

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

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

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Sofia Vårdcentral

Namn på er Informationsapotekare
Kristina Persson

Verksamhetschef
Lena Ohlen

Verksamhetschefens e-post
Lena.ohlen@sofiavardcentral.se

Kontaktperson för förbättringsarbetet
Lena Ohlen

Kontaktpersonens e-post
Lena.ohlen@sofiavardcentral.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: Sofia Grunerwald (*nu avslutat tjänst*) så kontaktperson istället verksamhetschef Lena Ohlen

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:

Lena Ohlen, verksamhetschef
Anousheh Ghamari, Läkare
Anita Larsson Distriktsköterska
Shamarey Abdlg, 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 och därför se vi 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 15 567 dagliga dygnsdoser av olämpliga läkemedel till patientgruppen 75-120 år. Det är 79 patienter som berörs av detta. När vi jämför detta med en av våra systemmottagningar som har nästan lika många listade ligger vi betydligt högre, men vi ser även att vår mottagning har ett större antal äldre patienter- framförallt som är över 80 år. Detta kan vara en förklaring till det hela.

Vi har under hela året genomfört 190 fördjupade läkemedelsgenomgångar på patienter mellan 75-120 år. Vi har 675 listade patienter i denna grupp. Detta innebär att endast 28% 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-forbattringstrappa/>

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:

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: Följa statistik på varje APT avseende detta 2.3:					
3:	3.1: 3.2: 3.3:					
<p>Mått och mätetal (indikatorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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? <p>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.</p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattningstrappa/</p>						
<p>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.)</p> <p>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.</p>						
	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläg e (% 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+)	15 567	Jan-dec 2024	10 000	Med rave	Dec 2025

Indikator 2	Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar med patienter över 75 år	190	Jan-dec 2024	300	Med rave	Dec 2025
Indikator 3	Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar hemsjukvård	75%	Dec 24	95%	Med rave	Dec 2025

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-forbattringstrappa/>

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?

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 är 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 har genomfört 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

Indikator 1	Antal DDD (definerade dygnsdoser) av läkemedel olämpliga för äldre (75+)	15 567	Jan- dec 2024	10 000	13436	Med rave	Dec 2025
Indikator 2	Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar med patienter över 75 år	190	Jan- dec 2024	300	106	Med rave	Dec 2025
Indikator 3	Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar hemsjukvård	75%	Dec 24	95%	48%	Med rave	Dec 2025

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Genom detta förbättringsarbete har vi lärt oss flera viktiga saker:

- **Komplexiteten i läkemedelsförskrivning till äldre** – arbetet har tydliggjort att det inte räcker med att enbart följa listor över olämpliga läkemedel. Varje patient kräver en individuell bedömning utifrån symtombild, samsjuklighet, funktion, livslängd och livskvalitet. Utifrån detta kan det vara svårt att se över en målbild i form av antalet recept/personer som får medicinera skriva utan istället att målet ska handla om att alla ska ha haft en genomgång av sina mediciner istället.
- **Vikten av strukturerade rutiner** – regelbundna läkemedelsgenomgångar, uppföljning via förskrivningslistor och dokumentation har visat sig vara avgörande för att skapa hållbara förändringar. Utan tydliga rutiner riskerar även motiverade insatser att glömmas bort i den kliniska vardagen. Vi ser att personalomsättning och att ”börja om” gör det svårare att upprätthålla detta. Vikten av fasta kontakter är stor.
- **Betydelsen av kontinuerlig utbildning och kunskapsdelning** – vi har sett värdet av att diskutera fall och utmanande läkemedelsfrågor tillsammans, både internt och med geriatriker, vilket ökar tryggheten i beslutsfattandet. Vi har även sett över möjligheten till att anställa en geriatriker på mottagningen.
- **Patientperspektivet är centralt** – utbildningsmaterial, information vid seniorträffar och anpassade kontaktvägar bidrar till att patienter blir mer

delaktiga och får bättre förståelse för sin behandling, vilket underlättar samsyn kring åtgärder.

- **Arbetet kräver uthållighet över tid** – patientgruppen förändras kontinuerligt, nya äldre patienter tillkommer och behandlingsbehovet kan ändras snabbt. Därför är det viktigt att hålla frågan levande och integrerad i det löpande arbetet.
- **Hemsjukvården behöver särskild uppmärksamhet** – ökade patientantal och resursbegränsningar kan påverka genomförandet, men etablerade rutiner vid inskrivning och månatlig uppföljning ger en stabil grund för förbättring även i denna del av verksamheten.

Vi ser en minskning på ca 14% mindre antal DDD - vi har haft omsättning av läkare och sjuksköterskor under året i samband med både pensionsavgångar samt avslut av ST-tjänster. Därför har vi behövt "börja om". Dock har vi ändå gått igenom de patienter som berörs av dessa förskrivningar vilket vi ser som en central och viktigt framgång i arbetet.

Vi ser en kraftig minskning av antalet läkemedelsgenomgångar som är journalförda på det sätt som vi har gjort tidigare, i stället för en uppgång. Dock har samtliga patienter som har hittats på listorna fått sina läkemedel genomgång utan att det kan klassificeras som en fördjupad läkemedelsgenomgång som genererar en anteckning vid ett besök. Vi har tex gått igenom de individuellt, på läkarmöten, vid handledning osv. En teori kan vara att detta då tryckt undan en del av de fördjupade LMG som borde ha gjorts vilket är en negativ konsekvens då tex provtagning med bland annat kontroll av njurvården är högst essentiellt i relation till medicinhantering. Vi upplever att vi behöver se över rutinen för hur vi ska arbeta framåt med detta för att säkerhetsställa att en typ av kontroll inte skjuter undan en annan.

Inom hemsjukvården har vi haft en mycket svår period där personalomsättning samt stor omsättning på patienter påverkat arbetet mycket negativt. Här ser vi att ett stort krafttag måste tas och många fler läkemedelsgenomgångar måste prioriteras nu när patienterna tilldelats nya sköterskor och läkare.

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 satsat på att beställa in utbildningsmaterial till våra äldre som vi har haft på rummen och i väntrummen. Vi ser att kunskap är makt. Våra äldre som tex inte använder Ai eller andra tekniska funktioner på samma sätt som den yngre generationen kan hamna i ett kunskapsglapp som då måste tillgodoses på andra sätt- tex genom skriftlig och tydlig information. Om de äldre har kunskap om tex läkemedel som kan vara olämpliga för de över en viss ålder så har de också själva möjlighet att lyfta dessa frågor.

Vi har haft en förslagslåda som har vänt sig till våra äldre för att de ska ha möjlighet att lämna förslag- denna har dock knappt använts.

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.

För oss har det varit mycket värdefullt att hålla denna fråga levande under året, då det har bidragit till ett mer långsiktigt och strukturerat förhållningssätt i verksamheten. Vi ser att detta är ett område som relativt enkelt kan integreras i det löpande arbetet på ett hållbart sätt.

Planen framåt är att kvartalsvis ta fram förskrivningslistor från MedRave för respektive förskrivare, i syfte att möjliggöra återkoppling och uppföljning av aktuella förskrivningsmönster. Arbetsgruppen bedömer detta som ett realistiskt och effektivt sätt att regelbundet uppmärksamma en patientgrupp som riskerar att hamna i skymundan bland övriga administrativa uppgifter.

Vi kommer även fortsättningsvis att beställa och tillhandahålla material för patientutbildning, så att relevant information finns lättillgänglig på mottagningen. Detta inslag har varit mycket uppskattat, särskilt av våra äldre patienter. Förslagslådan blev nästan inte alls använd så denna fortsätter vi inte med.

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.