

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: Tonsillit

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Tullinge Vårdcentral	Namn på er Informationsapotekare Rozwita Abelin
Verksamhetschef Eva Martin	Verksamhetschefens e-post Eva.martin@regionstockholm.se
Kontaktperson för förbättringsarbetet Sara Widen	Kontaktpersonens e-post Sara.widen@regionstockholm.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 arbetsätt). 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: Sara Widén 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:

Maria Bäckström, distriktsläkare
Anna Kvist, sjuksköterska
Mia Strömvall, receptionist
Sara Widen, leg läkare
Henrik Sanderborg, MLA

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

B: Vi planerar för frågeformulär i samband med provtagning med strep-A i början av året och i slutet av året för att utvärdera hur vi lyckats med att informera och involvera patienterna i processen kring sin vård och behandling.

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 vill i år sätta fokus på infektionspatienter i vårt kvalitetsarbete. Vi upplever att kompetensen kring handläggning av de vanligaste infektionerna i öppenvården har minskat sedan pandemin och att vi inte använder oss på samma sätt av de hjälpmedel som finns för att ställa en korrekt diagnos och ge adekvat behandling. Vi har i år valt ut infektionen tonsillit att jobba extra med och vi vill förbättra vår kvalitet vid handläggningen av dessa patienter. Vi kan tydligt se att vi inte har lika många patienter med tonsillit de senaste åren jämfört med åren innan pandemin. 2018 tog vi emot 322 patienter med tonsillit och under 2024 bara 193. När vi jämför oss med data ur Primärvårdskvalitet så ligger vi på de flesta parametrar kring snittet vilket vi ofta är nöjda med men när vi tittar på de nationella kvalitetsmåten Strama har fastställt och uppdaterat 2022 så ser det desto sämre ut. Vi tror att vi kan förbättra omhändertagandet, diagnostiken och träffsäkerheten i behandlingen av den vanliga infektionen tonsillit genom detta arbete och att vi även kan minska onödig antibiotikaförskrivning och genom att arbeta målmedvetet under året närma oss de ambitiösa målen från Strama.

<p>Val av tema för förbättringsarbetet:</p> <p>Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.</p>	
<p>Tonsillit, Strep-A och centorkriterier.</p>	
<p>Mål (Vad vill ni uppnå?)</p> <p>Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet? Länk till "Målformulering": https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/ https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/</p> <p>Formulera här era mål:</p>	
<p>Vi vill förbättra omhändertagandet och behandlingen för patienter som söker Tullinge Vårdcentral med tonsillit. Vi vill öka patientens möjlighet att få rätt diagnos och rätt behandling och uppnå de nationella mål som Strama satt upp 2022 för antibiotikabehandling av tonsillit.</p>	
<p>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</p> <p>Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/ https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringstrappa/</p>	<p>Idéer till lösningar (För att nå målen)</p> <p>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/</p>
<p>1: Ej tillräcklig kännedom om Centorkriterier inför Strep A-test</p>	<p>1.1: Seminarier för läkare och ssk för genomgång av tonsillit, Centorkriterier, Strep A-test differentialdiagnoser mm. 1.2: Förbättra rådgivningen i telefon och på plats genom tydliga beslutsalgoritmer. 1.3: Regelbundet mäta och ta upp på APT hur det går med de olika indikatormåten.</p>
<p>2: Önskemål om antibiotika från patienter och anhöriga.</p>	<p>2.1: Information om antibiotika och dess användningsområden till patienter. 2.2: 2.3:</p>
<p>3: Önskemål och övertro på provtagning från patienter och även personal</p>	<p>3.1: Väntrumsinformation om hur processen kring halsprov, centorkriterier mm går till. 3.2:</p>

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	<i>Andel pos Strep A-test av alla tagna Strep A-test</i>	26%	250131	>40%	PvK	251231
Indikator 2	<i>Andel antibiotikabehandlad tonsillit utan Strep A</i>	25%	250131	<10%	PvK	251231
Indikator 3	<i>Andel antibiotikabehandlad tonsillit med neg Strep A</i>	18,5%	250131	<10%	PvK	251231
Indikator 4	<i>Andel antibiotikabehandlad tonsillit med pos Strep A</i>	56,3%	250131	>80%	PvK	251231
Indikator 5						

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?

