

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Hjärtsvikt*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Sagoskogens vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Katrina Dee
Verksamhetschef Jens Ehms	Verksamhetschefens e-post jens.ehms@doktor.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Dowaa Alkazzaz	Kontaktpersonens e-post Dowaa.al-kazzaz@doktor.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 förbättringsarbeten.apc.sls@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: Dowaa Al-kazzaz
Profession: MLA. Specialist i 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

Dowaa Alkazzaz, läkare, specialist i allmänmedicin
Ali Azimzadeh, läkare, specialist i allmänmedicin
Noel Afram Mikha, läkare, specialist i allmänmedicin
Stephanie Mayes, Distriktsjuksköterska
Nicole Adam, sjuksköterska

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

B: Patientmöten eller besök – Genom strukturerade möten eller besök med patienter som har hjärtsvikt (både HFrEF och HFpEF) kan vi få en bättre förståelse för deras upplevelse av diagnos, behandling och uppföljning. Under dessa möten kan vi diskutera deras kunskap om sjukdomen, eventuella svårigheter med behandlingen och hur de upplever vården.

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>

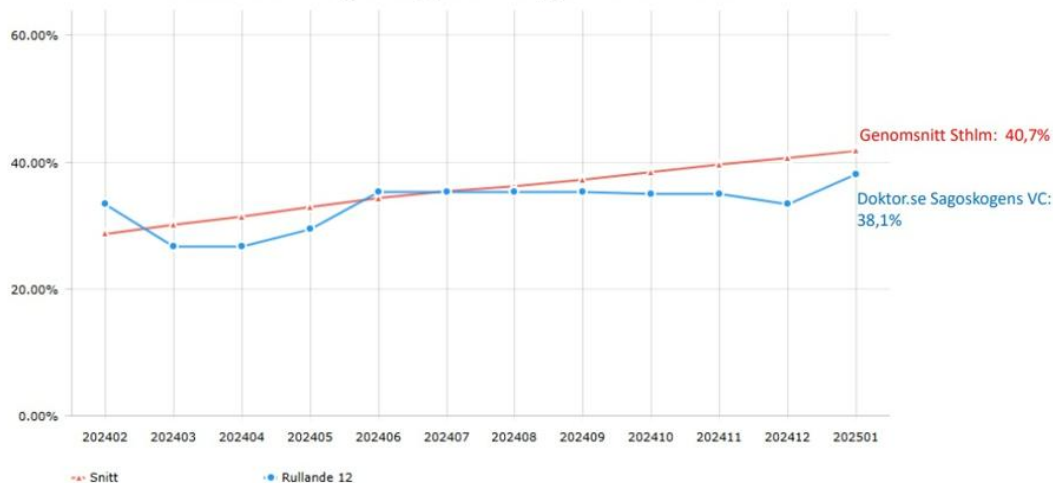
Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård från 2018 är en korrekt och specifik diagnos avgörande för optimal behandling. Vid diagnossättning av hjärtsvikt skall de specifika koderna för HFrEF (I50.1A), HFmrEF (I50.1B) och HFpEF (I50.1C) företrädesvis användas.

