

”Just här jobbar människor som bryr sig”: Framgångsfaktorer för ansvarsfull antibiotikaföreskrivning på en vårdcentral i ett utsatt område - en kvalitativ intervjustudie

”People who work here really care”: Success factors for a responsible prescribing of antibiotics at a Primary Health Care Centre in a vulnerable area – a qualitative interview study

Examensarbete för magisterexamen med huvudområdet Folkhälsovetenskap

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Höstterminen 2025

Studenter: Anna-Lena Fastén och Héléne Rödin

Handledare: Ninitha Maivorsdotter

Examinator: Sakari Suominen

SAMMANFATTNING

Titel:	”Just här jobbar människor som bryr sig”: Framgångsfaktorer för ansvarsfull antibiotikaförskrivning på en vårdcentral i ett utsatt område - en kvalitativ intervjustudie
Författare:	Fastén, Anna-Lena Rödin, Hélène
Avdelning/Institution:	Avdelningen för folkhälsovetenskap, Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete inom folkhälsovetenskap: Smittskydd och vårdhygien A1E, 15 hp
Handledare:	Maivorsdotter, Ninitha
Examinator:	Suominen, Sakari
Nyckelord:	Ansvarsfull antibiotikaförskrivning, antibiotikaresistens, vårdcentral, utsatt område, framgångsfaktorer

Sammanfattning

Introduktion: Antibiotikaresistens är ett folkhälsoproblem, och för att bromsa resistensutvecklingen är ansvarsfull antibiotikaanvändning av största vikt. Vårdcentraler i utsatta områden, med en låg följsamhet till behandlingsrekommendationer om infektioner och antibiotika, skyller inte sällan den låga följsamheten just på karaktären av det område där de fungerar. Emellertid finns det vårdcentraler i utsatta områden som har en hög följsamhet.

Syfte: Syftet med denna kvalitativa intervjustudie var att undersöka medarbetarnas upplevelser av framgångsfaktorer för ansvarsfull antibiotikaförskrivning på en vårdcentral i ett utsatt område.

Metod: Vårdcentraler med hög följsamhet och som låg i utsatta områden tillfrågades om deltagande varav en ställde upp. På den vårdcentralen genomfördes kvalitativa semistrukturerade intervjuer med åtta medarbetare ur olika personalkategorier. Som teoretisk referensram användes Theory of Planned Behavior (TPB). Intervjuerna analyserades med tematisk analys och teman som togs fram delades in i tre grupper enligt TPB: attityd till beteendet, subjektiva normer och upplevd beteendekontroll.

Resultat: Framgångsfaktorer som identifierades var viljan att göra rätt och att alla medarbetare försökte hålla sig uppdaterade. Stor tillgänglighet till att få träffa någon sjukvårdsutbildad människa gjorde att patienterna kände sig trygga och litade på

vårdgivarens bedömning. Lagarbete, tydliga rutiner, ett öppet klimat, samsyn och tillvaratagande av alla personalkategoriernas kompetens var en förutsättning för att arbetet skulle fungera och för att den höga tillgängligheten skulle kunna upprätthållas.

Slutsats: Även i utsatta områden är ansvarsfull antibiotikaanvändning möjlig med ett medvetet arbetssätt med engagerad ledning, uppdaterade medarbetare, samarbete, samsyn och hög tillgänglighet till möten med vårdpersonal. Andra vårdcentraler kan förhoppningsvis använda valda delar av detta.

ABSTRACT

Title: "People who work here really care": Success factors for a responsible prescribing of antibiotics at a Primary Health Care Centre in a vulnerable area – a qualitative interview study

Authors: Fastén, Anna-Lena
Rödin, Hélène

Dept./School: Department of Public Health, School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Public Health Science: Infection Prevention and Control A1E, 15 ECTS

Supervisor: Maivorsdotter, Ninitha

Examiner: Suominen, Sakari

Keywords: Responsible antibiotic prescribing, antimicrobial resistance, primary health care centre, vulnerable area, success factors

Abstract

Introduction: Antimicrobial resistance is a threat to public health. To reduce the development of resistance, responsible antibiotic use is of utmost importance. Primary health care centres (PHCCs) in vulnerable areas and with poor adherence to guidelines on infections, often blame their poor adherence on the fact that they are located in a vulnerable area. However, there are PHCCs in vulnerable areas with high adherence to guidelines.

Aim: The aim of this qualitative interview study was to explore employees' experiences of success factors for responsible antibiotic use at a PHCC in a vulnerable area.

Methods: PHCCs in vulnerable areas and with a high adherence to guidelines were invited and one chose to participate. Eight employees with different professions underwent qualitative semi-structured interviews. The interviews were analysed thematically with the Theory of Planned Behavior as theoretical framework.

Results: The will to do right and the desire to stay updated among the employees, were identified as success factors. High accessibility to meeting a healthcare worker made patients feel safe and increased patients' trust in the caregiver's assessment.

Teamwork, clear routines, an open work climate, consensus and conscious use of the competence of all professions were necessary for making things work and for the ability to maintain high accessibility.

Conclusion: Responsible use of antibiotics is possible in vulnerable areas. It requires a conscious way of organizing work, engaged management, updated employees, cooperation, consensus and high accessibility for patients to meet a healthcare worker. Hopefully other PHCCs will be able to use parts of this.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INTRODUKTION.....	1
1.1	Bakgrund och folkhälsovetenskaplig relevans.....	1
1.1.1	Bedömning av följsamhet till behandlingsrekommendationerna.....	2
1.1.2	Skillnader i förskrivning.....	2
1.2	Forskningsläget.....	3
1.2.1	Organisationskultur och ledning.....	3
1.2.2	Lagarbete.....	4
1.2.3	Återkoppling.....	5
1.2.4	Läkarens personliga uppfattning.....	5
1.2.5	Många faktorer samverkar.....	6
1.3	Theory of Planned Behavior som teoretiskt ramverk.....	7
1.4	Problemformulering.....	7
2	SYFTE.....	9
3	METOD.....	10
3.1	Studietyper.....	10
3.2	Studiepopulation.....	10
3.3	Urval.....	10
3.4	Datainsamling.....	11
3.5	Analys.....	12
3.6	Etiska överväganden.....	14
3.7	Personuppgifter.....	15
3.8	Arbetsfördelning.....	15
4	RESULTAT.....	16
4.1	Attityd till beteendet.....	16
4.1.1	Det är viktigt att vara intresserad, kunnig och påläst.....	16
4.1.2	Det är viktigt att utbilda sina patienter.....	17
4.1.3	Det är viktigt att förmedla trygghet till patienterna.....	17
4.2	Subjektiva normer.....	18
4.2.1	Arbeta som ett team med öppet klimat.....	18
4.2.2	Bemöta patientens förväntningar.....	20
4.2.3	Ledningen en aktiv del av verksamheten.....	20
4.3	Upplevd beteendekontroll.....	20
4.3.1	Tillgänglighet.....	21

4.3.2	Strukturerat arbetssätt med användning av hela teamet	21
4.3.3	Regelbundna möten för alla medarbetare	21
4.3.4	Tydliga nedskrivna rutiner	22
5	DISKUSSION	23
5.1	Resultatdiskussion	23
5.1.1	Attityd till beteendet.....	23
5.1.2	Subjektiva normer	25
5.1.3	Upplevd beteendekontroll.....	25
5.2	Metoddiskussion	26
5.3	Etiska aspekter	27
5.4	Slutsats	28
6	REFERENSER	29
	BILAGA 1.....	34
	Exempel på data ur Primärvårdskvalitet	34
	BILAGA 2	36
	Intervjuformulär.....	36

1 INTRODUKTION

1.1 Bakgrund och folkhälsovetenskaplig relevans

Antibiotikaresistens är ett av de största hoten mot folkhälsan i världen (WHO, 2023). Uppskattningsvis avlider närmare fem miljoner människor varje år som en följd av antibiotikaresistens (Murray et al., 2022) och antibiotika är en förutsättning för att bland annat kirurgiska ingrepp, cytostatikabehandlingar, intensivvård och neonatalvård ska kunna bedrivas. Det är viktigt att bromsa utvecklingen av antibiotikaresistens, så att de som behöver får antibiotika som fungerar, både nu och i framtiden. All antibiotikaanvändning driver på resistensutvecklingen, och därför behöver vi minska fel- och överanvändning av antibiotika (WHO, 2023).

FN:s medlemsstater har antagit Agenda 2030 med 17 globala mål för hållbar utveckling (UNDP Sverige, u.å.). Mål nummer tre är ”God hälsa och välbefinnande” och i det finns flera delmål med beröringspunkter med antibiotikaresistens. Delmål 3.1 är att minska mödradödligheten, delmål 3.2 är att förhindra alla dödsfall som hade kunnat förebyggas hos barn under fem år och delmål 3.3 är att bekämpa smittsamma sjukdomar. I allt detta spelar antibiotika en viktig roll och utbredd antibiotikaresistens är ett hinder för att uppnå målen.

I Sverige arbetar Strama – Samverkan mot antibiotikaresistens – sedan 1990-talet för ”patientens rätt till bästa infektionsbehandling i en sjukvård som motverkar antibiotikaresistens” (Strama, u.å.). Strama finns nationellt och regionalt. I var och en av Sveriges regioner finns en Stramagrupp, som ofta arbetar nära respektive regions smittskydds-enhet och vårdhygien-enhet. Stramagrupperna består i de flesta fall av infektionsläkare, allmänläkare och apotekare, och ibland ingår även sjuksköterska, tandläkare, klinisk mikrobiolog eller läkare med annan specialistkompetens. De regionala Stramagrupperna arbetar för att antibiotika ska användas ansvarsfullt på varje vårdenhet i regionen och att rådande behandlingsrekommendationer (Folkhälsomyndigheten, 2025; Strama nationell, 2025) följs i så hög grad som möjligt. En stor del av arbetet består av uppsökande verksamhet med reflekterande möten som tar sin utgångspunkt i den aktuella vårdenhetens egen antibiotikaanvändning i förhållande till behandlingsrekommendationerna. Som diskussionsunderlag används framför allt data från E-hälsomyndigheten (2024) och Primärvårdskvalitet (Sveriges kommuner och regioner, u.å.). Författarna till denna uppsats är båda specialistläkare i allmänmedicin på Strama Stockholm.

1.1.1 Bedömning av följsamhet till behandlingsrekommendationerna

I primärvården finns ett antal olika källor att vända sig till för att få reda på gällande behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner. Nationellt finns broschyren ”Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård” framtagen av Folkhälsomyndigheten i samarbete med Läkemedelsverket och nationella Strama (Folkhälsomyndigheten, 2025). Den finns i fysisk och digital form. Samma information finns i en applikation till smartphones och datorer, ”Strama Nationell”, framtagen av nationella Strama (Strama Nationell, 2025). Utöver dessa finns ibland regionala kunskapsstöd. I Region Stockholm finns det regionala kunskapsstödet viss.nu (Region Stockholm, u.å.). De olika kunskapsstöden kan skilja sig åt i detaljer men de stora dragen är desamma, och alla anses stå för en ansvarsfull antibiotikaanvändning.

För att kunna se hur väl vårdcentralerna i regionen följer behandlingsrekommendationerna kan de lokala Stramagrupperna använda sig av Primärvårdskvalitet (Sveriges kommuner och regioner, u.å.). Det är ett system som hämtar data från vårdcentralernas journalsystem och visar hur de ligger till i olika diagnoskopplade indikatorer, exempelvis andel patienter med pneumoni (lunginflammation) som har behandlats med penicillin V (PcV), vilket är det rekommenderade förstahandsvalet för denna infektion. Förutom Primärvårdskvalitet finns även data från E-hälsomyndigheten (2024) där det bland annat går att se hur många antibiotikarecept en vårdcentral förskriver totalt och per 1000 listade patienter.

Vad som räknas som hög följsamhet är en sammanvägd bedömning där flera faktorer beaktas. Dels handlar det om hur vårdcentralens totala antibiotikaförskrivning utvecklas och hur vårdcentralen ligger till i elva målsatta infektionsindikatorer i Primärvårdskvalitet (Sveriges kommuner och regioner, u.å.), dels om engagemanget och nivån på diskussionerna vid den regionala Stramagruppens besök. Sistnämnda är förstås något subjektivt, men författarnas erfarenhet efter flera hundra vårdcentralsmöten är att det ändå säger en hel del om medvetenheten om vikten av ansvarsfull antibiotikaanvändning. Diskussionerna ger ofta en bra bild av medarbetarnas kunskap och vårdcentralens rutiner, och inte minst om engagemanget och viljan till förändring.

