

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: *Hjärtsvikt*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Täby Kyrkby Husläkarmottagning	Namn på er Informationsapotekare Lena Isaac
Verksamhetschef Andreas Lenander	Verksamhetschefens e-post andreas.lenander@primavard.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Klara Wester	Kontaktpersonens e-post klara.wester@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.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: Klara Wester 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

Klara Wester, ST-läkare  
Johanna Hanken, specialist i Allmänmedicin  
Kajsa Elfström, medicinsk sekreterare, särskilt insatt i MedRAVE  
Goli Taghizadeh Monemi, distriktssjuksköterska

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

B: Information om arbetet och uppmuntra till synpunkter och patientperspektiv via digitala skärmar i väntrum samt i samband med patientkontakt.

### **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.**

*Täby Kyrkby Husläkarmottagning är en vårdcentral med i dagsläget 11450 listade patienter, beläget i ett socioekonomiskt stabilt område. Genom åren har vi överlag haft goda resultat både avseende behandling och uppföljning av våra folksjukdomar samt vad gäller patientnöjdhet. Inför årets kvalitetsarbete har vi blivit uppmärksammade på att det finns förbättringspotential avseende omhändertagandet av våra hjärtsviktpatienter, både vad gäller diagnostik och behandling. Utifrån aktuella siffror via PrimärvårdsKvalitet har vi i dagsläget en förekomst av diagnosen hjärtsvikt på 0,8% jämfört med 1,4% i hela riket samt 1% för Stockholm. Därtill står endast 5/16 av våra HFrEF-patienter på behandling med minst 3 av 4 av Socialstyrelsen rekommenderade läkemedel.*

*Då hjärtsvikt är en generellt underdiagnostiserad kronisk sjukdom med hög morbiditet och mortalitet, ser vi att det finns goda skäl att under det kommande året sätta denna diagnos under vår lupp och ta ett helhetsgrepp i frågan. Vi ämnar med det här kvalitetsarbete öka vår egen likväl som patienternas medvetenhet och kunskap om hjärtsvikt. Vår förhoppning är att därigenom bli bättre på att ställa korrekt diagnos på befintliga hjärtsviktpatienter, öka andelen nydiagnostiserade samt optimera omhändertagandet inklusive den farmakologiska behandlingen för dem med befintlig diagnos.*

**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:**

Målet med årets kvalitetsarbete är att öka kunskapen och medvetenheten kring diagnosen hjärtsvikt bland oss i personalen likväl som hos patienterna. Med detta hoppas vi kunna ställa tidig och korrekt diagnos på våra patienter samt erbjuda ett gott och evidensbaserat omhändertagande, detta för att uppnå förbättrad livskvalitet för patienten samt förhindra för tidig död.

**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/>

1: Behov av ökad medvetenhet kring diagnosen hjärtsvikt och aktuella behandlingsriktlinjer.

2: Diagnos via annan vårdgivare. Ospecifik diagnos.

Många av våra patienter med hjärtsvikt har fått sin diagnos via annan vårdgivare och vår uppfattning är att diagnosen inte alltid medföljer i våra diagnoslistor. Många av våra hjärtsviktspatienter idag en specifik hjärtsviktsdiagnos.

3: Komplexa patienter, kontraindikationer för fullbasbehandling.

Patienterna med diagnos HFrEF är i många fall multisyuka och komplexa patienter där fullbasbehandling inte alltid är tillämpligt och många gånger följs patienten rb via annan vårdgivare.

**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/>

1.1: Internutbildning på mottagningen med genomgång av typiska kliniska fynd, aktuella riktlinjer och behandlingsåtgärder vid hjärtsvikt  
1.2: Diskussion på temat hjärtsvikt vid minst 3 tillfällen i samband med läkarmöten på mottagningen  
1.3: Ökad patientmedvetenhet genom exv patientbroschyr/information på digitala skärmar.

2.1: Gemensamt ta fram ett strukturerat arbetssätt vid omhändertagande av patienter med hjärtsvikt/misstänkt hjärtsvikt för att säkerställa korrekt diagnos.