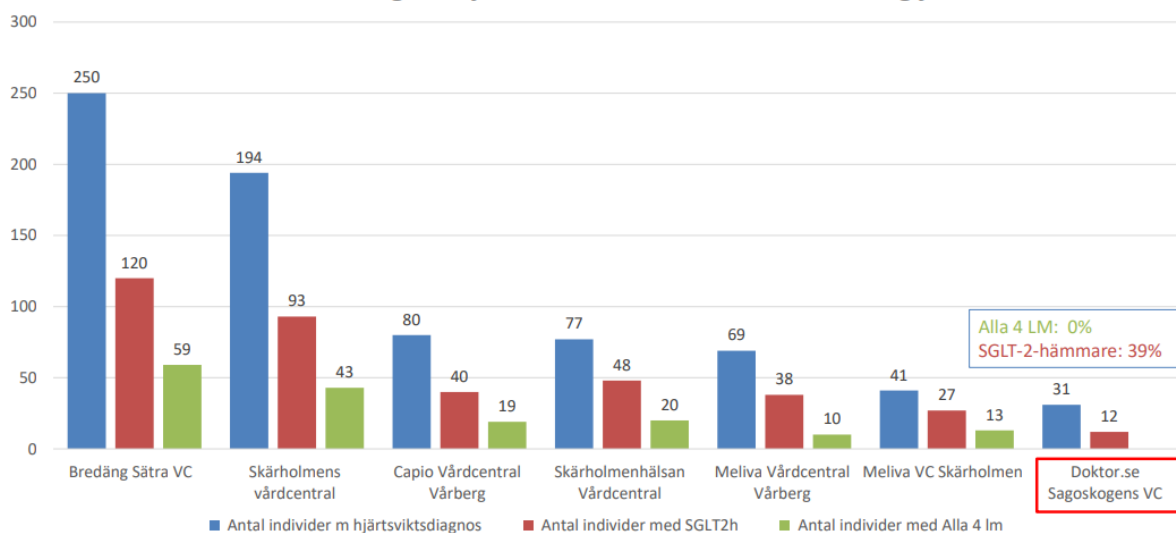
Enligt data från SAS VA presterar vi något lägre än Stockholmsgenomsnittet när det gäller registrering av specifika hjärtsviktsdiagnoser och läkemedelsbehandling. Andelen patienter med en specifik hjärtsviktsdiagnos på Sagoskogens vårdcentral är 38,1 %, medan genomsnittet i Stockholm är 40,7 %. Eftersom andelen i Stockholm redan är låg, syftar vårt förbättringsarbete inte enbart till att nå detta genomsnitt, utan till att öka andelen så mycket som möjligt. Vi strävar efter att öka följsamheten till riktlinjerna och optimera behandlingen, så att patienter med HFrEF får den rekommenderade behandlingen med samtliga fyra läkemedelsklasser – RAAS-blockad, betablockerare, MRA och SGLT2-hämmare – för att förbättra deras prognos och livskvalitet.

Hjärtsvikt, specifika diagnoser Doktor.se Sagoskogens VC, jan-dec 2024



Källa: LUD

Antal listade med diagnos hjärtsvikt och läkemedelsbehandling jan-dec 2024



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

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:

Vi strävar efter att förbättra diagnossättningen genom att minska användningen av den ospecifika diagnosen hjärtinsufficiens (I50.9) och istället registrera specifika hjärtsviktsdiagnoser.

Vi vill också öka andelen patienter med HFrEF som får basbehandling enligt riktlinjer genom insättning av samtliga fyra rekommenderade läkemedelsklasser: RAAS-blockad, betablockerare, MRA och SGLT2-hämmare.

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/verktyslada-forbattningstrappa/> <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-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 verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktyslada-patientsamverkan/>

1. Diagnossättning: Ospecifik diagnos hjärtinsufficiens I50.9 används ofta istället för mer specifika hjärtsviktskoder, vilket gör det svårt att identifiera patienter med HFrEF.

1.1: Införa riktlinjer för att aktivt omkoda I50.9 till mer specifika hjärtsviktskoder vid nästa patientkontakt: Vi går igenom hjärtsviktskoder via medrave och omkodar omkoda I50.9 till rätt diagnos. i journalen och
1.2: Identifiera patienter med HFrEF som saknar basbehandling via Medrave och SAS VA .

2. Bristande utbildningar: Låg andel patienter med specifik hjärtsvikt diagnos samt bristande kunskap kring optimal behandling av patienter med HFrEF kan bero på bristande kunskap.

2.1: Utbilda personal om korrekt ICD-10-kodning och vikten av specifik diagnos
2.2: Utbilda läkare och sjuksköterskor om farmakologisk behandling (webbutbildningar, APC utbildningar)
2.3: Utbilda AT läkare och vikarierande läkare kring Användning av ALMA-verktyget för att förbättra följsamheten till riktlinjer vid diagnostik och behandling av hjärtsvikt.

3: Bristande lokala rutiner kring handläggning av patienter med hjärtsvikt

3.1: införande av lokala rutiner på vår vårdcentral gällande behandling. Patienter ska insättas på eller få justerad behandling i väntan på besöket hos specialist hjärtmottagning. Påbörjan av behandling med basläkemedel, insättning av samtliga fyra basläkemedel helst inom fyra veckor, optimering av behandling, blodtrycksmätning hos sjuksköterskan i samråd med läkare.
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/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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med specifik hjärtsviktsdiagnos till 70%	38,1%	Mars 2025	70%	SAS VA	dec 2025
Indikator 2	Andel patienter med HFREF som får basbehandling med samtliga fyra rekommenderade läkemedelsklasser.	0%	Mars 2025	50%	SAS VA	dec 2025
Indikator 3						T.ex. dec 2025
Indikator 4						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 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 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.

Mål: Öka andelen patienter med specificerad hjärtsviktsdiagnos och säkerställa insättning av samtliga fyra rekommenderade läkemedelsklasser vid HFrEF.

