

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *Minska förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre*

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Älvsjö Centrum Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Rojin Söderlund
Verksamhetschef Mayra Donoso Diaz	Verksamhetschefens e-post mayra.donoso@alvsjocentrumvc.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Puja Abar	Kontaktpersonens e-post puja@elots.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

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: Puja Abar
Profession: 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:

Mayra Donoso Distriktsköterska/Verksamhetschef
Shakiba Abar HSV ansvarig undersköterska

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

B: Förslagslåda som vänder sig till äldre 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.

Vi ser att förskrivning av olämpliga läkemedel för äldre är något som kan glömmas bort och mediciner kan dels hänga med utan att ifrågasättas, dels sättas in felaktigt. Det kan göra stor skada och är relativt enkelt att se över. Detta bland annat genom att i högre utsträckning arbeta med att genomföra fördjupade läkemedelsgenomgångar samt öka kunskapen om vilka läkemedel som är olämpliga.

En svensk lista över olämpliga läkemedel (LM) finns i Socialstyrelsens publikation (Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre) från 2017. Det finns även en europeisk lista (EU(7)-PIM list) och en amerikansk lista (AGS Beers criteria). Vi har sett över samtliga av dessa listor och diskuterat valet av läkemedel som är med. Vi har därefter valt att definiera de mediciner vi tittar på enligt listan från Socialstyrelsen "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre från 2017" enligt listan "Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger". Denna går att hitta via denna länk: [Läkemedel som bör undvikas till äldre](#)

Då denna inkluderar flertalet läkemedel som kan vara lämpliga för vissa äldre med tex anpassade doser ser vi därför detta som en ingång till att se över läkemedelsbehandlingar på ett pragmatiskt sätt som underlättar en struktur för läkare och sköterskor att förhålla sig till. Vi ser det som ett sätt att påminna om att ifrågasätta mediciner som ibland bara åker med år efter år.

Vi har sett över hur förskrivningen varit under 2024 på mottagningen och ser att vi under perioden 1 januari 2024 till 31 december 2024 enligt Medrave förskrivit 5100 dagliga dygnsdoser av olämpliga läkemedel till patientgruppen 75-120 år. Det är 24 patienter som berörs av detta.

Vi har under hela året genomfört 66 fördjupade läkemedelsgenomgångar på patienter mellan 75-120 år. Vi har 218 listade patienter i denna grupp. Detta innebär att endast 30% av dessa fått sina läkemedel genomgångna.

Vi ser att denna siffra bör förbättras genom en tydlig medvetenhet kring vilka läkemedel som är olämpliga och genom ett aktivt arbete att se över hur vi arbetar med våra äldre och sköra patienter bland annat genom att tydligare implementera vikten av att genomföra läkemedelsgenomgångar regelbundet och minst årligen.

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.

Minskad förskrivning av olämpliga läkemedel till våra äldre och ökat genomförande av läkemedelsgenomgångar hos denna grupp.

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:

Målet är att minska risken för att våra äldre, ofta sköra patienter behandlas med olämpliga läkemedel och därigenom reducera risken för läkemedelsrelaterade biverkningar och vårdskador, såsom fallolyckor och kardiovaskulära händelser.

Utöver det lidande detta kan medföra för den enskilda patienten är frågan även av betydelse ur ett samhällsperspektiv, med hänsyn till de betydande vård- och samhällskostnader som exempelvis en höftfraktur innebär.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: [Länk till fiskbensdiagram](#)

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

https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/	patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/
1: Bristande kunskap och medvetenhet om vilka läkemedel som är olämpliga	1.1: Utbildning av berörd personal med hjälp av överläkare i geriatrik som kommer från vår systemmottagning 1.2: Genomgång av konsekvenser att felaktig förskrivning för att cementera faran med detta 1.3: Bjuda in två externa föreläsare inom ämnet under 2025 för att hålla ämnet vid liv och bredda förståelsen kring detta.
2: Bristande rutin och implementering av användande av läkemedelsgenomgångar	2.1: Ta fram nya rutiner samman med läkargrupp och distriktsköterskor 2.2: Följ statistik på varje APT avseende detta 2.3:
3:	3.1: 3.2: 3.3:

