

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och 2 TEMA: Beroendeframkallande LM

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	Namn på er Informationsapotekare
Husby Akalla vårdcentral	
Verksamhetschef	Verksamhetschefens e-post
Sumaya Al-Shakarji	Sumaya.al-shakarji@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet	Kontaktpersonens e-post
Noor Bokhari	noorulain.bokhari@regionstockholm.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](mailto: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: Noor Bokhari
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: Namn: Sumaya Al-Shakarji  
Profession: Verksamhetschef och specialistläkare i allmänmedicin  
E-post: [Sumaya.al-shakarji@regionstockholm.se](mailto:Sumaya.al-shakarji@regionstockholm.se)

Namn: Emma Hanfot  
Profession :Specialistläkare I allmänmedicin  
E-post: emma.hanfot@regionstockholm.se

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

B: Interprofessionellt teamarbete på mottagningen med samtliga professioner. Vi kommer under arbetets gång utvärdera om det finns någon del av arbetet där det vore gynnsamt att involvera patienter.

### **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.**

Både läkare och sjuksköterskor på vårdcentralen har under en längre period upplevt att det finns problem förknippade med förskrivning av narkotikaklassade läkemedel, tex sömnmedel, lugnande och smärtstillande läkemedel. Patienter med dessa typer av läkemedel är ofta krävande och tar mycket tid i anspråk både i telefon hos sköterskorna och vid besök och receptförnyelse hos läkarna. Vi har på grund av detta under 2023 aktivt arbetat med att försöka förbättra våra rutiner för en ökad tydlighet, förbättrad arbetsmiljö och för att minska på den generella förskrivningen av narkotikaklassade preparat.

Husby Akalla vårdcentral har cirka 5700 listade patienter. Vi har under 2023 haft t. ex. smärtföreläsning och beroendeföreläsning för att förbättra vår kunskapsbas och rutiner. I slutet av 2023 startade vi en ny rutin där alla patienter med kronisk smärta erbjuds tid hos psykolog

för en psykosocial kartläggning. Detta är ett sätt att minska opioidförskrivning eller andra olämpliga läkemedel.

Vårt mål att arbeta på ett effektivt sätt genom att informera patient om narkotikaklassade mediciner och konsekvenser och genom teamarbete. Det är viktigt att involvera alla yrkeskategorier i arbetet.

### 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.

### Narkotikaklassade läkemedel

### 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:

1. Minska förskrivningen av narkotikaklassade mediciner som på sikt har många nackdelar för patienterna. Det finns risk för beroende och toleransutveckling, överkonsumtion och ökad risk för biverkningar, bland annat påverkan på kognitionen och ökad fallrisk med skador som följd.
2. Vi vill skapa en bättre rutin för ökad tydlighet för alla involverade i detta, receptionister, undersköterskor, läkare, sjuksköterskor och för patienterna.
3. Öka samarbete med psykolog kring dessa pat.

### 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/>

*Hög personalomsättning under vissa perioder.*

### 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/>

Upprätta en skriftlig patientkontakt vid förskrivning av olämpliga läkemedel. Göra en tydlig plan tillsammans med patienten vilket även journalförs.

<i>Brist på fasta specialistläkare</i>	-Skriva in hur länge den förskrivna mängden medicin väntas räcka och vara tydlig med att receptet inte förnyas innan dess. - Inte boka in receptförnyelse av beroendeframkallande läkemedel på en administrativ tid om det ej finns en tydlig plan i journalen utan i så fall boka in ett fysiskt läkarbesök för bedömning. - Byta till icke-beroendeframkallande alternativ och erbjuda andra behandlingsalternativ. - Skriva ut små förpackningar med titrerade doseringsintervall
<i>Otydlig plan vid journalföring.</i>	Genom att etablera ett skriftligt kontrakt med patienterna och göra upp en tydlig plan får de också en bättre tydlighet och delaktighet och kommer minska frustration kring bokningar, uteblivna recept osv