1.1.2 Skillnader i förskrivning

En del i att komma till rätta med fel- och överanvändningen av antibiotika är att förstå vad som driver en alltför frikostig förskrivning, och utifrån det kunna ta fram lämpliga interventioner för en mer rationell antibiotikaanvändning. Det går också att vända på frågan och försöka förstå vad det är som gör att vissa vårdcentraler fungerar bra. Inom Strama har det gjorts en del försök att ta reda på vad det är som gör att

följsamheten till behandlingsrekommendationerna skiljer sig åt mellan vårdcentraler som liknar varandra (liknande åldersfördelning på de listade patienterna, socioekonomiska faktorer, geografiskt område, storlek på vårdcentral och så vidare). Rimligtvis har alla samma tillgång till rekommendationer och kunskapsstöd, och distriktssköterskor och specialister i allmänmedicin har lång och gedigen utbildning som bör ge kunskap inom området. Många är pressade av tidsbrist och tung arbetsbelastning, men det är knappast något som gäller på vissa ställen och inte på andra (Sveriges läkarförbund, u.å.). I Region Stockholm framträder inget tydligt mönster att vare sig resursstarka eller utsatta områden (Polisen, 2025) skulle vara konsekvent hög- eller lågförskrivande (leg. apotekare Annika Hahlin, personlig kommunikation, 3 september 2025).

1.2 Forskningsläget

I litteraturen återfinns publikationer såväl om vad som bidrar till en ökad följsamhet till behandlingsrekommendationer inom olika områden, som vad som mer specifikt gynnar ansvarsfull antibiotikaanvändning på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.

1.2.1 Organisationskultur och ledning

En viktig del när det gäller följsamhet till behandlingsrekommendationer och riktlinjer är organisationskulturen och ledningen. Flera studier har gjorts om organisationskulturens betydelse när det gäller följsamhet till behandlingsriktlinjer och vid förbättringsarbeten. Hung et al. (2014) tittade på organisationskulturens betydelse för primärvårdens följsamhet till riktlinjer för behandling av tobaksbruk. Alla andra faktorer lika, som kunskaper, attityder och upplevd effektivitet av interventioner mot tobaksbruk, så kvarstod organisationskulturen som en betydande faktor för följsamhet till behandlingsriktlinjer. Huang et al. (2021) tar i sin studie upp att organisationskultur är en kritisk del i förandet av gott beteende hos yngre kollegor. Arbetsplatsens normer och förskrivningskultur, liksom diagnostisk osäkerhet och kunskapsluckor, identifieras som bidragande orsaker till ofördelaktig antibiotikaanvändning.

Nästan alla intervjuade i en studie av Bradley et al. (2003) om ledningens roll i förbättringsarbete på sjukhus beskrev vikten av en strukturerad organisation med engagerad ledning. De sjukhus i studien som lyckades bäst med sitt förbättringsarbete hade två saker gemensamt: en engagerad sjukhusledning som aktivt deltog i förbättringsarbetet samt chefer som hade en bra arbetsrelation med den kliniska personalen. I studien nämns att inadekvat ledarskap eller oklar målbild är den främsta anledningen till att laginsatser mot kvalitetsförbättringar misslyckas.

En bra organisationskultur kan också gynna ansvarsfull antibiotikaanvändning enligt Dyar et al. (2017). De beskriver hur en stark styrning som ser till att det finns tillräckliga personella och finansiella resurser, relevanta övervaknings- och IT-system, integrering av antibiotikaarbetet i ordinarie verksamhet, multidisciplinärt

arbete, nätverkande regionalt och nationellt samt att alla från den enskilde medarbetaren till beslutsfattare på högsta nivå tar ansvar för sin del av antibiotikafrågan ansågs vara viktiga pusselbitar.

Borek et al. (2020) såg i sin studie att bland annat ett högt tryck på hälsosystemet, begränsade resurser och behov av hårda prioriteringar ledde till mindre engagemang för klok antibiotikaförskrivning.

Även i arbetet med att öka kunskapen om antibiotikaanvändning i primärvården är det viktigt med engagerat ledarskap enligt Hermsen et al. (2020).

Som dessa studier tar upp är chefernas engagemang viktigt. Är inte chefen intresserad så är det svårt att engagera medarbetarna. Broom et al. (2016) gjorde en kvalitativ intervjustudie om sjukhuschefers perspektiv på hur just antibiotikaanvändningen kan förbättras. Bakgrunden är att antibiotikaarbetet ofta har haft fokus på läkarna, men ett framgångsrikt antibiotikaarbete kräver att fler involveras. Inte minst personer i ledningsposition har möjlighet att prioritera antibiotikaarbetet, se till att det finns system för övervakning och återkoppling och att läkare får fortbildning.

Det finns en del forskning som talar för att organisation, ledarskap och professionellt utbyte på en arbetsplats verkar ha betydelse för vårdens kvalitet och klok antibiotikaförskrivning även i Sverige. Strandberg et al. (2016) drog i sin jämförande studie av hög- och lågförskrivande vårdcentraler slutsatsen att låg förskrivning hängde samman med samsyn mellan yrkesgrupper, kollegiala diskussioner och en ledning som stimulerade och gav utrymme åt utbyte och fortbildning.

Förutom att ledningen behöver vara engagerad behöver den också skapa en arbetsplats där medarbetarna känner sig trygga för att nå framgång i bättre följsamhet till rutiner. Sholomovich och Magnezi (2017) fann att det fanns en korrelation mellan sjuksköterskornas känsla av trygghet och deras känsla av personligt ansvar för att inte föra över smittsamma sjukdomar.

1.2.2 Lagarbete

Strandberg et al. (2016) kom också fram till att samsyn mellan yrkesgrupper på vårdcentraler är en viktig faktor för antibiotikaförskrivningen. På vårdcentraler görs ett lagarbete, från den som bokar in patienten, till sjuksköterske- eller läkarbesöket. Sjuksköterskor kan spela en viktig roll i att exempelvis utbilda patienter om antibiotika och infektioner (Lim et al., 2024). Därför är det viktigt att även de och andra yrkesgrupper på mottagningen får riktad fortbildning och involveras i arbetet mot antibiotikaresistens (Saha et al., 2022). Lagarbetets betydelse stöds även av en studie av Borek et al. (2020) som bland annat såg att samarbete och att se hela systemet, som multidisciplinära nätverk, ledarskap, fortbildning och lagarbete, ökade benägenheten att arbeta för en ansvarsfull antibiotikaförskrivning. Hög personalomsättning var en faktor som var förknippad med högre antibiotikaförskrivning. De drog slutsatsen att ansvarsfull antibiotikaförskrivning skulle gynnas av att man tog hänsyn till sociala och kontextuella faktorer och ojämlikhet i hälsa i stort, och inte

bara intresserade sig för individuella läkares antibiotikaförskrivning. Liknande slutsatser återfinns hos Hedin et al. (2014), där man tittade på följsamhet till rekommendationerna om halsfluss och såg att diskussioner inom arbetslaget underlättade implementering av rekommendationer.

1.2.3 Återkoppling

Ytterligare en viktig faktor i arbetet för en ansvarsfull antibiotikaförskrivning är återkoppling och reflektion över antibiotikaförskrivning.

Tonkin-Crine et al. (2011) tittade på vad som krävs för att interventioner med målet att förbättra antibiotikaförskrivningen ska lyckas. Deras lösning är fem aspekter som behöver inkluderas för att lyckas med interventioner för att förbättra antibiotikaförskrivningen vid akuta luftvägsinfektioner:

1. Låta allmänläkare reflektera över sin egen förskrivning
2. Hjälpa till att minska osäkerheten kring lämplig förskrivning
3. Utbilda allmänläkare om lämplig förskrivning
4. Underlätta mer patientcentrerad vård
5. Åtgärderna ska vara fördelaktiga att implementera i praktiken

Saha et al. (2022) gjorde en studie om implementering av arbete med ansvarsfullt användande av antimikrobiella läkemedel, det som i Sverige är Stramaparbete. Där tar de upp att det är viktigt med återkoppling av förskrivning, samt datasystem där det går att koppla förskrivning till diagnoser för att följa förskrivningen.

I Sverige arbetar de lokala Stramagrupperna med att återkoppla vårdcentralernas antibiotikaförskrivning och att jämföra dem med varandra (Strama, u.å.). Vissa vårdcentraler följer också själva sin antibiotikaförskrivning och arbetar med journalgranskningar.

1.2.4 Läkarens personliga uppfattning

Carlsson et al. (2025) undersökte vilken inverkan läkares personliga uppfattningar hade på deras antibiotikaförskrivning. Författarna fann att läkare hade mer kunskap om antibiotikaresistens än gemene man, och också oroade sig mer för problemet, men att läkare själva i genomsnitt ändå använder mer antibiotika än de flesta. De läkare som var restriktiva med antibiotika till sig själva undvek dock i större utsträckning att förskriva antibiotika till sina patienter. Studien kom fram till att de läkare som uppfattade det som norm att följa behandlingsrekommendationerna verkade ha en mindre sannolikhet att förskriva antibiotika. De som tror att andra avstår från att förskriva antibiotika är alltså mer benägna att själva avstå från att förskriva antibiotika.

Att läkarna ofta gör det som de tror att deras kollegor gör har även Livorsi et al. (2015) fått fram. De intervjuade läkare på två utbildningssjukhus i Indiana i USA om deras antibiotikaförskrivning för att förstå vad som påverkade dem. De såg bland annat att utbildningsläkare var starkt påverkade av sina äldre kollegors beteenden

och åsikter. En del av deltagarna tillstod att det fanns en överanvändning av antibiotika och de kunde se att det fanns kollegor som överförskrev. Det var emellertid inte alltid de gav återkoppling till dem då de inte ville riskera att det skulle framstå som kritik och förstöra deras goda relation. Även Huang et al. (2021) såg att yngre kollegor påverkades av de äldre kollegornas beteenden. Yngre läkare fick skatta sin antibiotikaförskrivning på akuten. De tog bland annat upp att de ofta förskrev så som de trodde att deras äldre kollegor skulle förskriva.

Det är inte bara läkarnas uppfattning om kollegornas åsikter som påverkar utan även vad de tror att patienterna förväntar sig. Ward et al. (2024) intervjuade läkare, patienter och intressenter såsom chefer och forskare inom akutvård, primärvård och farmakologi, om förskrivning av antibiotika och NSAID (Non-steroid anti-inflammatory drugs). Där uttryckte läkarna som intervjuades att patienterna skulle bli besvikna om de inte fick recept på antibiotika medan patienterna menade att de inte förväntade sig det. Det återspeglar en annan viktig faktor de fick fram i studien, nämligen vikten av kommunikation. Liknande resultat såg O'Connor et al. (2018) i sin review-artikel om vilka faktorer som påverkar antibiotikaförskrivningen. Där framkom att läkare troligen överskattar trycket att förskriva antibiotika mot luftvägsbesvär. Dock såg de också att patienter som förväntade sig antibiotika och inte fick det var mindre nöjda. Med information och uppmuntran från vårdpersonalen kunde patientnöjdheten höjas. I review-artikeln (O'Connor et al., 2018) noteras att studier från Irland, Kina och Malaysia visar att det är mer troligt att de som betalar för besöken får antibiotika då läkarna inte vill att människor ska gå ifrån läkarbesöket tomhända. De såg också att patienter med lägre utbildningsnivå eller från sämre socioekonomiska förhållanden mer sannolikt har sämre kunskap och förståelse för antibiotikaresistens och att de ofta får mer antibiotika förskrivet.

1.2.5 Många faktorer samverkar

I en kvalitativ intervjustudie gjord i England (Borek et al., 2020) undersöktes sociala och kontextuella faktorerens betydelse för antibiotikaförskrivning i primärvård. I den tematiska analysen kom man fram till fyra kategorier (Borek et al., 2020):

1. omedelbar kontext, exempelvis patienternas sociala karakteristika och mottagningens personalomsättning, där social utsatthet och hög personalomsättning var förknippad med högre antibiotikaförskrivning
2. vidare kontext, som att högt tryck på hälsosystemet, begränsade resurser och behov av hårda prioriteringar ledde till mindre engagemang för klok antibiotikaförskrivning
3. samarbete och att se hela systemet, som multidisciplinära nätverk, ledarskap, fortbildning och lagarbete, ökade benägenheten att arbeta för en ansvarsfull antibiotikaförskrivning
4. vad som anses vara en adekvat förskrivning är relativt och förändras över tid.

