

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA:

“Antibiotikabehandling av akut cystit hos män”

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Lidingö	Namn på er Informationsapotekare Lena Isaac
Verksamhetschef Kristina Fant	Verksamhetschefens e-post kristina.fant@capio.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Ludvig Bramstång	Kontaktpersonens e-post ludvig.bramstang@capio.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 forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:
Namn: Ludvig Bramstång
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:

- Inger Ansved Blomquist, specialist i allmänmedicin, MAL
- Kristina Fant, specialist i allmänmedicin, verksamhetschef
- Diana Faisal, specialist i allmänmedicin, STRAMA- och smittskyddsansvarig läk
- Ogechi Obiagwu, distriktssköterska, STRAMA- och smittskyddsansvarig SSK

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

B:

- Ge patienten utökad information kring rätt val av antibiotika och vad onödig eller felaktig förskrivning kan innebära för konsekvenser för individen och samhället.

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.

Förskrivningsmönstret av antibiotika ser generellt bra ut på vårdcentralen där vi i regel ger rätt antibiotika till rätt patient på rätt indikation. Det som framför allt sticker ut, och där det borde finnas signifikant utrymme för förbättring, är just kring antibiotikabehandling av akut cystit hos män där en betydande andel inte förskrivs förstahandsvalspreparat och flera patienter får kinoloner, även fast detta ju inte ska ges på den indikationen.

Flourokinoloner är en viktig klass av antibiotika för behandling av allvarliga, framför allt gramnegativa, bakteriella infektioner. (Över)användning av kinoloner under de senaste decennierna har resulterat i utbredd resistensutveckling mot dessa preparat och driver också selektion av multiresistenta bakterier som MRSA och VRE, vilket resulterar i svårbehandlade, oftast vårdrelaterade, besvärliga infektioner vilket orsakar mycket lidande för patienterna och förlänger vårdtider och belastar sjukvården.

Dessa preparat är också långt i från biverkningsfria för den enskilda patienten och det finns rapporter om allvarliga och långvariga biverkningar från t.ex leder/senor/muskler/nervsystemet som kan resultera i kroniska smärttillstånd och påverkad funktionsnivå. Biverkningar från magtarmkanalen är vanliga men oftast relativt snabbt övergående men ökad risk för infektion av clostridier pga

kinolonbehandling kan potentiellt bli mer allvarligt och långdraget. Långt fler potentiella biverkningar än vad som nämns här finns beskrivna.

Vidare är kinoloner relativt stabila ämnen som bryts ned långsamt och ackumuleras i jord och vatten vilket påverkar ekosystemen och den biologisk mångfalden samt kan även driva resistensutveckling i vattenlevande organismer.

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.

Antibiotikabehandling av akut cystit hos män.

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/>

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

-Öka andelen män som erhåller förstahandsvalspreparat vid diagnos akut cystit.

-Minska förskrivningen av kinoloner på den här indikationen och därmed generellt.

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/> <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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: Överbehandling / icke korrekt förskrivning

1.1: Genomgång och sammanfattning av rådande behandlingsriktlinjer
1.2: Diskussion och information i läkargruppen
1.3: Säkerställa uppdaterade antibiotikakort/lathundar och STRAMA-häften.

2: Felaktig diagnosättning eller komplicerande faktorer som motiverat avsteg från riktlinjer utan att detta avspeglas i statistiken

2.1: Gå igenom möjliga diagnoskoder vid urinvägsinfektion, definitionerna av dessa och vilka som ska användas när.
2.2: Påminna kollegiet om noggrannhet vid diagnosättning.
2.3:

3: Patienten insisterar eller lyckas övertyga läkaren om att få "samma behandling som fungerade sist" eller dylikt.

3.1: Patientinformation.
3.2: Trygghet i sin medicinska bedömning och professionellt förhållningssätt.
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 snabbspirometri 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 snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel förstahandsantibiotika vid akut cystit (män)	68%	2025-01-31	80%	Medrave	nov 2025
Indikator 2	Andel kinoloner vid akut cystit (män)	27%	2025-01-31	10%	Medrave	nov 2025
Indikator 3						T.ex. dec 2025
Indikator 4						T.ex. dec 2025
Indikator 5						T.ex. dec 2025

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 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?