Ansvariga: Läkare och sjuksköterskor på Sagoskogens vårdcentral.

Metod:

- Genomgång av journaler för att identifiera patienter med ospecifik hjärtsviktsdiagnos (I50.9) och bedöma om specifik diagnos kan ställas.
- Användning av ALMA-verktyget för att förbättra följsamheten till riktlinjer vid diagnostik och behandling av hjärtsvikt.
- Utbildning av personal kring riktlinjer och optimerad läkemedelsbehandling.
- Regelbunden uppföljning genom SAS VA och Medrave.

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

1. Standardiserad omkodning av ospecifik hjärtsvikt (I50.9)

Vad vi gjort

Vi har infört en rutin för att systematiskt identifiera patienter med diagnosen **I50.9 hjärtinsufficiens** och omkoda till specifik hjärtsviktsdiagnos (I50.1A–C) när tillräcklig information finns.

Hur vi infört det

1. En gång per månad tas en lista fram via **Medrave** över patienter med I50.9.
2. Ansvarig läkare går igenom journalerna:
 - Letar efter ekokardiografi, NT-proBNP, tidigare hjärtsviktsbedömningar.
3. Om EF finns dokumenterat:
 - EF <40 % → **I50.1A (HFrEF)**
 - EF 40–49 % → **I50.1B (HFmrEF)**
 - EF ≥50 % → **I50.1C (HFpEF)**

4. Den ospecifika koden **I50.9 tas bort** och ersätts med korrekt kod.

2. Identifiering av HFrEF-patienter utan basbehandling

Vad vi gjort

Vi har infört en rutin där vi via **Medrave** identifierar patienter med HFrEF som inte har full basbehandling.

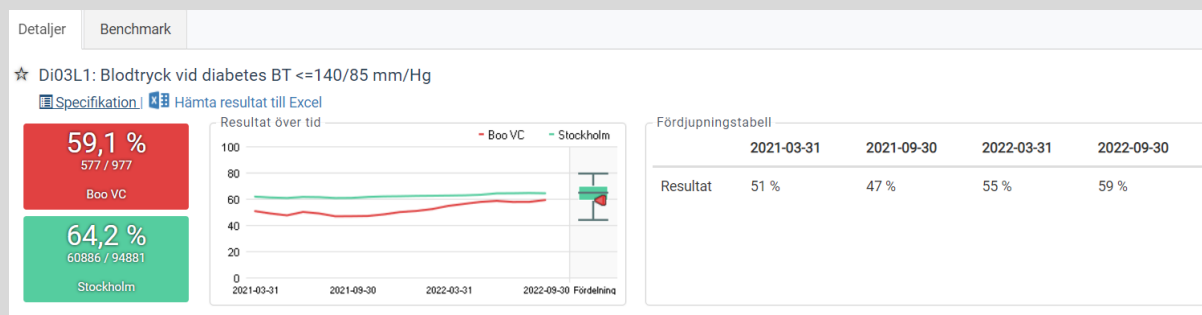
Hur vi infört det

1. Kvartalsvis tas lista fram över:
 - Alla patienter med **I50.1A (HFrEF)**.
2. Listan jämförs med läkemedelslista:
 - RAAS-blockad
 - Betablockerare
 - MRA
 - SGLT2-hämmare
3. Patienter som saknar någon eller flera av de fyra rekommenderade läkemedelsklasserna får sin journal granskad för att identifiera orsaken till att behandlingen inte är komplett (t.ex. kontraindikationer, biverkningar, njurfunktionspåverkan, hypotoni eller patientens eget ställningstagande).

Om det efter journalgranskning finns medicinskt utrymme och indikation för optimering av behandlingen, kallas patienten till läkare och/eller sjuksköterska för genomgång och insättning eller justering av läkemedel.

Patienter som redan följs av kardiolog/ hjärtmottagning lämnas för fortsatt bedömning och behandlingsoptimering där.