Således verkar det finnas stöd i litteraturen för att många faktorer kan påverka ansvarsfull antibiotikaanvändning och följsamhet till behandlingsrekommendationer.

1.3 Theory of Planned Behavior som teoretiskt ramverk

Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1991) är en psykologisk teori som kan användas för att förstå varför människor gör som de gör, vad som påverkar besluten och vilka interventioner skulle kunna fungera för att ändra ett beteende. Eftersom syftet med denna studie är att få reda på medarbetarnas egna tankar kring antibiotikaanvändning och handläggning av infektioner är TPB lämplig att använda som teoretiskt ramverk. Enligt TPB finns det tre huvudfaktorer som påverkar våra val (Ajzen, 1991):

1. Attityd till beteendet – vad vi själva tycker om beteendet? Är det positivt eller negativt?
2. Subjektiva normer – vad vi tror att andra, till exempel kollegor, chef eller patienter, tycker om beteendet? Tror vi att de tycker att det är bra eller dåligt?
3. Upplevd beteendekontroll – finns det yttre faktorer som påverkar vårt beteende, till exempel tid, ekonomiska och personella resurser eller annat utom vår kontroll?

Med hjälp av TPB kan människors beteenden förklaras och förutsägas vilket kan göra det möjligt att dra lärdomar om lämpliga interventioner för att få till stånd en förändring.

1.4 Problemformulering

Som litteraturgenomgången ovan visar finns det en lång rad studier, både kvalitativa, kvantitativa och studier som tillämpat mixed-method metoden, om vad som kan påverka följsamheten till behandlingsrekommendationer. Däremot verkar det finnas luckor i kunskapsläget specifikt för vårdcentraler i utsatta områden. Kvalitativa studier tar vara på människors värderingar, upplevelser, erfarenheter och behov, något som kan vara mycket värdefullt i framtagandet av riktlinjer och rekommendationer (WHO, 2019). WHO (2019) framhåller också vikten av att de som direkt berörs av en rekommendation bör vara involverade i att arbeta fram rekommendationen. Därför vill denna undersökning utforska erfarenheter och upplevelser från de som är närmast berörda, nämligen de som arbetar på en vårdcentral i ett utsatt område.

Författarna till denna text är båda allmänläkare i en regional Stramagrupp och håller flera gånger i veckan möten med vårdcentraler om deras antibiotikaanvändning. Vårdcentraler i utsatta områden och med låg följsamhet till behandlingsrekommendationerna framhåller gärna den socioekonomiska utsattheten som en anledning till det ogynnsamma förskrivningsmönstret. Därför är det av intresse att

undersöka vad medarbetarna på en vårdcentral, i samma typ av område men med en hög följsamhet till gällande behandlingsrekommendationer, upplever är anledningen till den höga följsamheten och att försöka förstå vad som tycks fungera väl.

Vi bedömer att denna kvalitativa intervjustudie skulle kunna bringa ytterligare kunskap inom området.

2 SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka medarbetarnas upplevelser av framgångsfaktorer för ansvarsfull antibiotikaförskrivning på en vårdcentral i ett utsatt område.

3 METOD

3.1 Studietyp

Detta var en kvalitativ undersökning baserad på semistrukturerade intervjuer. En semistrukturerad kvalitativ forskningsintervju är enligt Kvale och Brinkmann (2014) ”en intervju med målet att erhålla beskrivningar av intervjupersonens livsvärld i syfte att tolka innebörden av de beskrivna fenomenen”. Intervjuer är ett bra sätt att få en inblick i enskilda människors känslor och upplevelser (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2024), i det här fallet medarbetarna på vårdcentralens upplevelser. Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2024), kan det också ge insikter om de förhållanden som råder i miljön. Studietypen kan dessutom ge röst åt enskilda personer som kanske inte skulle komma till tals i en studie av annan design (McGrath et al., 2019).

3.2 Studiepopulation

I denna studie har åtta medarbetare på en vårdcentral som ligger i ett utsatt område, och som har hög följsamhet till gällande behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner, intervjuats. Medarbetarna hade olika roller och yrken.

3.3 Urval

Valet av vårdcentral gjordes i första hand genom kriterieurval (Suri, 2011) där inklusionskriterierna var att det skulle vara en vårdcentral i ett utsatt område (Polisen, 2025) i Stockholms län, och att den, enligt författarnas uppfattning, skulle ha en hög följsamhet till gällande behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner. Fem vårdcentraler i Stockholms län bedömdes uppfylla inklusionskriterierna och tillfrågades via e-post till verksamhetschefen om deltagande. Ett inslag av bekvämlighetsurval (Suri, 2011) fanns eftersom det bara var en vårdcentral av de tillfrågade som till slut ställde upp. Författarna behövde därför inte själva välja ut en av flera.

Utsatta områden är enligt Polisens (2025) definition ”geografiskt avgränsade platser med låg socioekonomisk status och där de kriminella har en inverkan på lokalsamhället”. I Stockholmsområdet finns för närvarande 32 utsatta områden. Utsatta områden graderas av Polisen i två nivåer, där studievårdcentralen är belägen i den mest utsatta nivån ”särskilt utsatt”.

Vårdcentralen som deltog i undersökningen har en över tid sjunkande antibiotikaföreskrivning räknat i antal antibiotikarecept per 1000 listade och 12-månadersperiod. I åtta av elva infektionsindikatorer i Primärvårdskvalitet (Sveriges kommuner och regioner, u.å.) där det finns nationellt satta målvärden når

vårdcentralen målen (se exempel i bilaga 1). Endast i tre av elva indikatorer ligger vårdcentralen på en inte önskvärd nivå.

När det gäller vilka åtta av de cirka 25 medarbetarna på vårdcentralen som valdes ut för att bli intervjuade, så var det helt utanför författarnas inflytande.

Verksamhetschefen på vårdcentralen ombads att hitta åtta personer, helst ur olika personalkategorier, som kunde tänka sig att bli intervjuade, och återkom sedan med ett schema för intervjuerna. Det var viktigt att ha med så många personalkategorier som möjligt för att få med alla aspekter och arbetssätt som kunde vara av betydelse för handläggningen av infektionspatienter. De som blev intervjuade var verksamhetschefen, som också är specialistläkare i allmänmedicin, ytterligare en specialistläkare i allmänmedicin, en ST-läkare i allmänmedicin, två sjuksköterskor, två undersköterskor och en receptionist.

3.4 Datainsamling

Data samlades in genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Av praktiska skäl intervjuade författarna var för sig fyra medarbetare på vårdcentralen. Att intervjuas tillsammans hade möjligen varit att föredra eftersom båda två då hade kunnat vara delaktiga och komma med olika infallsvinklar i samtliga intervjuer, men det gick inte att lösa tidsmässigt i vårdcentralens verksamhet.

Intervjuerna inleddes med att intervjuaren presenterade syftet med intervjun samt bad om samtycke att spela in den. Samtliga intervjuade hade redan i förväg fått skriftlig information och medgivandeformulär som de hade läst igenom och skrivit under.

Innan medarbetarna intervjuades övade författarna att på att intervjuas varandra och kollegor för att se så att frågorna fungerade samt för att förbättra intervjutekniken (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2024). Några frågor justerades efter detta. Frågorna knöt på olika sätt an till begreppen attityd, subjektiva normer och beteendekontroll från Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991).

Intervjuerna, som tog cirka 30 minuter, spelades in och transkriberades. Intervjuformuläret (bilaga 2) låg till grund för samtalet men följdes inte exakt från början till slut. Till exempel visade det sig att flera av de intervjuade svarade på flera av de kommande frågorna spontant varför dessa frågor inte behövde ställas. Några av frågorna upplevdes inte heller helt relevanta för studien när intervjuerna väl gjordes. Återgivning av intervjuerna i rapporten gjordes, enligt rekommendation från Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2024) mer likt skriftspråk än talspråk. Detta för att respondenten inte skulle framstå i en ofördelaktig dager samt för att göra texten lättare att läsa.

Av de åtta inspelade intervjuerna användes sju i sin helhet. Den åttonde användes bara delvis i det vidare arbetet eftersom ett tekniskt missöde gjorde att bara ungefär första halvan av den fångades i inspelningen. Alla respondenterna anonymiserades och gavs beteckningen D1-D8.

3.5 Analys

Tematisk analys går ut på att skapa teman och subteman där koder från datamaterialet kan sorteras in (Barman & Weurlander, 2024), i det här fallet från de transkriberade intervjuerna. Här användes teoretisk tematisk analys som i grunden är en abduktiv metod där teoretiskt ramverk, metod, empiriskt material, frågeställningar och forskningsläget samt författarens egna kunskaper och erfarenheter tillsammans används för att skapa teman (Åkesson, 2024).

Oavsett vilken analysmetod som används så gäller det att bekanta sig med sina data. Braun och Clarke (2006) utvecklade en guide på sex steg för hur en tematisk analys kan utföras:

1. Bekanta sig med data – transkribera, läsa igenom och anteckna första intryck
2. Generera initiala koder – koda intressanta delar i datan på ett systematiskt sätt
3. Söka efter teman – gruppera koder i övergripande teman
4. Granska teman – se om de fungerar i relation till datan och koderna
5. Definiera och namnge teman – förtydliga vad varje tema handlar om
6. Skriva analysen – koppla teman till syfte, teori och tidigare forskningsresultat

Det är inte meningen att stegen ska följas helt och hållet i nummerordning, ibland behöver några steg upprepas.

Fördelen med tematisk analys är att den inte är bunden till någon specifik teoretisk referensram. Den kan också användas för att analysera många olika typer av data som intervjuer, observationer, dagboksanteckningar med mera (Barman & Weurlander, 2024). Metoden passar bra att använda tillsammans med Theory of Planned Behavior (TPB) då syftet med analysmetoden är att förstå vad människor säger och hur de upplever någonting genom att lyfta fram teman i det de berättar. TPB har redan tre huvudteman: attityder, subjektiva normer och upplevd beteendekontroll (Ajzen, 1991). Tanken här var att arbeta abduktivt och använda dessa huvudteman som en del av analysen. Genom att använda tematisk analys med TPB som teoretisk referensram blev det lättare att gruppera teman och få en överblick över vad medarbetarna upplevde var anledningen till att de hade en hög följsamhet till rekommendationerna.

Intervjuerna spelades in och transkriberades med hjälp av Microsoft Teams och sparades direkt ner på intervjuarnas datorer varefter de raderades från Teams. Den som hade gjort intervjun lyssnade först på inspelningen och redigerade transkriberingen. Den andra intervjuaren lyssnade sedan på den och läste den redigerade transkriberingen för att se att det stämde. Därefter kodades materialet. De passager i intervjuerna som beskrev framgångsfaktorer gällande ansvarsfull antibiotikaförskrivning gjordes till koder. En första gruppering av koderna gjordes och förslag på teman togs fram. Koderna skrevs sedan ut på papper och sorterades om till de slutgiltiga teman. Dessa sorterades in i de tre begreppen inom TPB. Tabell 1 ger ett exempel på hur analysen gjorts.

Tabell 1. Exempel på hur analysen gått till med utdrag ur det empiriska materialet i den vänstra kolumnen, sedan kod, tema och längst till höger begreppet från det teoretiska ramverket.

Utdrag ur det empiriska materialet	Kod	Tema	Begrepp från TPB
<p>Jag tycker att våra läkare är jätteduktiga. De är jätteomtyckta och det är många som söker sig hit på grund av dem (D2)</p> <p>Sköterskor kan sitt yrke och jag tycker att de är bra för det är jättebra sköterskor som jobbar här. (D3)</p> <p>Det är kompetensen (D4)</p>	Vi är kunniga	Viktigt att vara intresserad, påläst och kunnig	Attityd till beteendet
<p>Just här jobbar människor som bryr sig om andra människor och verkligen älskar sitt jobb och det gör det lite lättare. (D3)</p>	Vi bryr oss om andra människor och älskar vårt jobb		
<p>Sen tycker jag att vi har personal som har ganska bra koll, alltså de som jobbar mycket är mer intresserade. De tycker om sitt jobb och liksom, läser på och det går att diskutera. (D7)</p> <p>Alltså har vi liksom gått igenom riktlinjer för läkarna då det är vissa av våra läkare som jobbar lite mindre på jouren. (D7)</p>	Vi är intresserade och uppdaterade		

Så det tycker jag är nummer ett, onödiga prover ska inte tas och man ska gå på symtomen och sen ska man undersöka. (D1)	Vi tar inte onödiga prover		
---	----------------------------	--	--

3.6 Etiska överväganden

European Federation of Academies of Sciences and Humanities (ALLEA) har skrivit ”The European Code of Conduct for Research Integrity” (ALLEA, 2023). Där tar de upp fyra fundamentala principer som god forskningssed bygger på: tillförlitlighet i fråga om kvalitet, ärlighet genom transparent arbete, respekt för omgivningen och de som deltar i forskningen, samt ansvarighet för forskningen och dess eventuella konsekvenser.

