med GFR <60 ska ha dokumenterad U-albumin/kreatinin-kvot minst en gång per år före december 2025.

Blodtryckskontroll:

- Minst 85 % av patienterna med GFR <60 ska nå målblodtryck ($\leq 130/80$) före december 2025.

<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram:</p> <p>https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>Initiala idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan:</p> <p>https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</p>
<p>1:</p> <p>Diagnoser registreras inte alltid konsekvent, vilket leder till att många patienter med CKD saknar korrekt diagnos. Nonchaleras av behandlande vårdpersonal då patienten är symptomfri</p>	<p>1.1: Utse en ansvarig SSK för patienter med CKD 3 och högre som ser till att uppföljningar sker.</p> <p>1.2: Möte med läkare/sköterskor med genomgång av riktlinjer/krav för CKD-diagnossättning och uppföljning</p> <p>1.3: Införa GFR som Obligatorisk term i journalmallen för årskontroll av hypertoni för att minska risken för förbisedda GFR värden</p>
<p>2:</p> <p>Det saknas tydliga rutiner för att säkerställa att U-albumin/kreatinin-kvot mäts och att målblodtryck dokumenteras regelbundet.</p>	<p>2.1: Patientutbildning: Skapa och dela ut informationsblad om CKD och vilka målvärden/uppföljning man ska ha och varför</p> <p>2.2: Identifiera och skapa en väntelista för patienter med under CKD 60 i Take Care</p> <p>2.3:</p>
<p>3:</p> <p>Personal har varierande kunskap om riktlinjer för CKD-diagnossättning/uppföljning</p>	<p>3.1:</p> <p>3.2:</p> <p>3.3:</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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
	T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka					
Indikator 1	Andel patienter med GFR <60 med korrekt registrerad CKD diagnos	32,3 % (76/235)	250109	85%	Medrave	260107
Indikator 2	Andel patienter med GFR <60 med dokumenterad U-albumin/kreatinin-kvot minst en gång per år	25,1 % (59/235)	250109	85%	Medrave	260107

Indikator 3	Andel patienter med GFR <60 som når målbloodtryck ($\leq 130/80$)	44,3 % (104/235)	250109	85%	Medr ave	260107
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2025</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2025</i>

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 fikaummet, 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? Säg 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.

För att förbättra omhändertagandet av patienter med GFR <60 implementerar vi nya rutiner för årskontroller och uppföljningar enligt följande plan:

1. Identifikation av patienter:

- ☺ **Tanzir Hossain** identifierar patienter med GFR <60 via MedRave och sammanställer en lista över dessa patienter. Denna lista blir underlag för uppföljningar och kallelser. Patienter som har hypertoni/DM2 diagnos exkluderas då de redan följs via annat flöde.



2. Utveckling av rutiner och informationsmaterial:

- ☺ **Ava Motaghy** skriver en ny rutin för årskontroller av patienter med CKD, inklusive vilka prover och parametrar som ska följas upp samt vilka målvärden som gäller.
- ☺ **Ava Motaghy** utformar även ett informationsblad till patienterna som beskriver CKD, vikten av uppföljning och målvärden för blodtryck och provtagning.
- ☺ **Fahim Sharan** och **Tanzir Hossain** dubbelgranskar och godkänner rutinen och informationsbladet innan de implementeras.

3. Patientkontakt:

- ☺ **Maria Jonsson**, som ansvarig sjuksköterska för CKD-patienter, ansvarar för att kalla patienterna på listan till årskontroller. Vid behov hjälper hon patienterna att boka om eller komplettera med uppföljande besök.



4. Personalutbildning:

- ☺ **Tanzir Hossain** håller genomgångar för sjuksköterskor och läkare vid 2 tillfällen 1 under tidig vår samt 1 under sensommaren, där riktlinjer för CKD-diagnossättning och uppföljning presenteras, tillsammans med de nya rutinerna för årskontroller.



5. Genomförande av årskontroller och uppföljningar:

- ☺ Alla patienter med GFR <60 tas emot av teamet enligt den nya rutinen. Vid årskontroller säkerställs att provtagning (U-albumin/kreatinin-kvot, blodtryck, GFR) och diagnossättning genomförs. Informationsblad delas ut till patienterna under besöket.