### 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. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Antal patienter som fått Zolpidem (N05CF02) och Zopiklon (N05CF02) utskrivet under ett år.</i>	(118)	240201	20%	Medrave	241231

<b>Indikator 2</b>	<i>Antal DDD av Zolpidem (N05CF02) och Zopiklon (N05CF02) utskrivet under ett år.</i>	(22518)	240201	20%	Medr ave	241231
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal patienter som fått Bensodiazepiner (N05BA) utskrivet under ett år.</i>	(137)	240201	20%	Medr ave	241231
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal DDD av Bensodiazepiner (N05BA) utskrivet under ett år.</i>	(24216)	240201	20%	Medr ave	241231
<b>Indikator 5</b>	<i>Antal patienter som fått opioidanalgetika (N02A) utskrivet under ett år.</i>	(78)	240201	20%	Medr ave	241231
<b>Indikator 6</b>	<i>Antal DDD av Opioidanalgetika (N02A) utskrivet under ett år.</i>	(3820)	240201	20%	Medr ave	241231

**Kommentar (valfritt):**

Som extraindikator kan det vara intressant att se om vi lyckas minska antal DDD mer än antalet patienter, vilket i så fall skulle indikera att vi även i snitt skriver ut färre doser och då antagligen kortare behandlingstid till patienterna än tidigare. Det kan också vara intressant om förskrivningen av andra behandlingsalternativ ökar t.ex. Melatonin för sömn.

**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.

**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.slso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.slso@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

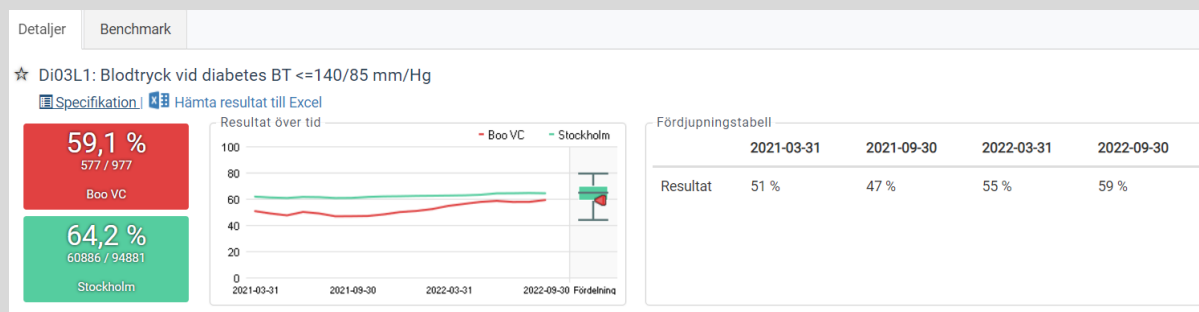
Under 2024 tog vi fram statistik från medrave hur förskrivningen såg ut och diskuterade vad vi kan göra för att minska den generella förskrivningen i läkargruppen och sjuksköterskegruppen.

Vi implementerade flödesschema för att minska nyförskrivning och ett skriftlig patientkontrakt att fylla i tillsammans med patienten och skanna in i journalen. Läkargruppen har använt söktermen behandlingsplan för att skriva en plan i journalen där det framgår hur behandlingen ska se ut framöver, som till exempel återbesök för diskussion kring medicineringen och om man ska erbjuda andra behandlingsmetoder i stället för att enbart förnya recepten. På så sätt förenklade vi sjuksköterskornas arbete med att fatta rätt beslut. Vi erbjöd psykologkontakt i samband med nedtrappningsplan.