Den här studien innefattade en vårdcentral i Stockholms län. Det beskrivs att den ligger i ett utsatt område och med några ytterligare karakteristika, tillräckligt för att läsarna ska kunna göra sig en bild av vårdcentralen, men ändå inte kunna gissa sig till vilken vårdcentral det gäller. Dock vet medarbetarna på den aktuella vårdcentralen att det är deras vårdcentral som har deltagit. Det gör att det är relativt lätt för dem att veta vem som sa vad i intervjuerna. Vårdcentralen är utvald i egenskap av att den har en hög följsamhet till gällande behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner. Därför var det mest positiva faktorer som togs upp i intervjuerna. Det som eventuellt kunde tolkas som negativt i intervjuerna redovisades på så sätt att det inte ska gå att få fram vem som gjorde uttalandet. Det var viktigt att frågorna utformades så att eventuella svar inte kunde vara till men för den som intervjuas.

Det är en grundläggande etisk princip att alla deltagare i ett forskningsprojekt ska informeras och samtycka innan de deltar i en studie (Vetenskapsrådet, 2024). På så sätt respekteras deras autonomi. Det är av vikt att vara öppen och ärlig med studiens syfte gentemot informanterna (ALLEA, 2023; Vetenskapsrådet, 2024). I ett informationsbrev, som skickades efter inbjudan, informerades deltagarna i den här studien om syftet med studien samt hur den skulle gå till. Där stod också att deras intervjuer skulle komma att anonymiseras och att data skulle lagras säkert, enbart hanteras av författarna samt raderas efter att arbetet skrivits färdigt och godkänts, detta för att skydda deras integritet. Deltagarna informerades om att de hade rätt att hoppa av när som helst utan att ange anledning och all deras data då skulle raderas med en gång. Informationsbrevet var tydligt skrivet på ett lättförståeligt språk (Crutzen et al., 2019). De tillfrågade som ville delta i studien fick frågan om de hade läst igenom informationsbrevet innan de intervjuades. Samtliga intervjuade hade läst informationsbrevet och skrivit på samtyckesblanketten i förväg.

Verksamhetschefen var den som först gav sitt medgivande till att vårdcentralen skulle delta i arbetet och godkände därmed att hen själv och medarbetarna blev intervjuade. I de flesta personalkategorier intervjuades två personer men i några endast en. Där behövde akt tas så att inte redovisade svar kunde bli till men för den intervjuade. När respondenterna citerades nämndes så långt som möjligt inte vilken yrkeskategori de tillhörde.

Generellt försökte intervjuarna ha ett neutralt förhållningssätt med en icke-dömmande attityd. Frågorna utformades så att de inte var ledande och inga frågor eller svar utelämnades utan att det fanns en ordentlig grund för det. Innan varje intervju startades betonade intervjuarna för de intervjuade att det inte fanns några svar som var bra eller dåliga, eller rätt eller fel. Trots det går det inte helt att bortse från det faktum att intervjuarna var kända i sina roller som medarbetare på Strama Stockholm, och att det möjligen kan ha påverkat svaren.

Med hjälp av Theory of Planned Behavior och tematisk analys var syftet med denna studie att få kunskap om vårdcentralers medarbetares upplevda anledningar till en ansvarsfull antibiotikaanvändning. Meningen var att på ett så ärligt sätt som möjligt redovisa resultaten och, genom att vara tydlig i beskrivningen av metoden, visa hur resultaten har tagits fram. Det är i nuläget svårt att se att det skulle finnas några negativa konsekvenser av denna studie.

3.7 Personuppgifter

Röstinspelningar är enligt den europeiska dataskyddsförordningen, ofta kallad GDPR (European Parliament and Council, 2016), att betrakta som personuppgift. Enligt GDPR ska personuppgifter raderas när de inte längre behövs, vilket också kommer att ske efter att denna uppsats har godkänts. Datan hanterades med stor aktsamhet för att minimera risken för spridning. Materialet sparades på författarnas egna datorer som enbart de hade tillgång till.

Inga personuppgifter förutom röstinspelningar och yrkesroll samlades in, varken namn, kön eller ålder. Det samlades inte heller in mer material än det som behövdes till denna uppsats.

Författarna tar ansvar för att studien är utförd på ett etiskt korrekt sätt utan att någon kommer till skada.

3.8 Arbetsfördelning

En loggbok som beskriver arbetsfördelning mellan författarna samt genomförande har förts under arbetets gång.

4 RESULTAT

I studien hittades tio teman, som redovisas översiktligt i tabell 2.

Tabell 2. Studiens tio teman grupperade enligt begreppen ur Theory of Planned Behavior

Attityder	Subjektiva normer	Upplevd beteendekontroll
Det är viktigt att vara intresserad, kunnig och påläst Det är viktigt att utbilda sina patienter Det är viktigt att förmedla trygghet till patienterna	Arbeta som ett team med öppet klimat Bemöta patientens förväntningar Ledningen en aktiv del av verksamheten	Tillgänglighet Strukturerat arbetssätt med användning av hela teamet Regelbundna möten för alla medarbetare Tydliga nedskrivna rutiner

4.1 Attityd till beteendet

Beteendet som avses är i detta fall ansvarsfull antibiotikaförskrivning och följsamhet till behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård.

Inom detta begrepp fanns tre teman:

- Det är viktigt att vara intresserad, kunnig och påläst
- Det är viktigt att utbilda sina patienter
- Det är viktigt att förmedla trygghet till patienterna

4.1.1 Det är viktigt att vara intresserad, kunnig och påläst

Flera av respondenterna tog upp att många av kollegorna i de olika yrkesgrupperna var just intresserade och kunniga. De nämnde att de såg det som viktigt att hålla sig själva uppdaterade för att kunna ge så god vård som möjligt och att arbetet innebar ett kontinuerligt lärande. Tillgång till lättillgängliga, evidensbaserade behandlingsrekommendationer ansågs vara viktigt. Det fanns en positiv inställning till att vara påläst så att patienterna skulle få bästa möjliga omhändertagande och rätt behandling.

Sen tycker jag att vi har personal som har ganska bra koll, alltså de som jobbar mycket är mer intresserade. De tycker om sitt jobb och liksom, läser på och det går att diskutera. (D7)

Respondenterna upplevde att det var betydelsefullt med duktiga kollegor och att det också var uppskattat av patienterna, varav en del sades ha sökt sig till vårdcentralen just på grund av detta.

Jag tycker att våra läkare är jätteduktiga. De är jätteomtyckta och det är många som söker sig hit på grund av dem. (D2)

En del i att vara intresserad, kunnig och påläst var också att medarbetarna tyckte om sitt arbete och var genuint intresserade av att det skulle bli bra för patienterna.

Just här jobbar människor som bryr sig om andra människor och verkligen älskar sitt jobb och det gör det lite lättare. (D3)

Några av läkarna, som vanligtvis är de som ordinerar provtagning av olika slag, betonade vikten av att använda bästa evidens och inte ta prover som inte tillför något.

Så det tycker jag är nummer ett, onödiga prover ska inte tas och man ska gå på symtomen och sen ska man undersöka. (D1)

4.1.2 Det är viktigt att utbilda sina patienter

Respondenterna ansåg att inte bara medarbetarna behövde vara uppdaterade, utan upplevde också att det var av stor vikt att utbilda patienterna om bakterier och virus, och om att antibiotika inte alltid är rätt behandling. Det var inte bara läkarnas roll att prata om detta, utan flera ur de andra personalkategorierna tog upp att de brukade prata om antibiotikans negativa effekter samt att antibiotika inte alltid var rätt behandling.

Då brukar jag förklara att ja, när det inte är så att man ska ha antibiotika och att helt enkelt, det här har man sett att man blir frisk lika snabbt med [antibiotika] som utan. Då innebär det bara en massa tråkigheter med antibiotika. (D7)

De vinnlade sig alltså inte enbart om att faktiskt behandla patienten på rätt sätt, utan också om att arbeta långsiktigt för att öka befolkningens hälsolitteracitet. Patienterna fick med sig något mer än enbart rätt behandling för stunden, nämligen ökad kunskap om infektioner och om antibiotikans för- och nackdelar.

Respondenterna upplevde också att utbildningen av patienterna tog en del tid, men att den tiden var väl investerad.

Det gäller liksom att vara pedagogisk med tålmod och tid, även om vi har tidspress med drop-in så får vi lägga liksom tid. (D6)

4.1.3 Det är viktigt att förmedla trygghet till patienterna

Genom att lyssna på patienterna, undersöka dem noga och ha en bra kommunikation upplevde respondenterna att de fick trygga patienter som accepterade vårdpersonalens beslut. De som arbetade på vårdcentralen försökte också anpassa språket efter patientens kunskapsnivå och använda ett språk som patienterna förstod.

De känner sig noggrant undersökta och så, patienterna, men man kanske lyssnar på ett extra ställe på lungan bara för att, eller alltså, jag vet att det kommer låta

bra där också, men att de känner liksom att vi inte har slarvat igenom det här. (D7)

Men jag tänker på själva samtalet med infektionspatienterna, det är viktigt att de förstår det [som sägs]. Varför görs det och varför görs inte detta. (D8)

En del i medarbetarnas sätt att förmedla trygghet var att undersöka patienten noga. Några av respondenterna tyckte också att det var bra att vara frikostig med provtagning för att få ett bra underlag för bedömningen av patientens infektion.

Jag tycker det fungerar bättre här, vi tar mer prover. Då har vi underlag och förklarar för dem (patienterna). (D6)

Att vara vänlig och bemöta patienterna med lugn och respekt upplevdes också som tillits- och trygghetsskapande. En patient som blev väl bemött upplevdes ha större möjligheter att ta till sig vårdpersonalens bedömning och information. Några nämnde även att det var viktigt att tänka på vad som kunde ligga bakom patientens oro.

Man ska vara ganska snäll. Ton, fin ton då förstår de. Att de blir fint bemötta, då förstår de också att jag kanske har rätt. (D8)

Flera av respondenterna beskrev fraser och formuleringar som de kommit fram till fungerade för att förmedla trygghet till patienterna. Någon talade om ”verktygslådor” som hen trodde att kanske inte alla som arbetar i vården har, men som upplevdes vara till stor hjälp.

Oftast funkar det så här ”du slipper antibiotika!” så har vi väldigt bra här, men jag tror inte kanske alla har sådana verktygslådor. (D7)

4.2 Subjektiva normer

Detta handlar om andras förväntningar och upplevt socialt tryck. Förväntningar och socialt tryck kan för den enskilde medarbetaren på en vårdcentral komma från såväl patienter som arbetskamrater och överordnade.

Tre teman utkristalliserades här:

- Arbeta som ett team med öppet klimat
- Bemöta patientens förväntningar
- Ledningen en aktiv del av verksamheten

Det sociala trycket på studievårdcentralen verkade handla om att respektera alla personalkategoriernas kompetens och att ge varandra stöd och återkoppling medan förväntningar kom från patienterna.

4.2.1 Arbeta som ett team med öppet klimat

Jourtiderna bemannades av en sjuksköterska och en läkare som ett team. Patienterna som kom dit hade ringt in till telefonsjuksköterskorna som triagerade dem. Ibland kom de också direkt till receptionen och önskade boka en akuttid. Vårdcentralen

hade som rutin att patienterna som behövde komma fick träffa en sjuksköterska först. Hen undersökte patienterna och bedömde om de behövde träffa läkare eller om det räckte med ett sjuksköterskebesök. Vid behov kunde sjuksköterskan rådfråga läkaren. De patienter som bedömdes behöva träffa läkare direkt fick först träffa en undersköterska som tog de prover som enligt rutinerna skulle tas, baserat på patientens symtom.