Skapa en tydlig beslutsalgoritm för vilka som behöver komma till vårdcentralen för bedömning med Strep A-test, hur man använder centorkriterier och vilka som bör erbjudas antibiotikum. Skapa planscher i väntrummet kring antibiotikans roll vid de vanligaste infektionerna och vid tonsillit. Skapa ett tydligt flöde för patienter som söker för halsont. Se över utbildningsmaterial från Strama. Planera för seminarium med sköterskor och läkare.

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 valde att arbeta vidare med STRAMAs målsatta indikatorer, där statistiken visade att vi låg runt snittet men inte nådde STRAMAs mål. Förbättringsarbetet presenterades därefter under APT där vi tillsammans tittade på statistiken för de olika indikatorerna för att motivera kollegorna till förbättring. Vi har regelbundet under året, vid APT, följt upp utvecklingen av de olika indikatorerna.

Vi har regelbundet utbildat vår personal och även haft en externa föreläsare på plats som har pratat om tonsillit och till exempel hur man använder centorkriterier som kliniskt beslutsstöd.

Genom att utbilda våra sköterskor (där en del tidigare inte haft kännedom om centorkriterier) har man i telefonen kunnat använda centorkriterier som stöd vid telefonrådgivning.

Vi har inte bara blivit bättre på att ge patienterna information vid telefonrådgivning utan även under läkarbesöken. Vi har även satt upp affischer i väntrummet (bilaga 1), riktade till patienter.

Arbetsätt som vi infört och standardiserat

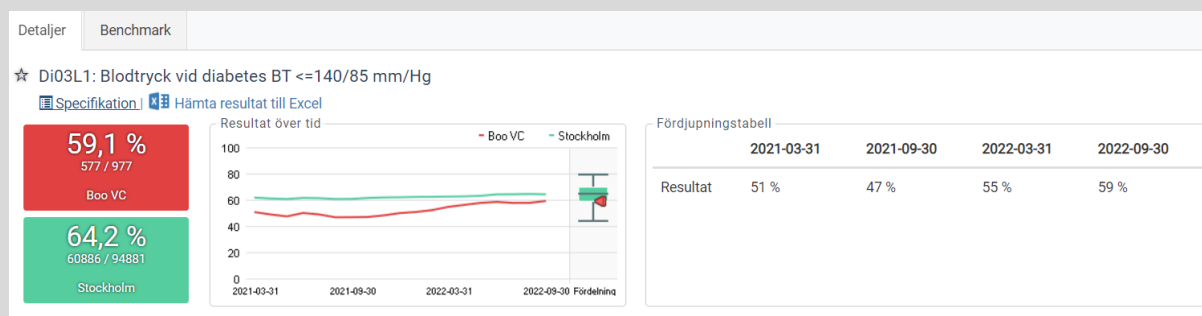
Bättre information till patienter, både i telefonen och under läkarbesöken. Detta för att öka patienternas förståelse och delaktighet i vården.

Vi har lärt oss att arbeta mer förebyggande genom att redan i telefonen ge tydlig information till patienterna samt ge information via t.ex. affischer. Inför perioder med ökad förekomst av tonsillit kommer vi försöka återanvända våra befintliga affischer.

Vi har börjat arbeta mer strukturerat och har blivit bättre på att ge råd vid halsont samt bättre på att använda centorkriterier som beslutsstöd, vilket vi kommer fortsätta med framöver.