3.1: Strukturerad genomgång av befintliga patienter som erhållit diagnos HFrEF. Finns aktuell vårdkontakt på kardiologmottagning?  
Kontraindikationer för full basbehandling?  
3.2: Kallelse för läkarbesök av aktuella patienter för kontroll och läkemedelsgenomgång

### 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.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier 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>	<i>Förekomst av diagnos hjärtsvikt (prevalens)</i>	0,8%	2025-01-27	0,9%	PvK	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser *</i>	31,2% (5/16)	2025-01-27	50%	PvK	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos som behandlas med SGLT-2 hämmare</i>	27%	2025-01-27	50%	M4	<i>Dec 2025</i>

### Kommentar (valfritt):

*\*korrekt behandling förutsätter korrekt och specifik hjärtsviktsdiagnos varför detta kommer att vara ett indirekt utfallsmått som vi också ämnar följa och arbeta aktivt med under projektets gång*

### 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?

- I början av året: internutbildning med genomgång av symptomatologi, diagnostik och omhändertagande inkl aktuella farmakologiska behandlingsriktlinjer.
- Gemensamt ta fram ett arbetssätt för handläggning vid misstänkt hjärtsvikt, både utifrån läkar- och ssk-perspektiv. Med hjälp av AI-verktyg (ALMA) informera ordinarie husläkare om exv SGLT-2 hämmare saknas.
- Vid upprepade tillfällen under året i samband med läkarmöten lyfta ämnet inklusive utmaningar med diagnostik och behandling på gruppnivå likväl som på patientnivå.
- Implementera screening på ssk-mottagning inkl besök gällande vanlig samsjuklighet såsom KOL och diabetes.

**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

Vi inledde projektet med diskussioner på ämnet hjärtsvikt på personal- och läkarmöten, detta för att få en uppfattning om det aktuella kunskapsläget i personalgruppen samt fånga upp förslag på hur vi kan arbeta och kommunicera bättre kring dessa patienter. I början av året höll ST-läkaren tillika ansvarig för kvalitetsarbetet en föreläsning för hela personalgruppen om hjärtsvikt och aktuella behandlingsriktlinjer som efterföljdes av en diskussion.

Vi enades i en rutin där sjuksköterskor ska ha låg tröskel att, utifrån algoritmen GENAST, kontakta husläkare (HL) om misstanke om hjärtsvikt föreligger och att provtagning med NT-ProBNP vid indikation kan läggas in i HLs namn.

Vi införde en ny rutin där samtliga i personalstyrkan som hanterar patienter i journalsystemet inkl sekretariatet ska skriva ett kort internmeddelande till HL när AI-verktyget Alma larmar om avsaknad av hjärtsviktsdiagnos och SGLT-2-hämmare.

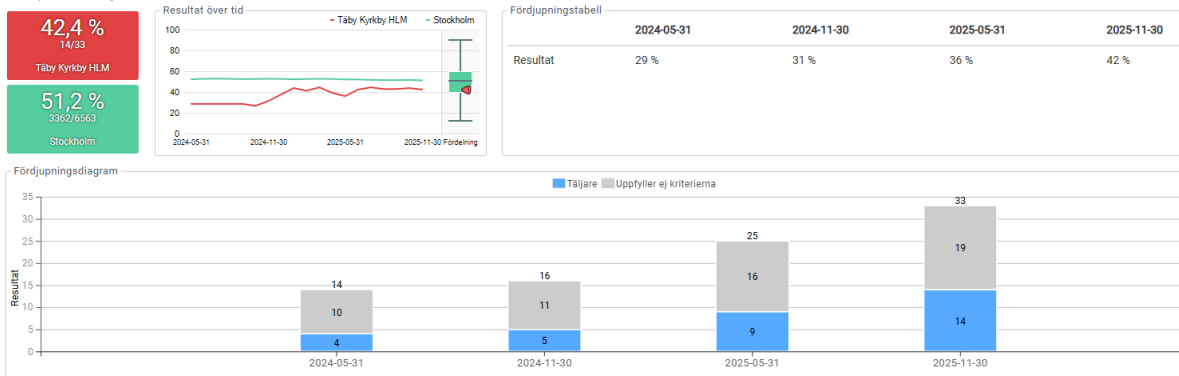
Under året har läkargruppen vid upprepade tillfällen diskuterat på temat hjärtsvikt samt kring specifika patienter. Specialisterna i läkargruppen har fått utdrag på sina aktuella patienter som saknar full basbehandling/SGLT-2 och har haft möjlighet att agera därefter.