Vikten av att arbeta som ett team med öppet klimat framhölls av alla de intervjuade. Flera av dem hade arbetat tillsammans tidigare på ett annat ställe och hade nu valt att fortsätta arbeta tillsammans på den här arbetsplatsen. De talade om tillit till varandra, att de hjälptes åt och att de gärna berömde varandra men även kunde ge och ta kritik. De olika yrkesgrupperna lärde av och stöttade varandra. Flera nämnde samsyn om hur arbetet skulle bedrivas som en mycket viktig framgångsfaktor.

Vi som arbetsgrupp har en liksom samsyn i hur vi ska ta hand om de här patienterna. (D7)

Att medarbetarna pratade mycket om hur de skulle arbeta var en väg till att nå samsyn.

Vi har pratat om det mycket i personalgruppen, hur ska vi hantera det här. (D7)

Många nämnde också att arbetsplatsen inte präglades av hierarkier, utan stort värde sattes på alla yrkesgrupper och allas roller ansågs vara viktiga. Det var inte bara läkarna som sågs som viktiga i arbetet med infektionspatienterna, utan alla hade en roll i omhändertagandet. Det skapade en yrkesstolthet hos medarbetarna.

Att vi inte känner oss *bara* som undersköterskor. Man känner sig uppskattad. Alla har sina roller. (D3)

Det jag gillar är att läkarna litar på våra bedömningar. Det är ju jättetryggt att känna så. För när vi själva är osäkra, då går vi till läkaren och det vet dom om. (D5)

En del patienter behövde aldrig träffa någon läkare, sjuksköterskorna träffade oftast patienterna först. Känslan var att det minskade antibiotikaförskrivningen då sjuksköterskorna inte kunde förskriva antibiotika.

Men då är det ofta att de inte behöver träffa doktor faktiskt när de väl kommer hit och då blir det ju mindre antibiotikaförskrivning. Annars tänker jag att det är risk att det slinker med liksom på något sätt. Det har vi pratat om också. (D7)

Respondenterna gav uttryck för att arbetsmiljön var god, de tyckte om och tog hand om varandra, hade ett bra samarbete och litade på varandra.

Det handlar om att ha liksom god arbetsmiljö, öppet klimat det är viktigt. (D6)

Vi samarbetar mycket och det är mycket kommunikation, så jag tror att det är därför det funkar bra. (D2)

Medarbetarna upplevde att klimatet var så pass tillåtande att de kunde prata öppet om när någon hade gjort något fel.

Det är jätteviktigt att det finns ett fint team, att man kan tala med varandra, att

man har tillit till varandra. Och visst alla kan göra fel ibland. Vi är också människor, men då kan man säga, inte liksom påpeka du vet, men såklart ska du säga till att nej, men det här var fel. Det här tycker jag att så här skulle du göra. Och att man inte tar illa upp för det, utan, men det här är ju något som jag behöver förbättra mig. Så att det här fina samarbetet tycker jag är jättefint. (D8)

4.2.2 Bemöta patientens förväntningar

Patienttillfredsställelse åstadkoms genom att alla patienter blev tagna på allvar, lyssnade på och undersökta av någon på lämplig vårdnivå, inte genom att oreflekterat ge patienten det hen från början efterfrågade. Det gjorde att patienterna kunde gå därifrån nöjda även om de inte alltid fick antibiotika.

Vårdcentralen ligger i ett socioekonomiskt svagt område och många av patienterna har svenska som andraspråk. Respondenterna la vikt vid att anpassa kommunikationen till den aktuella patienten, både kunskapsmässigt och språkligt. En fördel var att de flesta av medarbetarna var flerspråkiga. De utgick alltså från patientens behov och förväntningar i kommunikationen, inte i första hand från vad de själva visste eller kunde.

Alltså deras kunskapsnivå som jag försöker anpassa mig till. Och sedan språket, hur jag pratar med dem. (D4)

Jag tycker den här kommunikationen när vi informerar patienterna, de förstår bättre. De litar på oss. (D4)

De vinnlade sig också om att sätta sig in i patientens situation och vara ödmjuk inför att det en sjukvårdsutbildad vet är ofarligt kan upplevas som hotfullt för en förälder.

Man får ju vara ganska ödmjuk mot dem också, man förstår ju deras situation, jag skulle också vara jätteorolig för mitt barn. (D8)

4.2.3 Ledningen en aktiv del av verksamheten

Verksamhetschefen var läkare och arbetade även kliniskt. På så sätt hade hen insyn i verksamheten och förståelse för arbetet. Några av medarbetarna nämnde också att det var en fördel att vårdcentralens ledning inklusive verksamhetschefen var kliniskt aktiva och en del av den patientnära verksamheten. Medarbetarna upplevde att chefen förstod vad deras arbete innebar vilket bidrog till större tillit i hela arbetslaget.

Men chefen är ju läkare. Hen har haft egna patienter. (D5)

4.3 Upplevd beteendekontroll

Upplevd beteendekontroll handlar om de yttre faktorer som kan påverka ens beteende. Hit hör tid, pengar, personal, regler, lagar och liknande, alltså sådant som kan upplevas som hinder eller möjliggörare för det man vill göra.

Här beskrev de intervjuade följande faktorer som möjliggörare för följsamhet till behandlingsrekommendationerna:

- Tillgänglighet
- Strukturerat arbetssätt med användning av hela teamet
- Regelbundna möten för alla medarbetare
- Tydliga nedskrivna rutiner

4.3.1 Tillgänglighet

Studievårdcentralen hade jourtider mellan klockan sju och arton varje dag. Medarbetarna gav uttryck för att det gjorde vårdcentralen tillgänglig, de hade gott om jourtider och de behövde aldrig säga nej till patienterna. De upplevde att det var en stor tillgång i deras arbete och att det var mycket uppskattat av patienterna.

Vi har drop-in hela dagen, just det, jag tror att tillgängligheten är ovärderlig. (D2)

Gott om tider och stor tillgänglighet gav också möjlighet att följa upp patienter, vilket bidrog till att man vågade avstå från antibiotika och i stället avvakta och göra en ny bedömning vid behov.

Man kan komma hit på drop-in och be att få prata med någon... det är lätt att komma tillbaka om det blir sämre. (D2)

Tillgängligheten var uppskattad av patienterna och gjorde också att fler patienter sökte sig till vårdcentralen.

Då har vi ju tider och det vet ju de om också så att de har ju hittat hit av den anledningen att de vet att vi tar emot dem. (D5)

4.3.2 Strukturerat arbetssätt med användning av hela teamet

En förutsättning för att kunna ha den stora tillgängligheten var att alla yrkeskategoriers kompetens togs tillvara. Tillgängligheten på studievårdcentralen var alltså inte fokuserad på tillgänglighet till specifikt läkare, utan när patienten kom till vårdcentralen gjordes en första bedömning och sortering till vem patienten skulle få träffa. Om det sedan visade sig att patienten hade behov av att träffa någon ytterligare fanns det smidiga vägar att ordna det.

Och det som jag upptäckte var att om de inte träffar läkare i första hand, träffar de en sköterska och de är också jättekunniga och bra. (D3)

Det fanns ett strukturerat arbetssätt med tydliga och överenskomna flöden för patienterna där undersköterskor, sjuksköterskor och läkare alla var inblandade.

Jag tycker att det sköts bra just för att jag ser att det går liksom stegvis, själva vården då, vårdförloppet, om man säger så. (D2)

4.3.3 Regelbundna möten för alla medarbetare

Varje vecka hade vårdcentralen personalmöte där alla kunde framföra sina åsikter och olika frågor diskuterades. Alla personalkategorier var aktiva och kom med idéer

om vad som kunde förbättras för att arbetet skulle flyta så smidigt som möjligt. På mötena följde de även regelbundet vårdcentralens statistik gällande besök, antibiotikaföreskrivning med mera. Det var ett ständigt pågående förbättringsarbete som kunde drivas med hjälp av dessa möten. Flera av respondenterna nämnde mötena som värdefulla och att de bidrog till både trivsel och ökad kvalitet i vården.

Vi har möten varje vecka, personalmöte, och då har man rätt att framföra sina åsikter, synpunkter och det brukar alla göra nästan från varje kategori. (D2)

Personalmötena var också tillfällen för internutbildning där de kunde lära av varandra.

Förutom regelbundna arbetsplatsträffar hade de regelbundna möten för de olika yrkeskategorierna var för sig. På läkarmöten kunde de till exempel gå igenom olika riktlinjer och behandlingsrekommendationer som var mer läkarorienterade.

Alltså har vi liksom gått igenom riktlinjer för läkarna då det är vissa av våra läkare som jobbar lite mindre på jouren som är lite äldre, inte har jobbat så mycket med akutverksamhet och så på länge som behövt uppdatera sig lite nu om val av antibiotika. Det har liksom blivit att vi drar igenom helt enkelt och jag upplever som att det har gjort viss skillnad i alla fall. (D7)

4.3.4 Tydliga nedskrivna rutiner

Vårdcentralen hade gjort egna lathundar och instruktioner så att rutinerna var tydliga för alla. Läkarna använde sig också av regionens färdiga ordinationsmallar i journalsystemet vid föreskrivning av läkemedel. Dessa mallar är gjorda efter gällande behandlingsrekommendationer i regionen. Respondenter från flera olika yrkeskategorier tog upp att regionala och nationella behandlingsrekommendationer användes som grund för de lokala rutinerna.

Vi uppdaterar oss enligt viss.nu så vi vet vilka steg som vi ska följa, sen vi skriver en lathund. Det blir då lättare för andra kollegor som sitter i drop-in. (D4)

Några av respondenterna tog upp att de nedskrivna rutinerna var till stor hjälp i diskussionen med patienterna.

Men vår chef har gjort triagering, ungefär hur det ska se ut var det ska vara urinsticka, CRP, på barnen och så vidare. (D6)

5 DISKUSSION

Resultatet som framkom av intervjuerna besvarade syftet med arbetet, det vill säga att undersöka medarbetarnas upplevelser av framgångsfaktorer för ansvarsfull antibiotikaförskrivning på en vårdcentral i ett utsatt område.

Diskussionsavsnittet består av resultatdiskussion, metoddiskussion, etiska aspekter och slutsats. I resultatdiskussionen diskuteras resultatet i relation till det teoretiska ramverket Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) och den befintliga forskningen. Metoddiskussionen reflekterar över arbetets metodiska styrkor och svagheter, och avsnittet om etiska aspekter tar upp just de etiska aspekterna av arbetet. Slutsatsen avslutar diskussionsdelen och bygger på resultaten som har erhållits i arbetet.

5.1 Resultatdiskussion

Det teoretiska ramverket Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1991) är en psykologisk teori som bygger på att det finns tre huvudfaktorer som påverkar våra beteenden. De är:

- attityd till beteendet, det vill säga det vi själva anser om beteendet
- subjektiva normer, det vi tror att andra anser om beteendet, samt
- upplevd beteendekontroll, yttre faktorer som vi inte kan påverka men som också påverkar vårt beteende.

De teman som kom fram i den tematiska analysen har kopplats till de tre olika huvudfaktorerna. Med hjälp av TPB var tanken att hitta vilka framgångsfaktorer som fanns hos studievårdcentralen och se vilka interventioner som kunde vara lämpliga för andra vårdcentraler, som arbetar under liknande förhållanden, att använda sig av.

5.1.1 Attityd till beteendet

Respondenterna var överens om att det är viktigt att vara kunnig och påläst. Detta kan tyckas självklart, men faktum är att författarna av och till träffar på både läkare och sjuksköterskor som ifrågasätter giltigheten av vetenskaplig litteratur och de behandlingsrekommendationer som följer av den. Ingen av respondenterna uttryckte någon skepsis gentemot de behandlingsrekommendationer som finns, utan sa i stället att det var viktigt att känna till dem och följa dem i så stor utsträckning som möjligt. Flera tog också upp att de är ett bra stöd i arbetet, vilket stöds av forskningen där flera studier tar upp utbildning av personalen som en viktig del i att hålla antibiotikaförskrivningen nere (Carlsson et al., 2024; O'Connor et al., 2018; Tonkin-Crine, 2021).

I intervjuerna framkom att stor vikt läggs vid att utbilda även patienterna om deras hälsotillstånd, vilket kan ses som en långsiktig investering för en vårdcentral som

planerar att finnas kvar och följa sina patienter under många år. Efter hand kommer patienterna veta mer om när de ska söka vård och inte, samt lättare acceptera när det inte krävs antibiotika. O'Connor et al. (2018) såg i sin review-artikel om faktorer som påverkar antibiotikaförskrivningen vid luftvägsinfektioner, att information och uppmuntran från vårdpersonalen var förknippad med hög patientnöjdhet.

