

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA:Läkemedel

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kallhälls Nya Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Katrina Dee
Verksamhetschef Björn Skoglund	Verksamhetschefens e-post Bjorn.skoglund@knvc.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Aida Khoshnoud	Kontaktpersonens e-post Aida.khoshnoud@knvc.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 1 mars 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: Aida Khoshnoud
Profession: Specialist i allmänmedicin

**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

Aida Khoshnoud, Specialist i allmänmedicin.  
Karolina Prave sjuksköterska, delaktig i team psykisk ohälsa på VC.  
Margarita Eidemiller, sjuksköterska.

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

Vi kommer involvera patienterna som behandlas med opioider genom att arbeta hälsofrämjande, personcentrerat och göra patienten delaktig i sin egen läkemedelsbehandling. Det kommer då finnas utrymme för synpunkter och vi har även en förslagslåda vid receptionen.

### **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.**

Vid genomgång av informationsapotekare noterade vi att vår vårdcentral har den högsta DDD/listad gällande opioider jämfört med andra närliggande vårdcentraler i kommunen. Enligt VISS och kloka listan rekommenderar man att dessa läkemedel endast ska förskrivas under en kort tid och vi noterar i vår kliniska vardag att en stor del av patienterna som står på dessa läkemedel, har behandlats med dem under en längre tid.

Opioider är effektiva läkemedel med god patientnytta i utvalda fall. Riskerna med överförskrivning är väl kända, där utvecklingen av substansberoende är en allvarlig konsekvens. Personer som har utvecklat ett beroendesyndrom har ofta kommit i kontakt med preparaten initialt genom sjukvården. Av patienter med långvarig smärta beräknas enligt viss ca 3-18% ha ett beroende.

Vi vill därför dels minska nyinsättningar som övergår till långtidsanvändning av opioider och dels minska andelen DDD/listad.

### **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.

Minska vår opioidförskrivning

**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:**

Vi vill minska förskrivningen och itereringen av recept på opioider. Minska antalet patienter som står på opioider med 20% och minska DDD ner till 1,5 DDD/listad.

**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/>

**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: Behandlingsplan saknas

1.1: Tydlig dokumentation kring indikation, duration och framtida plan. Smärtmall skall användas.  
1.2: "Kontrakt"/överenskommelse om patientens respektive vårdenhetens ansvar. Samtycke till att få gå in i Nll. Ska finnas som en brevmall som ges till pat.  
1.3: Recept bör innehålla uppgifter om dosstorlek samt antal doser per dygn.

2: Receptförskrivningar via distans

2.1: Pill count/receptsnurran via den som tar emot receptförfrågan/eller vid förskrivning

3: Utvärdering

3.1: Finns fortsatt indikation, aktuellt med utsättning/dosminskning.  
3.2: Identifiera andra bakomliggande faktorer som försvårar nedtrappning/utsättning, riskbedömning med fördel hos ssk. Kartläggande samtal.  
3.3: Erbjud stöd inom ramen för primärvårdens uppdrag gällande skadligt bruk/beroende, FaR. Rehab mm.

**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>	Antal patienter som fått recept på opioid	543	2024.01.01-2024.12.12	Minska med 20%	Medrave	2025-12-12
<b>Indikator 2</b>	Antal receptförskrivningar av opioider	1870	2024.01.01-2024.12.12	Minska med 20%	Medrave	2025-12-12
<b>Indikator 3</b>	Antal itereringar av opioider	2672	2024.01.01-2024.12.12	Minska med 20%	Medrave	2025-12-12
<b>Indikator 4</b>	Antal DDD (DDD/listad)	47 775 (2,71)	2024.01.01-2024.12.12	1,5	Medrave	2025-12-12

**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 fikarummet, 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 blev som ni tänk? 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.*

-Att regelbundet gå igenom statistik över våra indikatorer och dels enskilt och i grupp reflektera över sin egen samt vårdcentralens förskrivning.

Följande ska göras av läkarna vid patientbesöken:

-Vid nyinsättning skriva en behandlingsplan där indikation och förväntad duration av behandlingen framgår, alternativt när utvärdering kommer ske. Använda en mall för att dokumentation ska bli tydlig. Skriva kontrakt med patienten.

-Sträva efter korta tidsintervall för uthämtande av recept, fördel med expederingsintervall så man bibehåller läkarkontinuitet under tex ledigheter.

-Diskutera dosminskning och ge ut information om nedtrappning till patienter med långtidsbehandling vid besök. Dokumentera i smärtemallen samt upprätta kontrakt om det inte finns sedan innan.

- Göra riskbedömningar vid förskrivning av opioider.

Sjuksköterskor på vårdcentralen:

-Kartläggande samtal.

-Uppföljande samtal efter medicinjusteringar.

Av alla på vårdcentralen:

Pillcount eller receptsnurran. Vid osäkerhet prata med PAL

Undervisning och föreläsning kring temat under 2025. Externt samt internundervisning.