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:**



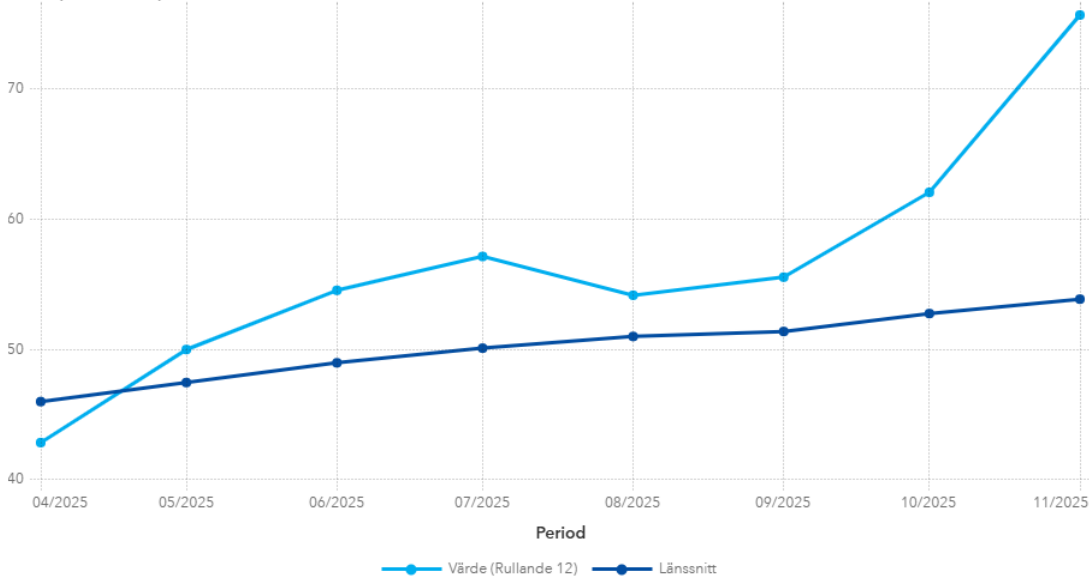
	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med specifik hjärtsvikts diagnos till 70%	38,1%	Mars 2025	70%	75,7%	SAS VA	dec 2025
Indikator 2	Andel patienter med HFrEF som får basbehandling med samtliga fyra rekommenderade läkemedel klasser.	0%	Mars 2025	50%	24,6%	SAS VA	dec 2025
Indikator 3							T.ex. dec 2025
Indikator 4							T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Gällande indikatorn 1: Vi nådde och överskred målet tack vare systematisk omkodning av I50.9 till specifika hjärtsviktskoder samt ökad utbildning av personal.

Värde/Länssnitt (Rullande 12) för valt avtal/uppdragstagare

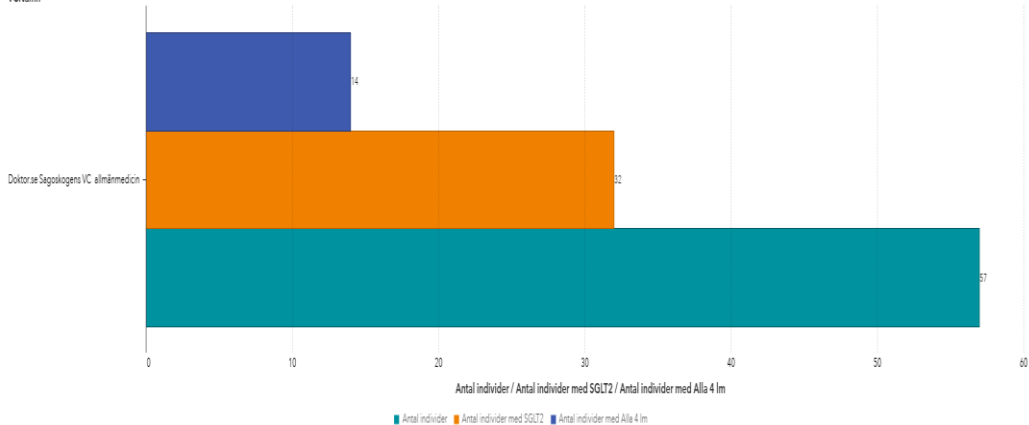
Värde (Rullande 12) / Länssnitt



Gällande indikatorn 2: Andel patienter med HFrEF som behandlas med samtliga fyra rekommenderade läkemedelsklasser har ökat och uppgår nu till 24,6 %, vilket visar att förbättringsarbetet har haft effekt.

Antal individer med hjärtsvikt, SGLT2-hämmare och alla fyra basläkemedel

VCNamn



Bilden visar antalet patienter med hjärtsvikt och deras läkemedelsbehandling:

- 57 st hjärtsviktspatienter (turkosgrön stapel, bild nr 1)
- 32 av dessa, **motsvarande 56%**, står på behandling med **SGLT-2-hämmare** (orange stapel)
- 14 av dessa hjärtsviktspatienter, motsvarande **24,6%**, **står på behandling med samtliga 4 basläkemedel (blå stapel)**

Statistiken illustrerar tydligt att vi har lyckats få fler patienter på SGLT2-hämmare, men att andelen som får full basbehandling fortfarande kan förbättras.

