

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: Kronisk njursjukdom

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Värmdö VC	Namn på er Informationsapotekare
Verksamhetschef Andrzej Sloma	Verksamhetschefens e-post andrzej.sloma@ptj.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Fredrik Jansson	Kontaktpersonens e-post fredrik.jansson@ptj.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.slso@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.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se)

**Radera EJ text i grå fält.**

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Fredrik Jansson
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

A: Fredrik Jansson ST-läkare. Rebecca Martin distriktsläkare. Ann Palvall sjuksköterska

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

B: Individuell patientutbildning

### **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 med olika klassifikationer finns med olika behov och rekommendationer angående läkemedel där det relativt nyligen uppdaterats avseende SGLT2i oavsett EF. Utifrån det se över dagens patientstock och öka andelen insatta på SGLT2i samt säkerställa framtida behandling för nydiagnosticerade. Således få en tydligare bild av patientgruppen samt förbättra förutsättningarna för uppföljning och adekvat behandlingen för patienterna genom att tydliggöra resultat från hjärteko, NTproBNP samt fördelning av rekommenderade läkemedel. Huvudsyftet är optimal behandling till varje enskild patient för bättre livskvalité.

### **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.

SGLT2i-behandling vid 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/verkttygslada-forbattringstrappa/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkttygslada-forbattringstrappa/>

**Formulera här era mål:**

Ökad andel patienter med hjärtsviktsdiagnos insatta på SGLT2i  
 Ökad andel patienter med hjärtsviktsdiagnos med journalförda diagnostik med hjärteko, NTproBNP samt NYHA-klass  
 Införa systematiskt arbetssätt för att bibehålla den höga andel patienter med hjärtsviktsdiagnos insatta på SGLT2i som övriga mål syftar till

### 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/>  
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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: Relativt nya riktlinjer gällande behandling av hjärtsvikt

1.1: Utbildning avseende nya riktlinjer till alla professioner  
 1:2 Lokal rutin för uppföljning av hjärtsvikt

2: Journalför inte hjärteko eller NYHA-klass

2.1: Egen journalmall för hjärtsjukdom  
 2:2 Lokal rutin för uppföljning av hjärtsvikt

3:

3.1:

### 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>	<b>Nuläge = Startläge</b>	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b>	<b>Källa</b>	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
	T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	(% eller antal)		(% eller antal)	(t.ex. Med-rave)	

<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med hjärtsvikt insatta på SGLT2i</i>	39%	250218	85%	Medr ave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med hjärtsvikt med registrerat resultat från hjärteko</i>	0%	250218	100%	Medr ave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med hjärtsvikt provtagna NTproBNP</i>	45%	250218	100%	Medr ave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter med hjärtsvikt med registrerad NYHA-klass</i>	0%	250218	100%	Medr ave	<i>Dec 2025</i>

**Kommentar (valfritt):** 85% rimligt mål med tanke på patienter som kan ha kontraindikation för behandling gällande indikator 1

### 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?

Löpande information på APT med start mars 2025.

Utbildning/föreläsning för läkare och sjuksköterskor under våren.

Utfärda lokal rutin under våren efter diskussion under APT.

Skapa journalmall avseende patienter med hjärtsjukdom

**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

För att öka allmän kunskap och förståelse på vårdcentralen avseende diagnosen hjärtsvikt, med fokus på symtom och möjlig behandling utifrån nyare riktlinjer gällande ffa SGLT2i hölls en gemensam genomgång under APT med samtliga professioner på vårdcentralen. Informationsläkare har varit på vårdcentralen och utbildat i ämnet hjärtsvikt och behandlingsindikationer.

Då Värmdö VC är en relativt liten vårdcentral med snabba beslutsvägar och nära kontakt mellan olika yrkesgrupper valde vi att rikta information ytterligare gentemot sjuk- samt undersköterskor gällande möjliga symtom vid en begynnande hjärtsvikt alternativt försämring av tidigare känd hjärtsvikt, då de kan vara de första patienten träffar samt även har tätare kontakt med många äldre relaterat till läkare. Vi har inte fört statistik kring hur frekvent det varit med konsultationer kring frågan från nämnda yrkesgrupper men känslan är att det definitivt ökat.