Husläkaren/PAL förväntas ta stort ansvar och uppdatera behandlingsplan kontinuerlig och under sin ledighetsperiod förskriva de LM som ska räcka tills ansvarig läkare är tillbaka. Genom att erbjuda kontinuitet och tillgänglighet skaffade vi bättre rutiner och erbjöd bättre vårdkvalitet vilket ökade patienternas förtroende för läkare och vården. Många patienter uppskattade behandlingsplan och kontrakt och vågade prova icke beroendeframkallande behandlingsalternativ.

### 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 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. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	<i>Antal patienter</i>	118	240201	20%	107 (-9%)	Medrave	241231

	<i>som fått Zolpidem (N05CF02) och Zopiklon (N05CF02) utskrivet under ett år.</i>						
<b>Indikator 2</b>	<i>Antal DDD av Zolpidem (N05CF02) och Zopiklon (N05CF02) utskrivet under ett år.</i>	22518	240201	20%	20373 (-9,5%)	Medrave	241231
<b>Indikator 3</b>	<i>Antal patienter som fått Bensodiazepiner (N05BA) utskrivet under ett år.</i>	137	240201	20%	122 (-10,9%)	Medrave	241231
<b>Indikator 4</b>	<i>Antal DDD av Bensodiazepiner (N05BA) utskrivet under ett år.</i>	24216	240201	20%	22328 (-7,7%)	Medrave	241231
<b>Indikator 5</b>	<i>Antal patienter som fått opioidanalgetika (N02A) utskrivet under ett år.</i>	78	240201	20%	63 (-19,2%)	Medrave	241231
<b>Indikator 6</b>	<i>Antal DDD av Opioidanalgetika (N02A) utskrivet under ett år.</i>	3820	240201	20%	3069 (-19,6%)	Medrave	241231

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att det går att åstadkomma tydliga resultat med relativt små förändringar. Huvuddelen av de förändringar vi har gjort har kommit genom att gå igenom statistik så att man ser hur bilden är i nuläget, samt att tillsammans arbeta ut en rutin så att vi gör mer likt varandra och får en ökad tydlighet. Detta borde man kunna applicera inom flera områden framöver. Nyckeln till framgång i detta arbete ligger mycket i att involvera flera yrkeskategorier så att alla jobbade åt samma håll och var eniga i kommunikationen med våra patienter.

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 har blivit mer delaktiga i sin vård och fått en ökad tydlighet då vi har gjort en gemensam plan i stället för att bara förnya recept. Många patienter uppskattade behandlingsplan och kontrakt och vågade prova icke beroendeframkallande behandlingsalternativ.

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.

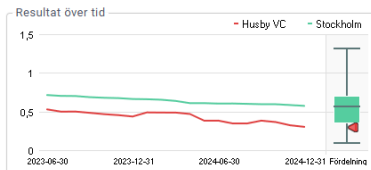
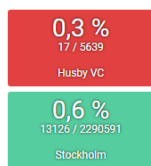
Det är ett pågående arbete. Vi ska fortsätta ta upp statistik över förskrivningarna en gång per halvår för att se att vi fortsätter åt samma håll.

**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.sls@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.

Detaljer **Benchmark**

★ Lm06: Andel patienter som behandlas med bensodiazepiner

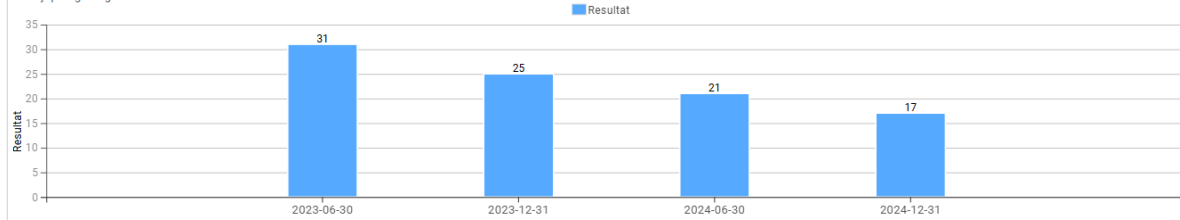
Specifikation | Hämta resultat till Excel