Att se till att patienterna känner sig trygga var också något som framhölls som viktigt. Att människors symtom och besvär tas på allvar bidrar förmodligen till en mindre vårdkonsumtion eftersom trygga patienter som känner sig sedda och undersökta i mindre utsträckning kommer söka vård på nytt. Detta är i linje med tidigare publikationer om att ett patientcentrerat förhållningssätt kan leda till att patienten i mindre utsträckning söker vård för uppföljning (Groene, 2011; Lundkvist et al., 2002) och att färre omotiverade antibiotikarecept skrivs ut (Butler et al., 1998; Kasse et al., 2024). Lundkvist et al. (2002) gjorde en studie om skillnader i antibiotikaförskrivning mellan vårdcentraler i en och samma region. Där såg de att om patienterna ansåg att de fick tillräckligt med information och tid för besöket så var de nöjda oavsett om de fick antibiotika eller inte. De drog slutsatsen att ett patientcentrerat arbetssätt kan minska antibiotikaförskrivningen utan att patienterna blir missnöjda.

När det gäller provtagning tog ett par av de intervjuade upp att en positiv faktor är att de tar så många prover, bland annat CRP (C-reaktivt protein), ett protein i blodet som ökar vid inflammation, infektion eller vävnadsskada (Karolinska Universitetslaboratoriet, 2025). Några andra respondenter ansåg att det togs för många prover, däribland CRP. Medarbetarna hade sålunda delade meningar om huruvida det är bra eller dåligt att ta mycket prover. Även forskarna har olika åsikter kring detta. O'Connor et al. (2018) nämner CRP-testning som en effektiv intervention för minskning av antibiotikaförskrivningen vid luftvägsinfektioner. Strandberg et al. (2016) såg i stället i sin studie att vårdcentraler som är högförskrivande av antibiotika använde sig i högre grad av patientnära tester, som snabbtest av Grupp A-streptokocker och CRP, än lågförskrivande vårdcentraler. Det stämmer med upplevelsen som författarna av detta arbete har. En anledning till att resultaten i forskningen kan skilja sig åt är att studierna har gjorts i länder med olika traditioner. Det är okänt vilken nivå av testning som har gjorts från början i de olika länderna. I ett land där tester ofta tas kan det vara mer värdefullt att minska testningen och i ett land där tester sällan tas kan fler prover behöva tas. Det är inte heller känt på vilka indikationer testerna tas. En annan anledning till att det skiljer sig åt kan vara att länderna där studierna har gjorts från början har olika hög antibiotikaförskrivning. Det är möjligt att ökad användning av patientnära akutprover kan vara till hjälp för att minska förskrivningen i ett högförskrivande land, men när det gäller ett lågförskrivande land som Sverige där Strandberg et al. (2016) har gjort sin studie kan det ha snarast motsatt effekt. Cronberg et al. (2024) resonerar också om att inte är användningen av tester i sig som har betydelse, utan snarare tolkningen.

5.1.2 Subjektiva normer

Socialt tryck från patienterna och människors förväntningar på att få ett antibiotikarecept kan vara en orsak till hög förskrivning (Britten & Ukoumunne, 1997; Kianmehr et al., 2019). Respondenterna medgav att det fanns en förväntan från en del patienter att få antibiotika förskrivet men de kände att de hade verktyg att hantera det tack vare en bra struktur på vårdcentralen.

Socialt tryck från en vårdcentralsledning som är angelägen om att patienterna ska få som de vill så att de är nöjda och inte byter vårdcentral kan också göra att läkare upplever en press att förskriva antibiotika (Lundkvist et al., 2002). På denna vårdcentral verkade det sociala trycket från vårdcentralsledningen vara åt andra hållet. Ledningen var angelägen om god vårdkvalitet och såg till att skapa strukturer som gjorde patienterna nöjda och trygga utan att göra avsteg från rådande behandlingsrekommendationer. En god struktur kan minska det sociala trycket från patienterna, som känner tillit till sin vårdcentral och lär sig att ett antibiotikarecept inte alltid är det som behövs vid en infektion.

En ledning som är engagerad och nära verksamheten har betydelse (Bradley et al., 2003), och det framkom också tydligt i intervjuerna. En engagerad ledning och bra organisationskultur kan kopplas samman med en god förmåga att ta emot återkoppling och att implementera nödvändiga förändringar hos personalen (Sholomovich & Magnezi, 2017). Medarbetarna på studievårdcentralen upplevde att det rädde ett öppet klimat på arbetsplatsen och att alla var bra på att ge och ta emot återkoppling. En god stämning genomsyrade intervjuerna. Är det inte ett öppet klimat finns det risk för högre antibiotikaförskrivning enligt Livorsi et al. (2015). På den här vårdcentralen verkade detta inte vara något problem. En viktig faktor i teamarbetet på studievårdcentralen var, enligt flera av medarbetarna, regelbundna möten inom och mellan de olika yrkesgrupperna. Enligt van der Zande et al. (2019) är det ett viktigt stöd i arbetet med att minska antibiotikaförskrivningen. Med hjälp av det öppna klimatet och de regelbundna diskussionerna på mötena kunde de minska risken för att det sociala trycket från kollegorna skulle öka antibiotikaförskrivningen, något som annars är vanligt (Livorsi et al., 2015, Kasse et al., 2024). På studievårdcentralen var det socialt acceptabelt att vara restriktiv med antibiotika.

5.1.3 Upplevd beteendekontroll

Många i primärvården upplever en stor tidsbrist och etisk stress, bland annat eftersom det inte finns läkartider till alla som behöver komma i kontakt med vården (Førde & Aasland, 2008; Sveriges läkarförbund, u.å.). Tillräckligt med tid till besöken är en av de faktorer som är viktiga för att läkarna inte ska överförskriva antibiotika (van der Zande et al., 2019). Detta hade studievårdcentralen löst genom att låta alla patienter med ett upplevt behov komma fysiskt till vårdcentralen för en bedömning och ett kortare samtal med en sjuksköterska – i stället för enbart ett telefonsamtal.

De som behövde träffa en läkare fick först träffa en undersköterska som tog de kontroller och prover som bedömdes nödvändiga utifrån de skriftliga rutinerna. Då fick läkaren mer tid till att prata med och undersöka patienten. På det här sättet togs alla personalkategoriernas kompetens tillvara, och det faktum att fokus flyttades från enbart läkarbedömningar till bedömning av vem som helst med tillräcklig kunskap för att bedöma det aktuella tillståndet möjliggjorde en hög tillgänglighet.

Ordet tillgänglighet är intressant i sammanhanget, eftersom en hög tillgänglighet ibland har framhållits som något som driver på en hög antibiotikaförskrivning, bland annat av Ternhag et al. (2014). I det sammanhanget är det tillgänglighet till läkarkontakt som avses, inte tillgänglighet till kontakt med sjukvården. I eventuella framtida diskussioner om ämnet är det viktigt att det framgår att tillgängligheten på studievårdcentralen handlade om tillgänglighet till att träffa en människa med sjukvårdsutbildning *av något slag*, inte specifikt en läkare.

Om de andra resultaten från denna undersökning i stort ligger i linje med befintlig litteratur, så är detta med hög tillgänglighet desto mer oväntat.

5.2 Metoddiskussion

I denna undersökning fick människor som arbetar på en vårdcentral med en ansvarsfull antibiotikaförskrivning i ett utsatt område komma till tals och ge uttryck för sina uppfattningar och upplevelser av vad som fungerar väl. En av den kvalitativa intervjustudiens styrkor är just att den förmår ta vara på människors upplevelser, tankar och erfarenheter (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2024). Däremot blir en kvalitativ intervjustudie aldrig helt objektiv, om nu någon studie någonsin kan bli det, eftersom intervjuarna alltid själva är en del av intervjusituationen och ofrånkomligen påverkar den (Brinkmann, 2024).

Arbetet gjordes abduktivt eftersom det inte gick att förutse vilka teman som skulle framkomma. Teman delades in efter begreppen i Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) för att strukturera resultaten. Författarna gick mellan det insamlade materialet, sin egen förförståelse och det teoretiska ramverket i analysarbetet.

En svaghet kan vara att detta är en vårdcentral av många och det är inte säkert att arbetssätt som upplevs som välfungerande på ett ställe är det på ett annat. Det är alltså inte självklart att resultaten från denna undersökning är överförbara på vilken annan vårdcentral som helst, utan det är upp till var och en att avgöra vad som kan prövas i den egna verksamheten (Graneheim & Lundman, 2004). Icke desto mindre kan säkert andra vårdcentraler i utsatta områden låta sig inspireras av resultaten i denna studie och använda åtminstone vissa delar som de anpassar till sin egen arbetsplats.

En annan tänkbar svaghet är att de som intervjuades och som är författare till denna uppsats är delvis kända för många som arbetar i regionens primärvård. Eftersom det

var medarbetarnas upplevelser och uppfattningar som efterfrågades, och intervjuarna efter bästa förmåga förmedlade att det inte fanns några svar som var bra eller dåliga, eller rätt eller fel, så bör det inte ha påverkat studiens tillförlitlighet eller trovärdighet i någon större grad. Det kan dock inte uteslutas att någon vårdcentralmedarbetare tillrättalade sina svar utifrån vad de trodde var önskvärt (Brinkmann, 2024). Detta var också författarnas första kvalitativa intervjuundersökning, så bristande vana och träning i intervjuteknik kan ha bidragit till mer tillrättalagda svar än vad annars hade varit fallet. Å andra sidan hade intervjuarna i detta fall mycket god kännedom om den praktik som undersöktes, vilket kan ha bidragit till en bättre förståelse för de svar som gavs.

Graneheim och Lundman (2004) resonerar om att en studies trovärdighet kan bli större om människor med olika erfarenheter och olika perspektiv intervjuas. Det tillgodosågs här genom att författarna aktivt bad om respondenter med olika yrken och roller. Det var chefen på vårdcentralen som valde ut vilka som skulle intervjuas. De hade möjlighet att tacka nej men det kan inte uteslutas att den upplevda frivilligheten i deltagandet kan ha påverkats av att det var chefen som ställde frågan. Urvalet kan också ha påverkats av att chefen valde ut de hen ansåg vara lämpliga att delta. Om syftet hade varit att se vad som *inte* fungerade på vårdcentralen hade det troligen haft en större inverkan än nu, då syftet var att hitta vad som fungerade bra.

En ytterligare svårighet är att det inte finns någon självklar och allmänt vedertagen definition av vad som är hög följsamhet till behandlingsrekommendationer eller ansvarsfull antibiotikaförskrivning. Den bedömningen grundas i och för sig på en del data om antibiotikaförskrivning men det finns också ett inslag av vad författarna subjektivt uppfattar som bra.

5.3 Etiska aspekter

Enligt Brinkmann (2024) kan en kvalitativ intervjustudies etiska aspekter bedömas bland annat utifrån dess förmåga att transformera praktik. Det resultat som kom fram i denna studie kan förhoppningsvis bidra till att göra just detta, alltså att ändra arbetssätt på vårdcentraler så att antibiotikaanvändningen förbättras.

Det faktum att endast en vårdcentral intervjuades och att de intervjuade kom från olika yrkesgrupper gör att det ibland är möjligt för medarbetarna på studievårdcentralen att förstå vem som har sagt vad. På så sätt blir inte studien helt anonym, men för en utomstående måste konfidentialiteten anses bevarad. I det här fallet var syftet med uppsatsen att ta fram de positiva med deras arbetssätt och inget av de redovisade svaren bedöms vara till men för de intervjuade.

ALLEAs (2023) fyra fundamentala principer som god forskningssed ska bygga på - tillförlitlighet, ärlighet, respekt samt ansvarighet för forskningen och dess eventuella konsekvenser - följdes genom hela arbetsprocessen.

5.4 Slutsats

Vårdcentraler i utsatta områden uppger ofta utsattheten som en anledning till låg följsamhet till behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner.

Förhoppningsvis kan resultaten i denna undersökning ge inspiration, och visa att det med relativt enkla medel går att åstadkomma hög följsamhet, även i ett utsatt område.

