

**Följs behandlingsriktlinjerna från STRAMA vid behandling av  
akut mediaotit för barn mellan 1–12 årsålder på Alby  
Vårdcentral?**

**En kvantitativ retrospektiv studie**

Samer Finjan, ST-läkare i allmänmedicin, Alby Vårdcentral

Mars 2017

E-post: [samer.finjan@sll.se](mailto:samer.finjan@sll.se)

Klinisk handledare: Tomas Al-Banna, spec. i allmänmedicin, Alby vårdcentral

E-post: [tomas.al-banna@sll.se](mailto:tomas.al-banna@sll.se)

Vetenskaplig handledare: Solvig Ekblad, leg psykolog vid Akademiskt primärvårdscentrum,  
adjungerad professor i mångkulturell hälso- och sjukvårdsforskning vid Institutionen för  
Lärande, Informatik, Management och Etik(LIME), Karolinska Institutet

E-post: [Solvig.Ekblad@ki.se](mailto:Solvig.Ekblad@ki.se)

# Sammanfattning

## Bakgrund

Akut mediaotit är en av de vanligaste bakterieinfektionerna hos barn. Det förekommer en global ökande antibiotikaresistens. De nya behandlingsrekommendationerna som gäller i Sverige sedan 2010, bestämdes efter expertmötet mellan Läkemedelsverket och STRAMA. Rekommendationen är aktiv exspektans hos barn mellan 1–12 år – vid akut okomplicerad mediaotit.

## Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka hur läkarna på Alby VC har följt STRAMAs riktlinjer gällande behandling av akut mediaotit för barn mellan 1–12 årsålder.

## Metod

Studien var en kvantitativ retrospektiv journalstudie. Studiepopulationen utgjordes av patienter på Alby Vårdcentral som fått diagnosen akut mediaotit registrerat i sin journal under perioden 1/7–31/12, 2015.

## Resultat

Det blev 73 patienter som studiepopulation, varav 57 (78%) patienter hade okomplicerad akut mediaotit och 16 (22%) hade komplicerad akut mediaotit. Sju (12%) av de okomplicerade med akut mediaotit behandlades med exspektans och 50 (88%) med antibiotika. Alla 16 (100%) patienter som hade komplicerad akut mediaotit behandlades med antibiotika. Det fanns ingen signifikant skillnad gällande förskrivning av antibiotika mellan okomplicerad och komplicerad akut mediaotit.

## Slutsats

Studien visar att Alby vårdcentral under studieperioden hade låg följsamhet till rekommendationer avseende exspektans vid behandling av okomplicerad akut mediaotit hos barn mellan 1–12 år och att valet av antibiotika ligger också lägre än vad som rekommenderas. Det fanns ingen signifikant skillnad gällande antibiotikaförskrivning mellan könen vid okomplicerad akut mediaotit. Här är förbättringsmöjligheterna till följsamhet stora.

**MeSH Termer:** Mediaotit, Följsamhet gentemot riktlinjer, Patientjournaler, Barn.

## **Innehållsförteckning**

<b>Sammanfattning.....</b>	<b>2</b>
<b>Bakgrund.....</b>	<b>4</b>
<b>Syfte.....</b>	<b>6</b>
<b>Frågeställningar.....</b>	<b>6</b>
<b>Metod &amp; material.....</b>	<b>6</b>
<b>Flödesschema.....</b>	<b>8</b>
<b>Etiska överväganden.....</b>	<b>9</b>
<b>Resultat.....</b>	<b>10</b>
<b>Diskussion.....</b>	<b>12</b>
<b>Slutsats.....</b>	<b>15</b>
<b>Referenslista.....</b>	<b>15</b>
<b>Bilagor.....</b>	<b>17</b>

## Bakgrund

Akut mediaotit (AOM) är en av de vanligaste bakterieinfektionerna hos barn(1). I Sverige uppskattas incidensen av AOM till ca 200 000 fall/år. Det uppskattas att ca 70% av alla barn vid två års ålder har haft minst en episod av AOM, och var femte barn har haft AOM vid minst tre tillfällen vid samma ålder(2)(3). AOM debuterar ofta tillsammans med eller efter en övre luftvägsinfektion, men så är inte alltid fallet(3)(5)(6).

