

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: **Hjärtsvikt**

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Ursviks Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Maria Artursson
Verksamhetschef Emad Issa	Verksamhetschefens e-post emad.issa@kringlansvardcentrum.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet William Osika, Hani Tavakoli	Kontaktpersonens e-post William.osika@gmail.com , Tavakolihani@hotmail.com

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 arbetssätt). 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: William Osika, Hani Tavakoli
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

William Osika och Hani Tavakoli: ST-läkare. Donna Kouki: distriktssjuksköterska

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

Vi skulle kunna fråga patienterna på årskontroller hur de tycker att deras hjärtsviktsuppföljning sköts och om de har något önskemål om ändrat upplägg.

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 ett underdiagnostiserat tillstånd där korrekt och tidigt insatt behandling kan förbättra prognos både avseende överlevnad men också symtomrelaterad livskvalitet. I Stockholm har vi en prevalens på 2% (VISS.nu 2025-02-17). På genomgång med vår informationsapotekare Maria Artursson såg vi att endast 0.3 procent av patienter listade hos oss hade diagnosen hjärtsvikt. Vid kontroll mot journalanteckningar verifierades att diagnosregistreringarna i Medrave motsvarade aktuell klinisk status. Detta kan delvis förklaras av att vi har en yngre patientgrupp men ej helt och hållet. Vi såg även att endast 54% av de med någon diagnos av hjärtsvikt hade specificerat HFrEF, HFmrEF och HFpEF, något som är viktigt då det avgör vilken behandling de kan få (VISS.nu hjärtsvikt 2025). Vi såg dessutom att endast 50% av patienterna med HFpEF hade SGLT-2 hämmare och 60% av patienter med HFrEF har ¾ rekommenderade läkemedel.

Vi vill upptäcka fler odiagnosticerade hjärtsviktspatienter.

Vi vill förbättra precision i diagnossättning då det avgör vilken behandling patienterna kan få.

Vi vill förbättra följsamheten till riktlinjer avseende farmakologisk behandling av hjärtsvikt.

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-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Mål 1: Öka andelen patienter med specificerad hjärtsviktsdiagnos (HFrEF, HFmrEF, HFpEF) från 54% till minst 90% fram till december 2025.

Mål 2: Öka andelen patienter med HFrEF som har 3-4 indicerade läkemedel från 60% till minst 75% fram till december 2025, samt andelen patienter med HFpEF som har SGLT-2-hämmare från 50% till minst 75% fram till december 2025.

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/>

1: En orsak till lägre prevalens än Stockholm i stort kan vara att en del av våra patienterna har diagnosen hjärtsvikt satt i specialistvården men att den inte har kommit med i diagnossättningen här på vårdcentralen Vi tycker ändå att vi borde kunna öka diagnossättningen ytterligare till gagn för våra patienter så att de får större möjlighet till adekvat behandling.
2: Många läkare på vårdcentralen använder fortfarande diagnosen I509 - Hjärtinsufficiens, ospecificerad.

2.1: En orsak till att flera patienter med HFmrEF och HFpEF ej får korrekt behandling kan vara att patienterna har fått för mycket eget ansvar för att boka återbesök.
2.2: I flera fall vet vi inte om patienter med hjärtsvikt får rätt behandling då cirka hälften av dessa saknar specificerad hjärtsviktsdiagnos.

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: Vi avser att skapa ett PM för hjärtsviktsdiagnostik och gå igenom detta med berörda personalkategorier vid 2 tillfällen under året.

2.1: Vi avser att starta en hjärtsviktsmottagning samt väntelista för hjärtsviktspatienter.
2.2: Vi avser att skapa ett PM för hjärtsviktsdiagnostik och gå igenom detta med berörda personalkategorier vid 2 tillfällen under åren.
2.3: Vi avser att skapa en hjärtsviktsmapp i TakeCare med rekommenderade prover vid hjärtsvikt.
2.4: För att säkerställa kontinuitet planerar vi upprepade utbildning för nya läkare/AT/ST två gånger per år vid APT-möten.

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. Medr-ave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Förhållandet Specificerad diagnos/totalt antal hjärtsviktsdiagnoser</i>	54%	2023-07-31 Till 2025-01-31	90%	Medr-ave	Dec 2025
Indikator 2	<i>Andelen patienter med HFmrEF som har alla 3-4 indicerade läkemedel.</i>	60%	2023-07-31 Till 2025-01-31	75%	Medr-ave	Dec 2025
Indikator 3	<i>Andelen patienter med HFpEF som har SGLT-2 hämmare.</i>	50%	2023-07-31 Till 2025-01-31	75%	Medr-ave	Dec 2025
Indikator 4	<i>Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos på vårdcentralen (prevalens)</i>	0.3%	2023-05-10 Till 2025-02-09	0.35%	Medr-ave	Dec 2025

Kommentar (valfritt):

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?

1. Tillsammans med ssk Donna går vi idag igenom alla patienter med hjärtsvikt och lägger till dem på en nyskapad väntelista.
2. Idag påbörjar vi ett PM för hjärtsvikt och en kort föreläsning om detta inför nästa APT.
3. Idag skriver vi förslag till prover som bör ingå i en hjärtsviktsmapp.