## 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:**

★ HJ02: Andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser

Specifikation | Hämta resultat till Excel



	<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>	<i>Förekomst av diagnos hjärtsvikt</i>	0,8%	2025-01-27	0,9%	0,7%	PvK	2025-12-23
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med HFrEF som behandlas med minst 3 av 4 rekommenderade läkemedelsklasser *</i>	31,2% (5/16)	2025-01-27	50%	42,4 (14/33)	PvK	2025-12-23
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos som behandlas med SGLT-2 hämmare</i>	27%	2025-01-27	50%	41%	M4	2025-12-23

### Övriga kommentarer:

\*förutsätter att patienterna har specifik hjärtsviktsdiagnos (HFrEF i detta fall) vilket vi arbetat med under året. Antalet patienter med diagnos HFrEF har ökat från 16 till 33 patienter.

I övrigt kan konstateras att siffrorna som går att få fram via MedRave/PrimärvårdsKvalitet inte stämmer fullt ut när man granskar individuella journaler och läkemedelsmoduler. Detta har blivit särskilt tydligt vid granskning av patienter med diagnos HFrEF och deras aktuella sviktmedicinering, vilken vid granskning av samtliga enskilda patienter, ter sig närmast fullständig om än med några enstaka undantag där full basbehandling är kontraindicerat. Många av de patienter som ej uppfyller kriterierna enl indikator 2 följs via kardiologmottagning och står på specialistpreparat såsom Entresto.

Andelen med hjärtsviktsdiagnos UNS har, trots pågående projekt, sjunkit både procentuellt samt i reella tal. I maj hade antalet patienter med hjärtsviktsdiagnos ökat för att därefter sjunka med totalt 9 patienter fram till årsskiftet. Bortfallet förklaras troligt med dödsfall i patientgruppen alternativt omlistningar. Samtidigt har det totala antalet listade patienter på mottagningen ökat något.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att ett gott samarbete och kommunikation i personalgruppen samt kontinuerlig fortbildning och framförallt diskussioner på arbetsplatsen leder till en ökad medvetenhet kring specifika tillstånd och förbättrar korrekt diagnostik såväl som behandling för i detta fall hjärtsviktpatienter.

Vi tar med oss att det är svårt att följa och dra slutsatser av prevalensen av ett tillstånd i en viss befolkning då underlaget, av sin natur, är under ständig förändring. För att få en mer sann bild av den totala förekomsten av hjärtsvikt, och särskilt varför denna sjunkit under året, hade vi behövt följa patientgruppen på individnivå vilket vi har avstått ifrån i det aktuella projektet. Vi är samtidigt nöjda med att kunna konstatera en ökad prevalens av specifika hjärtsviktsdiagnoser.

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?

Med ökad kunskap hos personal och förskrivande läkare kring diagnos, prognos och *syftet* med aktuell behandlingsstrategi kan patientens förståelse för diagnosen samt följsamhet till behandling öka. Omvänt gäller att lyhördhet för patientens egen erfarenhet av diagnosen, aktuella symptom och ev biverkningar av insatt behandling är centralt för att fullgod vård och följsamhet till behandling ska vara möjligt.

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 ämnar fortsätta arbeta aktivt med våra hjärtsviktpatienter med målsättning att ytterligare öka andelen med specifik hjärtsviktsdiagnos samt tillse optimal behandling för dessa patienter.

### **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](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.