

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: **Hjärtsvikt**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Akka hälsocentral	Namn på er Informationsapotekare Anna Zucco
Verksamhetschef Maria Trygg	Verksamhetschefens e-post maria.trygg@primavard.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Alexander Jernberg	Kontaktpersonens e-post Alexander.jernberg@primavard.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.

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: Alexander Jernberg
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: A: Huda Asmaro distriktsläkare och handledare

B: Nicolette Mikrut, ST-läkare

C: Åsa Benjira, Sjuksköterska

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

B: I samband med patientmöten bokade för problematik hjärta/kärl sjukdom. Patientenkät enligt NYHA-systemet inkluderande även om upplever aktuell aktuell läkemedelsbehandling tillräcklig.

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.

Vänligen observera, kollega dr Nicolette Mikrut undersöker indikator 3 resp 4 i detta gemensamma övergripande förbättringsarbete om Hjärtsvikt.

Stor andel av patienter med hjärtsvikt på vårdcentralen har icke specificerad diagnossättning, dvs HF UNS (i nuläget 87st av totalt 142st i aktuell patientlista) . Korrigerig och specificering i subgrupper bidrar till att öka korrekt läkemedelsanvändning vilket bör öka livskvalitet och minska mortalitet hos denna grupp. Ett hjälpmedel för att bedöma förekomst av hjärtsvikt samt behandling är provet NT-proBNP som jag avser öka användandet av på vårdcentralen.

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.

Diagnossättning och behandling av hjärtsvikt vid AKKA HC

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:

I samråd med kollega dr Nicolette Mikrut är målsättningen att öka kvaliteten i omhändertagandet av våra hjärtsviktpatienter genom följande specifika mål för 2025:

Avser att öka vårdcentralens diagnossättning av undergrupper av hjärtsvikt (HF_rEF/HF_{mr}EF/HF_pEF) på ett korrekt sätt vilket i nuläget sannolikt är underdimensionerad. Stor del av patienterna hör till UNS-grupp i509. Till följd av detta bör korrekt medicinering enligt aktuella riktlinjer öka. I relation till år 2024 under 2025 öka utfallet i respektive kvalitetsindikatorer.

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/>

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: ej fokuserat område

1.1: Genomgångar av planering med uppföljning på regelbundna läkarmöten

1.2:

1.3:

2: kunskapsluckor

2.1: Externa föreläsare

2.2:

2.3:

3: tidsbrist

3.1: Korrigera bokningsunderlag hos SSK-grupp

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 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 snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel HF UNS (I509)	87st (62%)	240101-241231	50%	Medrave	Nov/Dec 2025
Indikator 2	Andel av patienterna där NTproBNP tagits	33st (24%)	240101-241231	50%	Medrave	Nov/Dec 2025
Indikator 3	Antal av patienterna där EKO finns	5st (3,6%)	240101-241231	20%	Medrave	Nov/Dec 2025
Indikator 4	HJ02: andel patienter med HFREF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser	13st (36%)	240101-241231	50%	Medrave	Nov/Dec 2025
Indikator 5						

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 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.

Genomgång av involverade ST-läkare av aktuella utfallsmått vid 4, 6, 9 och 12 månader efter start av kvalitetsarbetet. Detta genomförs i första hand tillsammans av involverade ST-läkare och om borta på randning i första hand på återvändardagar. Om ej möjligt kommer kontroll i medriva att genomföras av den ST-läkare som är på plats och resultatet går igenom tillsammans när kollegan är på plats. Excell-dokument kommer att användas för ändamålet.

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?

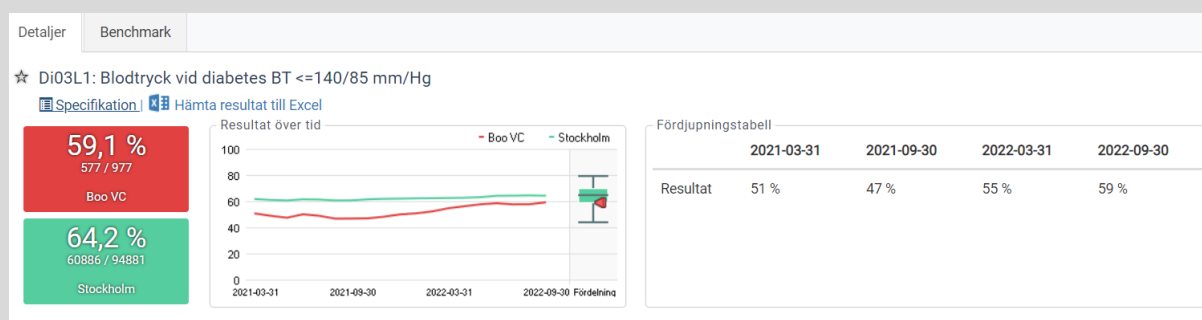
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter

Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

ST-läkare har regelbundet haft genomgångar och information om önskat fokus för hjärtsviktspatienter i samband med läkarmöten. Vi har även skapat en patientenkät kring NYHA-symptom hos hjärtsviktspatienter och informerat om detta på läkarmöte samt till sjuksköterskorna. Dock har denna enkät ej använts som planerat. Det har även hållits en extern föreläsning på vårdcentralen under hösten av en kardiolog för att öka medvetenheten och kompetensen kring hjärtsvikt.

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 HF UNS (I509)	87st (62%)	Jan 2025	50%	64st (47%)	Medrave	Dec 2025
Indikator 2	Andel av patienterna där NTproBNP tagits	33st (24%)	Jan 2025	50%	27st (20%)	Medrave	Dec 2025
Indikator 3	Antal av patienterna där EKO finns	5st (3,6%)	Jan 2025	20%	8st (5,9%)	Medrave	Dec 2025
Indikator 4	HJ02: andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser	13st (36%)	Jan 2025	50%	15st (33%)	Medrave	Dec 2025
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

För indikator 3 har EKO och ekokardiografi hämtats från journalerna ur fri text då indikatorn ej haft en egen rubrik i journalsystemet som Medrave kunnat hämta data från. Detta har därför sammanställts manuellt ur kolumner med fri text och är därför sannolikt ett falskt för lågt värde.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Medvetenheten kring korrekt diagnosättning har ökat på vårdcentralen och den generella UNS-diagnosen har minskat från 62% till 47%, vilket ligger nära målet som sattes. Avseende NT-proBNP sjönk andelen patienter där detta tagits på vårdcentralen. Dock spelar den kliniska situationen in och det är inte alltid befogat att ta ett sådant prov om hjärtsvikten är känd sedan tidigare och detta är ett val den enskilda klinikern fattar beslut om.

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?

Strävan var att öka patienternas delaktighet i vården, framförallt genom användandet av patientenkät som dock ej nyttjades vid vårdcentralen. Detta beror sannolikt på frånvaro hos enskilda nyckelpersoner i personalen samt viss omsättning av personer som var med när projektet startade. Vad gäller specifik diagnosättning samt EKO är detta ytterst sällan efterfrågat hos den enskilda patienten.

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.

Sannolikt kommer försöket med patientenkäter ej att återupptas pga prioriteringar och hög arbetsbörda. Diagnossettingen är av värde även framöver att minska UNS-andelen för att få till rätt behandlingar hos vårdcentralens hjärtsviktpatienter. EKO/provtagning NT-proBNP är dyra undersökningar och prover som bör prioriteras till rätt patientfall också fortsättningsvis.

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.sls@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.