**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

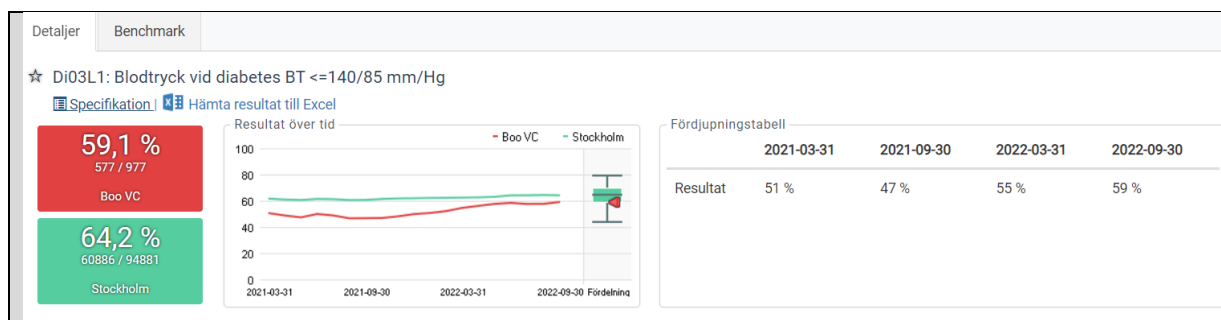
Under 2025 har vårdcentralen arbetat strukturerat för att minska förskrivning av opioder genom att stärka uppföljning och dokumentation för patienter med långvarig smärta som behandlas med opioder.

Följande förbättringsidéer har implementerats:

- Dokumentationsmall/sökord: Ett gemensamt sökord "Läkemedel med beroendepotential" har förts in i journalen. Detta inkluderar indikation, dosering, utvärderingsplan samt tidsbegränsning. Syftet var att underlätta att hitta behandlingsplanen för samtliga yrkeskategorier och därmed säkerställa ansvar vid läkemedelsförskrivningen.
- Patientkontrakt: Ett strukturerat patientkontrakt togs fram och finns åtkomligt i journalsystemet under "Brev". Detta möjliggör enhetlighet, spårbarhet samt förväntansdokumentation gentemot patienten (bilaga 1).
- PAL-struktur: Arbetet med att koppla opoidpatienter till PAL har intensifierats, med målet att PAL ansvarar för ordinationer och uppföljning. Målsättningen är att i största möjliga utsträckning undvika recept från andra läkare.
- Återkoppling av data: Förskrivningsstatistik har återkommande presenterats för hela vårdcentralen och individuellt för respektive läkare.
- Förstärkt uppföljning: Verksamhetschefen följer arbetet löpande och återkopplar via regelbundna mejl samt diskussion på läkarmöten.
- Utbildningsinsatser: Fysioterapeut föreläste för samtliga yrkeskategorier om alternativa smärtbehandlingar. Smärtföreläsning för läkargruppen med fokus på multimodal smärtstrategi utfördes också.

### 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>	Antal patienter som fått recept på opiod	543	2024.01.01-2024.12.12	Minska med 20%	514 (-5,3%)	Medrave	2025.01.01 - 2025.12.12
<b>Indikator 2</b>	Antal receptförskrivning av opioder	1870	2024.01.01-2024.12.12	Minska med 20%	1692 (-9,5%)	Medrave	2025.01.01 - 2025.12.12
<b>Indikator 3</b>	Antal itereringar av opioder	2672	2024.01.01-2024.12.12	Minska med 20%	2531 (-5,3%)	Medrave	2025.01.01 - 2025.12.12
<b>Indikator 4</b>	Antal DDD (DDD/listad)	47 775 (2,71)	2024.01.01-2024.12.12	1,5	44 657 (2,70)	Medrave	2025.01.01 - 2025.12.12

#### Övriga kommentarer:

Uppföljningsdata har tagits fram via Medrave för perioden 2025-01-01 – 2025-12-12.

Arbetet har resulterat i en liten minskning av antal patienter och recept. Vi nådde inte målen vi satt, men effekten av förbättringarna som implementerats under året bör kunna utvärderas först under 2026 och vi tror att baserat på diskussionerna vi fört med våra kollegor årets resultat speglar en tidig trend. På individnivå ses en större variation där vissa förskrivare halverat sin opiodförskrivning.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

- Ökad medvetenhet i läkargruppen kring opiodförskrivningen.
- Förbättrad dokumentation vilket möjliggör bättre ansvarsfördelning.
- Underlättat för kollegor att orientera sig i patientens behandlingsplan, särskilt under sommaren.
- Förstärkt kontinuitet via PAL har minskat osäkerhet i ordinationskedjan.
- Patientgruppen är ofta komplex och kräver besök samt samtal vid förändring av behandling.
- Tidsåtgång för strukturerad uppföljning och behandlingsplanering.
- Implementering av nya arbetssätt och rutiner kräver tid innan de får genomslag i den kliniska vardagen och därför kan man tänka sig att effekterna av åtgärderna kan komma under efterföljande år.

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 flesta patienter har uppvisat förståelse för förändrade rutiner och att vi aktivt arbetar för att minska opioidförskrivningen, även om en del uttryckt önskemål om oförändrad behandling.

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.

Arbetet kommer att fortsätta och standardiseras enligt de införda rutinerna: att använda dokumentationsmall samt patientkontrakt, att vidareutveckla PAL-strukturen och att arbeta mot att PAL ansvarar för ordinerings i största möjliga mån

Verksamhetschefen kommer fortsätta följa upp indikatorer och återkoppla via regelbundna mejl, samt lyfta arbetet på läkarmöten.

**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 [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.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.