Fördjupningstabell

	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %

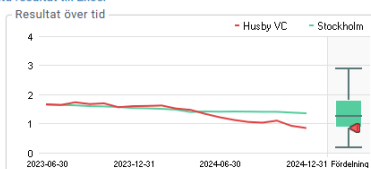
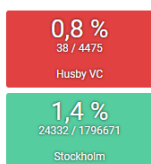
Fördjupningsdiagram



Detaljer **Benchmark**

★ Lm11 alla: Andel patienter som behandlas med opioider

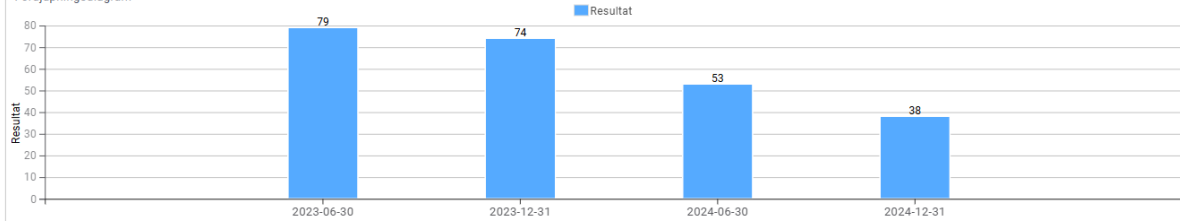
Specifikation | Hämta resultat till Excel



Fördjupningstabell

	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	1,7 %	1,6 %	1,2 %	0,8 %

Fördjupningsdiagram

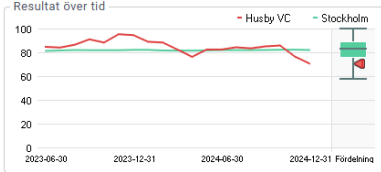
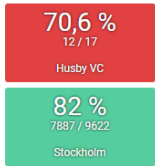




Detaljer **Benchmark**

☆ Lm05: Andel patienter som vid nyförskrivning av bensodiazepinliknande sömnläkemedel förskrivits ≤30 tabletter

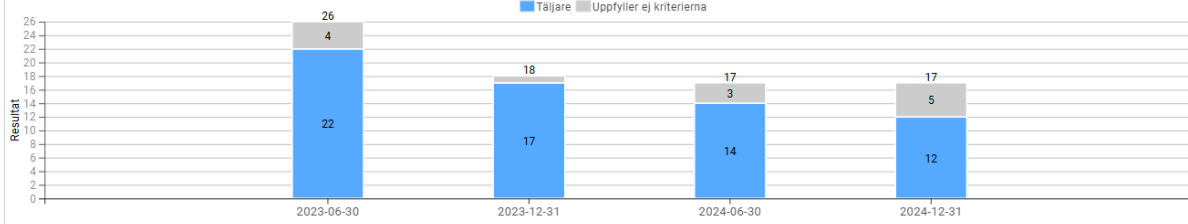
Specifikation | Hämta resultat till Excel



Fördjupningstabell

	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	85 %	94 %	82 %	71 %

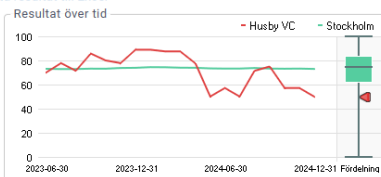
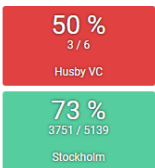
Fördjupningsdiagram



Detaljer **Benchmark**

☆ Lm08: Andel bensodiazepinbehandlade patienter som vid nyförskrivning fått ≤30 tabletter

Specifikation | Hämta resultat till Excel



Fördjupningstabell

	2023-06-30	2023-12-31	2024-06-30	2024-12-31
Resultat	70 %	89 %	57 %	50 %

Fördjupningsdiagram