AOM definieras som varig inflammation i mellanörat. Den debuterar plötsligt och är kortvarig samt kan variera kliniskt(4). Som det har nämnts tidigare debuterar AOM ofta efter en övre luftvägsinfektion, som är vanligtvis virusorsakade. Virusinfektionen ger slemhinneödem eller skada som ger vätskeläckage. Detta kan leda till eventuell bakteriell invasion från nasopharynx via örontrumpeten till mellanörat(3). De vanligaste otitpatogenerna är *Streptococcus pneumoniae* (pneumokocker), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* samt *Streptococcus pyogenes* (grupp A-streptokocker eller GAS)(7).

AOM är en varig symtomgivande infektion i mellanörat. När det gäller diagnostik av AOM, behöver man båda kliniska symtom och fynd som tyder på en varig infektion i mellanörat.

Diagnostiska kriterier för AOM:

- Snabbt insättande symtom i form av öronvärk, skrikighet hos barn, irritabilitet, ofta men inte alltid feber, försämrad aktivitet/ aptit/sömn, eventuell sekretion från örat.
- Kliniska fynd av trumhinneinflammation, (buktande, ogenomskinlig, färgförändrad, orörlig trumhinna eller pus i mellanörat eller i hörselgången)(5)(8).

Vid AOM är inspektion av trumhinnan helt avgörande för korrekt diagnostik. För att kunna göra en bedömning av trumhinnestatus använder man oftast ett otoskop(4)(6). Att använda enbart otoskopi vid bedömning kan leda till hög grad av både över- och underdiagnostik(9).

De nya behandlingsrekommendationerna som gäller i Sverige idag, bestämdes efter expertmötet mellan Läkemedelsverket och STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) som ägde rum mellan 21–22 april 2010(9). Eftersom problemet är globalt med ökad resistensutveckling mot antibiotika hos bakterier(4), var syftet med mötet att ge nya rekommendationer när det gäller handläggning av AOM samt minskning av antibiotikaförskrivning.

Under de senaste decennierna har det skett stora förändringar i den svenska befolkningen. Den har varit mer en homogen befolkning, som nu har blivit allt mer mångkulturell på grund av den stora invandringen under senare år. Enligt statistiken är en femtedel av den svenska befolkningen utrikes födda (utrikes född eller barn som föds här till båda föräldrarna som är utrikes födda)(10). Detta har lett till nya utmaningar för det svenska sjukvårdssystemet. Bland de nyanlända med utrikesbakgrund varierar hälsokunskapen(11). Det innebär att vårdpersonalen behöver ge mer utbildning om hälsa och om det svenska sjukvårdssystemet för att öka deras förståelse och kunskap gällande dessa ämnen(11).

Rekommendationerna är i korthet följande:

- ”Barn mellan 1–12 år – aktiv exspektans vid enkel okomplicerad AOM och antibiotikabehandling endast om komplicerande faktorer föreligger (smärta trots adekvat smärtlindring, allmänpåverkan, missbildningar i ansiktsskelett eller mellanöra, tillstånd efter skallfraktur, cochleaimplantat, känd mellanörönsjukdom, känd hörselnedsättning).
- Barn under 1 år, ungdomar över 12 år och vuxna med säkerställd AOM bör antibiotika behandlas.
- Barn under 2 år med bilateral AOM bör antibiotika behandlas liksom alla patienter med AOM och perforerad trumhinna oavsett ålder.
- Förstahandsval är penicillin V (PcV) 3 gånger dagligen i 5 dagar(8)(9).
- Barn med recidiverande AOM behandlas med PcV, alternativt amoxicillin i tio dagar vid säkerställd ny episod av AOM.
- Vid terapisivikt rekommenderas amoxicillin i tio dagar.
- Barn med rinnande ”rörotit” behandlas i första hand med öronproppar Terracortril med Polymyxin B om de för övrigt är opåverkade.
- Smärtstillande behandling exempelvis paracetamol (Alvedon). Högläge och näsdroppar kan lindra nästäppan.
- Ensidig, okomplicerad AOM med normal status på andra örat behöver inte kontrolleras i efterförloppet.
- Barn yngre än 4 år med dubbelsidig AOM bör kontrolleras efter tre månader för att eventuell hörselnedsättning ska kunna upptäckas och behandlas.”(3, s.4)(3)(9).

