

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Hjärtsvikt

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Solna HLM i Frösunda	Namn på er Informationsapotekare <b>Niss Maria Arthursson</b>
Verksamhetschef Marianne Hanna	Verksamhetschefens e-post Marianne.hanna@solnahlm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Marianne.hanna@solnahlm.se	Kontaktpersonens e-post Marianne.hanna@solnahlm.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.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 [forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.sls@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: Marianne Hanna
Profession: Verksamhetschef Solna HLM i Frösunda

**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: Julia Massoud ST-läkare  
Edward Nachid, DL  
Elisabeth Di Francesco, DSK

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

B: Vi planerar att intervjua 2-4 av våra hjärtsviktspatienter gällande deras förståelse för diagnosen, insikt om vikten av compliance till de olika medicinerna, kännedom kring alarmsymtom på försämring som föranleder kontakt med vården (svullna ben, viktuppgång).

### **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 är en sjukdom med hög mortalitet och som ger mycket lidande för patienten. Vi vill fortsätta att utveckla vår hantering av dessa patienter för att optimera behandlingen och höja deras livskvalitet. Vi tror att det finns förbättringspotential gällande både diagnostisering av hjärtsvikt och vården av patienter med hjärtsvikt på Solna HLM i Frösunda.

Prevalensen beräknas nu till 0,3% vilket är lägre än Stockholmssnittet på 1%. En orsak kan vara att en del av våra patienter har diagnosen hjärtsvikt satt i specialistvården men att den inte har kommit med i diagnossättningen på vårdcentralen. Vi tror att det kan finnas fler med diagnosen hjärtsvikt hos oss.

Via Medrave framkommer det att andelen patienter med hjärtsvikt som står på 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser är låg på 14,3% jämfört med Stockholmssnittet på 48,6%.

### **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.

<p><b>Mål (Vad vill ni uppnå?)</b></p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?  Länk till "Målformulering": <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a>  <b>Formulera här era mål:</b></p>	
<p>Vi vill öka registrering med ICD diagnos av patienter på vår vårdcentral med hjärtsvikt. Vi vill dessutom öka upptäckten av patienter med underliggande hjärtsvikt, alltså öka nydiagnostiseringen av dessa patienter. Vi vill därefter öka andelen patienter med registrerad hjärtsviktsdiagnos som står på alla 4 rekommenderade behandlingar enligt de senaste riktlinjerna. Detta för att optimera handläggningen av dessa patienter och därmed förebygga långsiktiga komplikationer av sjukdomen, förbättra livskvaliteten och förlänga livslängd.</p> <p>Syfte med detta arbete att ge bra vård genom att omhändertagande och behandling av hjärtsviktpatienter. Ge bättre livskvalitet genom att ge rätt optimal behandling och rehabilitering</p>	
<p><b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b></p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p>	<p><b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b></p> <p>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: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/</a></p>
<p>1: Stor andel barn och unga vuxna bland våra listade patienter, hög socioekonomisk status, god insikt hos våra äldre patienter om vikt av fysisk aktivitet, god compliance till uppföljning/behandling av hjärtkärl-sjukdomar och därmed få patienter med hjärtsvikt eller uttalade sviktssymtom</p>	<p>1.1: Fråga efter klassiska hjärtsviktssymtom hos patienter med hjärtkärlsjukdom eller hypertoni för att filtrera fram patienter med hjärtsvikt trots lindrig symtombild</p>
<p>2: Initial registrering av hjärtsviktsdiagnos på privata eller specialistkardiologiska enheter med uppföljning/behandling/receptförnyelse via dem varför ny registrering av diagnos samt signering av hjärtsviktsmediciner via vårdcentralen är bristfällig</p>	<p>2.1: Kontrollera att hjärtsviktsdiagnosen är registrerad på vårdcentralen och vid behov registrera den på nytt vid besöket samt signera läkemedelslista vid läkemedelsgenomgång  2.2: Informationsmöten för läkare om vikt av registrering av hjärtsviktsdiagnos.  2.3: Bokar utbildningsföreläsning om hjärtsvikt via APC:s informationsläkare Ibrahim Alshamani 15/5</p>
<p>3: Bristande information från vårdgivare till patienter om vikt av tills vidare medicinering med samtliga 4 rekommenderade behandlingar, många patienter missuppfattar hjärtsviktsmediciner som enbart blodtryckskontrollerande mediciner varför de</p>	<p>3.1: Förtydligande av funktionen av samtliga 4 hjärtsviktmediciner för den långsiktiga prognosen, information om nytta vs biverkningar med mediciner för att öka compliance.  3.2: Start av Apodos för äldre multisjuka patienter med många mediciner för att</p>

självmant sätter ut dessa om blodtrycket är välkontrollerat.

