

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Atrium vårdcentral hjärtsvikt 2025 del 1

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Atrium vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Rojin Rajabian-Söderlund
Verksamhetschef Niklas Malmborg	Verksamhetschefens e-post niklas.malmborg@atrium.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Amalia Hoff	Kontaktpersonens e-post amalia.hoff@atrium.se

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Amalia Hoff Profession: Specialist i allmänmedicin
Att involvera flera Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. <ul style="list-style-type: none">• 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: Amalia Hoff (läkare), Niklas Malmborg (specialist i allmänmedicin, läkare i hemsjukvård, verksamhetschef), Anna Moseby Jelder (distriktsjuksköterska, arbetar i hemsjukvård och mottagning), Jenny Karlsson (diabetessjuksköterska), Safa Al-Hamed (undersökterska, IT ansvarig), Marcus Olausson (specialist i allmänmedicin, utbildningsansvarig läkare), Jenny Carlin (specialist i allmänmedicin, astma/kol-läkare).
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Patienternas synpunkter tas upp löpande i patientsamtalen i telefon, läkarbesök och mottagningsbesök hos sjuksköterskor. Vi som team anser att det är lättare och mer effektivt att möta patienter med sina synpunkter och erfarenheter i personlig kontakt snarare än tex förslagslådor. Då kan vi fånga upp problem och lättare hitta lösningar. Utöver synpunkter kommer extra fokus på följsamhet lyftas i patientsamtalen. Detta för att på så vis kunna belysa eventuellt bristande compliance och föra en dialog kring denna.

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.

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt klassificeras i olika subtyper beroende på hjärtats pumpförmåga och indelas i:

HFrEF: Hjärtsvikt med nedsatt ejektions-fraktion (EF), LVEF ≤ 40 %

HFmrEF: Hjärtsvikt med lätt nedsatt EF, LVEF 41–49 %

HFpEF: Hjärtsvikt med bevarad EF, LVEF ≥ 50 %

HFimpEF: Hjärtsvikt med förbättrad EF, där EF initialt var ≤ 40 %, men efter behandling förbättrats till EF > 40 %. (Diagnosklassas fortfarande som HFrEF.)

Behandlingsrekommendationen delas in i tre avsnitt beroende på vänsterkammarens ejektionsfraktion (EF). Vid hjärtsvikt med nedsatt systolisk vänsterkammarfunktion (HFrEF; ejektionsfraktion ≤ 40 %) rekommenderas basbehandling med fyra olika läkemedelsklasser: betablockerare, SGLT2-hämmare, ACE-hämmare och mineral-kortikoidreceptorantagonister (MRA). Flera stora studier har visat att dessa läkemedel minskar hjärtsviktsymtom och mortalitet. Trots det är det idag ett underbehandlat tillstånd.

Atrium vårdcentral har i dagsläget sämre statistik jämfört med andra vårdcentraler på Kungsholmen när det gäller behandling och diagnostik av hjärtsvikt. Endast 0.6% av patienterna på Atrium vårdcentral har diagnosen hjärtsvikt. Andel med diagnoser på andra vårdcentraler på Kungsholmen är 1% och i hela riket 1.4%. Andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser är idag 40% att jämföra med andra vårdcentraler på Kungsholmen 48,6% och i hela riket 56%. *Källa primärvårdskvalité.

Siffrorna talar för underdiagnostik och underbehandling av våra hjärtsviktpatienter. Det kan delvis bero på fel i registrering av diagnoskoder etc. Men de låga siffrorna ger ändå en indikation på att förbättringsarbete på området är viktigt för denna patientgrupp. För att kunna ge rätt behandling och följa vårdcentralens patientarbete är det av värde att vi sätter korrekta diagnoser.

Patienters följsamhet till behandling ökar sannolikt också om vi har rätt förutsättningar för att ge dem korrekt behandling, stöd och uppföljning från vårdcentralen. Förbättrad följsamhet hos våra hjärtsviktspatienter leder i sin tur till ökad livskvalité och minskad mortalitet. Det är en stor hälsovinst för den enskilda patienten och det minskar även belastningen på Stockholms akut- och sjukhusvård.

Vi vill förbättra omhändertagandet av våra hjärtsviktspatienter genom:

1. Ökad diagnosättning, både hitta och/eller sätta hjärtsviktsdiagnos. Först och främst vill vi hitta patienter som har diagnos och i de fall där det är möjligt ska självklart specificerad diagnos sättas som HFrEF eller HFpEF.
2. Sätta in adekvat hjärtsviktsbehandling enligt gällande guidelines

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.