På Alby vårdcentral (VC) har det inte studerats tidigare följsamhet till ovanstående behandlingsrekommendationer från STRAMA. Denna studie skulle kunna bidra till ökad följsamhet avseende behandling av AOM samt minskning av antibiotikaförskrivning.

### Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka hur läkarna på Alby VC har följt STRAMAs riktlinjer gällande behandling av AOM för barn mellan 1–12 årsålder.

## **Frågeställningar**

Avseende patienter på Alby VC med diagnosen AOM under perioden 1/7–31/12 2015:

1. Hur stor andel av patienterna som fått diagnosen AOM hade okomplicerad AOM respektive komplicerad AOM?
2. Hur stor andel av barnen med okomplicerad AOM behandlades med antibiotika?
3. Hur stor andel av patienterna behandlades enligt STRAMAS behandlingsriktlinjer avseende val av antibiotika samt behandlingstid?
4. Fanns det skillnad i behandlingen beroende på patientens kön?

## **Material och metod**

Studien var en kvantitativ retrospektiv journalstudie. Studiepopulationen utgjordes av patienter på Alby VC som fått diagnosen AOM registrerad i sin journal under perioden 1/7–31/12 2015. Alby Vårdcentral är landstingsdriven och ligger centralt i Albys centrum. Under studieperioden var fyra distriktsläkare, fyra ST-läkare och fyra vikarieläkare anställda på vårdcentralen. Vårdcentralen har lite över 10 000 listade patienter, varav cirka 80 % med utländsk bakgrund. Den kliniska erfarenheten visar att de ofta har andra uppfattningar om olika behandlingar och användning av antibiotika jämfört med svenskfödda patienter. Detta medför en hel del utmaningar för läkarna på vårdcentralen. Läkarna får förklara och diskutera med patienterna både provtagningar samt behandlingar för olika sjukdomar. Läkarna måste också förklara vid flera tillfällen riskerna med antibiotikaresistens samt de olika rekommendationer som finns vid förskrivning av olika antibiotika samt behandlingstiden.

I studien har vi inkluderat alla journaler med diagnosen AOM med diagnoskoderna H66.0 (Akut varig mellanöreinflammation), H66.9 (Mellanöreinflammation, ej specificerad som varig eller icke varig), och H65.1 (Annan akut icke varig mellanöreinflammation).

Urvalet av dessa diagnoskoder gjordes för att kunna inkludera i högsta möjliga grad alla patienter som har fått diagnosen AOM. Urvalet av barn i åldrar 1–12 som har fått diagnos AOM gjordes med hjälp av sökmotorn Medrave (M4). Därefter gjordes selektering manuellt genom granskning av patientens journal i journalsystemet Take Care.