underlätta tillägg av hjärtsviktsmediciner och därmed öka compliance och förebygga egen utsättning av hjärtsviktsmediciner.

### 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/verktyglada-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 snabbspirometriker 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). Självkänt 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometriker per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med hjärtsvikt på Solna HLM (prevalens)	0,3	20250101	0,5	Med-rave	20251231
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser	14,3%	20250101	30%	Med-rave	20251231
<b>Indikator 3</b>						
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						

### 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 flikarummet, 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.*

Planen är att vi först ska informera all personal på vårdcentralen om kvalitetsarbetet och att fokus närmaste året kommer vara på våra hjärtsviktpatienter vad gäller diagnossättning och korrekt behandling.

Därefter kommer vi ta kontakt med 2-4 av våra kända hjärtsviktpatienter för att involvera de också via intervju enligt beskrivningen ovan.

Vi har via Medrave tagit fram listan med alla patienter med hjärtsvikt på Solna HLM. Vi kommer under årets gång fördela dessa patienter på ansvariga läkare för läkemedelsgenomgång, insättning av hjärtsviktsmediciner som fattas och bokning av informativt uppföljningsbesök.

Vi funderar dessutom på att eventuellt ordna med ett PM med patientinformation (definition av diagnosen, funktionen av de olika rekommenderade medicinerna, alarmsymtom som föranleder justering av vid behovs medicin alternativt kontakt med vården).

Under årets gång kommer vi ordna en föreläsning av läkare på APC med fokus hjärtsvikt som undervisningstillägg till personalen.

**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](mailto: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

Under projektstarten bokade vi in en föreläsning från Ibrahim Alshamani från APC om hjärtsvikt där han gick igenom sjukdomens patofysiologi, diagnostik, klassificering, behandling och uppföljning. Vi informerade samtliga kollegor på vårdcentralen om projektet på våra APT möten och uppmuntrade sköterskor att uppmärksamma hjärtsviktssymtom samt att boka in patienter med för uppföljningar hos läkare med genomgång av klinik och behandling.

Vi började med att söka på alla patienter med hjärtsvikt som är listade på vår vårdcentral via Medrave. Vid första sökningen i februari beräknades 31 patienter, vid andra sökningen i april 35 patienter och vid tredje sökningen 39 patienter.

Därefter exporterade vi patientlistorna från Medrave till Microsoft Excel. Patienterna fördelades till respektive ansvariga läkare som sen kompletterade excelfilen med följande information för varje patient:

- Vilka hjärtsviktsdiagnoser som var registrerade på vårdcentralen.
- Vilka hjärtsviktsdiagnoser som var registrerade på externa enheter.
- Beräknad EF på äldre samt senaste EKO-undersökningar.
- Vilka rekommenderade läkemedelsklasser mot hjärtsvikt som var aktuella i läkemedelsmodulen i Take Care eller i Pascal (SGLT2-hämmare, betablockerare, ACE-hämmare/ARB, MRA).