En första förutsättning är att viljan att göra rätt finns och att inställningen bland medarbetarna på vårdcentralen är att det är viktigt att hålla sig uppdaterad. Stor tillgänglighet till att ansikte mot ansikte få träffa någon sjukvårdsutbildad människa, gör att patienterna känner sig sedda och trygga. En trygg patient har lättare för att lita på vårdgivarens bedömning och efterfrågar inte antibiotika i lika hög grad, vilket gör det lättare för vårdgivaren att följa gällande behandlingsrekommendationer. Engagerad ledning, tydliga rutiner, samsyn med ett öppet klimat och lagarbete där alla personalkategoriernas kompetenser tas tillvara är en förutsättning för att arbetet ska fungera och för att den höga tillgängligheten ska kunna upprätthållas.

Författarnas förhoppning är att resultaten från denna undersökning ska kunna användas av andra vårdcentraler för att arbeta för högre följsamhet till behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner, och att färre patienter därmed ska få antibiotika i onödan. Det skulle gynna både den enskilda patienten och folkhälsan.

Delar av texten i examensarbetet är en vidareutveckling av text, som också kan ha ingått i kurserna FH702A, FH703A och FH704A av samma författare.

6 REFERENSER

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- ALLEA. (2023). *The European Code of Conduct for Research Integrity – Revised Edition 2023*. Hämtad den 9 september, 2025, från <https://allea.org/code-of-conduct/>
- Barman, L. & Weurlander M., (2024). Tematisk analys. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (4:e uppl., s. 38-55). Liber.
- Borek, A. J., Anthierens, S., Allison, R., McNulty, C. A. M., Anyanwu, P. E., Costelloe, C., Walker, A. S., Butler, C.C., Tonkin-Crine, S., & on behalf of the STEP-UP Study Team. (2020). Social and Contextual Influences on Antibiotic Prescribing and Antimicrobial Stewardship: A Qualitative Study with Clinical Commissioning Group and General Practice Professionals. *Antibiotics*, 9(12), 859. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.3390/antibiotics9120859>
- Bradley, E. H., Holmboe, E. S., Mattera, J. A., Roumanis, S. A., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2003). The roles of senior management in quality improvement efforts: what are the key components? *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 48(1), 15–29. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07387-z>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1191/1478088706qp0630a>
- Brinkmann, S., (2024). *Kvalitativa intervjuer* (1:a uppl.). Studentlitteratur.
- Britten, N., & Ukoumunne, O. (1997). The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7121), 1506–1510. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7121.1506>
- Broom, A., Gibson, A. F., Broom, J., Kirby, E., Yarwood, T., & Post, J. J. (2016). Optimizing antibiotic usage in hospitals: a qualitative study of the perspectives of hospital managers. *Journal of Hospital Infection*, 94(3), 230–235. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jhin.2016.08.021>
- Butler, C. C., Rollnick, S., Pill, R., Maggs-Rapport, F., & Stott, N. (1998). Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ (Clinical research ed.)*, 317(7159), 637–642. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7159.637>
- Carlsson, F., Jacobsson, G., Lampi, E. and Rönnerstrand, B. (2025). Beliefs of Peers' Behavior, Clinical Guidelines, and Private Attitudes to Antibiotics as Drivers of Antibiotic Prescribing. *Kyklos*, 78, 493-509. <https://doi.org/10.1111/kykl.12428>

- Cronberg, O., Tyrstrup, M., Ekblom, K., & Hedin, K. (2024). Factors influencing antibiotic prescribing for respiratory tract infections in primary care - a comparison of physicians with different antibiotic prescribing rates. *Scandinavian journal of primary health care*, 42(3), 424–434. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2332757>
- Crutzen, R., Ygram Peters, G. J., & Mondschein, C. (2019). Why and how we should care about the General Data Protection Regulation. *Psychology and Health*, 34(11), 1347–1357. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1606222>
- Dyar, O. J., Tebano, G., & Pulcini, C. (2017). Managing responsible antimicrobial use: perspectives across the healthcare system. *Clinical Microbiology and Infection*, 23(7), 441–447. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.cmi.2017.04.016>
- E-hälsomyndigheten. (2024). *Statistik om läkemedelsförsäljning*. Hämtad den 12 september, 2025, från <https://www.ehalsomyndigheten.se/yrkesverksam/statistik-och-lakemedelsforsaljning/>
- Eriksson-Zetterquist, U., L. & Ahrne G., (2024). Intervjuer. I G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (3:e uppl., s. 56-78). Liber.
- European Parliament and Council. (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC*. Hämtad den 9 september, 2025, från <https://eur-lex.europa.eu/search.html?scope=EURLEX&text=2016%2F679&lang=en&type=quick&qid=1745846533331>
- Folkhälsomyndigheten. (2025). *Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård*. Hämtad den 12 september, 2025, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/246aa17721b44c5380a0117f6doaba40/behandlingsrekommendationer-oppenvard.pdf>
- Førde, R., & Aasland, O. G. (2008). Moral distress among Norwegian doctors. *Journal of medical ethics*, 34(7), 521–525. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021246>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Groene, O. (2011). Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 531–537, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr058>
- Hedin, K., Strandberg, E. L., Gröndal, H., Brorsson, A., Thulesius, H., & André, M. (2014). Management of patients with sore throats in relation to guidelines: an interview study in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*,

- 32(4), 193–199. <https://doi.org/10.3109/02813432.2014.972046>
- Hermesen, E. D., MacGeorge, E. L., Andresen, M. L., Myers, L. M., Lillis, C. J., & Rosof, B. M. (2020). Decreasing the Peril of Antimicrobial Resistance Through Enhanced Health Literacy in Outpatient Settings: An Underrecognized Approach to Advance Antimicrobial Stewardship. *Advances in therapy*, 37(2), 918–932. <https://doi.org/10.1007/s12325-019-01203-1>
- Huang, Z., Weng, Y., Ang, H., & Chow, A. (2021). Determinants of antibiotic over-prescribing for upper respiratory tract infections in an emergency department with good primary care access: a quantitative analysis. *The Journal of Hospital Infection*, 113, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.04.016>
- Hung, D. Y., Leidig, R., & Shelley, D. R. (2014). What's in a setting?: Influence of organizational culture on provider adherence to clinical guidelines for treating tobacco use. *Health Care Management Review*, 39(2), 154–163. <https://doi.org/10.1097/HMR.obo13e3182914d11>
- Karolinska Universitetslaboratoriet. (2025). *C-reaktivt protein, P-*. Hämtad 19 november, 2025, från <https://www.karolinska.se/pta/klinisk-kemi/c-reaktivt-protein-p-/>
- Kasse, G. E., Humphries, J., Cosh, S. M., & Islam, M. S. (2024). Factors contributing to the variation in antibiotic prescribing among primary health care physicians: a systematic review. *BMC primary care*, 25(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02223-1>
- Kianmehr, H., Sabounchi, N. S., Seyedzadeh Sabounchi, S., & Cosler, L. E. (2019). Patient expectation trends on receiving antibiotic prescriptions for respiratory tract infections: A systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 73(7), e13360. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1111/ijcp.13360>
- Kvale, S., Brinkmann, S., (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Studentlitteratur.
- Lim, A. G., Woods, J., & Waite, B. (2024). Registered nurses' antimicrobial stewardship roles: a qualitative descriptive exploratory study. *Journal of primary health care*, 16(4), 382–389. <https://doi.org/10.1071/HC24080>
- Livorsi, D., Comer, A., Matthias, M. S., Perencevich, E. N., & Bair, M. J. (2015). Factors Influencing Antibiotic-Prescribing Decisions Among Inpatient Physicians: A Qualitative Investigation. *Infection control and hospital epidemiology*, 36(9), 1065–1072. <https://doi.org/10.1017/ice.2015.136>
- Lundkvist, J., Akerlind, I., Borgquist, L., & Mölsted, S. (2002). The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Family practice*, 19(6), 638–640. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.6.638>
- McGrath, C., Palmgren, P. J., & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting

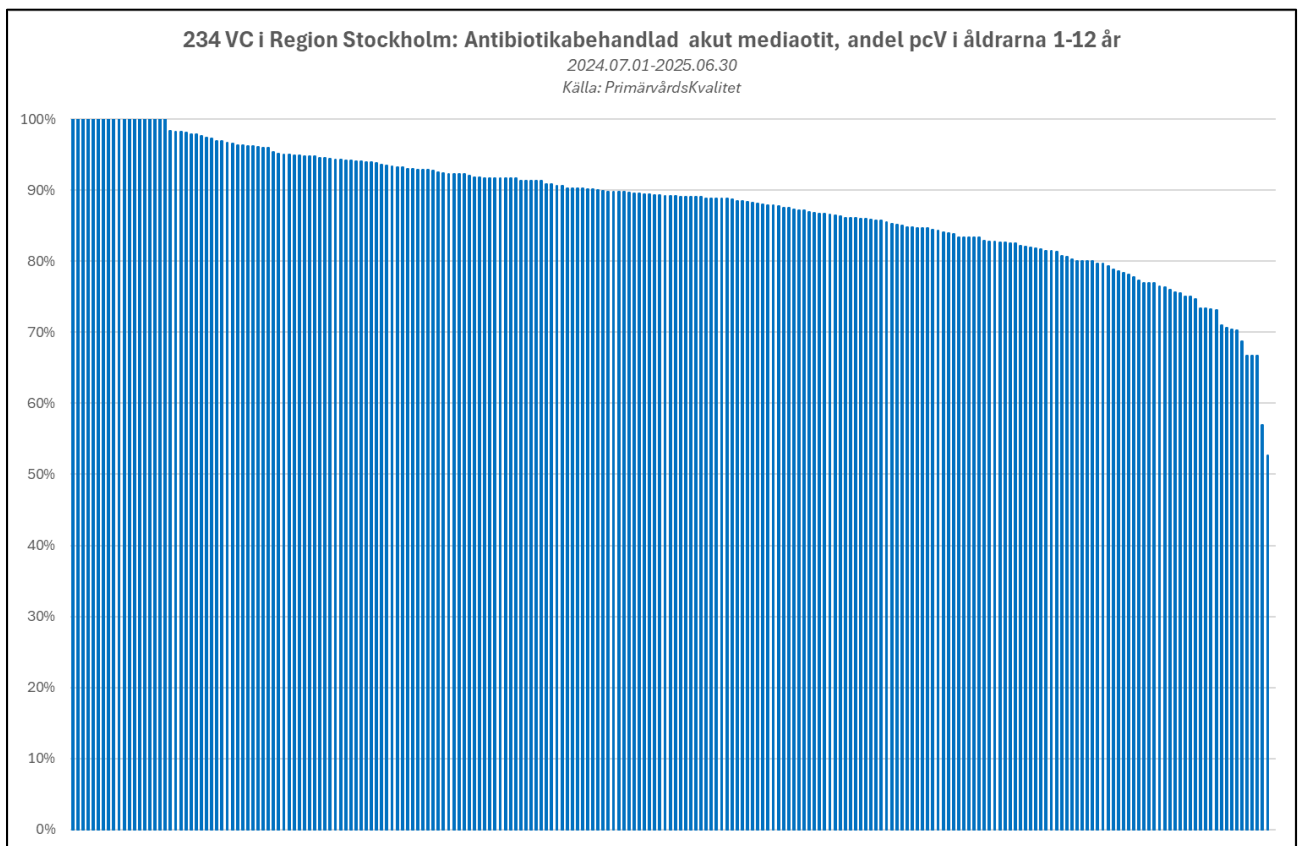
- qualitative research interviews. *Medical Teacher*, 41(9), 1002–1006.
<https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/0142159X.2018.1497149>
- Murray, C.J.L., Shunji Ikuta, K., Sharara, F., Swetschinski, L., Robles Aguilar, G., Gray, A., Han, C., Bisignano, C., Rao, P., Wool, E., Johnson, S.C., Browne, A.J., Give Chipeta, M., Fell, F., Hackett, S., Haines-Woodhouse, G., Kashef Hamadani, B.H., Kumaran, E.A.P., Barney McManigal, B., ..., Naghavi, M. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*, Volume 399, 629–655. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård*. Hämtad den 28 november, 2025, från <https://www.vardanalys.se/rapporter/patientcentrering-i-svensk-halso-och-sjukvard/>
- O'Connor, R., O'Doherty, J., O'Regan, A., & Dunne, C. (2018). Antibiotic use for acute respiratory tract infections (ARTI) in primary care; what factors affect prescribing and why is it important? A narrative review. *Irish journal of medical science*, 187(4), 969–986. <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1774-5>
- Polisen. (2025). *Utsatta områden – polisens arbete*. Hämtad den 2 december, 2025, från <https://polisen.se/om-polisen/polisens-arbete/utsatta-omraden/> [Under studiens gång uppdaterades denna webbplats, men det ändrade inget i sak för den vårdcentral som var med i studien]
- Region Stockholm. (Utan årtal). *Viss - ett kunskapsstöd för dig som arbetar i primärvården*. Hämtad den 15 september, 2025, från <https://viss.nu/>
- Saha, S. K., Kong, D. C. M., Mazza, D., & Thursky, K. (2022). A systems thinking approach for antimicrobial stewardship in primary care. *Expert review of anti-infective therapy*, 20(6), 819–827.
<https://doi.org/10.1080/14787210.2022.2023010>
- Sholomovich, L., & Magnezi, R. (2017). Tell me how pleased you are with your workplace, and I will tell you how often you wash your hands. *American Journal of Infection Control*, 45(6), 677–681.
<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.12.005>
- Strama. (Utan årtal). www.strama.se
- Strama nationell. (2025). *Strama Nationell App*. Hämtad den 12 september, 2025, från <https://strama-nationell.infosynk.se/>
- Strandberg, E. L., Brorsson, A., André, M., Gröndal, H., Mölsted, S., & Hedin, K. (2016). Interacting factors associated with low antibiotic prescribing for respiratory tract infections in primary health care - a mixed methods study in Sweden. *BMC Family Practice*, 17, 78. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0494-z>
- Suri, H. (2011). Purposeful sampling in qualitative research synthesis. *Qualitative*