6. Uppföljning:

- ☺ Data från journalsystemet analyseras kvartalsvis för att följa upp hur många patienter som fått korrekt diagnos och provtagning. Eventuella hinder identifieras och rutiner justeras vid behov.

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

För att öka den interna kunskapen kring identifiering och diagnossättning av kronisk njursvikt hölls två lunchföreläsningar för personalen. Som en del av förbättringsarbetet togs en lista fram över patienter med eGFR <60 ml/min/1,73 m² utan registrerad diagnos kronisk njursvikt. En utvald sjuksköterska fick i uppdrag att kalla dessa patienter för vidare utredning.

Ett flödesschema, se bilaga 1, togs fram för att underlätta och påminna om strukturerad handläggning av patienter med lågt eGFR. För att minska variation i utredning skapades även ett standardiserat provpaket för dessa patienter.

Diagnossättning gjordes vid läkarbesök. Därefter bokades uppföljande sjuksköterskebesök där patienterna genomgick livsstilsintervention samt fick skriftlig information om kronisk njursvikt och egenvård. För långsiktig uppföljning skapades en väntelista i TakeCare, vilket möjliggör årlig uppföljning av dessa patienter.

Sammantaget bedöms den ökade kunskapen hos personalen, i kombination med införda strukturer, ha bidragit till att handläggning av patienter med lågt eGFR i högre grad sker enligt flödesschemat.

Indikator 5							<i>T.ex. dec 2025</i>
<p>Övriga kommentarer:</p> <p>Förbättringsarbetet resulterade i en tydlig förbättring i samtliga uppföljda indikatorer jämfört med startläget. Den största förbättringen sågs i andelen patienter med korrekt registrerad diagnos kronisk njursvikt, som ökade från 32,3 % till 68,5 %. Även andelen patienter med välreglerat blodtryck ökade signifikant.</p> <p>Indikatorn avseende U-albumin/kreatinin-kvot förbättrades i mindre omfattning, vilket sannolikt speglar att denna provtagning är mer resurs- och logistikkrävande samt beroende av patientmedverkan.</p> <p>Sammantaget visar resultaten att förbättringsarbetet haft en tydlig positiv effekt men att fortsatt arbete krävs för att nå de satta målnivåerna.</p>							
Slutreflektion							
Vad har ni lärt er?							
<p>Förbättringsarbetet har visat att tydliga flöden och standardiserade rutiner är avgörande för likvärdig handläggning av patienter med kronisk njursvikt i primärvården. Kunskapshöjande insatser behöver kombineras med praktiska stöd i vardagen för att få resultat. Vi har även lärt oss att förändring tar tid och kräver långsiktighet, särskilt vid uppföljning av stora patientgrupper. Sjuksköterskebaserad uppföljning har visat sig vara en hållbar modell för fortsatt arbete.</p>							
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?							
<p>Patienters erfarenheter och behov har beaktats genom fokus på tydlig information, delaktighet och egenvård i samband med uppföljning av kronisk njursvikt. Vid mottagningsbesök har patienternas frågor, förståelse och förutsättningar för livsstilsförändringar legat till grund för individanpassade råd kring exempelvis blodtryck, kost och läkemedelsföljsamhet.</p>							

För att öka delaktigheten har patienter fått skriftlig information om kronisk njursvikt och egenvård, samt en tydlig plan för provtagning och uppföljning. Genom regelbundna uppföljande kontakter har patienter haft möjlighet att ställa frågor och vara mer aktivt involverade i sin vård.

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.

Arbetet med strukturerad handläggning av kronisk njursvikt kommer att vidmakthållas som ordinarie rutin på vårdcentralen. Flödesschemat, provpaketet och väntelistan i journalsystemet kommer fortsatt användas för att säkerställa årlig uppföljning av dessa patienter.

Planen framåt är att följa utvecklingen över tid via återkommande mätningar och vid behov justera arbetssättet genom nya förbättringscykler. Vid introduktion av ny personal kommer rutinen att ingå i intern introduktion för att säkerställa långsiktig hållbarhet.

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

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.