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. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal DDD (definerade dygnsdoser) av läkemedel olämpliga för äldre (75+)	5100	Jan-dec 2024	3000	Med-rave	Dec 2025
Indikator 2	Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar	66	Jan-dec 2024	100	Med-rave	Dec 2025

	r med patienter över 75 år					
Indikator 3	Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar hemsjukvård	84%	Dec 24	95%	Med rave	Dec 2025
Indikator 4						
Indikator 5						

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/verktyslada-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?

Startskott är en utbildning som hålls av överläkare i geriatrik som arbetar på vår systemmottagning. Denna hålls för samtliga sköterskor samt läkare. Under denna utbildning ges en detaljerad redovisning om vilka läkemedel som kan vara olämpliga och varför.

Mål sätts upp för att alla patienter som är 75 år eller äldre vid planerade besök på mottagningen ska ha en läkemedelsgenomgång.

Statistik för detta ska följas på varje APT möte som stående punkt. Om det framkommer en stagnation/utebliven förbättring så måste det ses över varför inför nästa möte där handlingsplan kan framtas.

Alla hemsjukvårdspatienter kommer också att följas regelbundet för att se till att samtliga får en läkemedelsgenomgång.

Ansvarig dsk håller reda på detta genom att tydligt markera vilka som haft en genomgång och detta tas upp på HSV ronder.

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

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 har infört regelbundna avstämningar inom ramen för APT, med särskilt fokus på läkarmötena där dessa diskussioner har varit mest givande. Inom detta forum har vi även haft möjlighet till utbildning och klinisk guidning av geriatriker.

I stället för att bjuda in externa föreläsare har vi etablerat internutbildningar, där en kollega fördjupar sig i relevanta ämnesområden kopplade till kvalitetsarbetet och delar denna kunskap med övriga medarbetare.

Samtliga läkare har fått individuella förskrivningslistor från MedRave över patienter med olämpliga läkemedel. Dessa listor har fungerat som ett konkret arbetsunderlag för genomgång och omprövning av läkemedelsbehandling hos äldre patienter och möjliggör löpande uppföljning via MedRave.

Hemsjukvårdsteamet har haft regelbundna avstämningar, cirka en gång per månad, med fokus på genomförande och uppföljning av läkemedelsgenomgångar.

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
Indikator 1	Antal DDD (definerade dygnsdoser) av läkemedel olämpliga för äldre (75+)	5100	Jan-dec 2024	3000	6228	Medrave	Dec 2025
Indikator 2	Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar med patienter över 75 år	66	Jan-dec 2024	100	58	Medrave	Dec 2025
Indikator 3	Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar hemsjukvård	84%	Dec 24	95%	64%	Medrave	Dec 2025
Indikator 4							
Indikator 5							

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi tror att våra resultat har påverkats mycket av att vi under året har vuxit mycket i listning och hemsjukvård. Vi har ökat på listningen med ca 1200 patienter under året, en stor del är kroniskt sjuka äldre. Det är en ca 20% ökning av patientantalet på mottagningen. Alla patienter har inte varit på besök och framför allt har detta lett till att vi inte haft möjlighet att följa upp samtliga. Dock ser vi att vi trots denna stora ökning av patienter endast har 27 patienter jämfört med 24 patienter tidigare som berörs av detta. Vi ser detta som ett tecken på att vi inte kan dra slutsatsen att arbetet inte givit resultat enligt måluppsättningen utan att den bedömning är svår i just detta läge med hänsyn till ett förändrat utgångsläge.