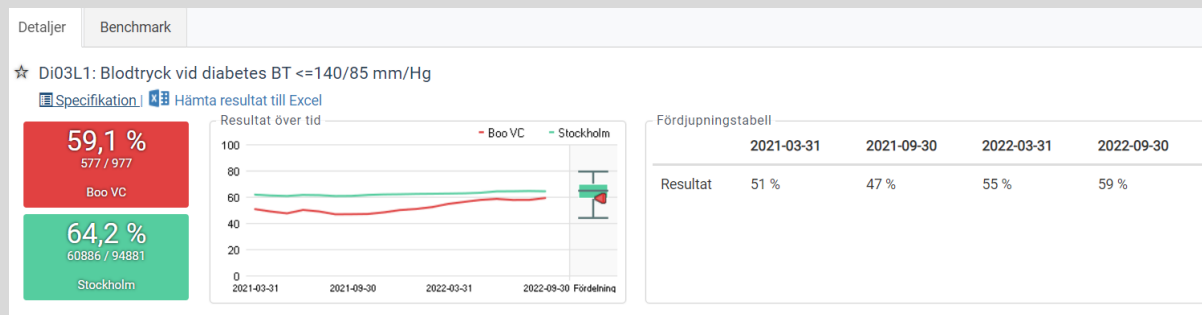
Efter det sållade varje läkare ut de patienter som inte stod på alla 4 rekommenderade läkemedelsklasser mot hjärtsvikt. Dessa patienters journaler granskades efter journalförda anledningar till att alla 4 mediciner inte var insatta/aktuella. Vi fann flera olika förklaring till suboptimal hjärtsviktmedicinering bland dessa patienter:

- Hög ålder > 100.
- HFpEF-diagnos där riktlinjerna inte är insättning av 4 läkemedelsklasser.
- Felregistrerad diagnos.
- Biverkningar inklusive hypotoni, akuta kräkningar med njursvikt, fall av tidigare utprovade hjärtsviktsmediciner.
- Aktivt val av hjärtläkare att avstå hjärtsviktmedicinering pga sekundär hjärtsvikt som spontant återhämtat sig efter behandling av primärt sjukdomstillstånd.

De patienter där ingen förklaring till suboptimal hjärtsviktsmedicinering kunde hittas blev kallade av deras ansvariga läkare till ett återbesök för ställningstagande till och optimering av läkemedelsbehandlingen. I vissa av fallen kunde fler hjärtsviktsmediciner inte sättas in återigen pga liknande anledningar som ovan:

- Hög ålder där patienterna själva avböjde ytterligare mediciner då de inte ansåg att livsförlängning eller prognosförbättring var något att eftersträva.
- Problematisk polyfarmaka med risk för biverkningar/läkemedelsinteraktioner.
- Redan lågt blodtryck med risk för ytterligare hypotoni med fall.
- patienterna skeptiska till ytterligare mediciner då
- Totalt antal ca 40, > 100 år 2 st risk för biverkningar, 90-100 år, 75-90 år, <75 år.

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:**



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	<b>Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Resultat</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med hjärtsvikt på Solna HLM (prevalens)	0,3	250101	0,5	0,3	Medrave	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser	14,3	250101	30%	94,1%	Medrave	T.ex. dec 2025, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 3</b>							T.ex. dec 2025
<b>Indikator 4</b>							T.ex. dec 2025
<b>Indikator 5</b>							T.ex. dec 2025

**Övriga kommentarer:**

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har ökat kunskapsnivån kring hjärtsvikt i berörda personalgrupper under det här året. Dels genom den föreläsning som hållits men också genom att vid flera tillfällen under året haft genomgångar och diskussioner kring diagnossättning och den nya typen av kategorisering inom diagnosen, läkemedelsbehandling och uppföljning.  
Vi har lärt oss att det är viktigt att signera och uppdatera läkemedelista till våra patienter när man gör läkemedelsgenomgång en gång om året.

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 involverades dels vid deras besök, där de blev informerade om de nya behandlingsvägledningarna samt fick möjlighet att påverka 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.

Vi kommer att fortsätta kalla hjärtsviktpatienter till sin läkare för en årlig genomgång vilket är en trygghet både för patienten och läkaren.

Ett positivt resultat som uppnåtts tack vare detta arbete är att vi har skapat en lista i TakeCare, vilket har gjort det enkelt för oss att följa upp våra patienter i framtiden. Vi kommer att registrera vilken typ av hjärtsvikt (HF<sub>r</sub>EF, HF<sub>m</sub>rEF eller HF<sub>p</sub>EF) patienterna har så att det blir tydligare och lättare att fastställa vilken behandling patienten bör få enligt Viss. De tydligare rutinerna kommer att öka patientsäkerheten och bidra till att sätta ökat fokus på en patientgrupp.

**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 [forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se](mailto: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.