#### Inklusionskriterier:

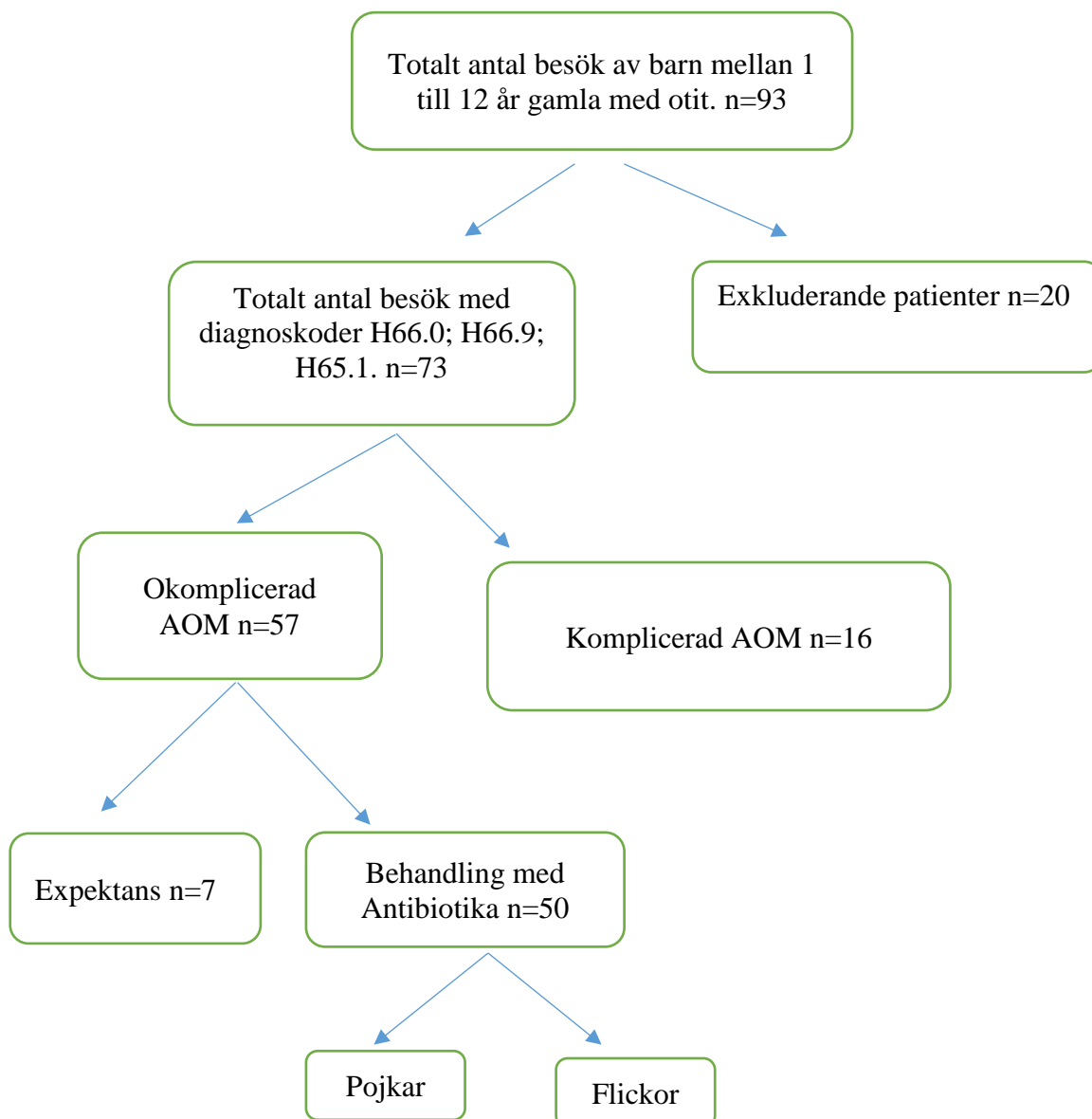
Besök av barn i åldrar 1–12 år på Alby VC som lett till ovanstående diagnoser under perioden 1 juli 2015 till 31 december 2015.

#### Exklusionskriterier:

- Recidiverande AOM – (barn som haft en media otit inom en månad).
- Terapisvikt AOM – (oförändrad, förvärrad eller på nytt uppblossad inflammation i mellanörat trots minst tre dygns behandling).
- Känd mellanörnsjukdom eller tidigare öron perforation.
- Patienter med annan infektion som kräver behandling med antibiotika (ex. pneumoni eller tonsillit).
- AOM med trumhinneperforation.

Journalbearbetningen har skett i flera steg, se figur 1 nedan för flödesschema samt tabell nr 1 för de olika variablerna som noterades och sedan bearbetades samlade data genom att använda tabeller i ett Excel program.

Patienterna blev avidentifierade genom att de kodades och kodnyckeln förvarades inlåst. Resultatet av denna journalgenomgång fördes sen över i Excel för att i nästa steg statistiskt bearbetas i PAST 3.



Figur 1: Flödesschema för studien om följsamheten till behandlingsrekommendationerna avseende AOM för barn mellan 1–12 år på Alby VC

Med hjälp av MedRave4, räknades antalet barn som har sökt vård på Alby VC med diagnos AOM mellan 1 juli – 31 december 2015. Andelen studieinkluderade barn mellan 1–12 år med diagnos okomplicerad AOM blev först definierade med hjälp av MedRave och blev sedan beräknade i procent av totala antalet.

Andel patienter som antibiotikabehandlades enligt STRAMA-rekommendationer blev beräknade i procent av samtliga patienter med AOM som behandlades med antibiotika.