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	Andel pos Strep A-test av alla tagna Strep A-test	26%	250131	>40%	21,8%	Medrave	251231
Indikator 2	Andel antibiotikabehandlad tonsillit utan Strep A	25%	250131	<10%	19,6%	Medrave	251231
Indikator 3	Andel antibiotikabehandlad tonsillit med neg Strep A	18,5%	250131	<10%	13,4%	Medrave	251231
Indikator 4	Andel antibiotikabehandlad tonsillit med pos Strep A	56,3%	250131	>80%	67%	Medrave	251231
Indikator 5							

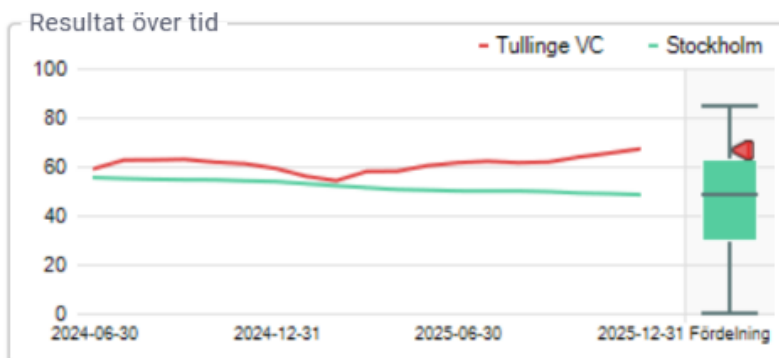
Övriga kommentarer:

Resultaten visar att det finns en förbättring under alla indikatorer förutom indikator 1, där det ser sämre ut, vilket kan bero på att det inte varit lika mycket strep A som förra året.

Indikator 4 är utmärkande med nästan 11 % förbättring, vilket framförallt kan vara relaterat till utbildningarna vi haft kring centorkriterier och provtagning för GAS. Vi ligger bättre till än snittet men har inte nått våra mål som varit ganska högt satta, vilket bör beaktas.

☆ Inf17Pos: Andel antibiotikabehandlad tonsillit med pos Strep A

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har generellt ökat kompetensen bland ssk/läkare vad gäller handläggning av tonsillit, där vi upplevde att det brast. Vi har på så sätt blivit bättre på att handlägga tonsillit och mer strukturerat.

Vi har lärt oss att det är viktigt att involvera patienten i vården och ge tydlig information för att öka förståelse och delaktighet i vården.

Affischer i väntrum är ett tydligt och enkelt sätt att ge information till patienter som ett komplement till muntlig information och detta kommer vi att fortsätta använda framöver. Genom att patienten får information i förväg innan läkarbesöket, kan det även förbättra förståelsen under besöket.

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 fokuserat på att ge patienterna tydlig information redan i telefonen, men även under läkarbesöken. Genom detta tror vi att patienterna har fått bättre förutsättningar att vara delaktiga i sin vård. Vi har hängt upp stora affischer i väntrummen med information om centorkriterier (se bilaga 1) och patienterna har på så sätt kunnat få en bättre förståelse för handläggningen och varför det inte är till nytta att behandla med antibiotika vid halsont. Någon systematisk insamling t.ex. via enkäter, har inte gjorts, trots att detta var planen. Det är något vi vill arbeta mer med framöver.

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.

Resultaten kommer att presenteras för alla kollegor för att uppmuntra dem till att fortsätta arbeta på det sätt som vi gjort hittills. Vi planerar att behålla positiva förändringar genom:

Regelbundna uppföljningar på APT eller ssk/läkarmöten för att kontrollera följsamhet över tid samt följa upp samtliga indikatorer t.ex. antibiotikaförskrivningen och återkoppla till arbetsgruppen.

Påminna varandra inklusive nya kollegor om våra rutiner och arbetssätt för att behålla de positiva förändringarna men även fortsätta sträva efter förbättring för att uppnå våra mål.

Vi vill även införa stödlappar, främst för sjuksköterskor men även för läkare, för att underlätta användningen av centorkriterier. Som redan nämnt ovan, vill vi i något skede även dela ut enkäter till patienterna, vilket var vår plan men som inte blev av. Detta skulle kunna vara ett sätt att få återkoppling på de insatser vi gjort och hjälpa oss att hitta förbättringsområden. Det skulle av samma anledning även vara bra att med enkäter riktade till kollegorna, inte enbart patienterna.

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 förbättringsarbeten.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.

Bilaga 1