Hjärtsvikt - diagnostik och behandling

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:

Mål

1. Förbättra diagnostik av hjärtsvikt
2. Ökad följsamhet till riktlinjer/rekommenderad behandling av hjärtsvikt

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: Underdiagnostik beror delvis på att patienterna får diagnosen hos andra vårdgivare och vi inte för in det på rätt sätt i våra journaler. Det kan även vara så att många patienter med hjärtsvikt är multisjuka och vid besök prioriteras andra

1.1: Undersöka i medrave de patienter som inte har fått/bör ha diagnos och att de även får rätt klassificering av hjärtsvikt.
1.2: Hålla föreläsning om hjärtsvikt med uppdaterade behandlingsrekommendationer för alla

diagnoser, medans hjärtsviktsdiagnos ej registreras utan noteras i löptext (vilket inte syns i statistiken). Viktigaste faktorn är om vi faktiskt inte är tillräckligt bra på att hitta och diagnosticera de patienter med oupptäckt hjärtsvikt.	yrkesgrupper på vårdcentralen (APT, sjuksköterskemöten, läkarmöten). 1.3: Ge alla läkare uppdaterade guidlines med "lathundar" för lättare komma igång med rätt diagnosättning.
2: Att vi behandlar så få patienter enligt guidlines kan bero på att andra vårdgivare förskriver läkemedlen (tex från specialistmottagning) och patienternas individuella faktorer (såsom biverkningar, riskfaktorer etc). Det kan även finnas en kunskapslucka hos vårdpersonalen som behöver uppdateras.	2.1: Ta upp ideer och lösningar på APT/läkarlunch med information om förbättringsarbete och målområden. 2.2: Regelbunda avstämningar mot Medrave/primärvårdskvalite för att se att vi gör ett bättre arbete. 2.3: Arbeta i team kring patienter både i hemsjukvård och mottagningsarbete.

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 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	Andel med patienter med hjärtsviktsdiagnos	0,3% (18/5951)	20250221	1%	Medrave/primärvårdskvalité	<i>December 2025</i>
Indikator 2	Andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser	40 %	20250221	60 %	Medrave/primärvårdskvalité	<i>December 2025</i>

Indikator 3	Andel patienter med hjärtsvikt som varit på återbesök, alla professioner	75%	20250221	85 %	Medrave/primärvårds-kvalité	December 2025
<p>Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)</p> <p>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/</p> <p>Skriv upp varje steg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avsätta tid på läkarmöte, sjuksköterskemöte och/eller APT för utbildning och föreläsning. 2. Undersöka om vi kan ta in extern föreläsare (tex. kardiolog) 3. De som arbetar administrativt kan hjälpa till att se över diagnosregistrering och hur vi kan ta hjälp av medrave/primärvårds-kvalité för att bli bättre. 4. Utse medarbetare som ansvarar för sätta upp guidelines, lathundar och utbildningsträffar 						
<p>Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.</p> <p>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.slso@regionstockholm.se</p>						

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetsätt har ni infört och standardiserat?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetsättet. **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

1. Under hösten hade vi bokat en kardiolog från Sankt Görans Sjukhus som var här och pratade om hjärtsvikt i 1h. Genomgång av diagnoskriterier, behandling och uppföljning. Nyttig genomgång och repetition. Utbildningsansvarig arbetar framöver med att boka externa föreläsningar, utbildningar mm så att kompetensen återförs till verksamheten. Detta tillsammans med individuella fortbildningsplaner ska stärka kompetensen inom verksamheten.
2. Vi har lyft frågan på APT och därefter arbetat aktivt med diagnossättning och haft mer fokus på dialog med patienterna kring compliance. Detta är ett sätt att belysa punkter vi behöver förbättra och ett medel vi kommer fortsätta använda oss av.
3. Vår administrativa personal tillsammans med Dr Hoff har haft möte med Medrave för att se över om det föreligger några fel kring diagnossättning, se sista punkten för mer info om detta.

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 med patienter med hjärtsviktsdiagnos	0,3% (18/5951)	20250221	1%	0,3% (25/7429)	Medrave	20251031
Indikator 2	Andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser	40% (2/5)	20250221	60%	60% (6/10)	Medrave	20251031
Indikator 3	Andel patienter med hjärtsvikt	75% (6/8)	20250221	85%	65% (11/17)	Medrave	20251031

	som varit på återbesök, alla professioner						
--	---	--	--	--	--	--	--

Övriga kommentarer:

Vi har inte lyckats nå satta mål på 2 av 3 punkter. Punkt 1 kan helt enkelt bero på en friskare population, alternativt att de sköts av kardiolog och att vi således inte ser dem, att siffrorna i Medrave släpar eller att vi helt enkelt är för dåliga på att sätta diagnosen.

Det är positivt att vi uppnår satta mål kring individer med HFrEF som behandlas med 3 av 4 rek. Läkemedel. Det är något motsägelsefullt att vi når denna punkt men inte de andra 2. Detta kan självklart bero på flera orsaker vilket nämns ovan.