Börjar med journalgenomgång och granskning av alla fall från 2024 där förstahandsval inte har getts eller kinolon förskrivits, och få en klar bild av orsakerna som sammanfattas och delas upp i rubriker. Sammanfatta informationen för övriga medarbetare och beroende på vad som utfaller gå vidare med förbättringsåtgärder som följs upp, sannolikt främst gå igenom riktlinjer, definitioner och diagnosättning, samt sprida information vidare till patienter genom t.ex infoblad i väntrummet.

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

Efter journalgenomgång och granskning av samtliga patientfall under 2023 och 2024 på vårdcentralen, där en man fick cystitdiagnos men inte något av förstahandsvalen för cystit hos män, blir det ganska snabbt tydligt att en betydande andel av dessa faller ut i statistiken pga att "N39.0 Urinvägsinfektion, utan angiven lokalisation" räknas in i cystitsiffrorna i primärvårdskvalitetsmätningarna. Hälften av alla kinolonrecept utgörs av sådana fall, där man bedömt det som en febril UVI men inte fulminant pyelonefrit, och väljer att behandla med Ciprofloxacin vilket är adekvat, men eftersom det inte finns någon diagnoskod för mildare former av febrila urinvägsinfektioner väljer man N39.0 vilket alltså ger en felaktig bild av fel/överbehandling.

I återstående patientfall fanns det en handfull där man pga komplicerande omständigheter som utebliven klinisk förbättring, begränsande resistensmönster att förhålla sig till, eller snabbt recidiv tillgripit kinolon trots att det fanns ett annat andrahandsvalantibiotika man hellre borde ha bytt till eller initierat framför Ciprofloxacin, eftersom det endast är en nedre UVI/cystit det handlar om. Under dessa två år fann jag bara 3 st fall där handläggning (eller dokumentation) verkligen kan ifrågasättas, då det utifrån all tillgänglig information framstår som uppenbar överbehandling.

Övriga kommentarer:

Vid sista mätpunkten 2025-11-30 ses 12% som utfall avseende andel kinoloner vid cystit, men i ett av fallen är diagnosen justerad till N10.9 bara några minuter efter anteckningen skrevs (receptet utfärdat direkt, kopplat till första koden dock), vilket rörde sig om en febril UVI som behandlades adekvat. I ett av fallen har en kollega också gett en febril UVI korrekt behandling med Cipro, men slarvigt satt cystitdiagnoskoden (N30.0). Sista fallet är PDL-spärrat och ej tillgängligt för granskning. Detta innebär alltså att den verkliga siffran på andel män som fick Cipro pga cystit i år är 4,1% (dvs 1 patient, som möjligen också fick detta på riktiga kliniska grunder men diagnosättning blivit fel - skulle alltså kunna röra sig om 0%).

Sammanfattningsvis kan vi i uppföljningen konstatera att ingen patient har felbehandlats sedan urinvägsantibiotikagenomgången hölls med läkargruppen (av datan som går att få ut), men eftersom det rör sig om så få patienter i absoluta tal, så räcker det med en felaktigt satt kod för att vi ska hamna ovanför målet 10%. Det viktigaste är ju dock självklart att patienterna får rätt behandling, vilket redan från början till stor del alltså var fallet, även om det också har förbättrats med dessa insatser. Vi kommer i praktiken då också upp till målet att 80% ska ha förstahandsval också, vilket är mycket bra!

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Att det i princip inte förekommer omständigheter som gör en läkare "tvungen" att förskriva Ciprofloxacin till en farbror med akut cystit. Att det finns flera möjliga andrahandsval, som i regel har en inbördes prioritering men där det inte är fel att stämma av med infektionskonsult vid osäkerhet eller komplicerade fall, som kan bota patientens urinvägsinfektion utan att behöva ströslå kinoloner.

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?

Detta förbättringsarbete kan inte sägas ha involverat patienterna i någon utsträckning, med tanke på att problemets art i grunden är en läkar/läkemedelsförskrivningsfråga, där patienterna egentligen inte har någon annan agenda eller önskemål än att de vill ha någon form av antibiotikarecept för att bli friska/symtomfria.

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.

Detta var en bra repetition av området och kollegorna som tagit del av innehållet lär ha dessa fall i bakhuvudet en tid framöver. Jag planerar att framåt slutet av min ST, om ca 2 år, dra ut nya data ur Medrave och följa upp och se om siffrorna fortsätter se bra ut på samma nivå framöver också. Nya kollegor/utbildningsläkare är mycket mer drillade i stram antibiotikaförskrivning än de som arbetat lite längre, och vi förväntar oss att detta är ett område som är osannolikt att återigen försämras på sikt.

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.slo@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.