- Research Journal*, 11(2), 63–75. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.3316/QRJ1102063>
- Sveriges kommuner och regioner. (Utan årtal). *Primärvårdskvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*. Hämtad den 12 september, 2025, från <https://skr.se/primarvardskvalitet.32919.html>
- Sveriges läkarförbund. (Utan årtal). *Arbetsmiljö*. Hämtad den 9 december, 2025, från <https://slf.se/var-politik/arbetsmiljo/>
- Ternhag, A., Grünewald, M., Naucér, P., & Wisell, K. T. (2014). Antibiotic consumption in relation to socio-demographic factors, co-morbidity, and accessibility of primary health care. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 46(12), 888–896. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.3109/00365548.2014.954264>
- Tonkin-Crine, S., Yardley, L., & Little, P. (2011). Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in primary care: a systematic review and meta-ethnography. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*, 66(10), 2215–2223. <https://doi.org/10.1093/jac/dkr279>
- UNDP Sverige. (Utan årtal). *Globala målen*. Hämtad den 7 september, 2025, från <https://globalamalen.se/om-globala-malen/>
- van der Zande, M. M., Dembinsky, M., Aresi, G., & van Staa, T. P. (2019). General practitioners' accounts of negotiating antibiotic prescribing decisions with patients: a qualitative study on what influences antibiotic prescribing in low, medium and high prescribing practices. *BMC family practice*, 20(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1065-x>
- Ward, M. J., Matheny, M. E., Rubenstein, M. D., Bonnet, K., Dagostino, C., Schlundt, D. G., Anders, S., Reese, T., & Mixon, A. S. (2024). Determinants of appropriate antibiotic and NSAID prescribing in unscheduled outpatient settings in the veterans' health administration. *BMC health services research*, 24(1), 640. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11082-0>
- Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed 2024*. Hämtad den 9 september, 2025, från <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html>
- WHO. (2019). *Using qualitative research to strengthen guideline development*. Hämtad den 19 september, 2025, från <https://www.who.int/news/item/08-08-2019-using-qualitative-research-to-strengthen-guideline-development>
- WHO. (2023). *Antimicrobial resistance*. Hämtad den 9 september, 2025, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
- Åkesson, E. (2024). Tematisk analys. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (4:e uppl., s. 56-69). Liber.

BILAGA 1

Exempel på data ur Primärvårdskvalitet

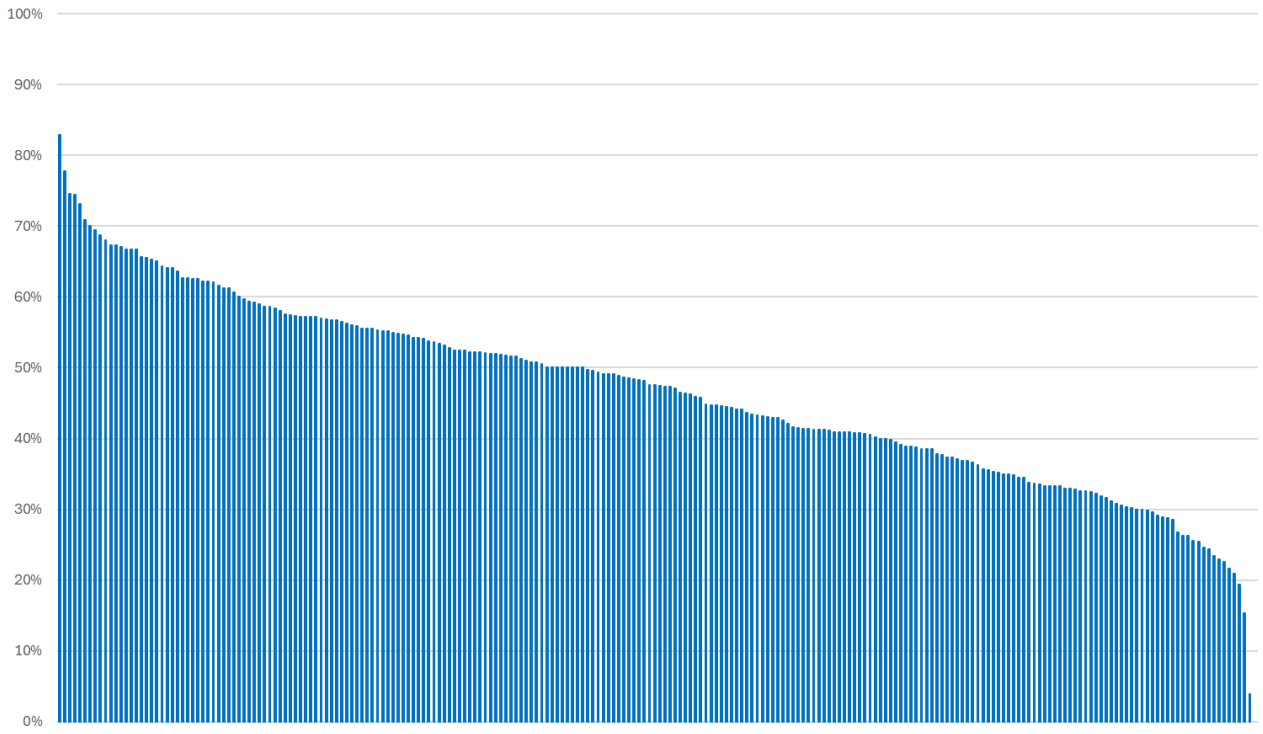
Varje stapel representerar en vårdcentral i Stockholms län. I de två första bilderna är det önskvärt att ha en hög siffra, eftersom det handlar om andel av de antibiotikabehandlade som fått förstahandsmedlet för den aktuella infektionen. I den tredje bilden är det önskvärt med en låg siffra, eftersom det handlar om hur många som fått antibiotika mot tonsillit (halsfluss) trots att snabbtestet för streptokocker var negativt.



234 VC i Region Stockholm: Pneumoni, andel pcV

2024.07.01-2025.06.30

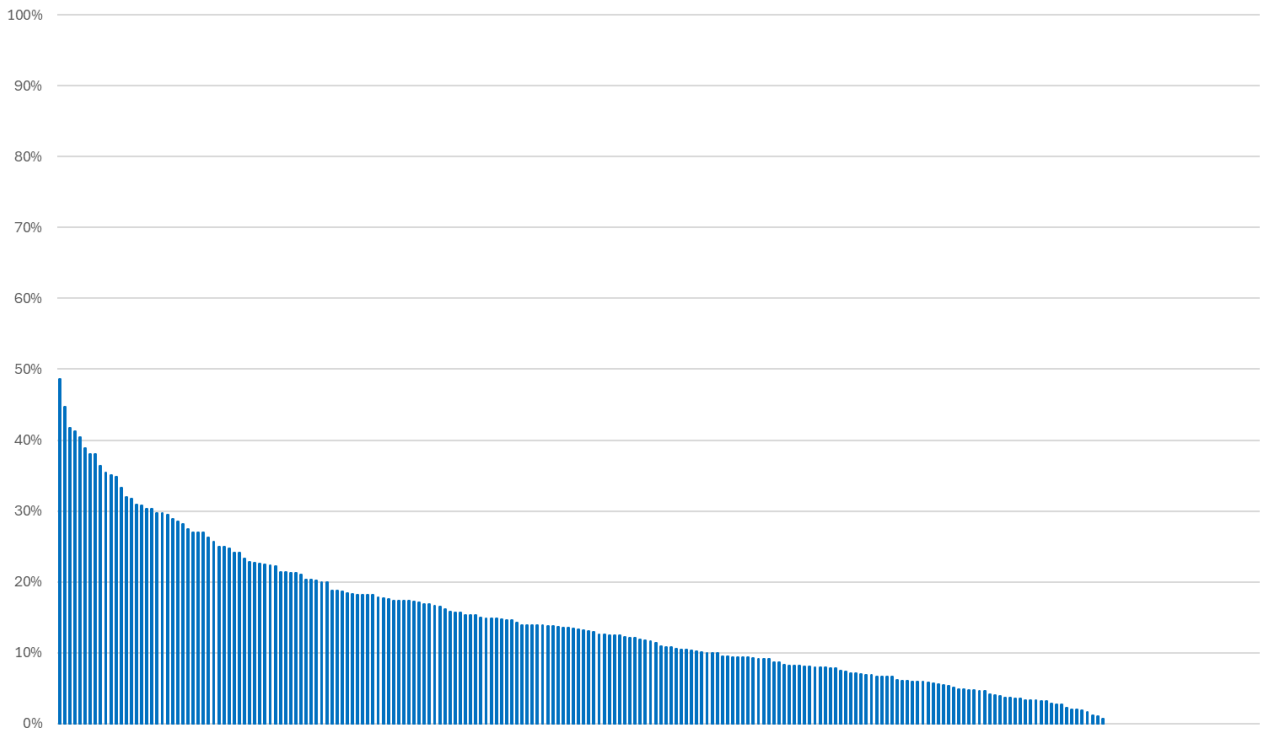
Källa: PrimärvårdsKvalitet



234 VC i Region Stockholm: Antibiotikabehandlad tonsillit, andel med neg strep A

2024.07.01-2025.06.30

Källa: PrimärvårdsKvalitet



BILAGA 2

Intervjuformulär

Omhändertagande på den här vårdcentralen	<p>För mig så ser det ut som att ni på er vårdcentral tar hand om infektionspatienter på ett bra sätt och att ni följer behandlingsrekommendationerna i stor utsträckning.</p> <p>Vad tycker du fungerar bra här när det gäller infektionspatienter?</p> <p>Finns det något som inte fungerar så bra?</p>
Ansvar	<p>Vad ser du som din roll i att patienter med infektioner får rätt omhändertagande?</p> <p>Vilka personalkategorier är inblandade?</p> <p>Vad har vårdcentralsledningen för roll?</p>
Teamarbete	<p>Hur diskuterar ni infektionsomhändertagande i personalgruppen?</p> <p>Hur följer ni upp hur ni arbetar kring dessa patienter?</p>
Önskvärt omhändertagande	<p>Vad upplever du underlättar ett gott omhändertagande av patienter med infektioner?</p> <p>Finns det något som gör det svårare?</p> <p>Om du fick önska – vad skulle du vilja ha/göra för att patienter med infektioner skulle bli omhändertagna på bästa möjliga sätt?</p> <p>Ibland händer det att hälso- och sjukvårdspersonal, på den här och på andra vårdcentraler, inte följer behandlingsrekommendationerna när de egentligen vet att de borde. Vad har du för tankar kring det?</p>
Att fånga upp och bemöta patientens förväntningar	<p>Om en patient har andra föreställningar om hur en infektion borde hanteras än vad ni som jobbar här har – hur gör ni då?</p>

	Vad brukar fungera?
Avslutningsfråga	Om du får nämna en sak, vad tror du är den främsta anledningen till att ni gör ett bra jobb med den här patientgruppen?