Att vi inte når återbesöksmålet är något beklämmande, men då en del sköts via kardiolog är kanske 85% högt satt, däremot borde siffran inte sjunka, vilket den gjort nu. En orsak skulle kunna vara pålistning av nya patienter som gör att de helt enkelt inte hunnit träffa läkare än.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att det är viktigt att hela tiden hålla sig uppdaterad. Föreläsningen av hjärtläkare var givande men kom rimligtvis lite sent på året för att helt återspeglas i detta arbete.

Vad som rimligtvis även speglas i siffrorna i resultatet är ett par saker.

1. Att vi behöver bli bättre på struktur. Att lägga in diagnoserna i TC när pat är på ÅK, även om ÅK gäller angränsande ämnen som ex hypertoni. Diagnossättning är något vi arbetar aktivt med och inte bara kring just hjärtsvikt. Detta lyfts regelbundet på APT och läkarmöten som hålls på regelbunden basis. Vi behöver bli bättre på att arbeta utifrån våra listor och kalla de som inte har varit här på ett år. Detta gäller inte alla patienter men rimligtvis de som har en allvarlig sjukdom, vilken hjärtsvikt hör till. Listsystemet arbetar vi aktivt med då vi har som mål att alla patienter ska ha en listad husläkare. Detta mål uppfyller vi nästan i dagsläget. Sen behöver listorna stabiliseras för att arbetet ska bli optimalt. I en växande verksamhet som Atrium är blir listsystemet inte riktigt lika effektivt som när en jämnvikt uppstått.
2. Att en del av dessa patienter rimligtvis sköts via den specialiserade vården och därför kommer vi inte kunna nå "perfekta siffror". Målet torde således vara att vara över genomsnittet men inte perfekt.
3. Att samtal med patienterna kring deras medicin verkar betala sig. Detta bör självklart göras vid alla läkarbesök och vid andra kroniska tillstånd. Patientallians och förståelse är en grund som behöver finnas i all behandling oavsett om den är baserad på läkemedel, livsstil, terapi eller en kombination.
4. Det kan också vara så att vår statistik fortfarande släpar efter då vi är relativt nyöppnade (3 år). Vid genomgång av andra kroniska sjukdomar och viktiga diagnoser ser vi samma mönster i medrave. Dvs att vid överblick i medrave får vi väldigt dåligt utslag på i princip samtliga diagnoser (exempelvis hypertoni, KOL, demens, diabetes mfl) vad gäller just diagnossättning. Däremot ser övriga mått ganska bra ut i medrave, dvs hur vi behandlar och följer upp existerande patienter. Så vi behandlar patienter rätt, men har inte särskilt hög diagnossättning, vilket är lite av en paradox. Vi har varit i kontakt med MedRave

under året pga just detta och det kan tydligen bero på att statistiken behöver 5 hela år på sig för att uppdateras helt. Så förhoppningsvis har vi en mer rättvis bild av verksamheten om 2 år. Vi har också uppdaterat till MedRave Max för att bättre kunna identifiera om det är andra faktorer som påverkar våra brister i diagnossättning. Där har vi nu en bättre rutin för vårdcentralens hela arbete. Så även om siffrorna inte är imponerande har vi gjort flera förbättringar i verksamheten på vårdcentralen och det är en stor vinst för oss och våra patienter både nu och på sikt.

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?

Patienterna har integrerats som en del i processen genom löpande dialog kring läkemedel vilket eventuellt speglas i siffrorna. Viktigt dock att vi får patienterna på regelbundna kontroller så denna dialog kan ske fortlöpande.

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.

Det blev inte riktigt som vi tänkt. Exakt vad det beror på är lite svårare att säga. Det går därför inte att singla ut ett område vi ska arbeta mer med utan flera. Dessa områden är dessutom överlappande för andra sjukdomar, vilket på sikt inte bara förbättrar hjärtsviktsbehandlingen utan även för våra andra kroniker.

Vi arbetar aktivt med medrave. Detta för att få fram aktuella siffror på populationsnivå men också för att hitta patienter på individnivå som inte varit hos oss på lång tid eller som har icke-optimalbehandling. Denna struktur är under pågående implementering och sker tillsammans med sköterskor som går igenom kroniska diagnoser i medrave en gång per månad. Vad vi kan göra med för att förbättra vår struktur är en diskussionsfråga, som kommer att lyftas på nästa läkarmöte och därefter eventuellt på nästkommande APT. Mycket av det som finns att lära här är klart översättbart till andra kroniskt sjuka individer med tyngre sjukdomsörda. Vi tror mycket på kontinuitet och egen lista. Detta tror vi kommer lysa igenom mer när Atrium går från expansionsfas till någon form av steady state.

Ang rätt behandling verkar det helt klart gå åt rätt håll. Här har säkerligen föreläsningen från kardiolog, dialog med patienter och att vi lyfter frågan spelat in.