Tabell 1. Matris över analyserade parametrar på Alby vårdcentral under perioden 1 juli 2015–31 december 2015. Kodade enligt kodningsmatris

Okomplicerade AOM	komplicerade AOM	Antibiotika	PcV	Amoxicillin	Annan Antibiotika	Behandlings tid enligt rek	Kön
Nej=0 Ja=1	Nej=0 Ja=1	Nej=0 Ja=1	Nej=0 Ja=1	Nej=0 Ja=1	Nej=0 Ja=1	Nej=0 Ja=1	Flicka=0 Pojke=1

Alla variabler i tabell 1 är på nominalskala, och är icke parade. De beräknades med Chi<sup>2</sup>-test eller Fischer test i statistikprogrammet PAST. Som signifikansnivå har p <0.05 blivit vald.

## Etiska överväganden

Projektarbetet innebar genomläsning av journaler, vilket innebar integritetstrång både för patienter, och läkare anställda på Alby VC. Detta är på grund av att patienternas journal lästes av studieledaren som inte var den behandlade läkaren i många av fallen.

Verksamhetschefen på Alby VC gav sitt muntliga tillstånd till projektet. Studieledaren informerade kollegor och övriga vårdpersonalen på Alby VC om studien vid arbetspersonalmöten (APT) som ägde rum på vårdcentralen den 12 oktober 2016.

När det gäller studiepopulationen, var alla data anonyma som redovisades i Excel, det vill säga utan personuppgifter. Varje patientfall som deltog i undersökningen erhöll ett kodnummer. Kodlistan förvarades inlåst på vårdcentralen, tillgänglig endast för studieledaren och kommer att förstöras efter att studien blivit godkänd.

Anslag var uppsatta på väntrummen samt vid receptionen som informerade om att en studie pågår på vårdcentralen, med möjlighet att kunna ta kontakt med verksamhetschefen och även kunna ställa eventuella frågor (bilaga 1).

Risken för integritetstrång vägdes upp av nyttovärdet att förbättra verksamhetens rutiner och omhändertagandet av patienter (barn 1–12 år) med AOM, och studien har inte påverkat studiepopulationen psykiskt eller fysiskt.

## Resultat

Under studieperioden fick 93 barn i åldrarna 1–12 år diagnosen AOM. Av dessa 93 har 20 patienter blivit exkluderade från studien. Fem patienter hade terapivikt, tre hade recidivotit, en hade ”rörotit”, en hade kroniska mellanöroninflammationer, fem patienter som fick annan diagnos som krävde behandling med antibiotika, samt fem patienter där de inte kunde undersökas av läkaren och blev remitterade till Öron-näsa och hals (ÖNH). Se tabell 2.

Det kvarstod 73 patienter som studiepopulation, 33 flickor och 40 pojkar, varav 57 (78%) patienter hade okomplicerad AOM och 16 (22%) hade komplicerad AOM. Alla patienter som hade komplicerad AOM behandlades med antibiotika. Sju patienter av de 57 som hade okomplicerad AOM tillämpades exspektans och de resterande 50 patienterna behandlades med antibiotika. Se tabell 3.

Av de 50 patienter som hade okomplicerad AOM och behandlades med antibiotika, fick 34 recept på Kåvepenin och 16 patienter en annan typ av antibiotika. Se figur 2.

Tabell 2. Antal samt orsak till exkludering från studien.

Orsak	N
Terapivikt	5
Remitterad till ÖNH	5
Samtidig annan infektion	5
Recidivotit	3
Rörotit	1
Kronisk AOM	1
Totalt	20

Tabell 3: Antal och andel av okomplicerad och komplicerad AOM behandlade med exspektans respektive antibiotika. n=57 okomplicerad AOM och n=16 komplicerade AOM avseende AOM för barn mellan 1–12 år på Alby VC