När vi ser till antalet genomföra läkemedelsgenomgångar har det under arbetets process framkommit att avstämningar har gjorts baserat på de listor som tagits ut från MedRave utan att dessa avstämningar fallit under ramen för en fördjupad läkemedelsgenomgång som kan KVÅ-kod sättas. Detta ser vi även vid avstämning med våra syster mottagningar som vi samarbetat med kring detta projekt. Det är något som vi måste ta med oss framåt för att undvika att dessa avstämningar tränger undan faktiska läkemedelsgenomgångar med både provtagning och avstämning med patienter.

Detta är ett viktigt förbättringsområde som samtidigt ofta riskerar att förbises i den kliniska vardagen. Arbetet har dock tydliggjort att frågan är mer komplex än att enbart följa en lista över olämpliga läkemedel. Varje läkemedelsbehandling behöver bedömas individuellt utifrån patientens symtombild, samsjuklighet, förväntad kvarvarande livslängd samt patientens livskvalitet.

I vissa situationer, exempelvis hos palliativa eller helt sängliggande patienter, kan riskbedömningen behöva se annorlunda ut och faktorer som fallrisk kan vara mindre centrala i beslutsfattandet.

Vi ser därför ett tydligt behov av att hålla frågan levande över tid och arbeta kontinuerligt med detta område, då patientgruppen ständigt förändras och nya patienter fortlöpande tillkommer i åldersgruppen.

Att vi inte når upp till målet avseende HSV patienter beror på ökat antal nya patienter som skrivits in, vilket medförde att samtliga nyinskrivna patienter inte hann få en fördjupad läkemedelsgenomgång. För att motverka detta har en tydlig rutin nu etablerats där läkemedelsgenomgång ska genomföras i samband med inskrivning i hemsjukvården, vilket förväntas förbättra utfallet framöver.

Sammanfattningsvis visar tycker vi att resultaten ändå tyder på att förbättringsarbetet har bidragit till en mer genomtänkt och ändamålsenlig läkemedelsbehandling hos våra äldre patienter samt till ett mer strukturerat arbetssätt kring läkemedelsgenomgångar. Arbetet upplevs som hållbart över tid och ger en bra grund för fortsatt utveckling på mottagningen.

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?

Vi har beställt utbildningsmaterial med fokus på läkemedelsanvändning hos äldre och gjort detta synligt i väntrummet samt delat ut materialet till berörda patienter. Kunskapen som patienterna får genom ökad information ger de också möjlighet att ifrågasätta och påverka sin behandling. Det ökar också förståelsen mellan behandlare och patient och leder till en ökad compliance.

För att komplettera de digitala kontaktvägar som finns har vi även tillhandahållit en fysisk förslagslåda riktad till våra äldre patienter, i syfte att möjliggöra synpunkter och förbättringsförslag även för dem som inte använder digitala kanaler.

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.

Under året har arbetet med läkemedelsgenomgångar och förskrivning av olämpliga läkemedel varit viktigt att hålla levande, men resultaten har inte varit lika tydliga som vi hade önskat. Detta bedömer vi delvis beror på den stora ökning av

patientantalet med cirka 20 % under året, vilket har påverkat möjligheten att hinna med alla läkemedelsgenomgångar.

Trots detta har vi etablerat ett arbetssätt som vi bedömer kan utgöra en stabil grund för fortsatt förbättring framöver. Planen är att kvartalsvis ta fram förskrivningslistor från MedRave för respektive förskrivare, för att möjliggöra återkoppling och uppföljning av aktuella förskrivningsmönster. Vi ser detta som ett realistiskt och effektivt sätt att systematiskt uppmärksamma patienter som annars riskerar att hamna i skymundan bland övriga administrativa uppgifter.

Vi kommer även fortsättningsvis att beställa och tillhandahålla utbildningsmaterial om läkemedelsanvändning hos äldre, så att relevant information finns lättillgänglig på mottagningen. Materialet har varit uppskattat, särskilt av våra äldre patienter. Förslagslådan har använts sparsamt och kommer därför inte att fortsätta.

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
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.