

Uppföljning av läkemedelsförskrivning i primärvård via kvalitetsindikatorer

Kjell Lindström, Primärvårdens FoU-enhet, Qulturum, Jönköping
Sven Engström, Gränna vårdcentral, Gränna

Inledning

Sedan början av 1990-talet har man i svensk hälso- och sjukvård arbetat med att ta fram mätetal för att möjliggöra en bättre uppföljning av den medicinska kvaliteten. Begreppet medicinska kvalitetsindikatorer myntades. En kvalitetsindikator är enligt Nationalencyklopedin en mätbar variabel inom vården som används för att registrera viktiga aspekter av vårdkvalitet. Kvalitetsindikatorerna ska vara relevanta och beröra områden som är vanliga och/eller viktiga. Den ska bygga på pålitlig kunskap om vad som är god vårdkvalitet, och den ska vara möjlig att påverka.

Flertalet medicinska specialiteter utvecklar kontinuerligt sina egna indikatorer och mätresultaten samlas i ökande omfattning i kvalitetsregister. Det finns i dagsläget ca 80 kvalitetsregister, varav primärvården idag endast rapporterar till något enskilt ex Nationella Diabetesregistret (NDR), där även uppgifter om läkemedelsbehandling ingår.

Kvalitetsindikatorer i primärvården

En avvägning måste alltid göras mellan att ha få indikatorer som är lätta att mäta och tolka, men där risken finns att de kan ge en fragmentarisk bild eller kan misstolkas, och att ha en mängd indikatorer som kräver omfattande datainsamling.

Det är ibland svårt att tolka resultat av mätningarna. Skillnader kan uppstå pga

slumpen, olika registreringsrutiner, skillnader i diagnossättning, skillnader i patientsammansättning men också pga egentliga skillnader i vårdkvalitet. Det är därför viktigt att den som gör en analys av resultaten också har god kännedom om klinikens/vårdcentralens arbetssätt och om befolkningen i upptagningsområdet.

Svensk förening för allmänmedicin har tagit fram 12 kvalitetsindikatorer som baseras på evidens om god vård och dessa har publicerats i Mål & Mått i Allmänmedicin (www.sfam.se/kvalitet.html). Indikatorerna är i första hand avsedda som ett hjälpmedel när den enskilde läkaren eller vårdcentralen/familjeläkarmottagningen vill granska sina egna resultat. Att följa upp den egna praktiken upplevs som mer intressant och leder i större utsträckning till förändring, än att få ta del av statistik på en övergripande nivå. En nödvändig förutsättning är dock att granskning och analys bygger på frivillighet. I flertalet av de diagnosbaserade indikatorerna i Mål & Mått finns även mål och mätetal för god läkemedelsbehandling.

En regional arbetsgrupp (Jönköping, Kalmar och Östergötland) har, med Mål & Mått som utgångspunkt, utvecklat ett kvalitetsregister, <www.pvkvalitet.se>. Det är en webbportal där man kan mata in sina resultat och jämföra dessa med andra vårdcentralers resultat och med aktuella evidensbaserade riktlinjer. Webbportalen bygger på stickprovsmetodik där man för aktuellt sjukdomstillstånd enligt klara anvisningar granskar ett slumpurval av journaler totalt 40–80 per

Tabell 1. Resultat av granskning och återkoppling beträffande antibiotikaförskrivning till barn 0–6 år

Kvalitetsindikator	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Andel pcV (%)	47	60	67	74	77	74	76	63	79	78	79
Andel besök med antibiotikaförskrivning (%)			38		40		30		26		20

vårdcentral. Från mars 2008 är webbportalen tillgänglig för alla vårdcentraler i Sverige.

Socialstyrelsen har utarbetat och presenterat "Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi". Dessa indelas i läkemedelsspecifika och diagnosspecifika indikatorer. De läkemedelsspecifika indikatorerna beskriver kvaliteten med avseende på val av preparat, behandlingsregim, dosering samt läkemedelskombinationer. De diagnosspecifika beskriver förekomst av rationell, irrationell och olämplig/riskfylld läkemedelsanvändning vid elva av de vanligaste diagnoserna hos äldre (se även www.socialstyrelsen.se).

I Socialstyrelsens regi finns sedan 1 juli 2005 ett nationellt läkemedelsregister som är personnummerbaserat och omfattar alla uthämtade receptförskrivna läkemedel. Registret är avsett att användas för epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik. En arbetsgrupp med representanter från Socialstyrelsen, olika kompetenscentra och fyra landsting avser att ta fram och testa en rad kvalitetsindikatorer för god läkemedelsförskrivning. Några av dessa indikatorer kommer att användas för jämförelser på landstingsnivå (Öppna jämförelser 2008) men de kan också användas för jämförelser på klinik eller vårdcentralnivå.

Vissa av Landstingens läkemedelskommittéer har utformat kriterier för god läkemedelsförskrivning. Dessa kriterier fokuserar främst på följsamhet till rekommenderad lista och på god resursanvändning. Eftersom uppföljning sker via förskrivningsstatistik, utan information om diagnoser, kan man oftast inte avläsa medicinsk kvalitet inom läkemedelsförskrivning med denna metod.

Varför uppföljning av läkemedelsförskrivningen?