### 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:**

	<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>Andel patienter med hjärtsvikt insatta på SGLT2i</i>	39 %	250218	85 %	46,9%	Medrave	251231
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med hjärtsvikt med registrerat resultat från hjärteko</i>	0 %	250218	100 %	0%	Medrave	251231
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter med hjärtsvikt provtagn</i>	45%	250218	100%	43,8 %	Medrave	251231

	<i>a</i> <i>NTproBNP</i> <i>P</i>						
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter med hjärtsvikt med registrerad NYHA-klass</i>	0%	250218	100%	0%	Medrave	251231

**Övriga kommentarer:**

Vg se Slutreflektion.

### Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Genom att lyfta fram en fråga, ge allmän information och sedan rikta den till direkt inblandade, kan man skapa ett tydligare fokus och på så sätt komma närmare att säkerställa att varje enskild patient får behandling och rätt behandling.

Kunskapsläget hos och förståelse från patienter gällande vad läkemedel, i detta fall SGLT2i, kan leda till på kort och lång sikt samt vilka eventuella biverkningar som kan uppstå behöver förbättras.

Vi har lärt oss att Medrave inte är ett adekvat sätt att mäta statistiska mått för vårdcentralens del.

Då vi utgick från statistik från Medrave har vi även jämfört slutresultatet med Medrave. Det vi inte visste och har lärt oss är att läkemedel som initialt är ordinerade av annan vårdgivare ej räknas med i statistiken för Värmdö VC, oavsett om läkemedlet förnyats vid senare datum via Värmdö VC. Således speglar inte statistiken från Medrave verkligheten avseende våra indikatorer. På Värmdö VC är 71% av alla patienter med någon typ av hjärtsvikt, och alltså indikation för SGLT2i, insatta på detta läkemedel. De patienter som ej är ordinerade SGLT2i har antingen lidit av biverkningar och avslutat behandlingen eller efter medicinskt övervägande, av vårdcentralen eller annan vårdgivare, ej ordinerats SGLT2i. Därmed hade det tagits ställning till SGLT2i i 100% av fallen med alla patienter med hjärtsviktsdiagnos.

Avseende statistik gällande NTproBNP gäller samma sak. Prover ordinerade av andra vårdgivare tas ej upp i statistik om andel patienter med registrerade NTproBNP vid hjärtsvikt listade på Värmdö VC.

Enligt Medrave 43,8% men 97% har minst ett värde registrerat om man räknar in andra vårdgivare. Det skulle hypotetiskt sätt vara möjligt att manuellt ändra förskrivare av SGLT2i till Värmdö VC men lagligt och etiskt ej. Detsamma gäller NTproBNP där ordinerande vårdgivare äger svaret från proverna, alternativt göra kompletterande provtagning på vårdcentralen vilket ej skulle var försvarbart ur etisk synvinkel.

När det gäller indikatorerna hjärteko och NYHA-klass har vi inte lagt något fokus på dessa då vi märkte att våra hjärtsviktspatienter efter genomgång hade adekvat medicinering i största mån avseende hypertoni-läkemedel och i samtliga fall gällande SGLT2i. Patienterna följs årligen och vid behov mer frekvent eller på deras anmodan vilket gör att NYHA-klass inte tillför så mycket information. Vi har heller inte lagt till resultat från hjärteko som sökord, till viss del pga ovanstående resonemang kring ägande av svaret men även utifrån att det som påverkar behandling av hjärtsvikt är diagnoskod och inte resultat från hjärteko.

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?

De patienter som diagnosticerats med hjärtsvikt har under året vid besök på vårdcentralen fått en pedagogiskt upplagd genomgång av de olika läkemedel som kan var involverade vid en hjärtsvikt.

Tydliga förklaringsmodeller anpassade efter patientens intresse och förmåga där alternativ har diskuterats och även möjliga framtida förändringar utifrån ev biverkningar, försämringar eller samsjuklighet.

En positiv sidoeffekt har varit att även hypertoni-läkemedel, som ofta är en del av behandlingen, har belysts ur ett pedagogiskt perspektiv och gett upphov till justeringar av behandlingsregim.

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.

Upprätthålla det korta avståndet mellan yrkesgrupper som detta gett upphov till, oavsett diagnos, symptom

Upprätthålla det pedagogiska synsättet gentemot patienter för ökad förståelse och förhoppningsvis ökad compliance, något vi inte titta på under detta arbete

Ta ställning till värdet kring statistik via Medrave

**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.