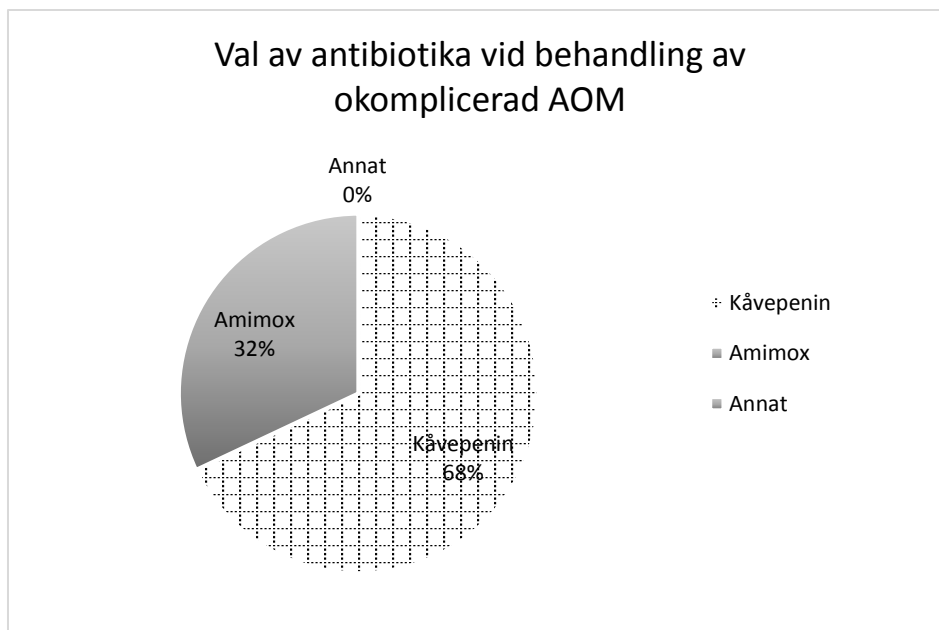
	Okomplicerad AOM		Komplicerad AOM	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Exspektans	7	12%	0	0%
Antibiotika	50	88%	16	100%

Det fanns ingen signifikant skillnad gällande antibiotikaförskrivning mellan okomplicerad och komplicerad AOM. Se tabell 4.

Tabell 4: Antal patienter med okomplicerad och komplicerad AOM som behandlades med antibiotika eller exspektans. n=73

	Okomplicerad AOM	Komplicerad AOM
Exspektans	7	0
Antibiotika	50	16
Summa	57	16

Fisher test P-värde är 0,335 dvs  $>0,05$



Figur 2: Val av antibiotika vid behandling av okomplicerad AOM avseende AOM för barn mellan 1–12 år på Alby VC. n=50

Det fanns ingen signifikant skillnad gällande antibiotikaförskrivning mellan könen vid AOM. Se tabell 5.

Tabell 5: Antibiotikaförskrivning avseende AOM för barn mellan 1–12 år på Alby VC

	N (Flickor)	N (Pojkar)
Kåvepenin	20	21
Amimox	7	9

Chi-2 test; P-värde ligger på 0,73 dvs >0,05

## Diskussion

Syftet med studien var att undersöka om man på Alby VC följer riktlinjer samt behandlingsrekommendationer för AOM som presenterats av STRAMA och Läkemedelsverket. I studien under det andra halvåret 2015 behandlades 88 % av patienterna med okomplicerad AOM hos barn mellan 1 och 12 år med antibiotika trots att de nya riktlinjerna för behandling rekommenderar exspektans i första hand(8)(3). Tolv procent är en väldigt låg siffra jämfört med vad man rekommenderar gällande val av antibiotika som gäller idag, där eftersträvas att mer än 70 % barn med okomplicerad AOM ska exspektans tillämpas(12). Det fanns ingen signifikant skillnad gällande förskrivning av antibiotika mellan okomplicerad AOM och komplicerad AOM. När det gäller valet av antibiotika som förskrivs när detta gjordes, har Penicillin V varit det första handvalet med 68% av fallen. Det fanns ingen signifikant skillnad gällande antibiotikaförskrivning mellan könen vid AOM. Det är tänkbart att studiepopulationen är för liten för att man ska kunna notera en signifikant skillnad mellan grupperna.

Vid tolkningen av resultatet behöver man också ta hänsyn till att läkaren måste väga in en subjektiv bedömning av symtom som förekom vid besöket, den kliniska bedömningen av öron status, samt önskemål från patientens föräldrar och deras uppfattning kring behandling och förlopp av okomplicerad AOM.