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

Genomgång 30/7 -2025

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometri per vecka	Nuläge = (% eller antal)	Datum/period för start-läge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medr-ave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Förhållandet Specificerad diagnos/totalt antal hjärtsviktsdiagnoser</i>	69%	2023-07-31 Till 2025-07-30	90%	Medr-ave	Dec 2025
Indikator 2	<i>Andelen patienter med HFmrEF som har alla 3-4 indicerade läkemedel.</i>	75%	2023-07-30 Till 2025-07-30	75%	Medr-ave	Dec 2025
Indikator 3	<i>Andelen patienter med HFpEF som har SGLT-2 hämmare.</i>	100%	2023-07-31 Till 2025-07-30	75%	Medr-ave	Dec 2025
Indikator 4	<i>Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos på vårdcentralen (prevalens)</i>	0.3%	2023-05-10 Till 2025-07-30	0.35%	Medr-ave	Dec 2025

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?

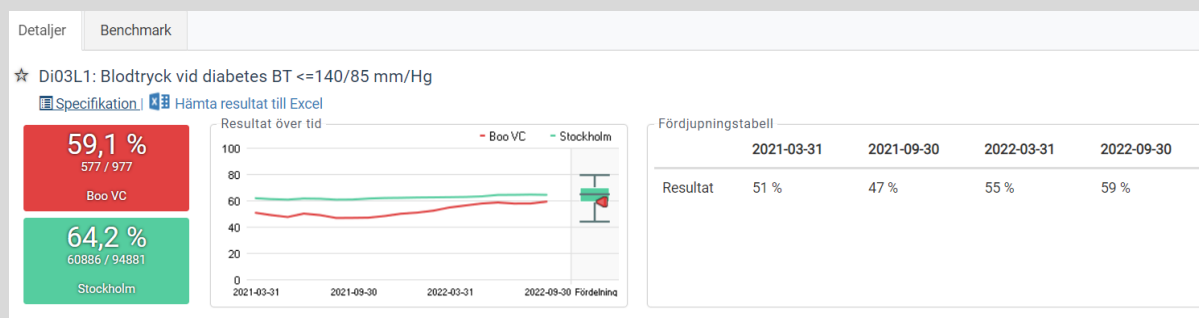
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

De förbättringsidéerna vi testade var:

1. Föreläsning om hjärtsvikt inom primärvården av kardiolog, följt av repetition av take-home-meddelanden vid senare APT-möte.
2. PM för hjärtsviktsdiagnostik baserat på VISS.nu 2025, presenterat vid två APT-möten för alla berörda yrkesgrupper.
3. Väntelista för hjärtsviktpatienter skapad i TakeCare (ansvarig: Donna Kouki), med garanterade återbesök.
4. Hjärtsviktsmapp i TakeCare med rekommenderade prover (NT-proBNP, eGFR, elektrolyter) vid misstanke 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	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	<i>Förhållandet Specificerad diagnos/totalt antal hjärtsviktsdiagnoser</i>	54%	2023-25-11-26 Till 2025-11-26	90%	73%	Med-rave	2025-11-26
Indikator 2	<i>Andelen patienter med HFmrEF som har alla 3-4 indicerade läkemedel.</i>	60%	2023-25-11-26 Till 2025-11-26	75%	80%	Med-rave	2025-11-26
Indikator 3	<i>Andelen patienter med HFpEF som har SGLT-2 hämmare.</i>	50%	2023-25-11-26 Till 2025-11-26	75%	78%	Med-rave	2025-11-26
Indikator 4	<i>Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos på vårdcentralen (prevalens)</i>	0,3%	2023-25-11-26 Till 2025-11-26	0,35%	0,3%	Med-rave	2025-11-26

Övriga kommentarer:

- Av patienter med HF_{re}EF har nu 100% 3/4 rekommenderade läkemedel (ökat från 60%).
- 36% av patienter med ospecificerad hjärtsviktsdiagnos har nu 3/4 läkemedel (före: okänt).
- Prevalensen oförändrad (0,3%) bedöms bero på yngre patientunderlag och låg incidens i Ursviksområdet, trots förbättrad diagnostik av befintliga fall.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att en mer strukturerad handläggning av patienter kan leda till att flera patienter får korrekt medicinering. Att det ofta är bra att repetera information som man vill ska retineras. Att en förändring kan relativt snabbt ge goda resultat. Vi har också lärt oss att använda MedRave effektivt för kontinuerlig uppföljning.

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?

Vårt arbete medför att patienter som annars riskerar att bli undanträngda får garanterade återbesök och möjlighet att lyfta sina egna funderingar och frågor. Genom planerade återbesök har de själva sannolikt större möjlighet att lyfta det som de själva upplever som viktigast, utan att behöva fokusera på något akut eller att man som läkare "Behöver släcka bränder".

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 har som avsikt att fortsätta med vård väntelista för hjärtsvikt då det är viktigt då denna patientkategorier är skör och har statistiskt dålig prognos. Om vi ånyo ser att vår statistik försämras planerar vi en repetition av informationen kring hjärtsvikt.

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.