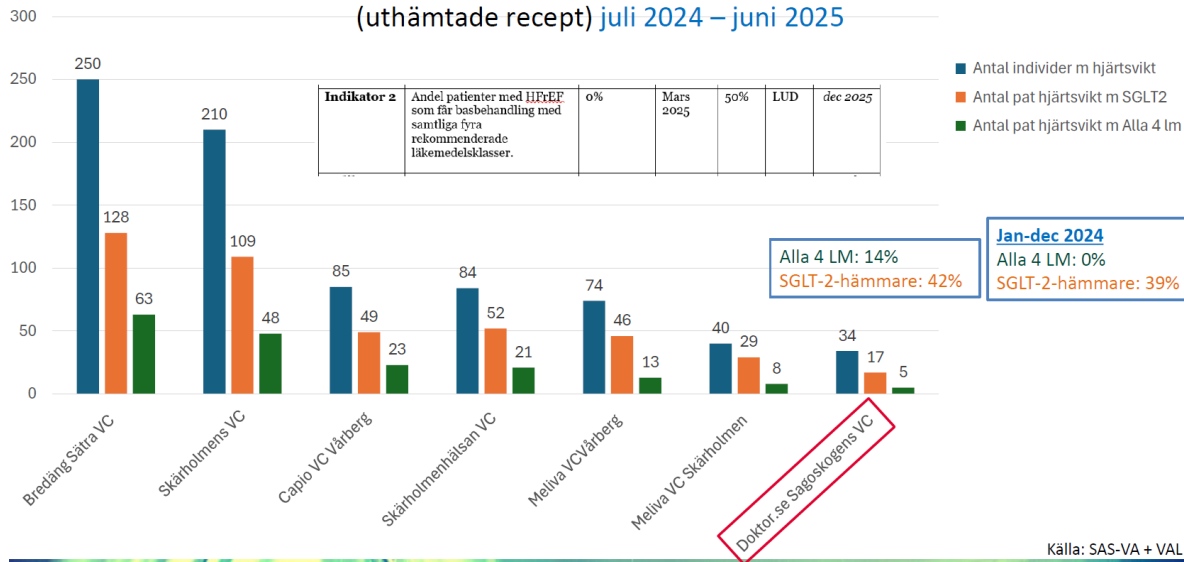
Vi ser en tydlig förbättring, även om målet på 50 % för full basbehandling vid HFrEF inte nåddes.

Efter genomgång av patientjournaler har vi noterat att behandling med alla fyra läkemedelsklasser inte alltid är möjlig, bland annat på grund av bristande följsamhet, biverkningar eller behov av individuell medicinsk bedömning vid hög ålder, kontraindikationer eller samsjuklighet. Flera patienter följs dessutom av kardiolog, som ansvarar för och optimerar läkemedelsbehandlingen, och därför har vi inte alltid möjlighet att själva justera samtliga läkemedel inom primärvården.

 Akademiskt primärvårdscentrum
REGION STOCKHOLM

Antal listade med diagnos hjärtsvikt och läkemedelsbehandling

(uthämtade recept) juli 2024 – juni 2025



Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att systematisk journalgranskning, korrekt diagnossättning och standardiserade rutiner är avgörande för att identifiera patienter med HFrEF och ge optimal behandling. Arbetet har visat tydliga förbättringar, men vi har också sett att full behandling med alla fyra läkemedelsklasser inte alltid är möjlig på grund av bristande följsamhet, biverkningar, hög ålder eller pågående uppföljning hos kardiolog med ansvar för läkemedelsbedömning.

Kontinuerlig uppföljning och ett nära samarbete mellan primärvård och kardiologi är avgörande för långsiktigt hållbara förbättringar.

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?

Vi har använt information från patienter, bland annat via journalgranskning och samtal, för att förstå hinder för full basbehandling. Patienterna har fått diskutera behandling, biverkningar och följsamhet, och därigenom ökat sin delaktighet och förståelse för vården.

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.

Vi kommer fortsätta sätta rätt diagnoskod på patienter med hjärtsvikt för att förbättra behandling och öka patientsäkerheten. Personal kommer fortsatt utbildas om riktlinjer och läkemedelsbehandling, och vi samarbetar med kardiolog för att optimera behandling och utveckla förbättringarna. Arbetssättet ska bli en rutin i vår vårdcentral för att säkerställa långsiktiga positiva resultat.

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.