De flesta av patienterna med AOM som sökte till Alby vårdcentral kom på drop-in tider. Detta kan leda till viss tidsbrist under drop-in mottagning, som i sin tur kan leda till färre diskussioner om att avvakta med antibiotika då läkarna kände att de har ont om tid. Möjligtvis hade läkaren svårt att följa upp patienterna via telefon eller återbesök. Därför kan det ha hänt att läkarna valde att behandla patienterna med antibiotika istället.

Alla barn med komplicerad AOM behandlades med antibiotika. Detta stämmer väldigt bra med de rekommendationer gällande behandlingen. I studien fanns det ingen signifikant skillnad i gällande antibiotikaförskrivning mellan barn med okomplicerad och komplicerad AOM.

När det gäller valet av antibiotika som förskrivs när studien gjordes, har Penicillin V varit det första valet med 68% av fallen. Detta är under rekommendationerna gällande val av

antibiotika som gäller idag. Där eftersträvas att mer än 80 % av fallen ska få Penicillin V(8)(12). Detta är en annan svaghet gällande följsamhet på vårdcentralen avseende behandling vid AOM. Nära en tredjedel (32%) av patienterna fick Amoxicillin som behandling vid AOM. Vid bara tre av fallen hade man orsak till detta, och då hade barnet bättre följsamhet vid användning av Amoxicillin. Detta kan förklaras med vilka läkare som arbetar på vårdcentralen och vilken medicinsk bakgrund de har. Några av läkarna har lång erfarenhet från andra länder där man förskriver andra typer av antibiotika än det som vi har här i Sverige. Detta kan leda till att man kan se annorlunda siffror gällande val av antibiotika vid olika sjukdomar.

I en annan svensk studie gjord på Luna vårdcentral under år 2012, förskrevs antibiotika till 81 % av patientfallen(13). Detta kan jämföras med 88 % på Alby VC. Studiepopulationen var ungefär lika stor (n=80) jämfört med denna studie (n=73).

I en liknande studie som gjordes på Trångsunds vårdcentral under 2015 på studiepopulation av 60 patienter, hade 62 % av patienterna behandlats med exspektans vid okomplicerad AOM(14). I jämförelse med dessa studier ser man att Alby vårdcentral ligger ganska långt från de rekommenderade siffror som eftersträvas avseende behandling vid AOM.

#### *Styrkor och svagheter*

En av styrkorna med denna studie är att man har inkluderat alla patientfall med barn mellan 1–12 år med AOM under 2015 som uppfyllde inklusionskriterierna. En annan styrka är att samtliga journalanteckningar som samlades, genomlästes noggrant för att inte missa viktig information, liksom symtom, undersökningsfynd, val av behandling och annan viktig information.

En svaghet med studien är att den baseras på journalanteckningar från andra kollegor och deras bedömning och kunskap om AOM. Ibland innehöll inte dessa journalanteckningar alltid ett tillräckligt underlag med alla faktorer som legat till grund för bedömningen och val av viss behandling för att kunna analysera följsamheten till riktlinjerna.

En annan svaghet är att denna studie endast är baserad på data på patienter från Alby VC under ett halvt år och kan inte generaliseras till hela primärvården. Studiepopulation är väldigt liten för att kunna göra det.

### *Implikationer*

Resultatet i denna studie kommer att presenteras för läkarkollegorna på Alby VC. Detta kommer förhoppningsvis höja kunskapen om STRAMAs riktlinjer samt läget på vårdcentralen. Denna studie kan användas som kvalitetsarbete som kan ge förbättrad följsamhet till rekommendationer.

### *Framtida studier*

Det vore mycket intressant att en ny ST-kollega ska göra en likadan studie med samma upplägg på Alby VC. Studien rekommenderas att genomföras efter att man i läkargruppen har diskuterat handläggning av AOM för att se om följsamheten till rekommendationer har ökat.

## **Slutsats**

Studien visar att Alby VC har låg följsamhet till rekommendationer avseende exspektans vid behandling av okomplicerad AOM hos barn mellan 1–12 år och valet av antibiotika ligger också lägre än vad som rekommenderas. Det fanns ingen signifikant skillnad gällande antibiotikaförskrivning mellan könen vid okomplicerad AOM. Här är förbättringsmöjligheterna till följsamhet stora.

## Referenslista

1. McGrath LJ, Becker-Dreps S, Pate V, Brookhart MA. Trends in antibiotic treatment of acute otitis media and treatment failure in children, 2000-2011. Plos One. 04 december 2013;8(12):e81210–e81210.
2. Nordkvist A. Otit (öroninflammation) - akut [Internet]. [citerad 30 oktober 2016]. Tillgänglig vid: <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=133>
3. Norman SH Christer. Öron-, näs- och halssjukdomar | Läkemedelsboken [Internet]. [citerad 30 oktober 2016]. Tillgänglig vid: [https://lakemedelsboken.se/kapitel/andningsvagar/oron-\\_nas-\\_och\\_halssjukdomar.html#n1\\_18](https://lakemedelsboken.se/kapitel/andningsvagar/oron-_nas-_och_halssjukdomar.html#n1_18)
4. Harmes K, Blackwood R, Burrows H, Cooke J, Van Harrison R, Passamani P. Otitis Media: Diagnosis and Treatment. Am Fam PHYSICIAN. 01 oktober 2013;88(7):435–40.
5. Atkinson H, Wallis S, Coatesworth AP. Acute otitis media. Postgrad Med. 04 juli 2015;127(4):386–90.
6. Jonés K. Allmänmedicin : diagnostik och handläggning. Stockholm: Liber; 2012.
7. Tigerton. Praktisk Medicin [Internet]. [citerad 30 oktober 2016]. Tillgänglig vid: <http://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/mediaotit-aroninflammation-otit-mellanoro/>
8. Bergensand P. Viss - medicinskt och administrativt stöd för primärvården [Internet]. Akut mediaotit. [citerad 30 oktober 2016]. Tillgänglig vid: <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/ONH-horsel/Akut-mediaotit/>
9. Läkemedelsverket / Medical Products Agency. Otit (akut mediaotit - AOM) [Internet]. <https://lakemedelsverket.se>. [citerad 30 oktober 2016]. Tillgänglig vid: <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Otit-akut-mediaotit---AOM/>
10. Statistiska centralbyrån (SCB) [Internet]. Statistikdatabasen. [citerad 07 november 2016]. Tillgänglig vid: [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_BE\\_\\_BE0101\\_\\_BE0101Q/UtlSvBakTotNK/?rxid=86dda307-e745-43e1-a645-86b55c98ec47](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101Q/UtlSvBakTotNK/?rxid=86dda307-e745-43e1-a645-86b55c98ec47)
11. Socialstyrelsen. Det stora antalet asylsökande och nyanlända en utmaning för vården [Internet]. [citerad 07 november 2016]. Tillgänglig vid: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/detstoraantaletasylsokandeochnyanlandaenutmaningforvarden>



12. SFAM. Kvalitetsindikatorer SFAM.Q Otit hos barn 1-12 år [Internet]. [citerad 16 mars 2017]. Tillgänglig vid:

[https://www.google.se/#q=http://sfamportal.s3.amazonaws.com/files/5637312a9bba9a030070616b/SFAM%2520Q%2520Motit%25202011.pdf&\\*](https://www.google.se/#q=http://sfamportal.s3.amazonaws.com/files/5637312a9bba9a030070616b/SFAM%2520Q%2520Motit%25202011.pdf&*)

13. Antibiotikaföreskrivning vid Akut mediaotit hos barn på Luna Vårdcentral, -följs riktlinjerna? [Internet]. [citerad 16 mars 2017]. Tillgänglig vid:

<http://www.cefam.se/atst/projekt?view=project&id=307&layout=default>

14. Följs STRAMAS Behandlingsrekommendationer för akut media otit för barn mellan 1 till 12 år på Trångsunds Vårdcentral? [Internet]. [citerad 16 mars 2017]. Tillgänglig vid:

<http://www.cefam.se/atst/projekt?view=project&id=413&layout=default>

## **Information till patienter vid Alby Vårdcentral**

Under perioden december 2016 till och med maj 2017 pågår vid Alby Vårdcentral ett kvalitetsarbete som innebär en granskning av våra datajournaler i syfte att förbättra och utveckla vården.

Ni är välkomna att kontakta verksamhetschef om ni har frågor eller synpunkter. Tack för medverkan.

Ann Carlswärd

Verksamhetschef

Telefon: 08-123 422 00