Läkemedel har många positiva effekter och är ett oundgängligt redskap i behandlingen av flertalet patientgrupper. Det finns inte sällan, både bland patienter och läkare, en övertro på de positiva effekterna av läkemedel, vilket kan skapa överförskrivning och multifarmaci. Multifarmaci blir idag allt vanligare, framför allt hos äldre. För mycket och felaktig läkemedelsförskrivning kan leda till ökade biverkningsrisker, risk för interaktioner, negativ miljöpåverkan, resistensutveckling, resursslöseri m m.

En regelmässig uppföljning och utvärdering av all läkemedelsbehandling individuellt, tillsammans med varje patient som får långvarig läkemedelsbehandling, är troligen den bästa åtgärden för att förbättra kvaliteten i behandlingen. För att dessutom stimulera till förbättringar av läkemedelsförskrivningen, kan man i en grupp av kollegor mäta och jämföra förskrivningsmönster med hjälp av kvalitetsindikatorerna och sedan diskutera och reflektera över hur man handlägger olika tillstånd.

Hur indikatorer kan användas

Statistikuttag från journalsystem

Luftvägsinfektioner hos barn

Små barn har ofta luftvägsinfektioner med feber och det har både bland läkare och föräldrar tidigare funnits en övertro på nyttan av antibiotikabehandling. Rädsla för allergiska biverkningar av penicillin, tillsammans med svårigheter att medicinera småbarn, pga smaken på penicillin, har gjort att man ofta valt andra antibiotika.

På en vårdcentral studerade man förskrivningsmönstret för antibiotika och konstaterade en överförskrivning av framför allt erytromycin till förskolebarn. Läkarna fick sedan varje månad från juni 1993

Tabell 2. Resultat från granskning av 40 journaler med kvalitetsindikator nr 6 (nedre urinvägsinfektion hos kvinnor > 18 år) vid en vårdcentral under åren 2003, 2004 och 2006.

Kvalitetsindikatorer för nedre UVI hos kvinnor > 18 år	Rekommenderad nivå (%)	2003 (%)	2004 (%)	2006 (%)
Andel kinoloner vid diagnosen cystit	< 10	20	5	0
Andel av enskilt urinvägsantibiotikum	< 30 (< 40 om endast 3 läkemedel rekommenderas som förstahandsmedel)			
- pivmecillinam		40	35	40
- trimetoprim		35	20	20
- nitrofurantoin		5	20	40
- cefadroxil/cefalexin		0	20	0
Andel patienter med 3 dagars behandlingstid med trimetoprim eller 5 dagar med nitrofurantoin eller mecillinam	100	0	60	95

till december 1998 en återkoppling om sin egen antibiotikaförskrivning, genom statistikuttag från datajournalen. Detta ledde till en successiv minskning av förskrivningen av bredspektrumantibiotika samt en minskning av andelen besök som resulterade i antibiotikaförskrivning. Dessa förbättringar har kvarstått efter att återkopplingen upphört, se Tabell 1, s 1201.

Statistik från Apoteket ABs statistiksystem

Ordföranden i en Läkemedelskommittés terapigrupp Infektion/Hud utnyttjade tillsammans med gruppens apotekare Apotekets statistiksystem samt lokala datajournalssystem för att studera antibiotikaförskrivningen och följsamheten till rekommendationerna vid de olika vårdcentralerna inom landstinget. Apotekaren besökte sedan varje vårdcentral och diskuterade, utifrån bakgrundsdokumentationen för kommitténs rekommendationer, vårdcentralens förskrivning av antibiotika. Efter en tid gjordes nya statistikuttag som underlag för fortsatta diskussioner vid en ny besöksrunda på vårdcentralerna.

Tillsammans med terapigruppens hudspecialist gjordes likartade statistikuttag och därefter följde vårdcentralsdiskussioner avseende förskrivning av hudläkemedel.

Apotekets statistiksystem kan således utnyttjas för att på en vårdcentral mäta och förbättra kvaliteten på läkemedelsförskrivningen.

Statistikuttag av en vårdcentralens läkemedelsförskrivning kan också bidra till att

identifiera läkemedelsgrupper eller specifika läkemedel som är särskilt lämpliga för kvalitetsarbete och/eller informations- och utbildningsinsatser.

Kvalitetsindikatorer i primärvården framtagna av SFAM Q

Urinvägsinfektion hos vuxna kvinnor

Hösten 2003 granskades på en vårdcentral 40 journaler för kvinnor > 18 år med nedre okomplicerad urinvägsinfektion med hjälp av kvalitetsindikator nr 6 i Mål & Mått. En sjuksköterska genomförde journalgranskningen som totalt tog ca 2 timmar. Resultaten (se Tabell 2) diskuterades under 45 minuter på ett läkarmöte, där man samtidigt gick igenom gällande riktlinjer (försiktighet med kinoloner, växelbruk, kort behandlingstid m m). Efter ett år genomfördes motsvarande mätning. Resultaten diskuterades återigen på ett läkarmöte, varvid man reflekterade över genomförda förändringar, gällande riktlinjer repeterades och ytterligare förbättringsmöjligheter diskuterades.

Det är på detta sätt som SFAM Q rekommenderar att kvalitetsindikatorerna i Mål & Mått i första hand ska användas. Man vet att det bästa sättet att både skapa engagemang och att förbättra den praktiska handläggningen kräver en kombination av tre moment: Det behövs för det första mätningar av hur man gör, för det andra en analys och en kollegial diskussion av resultaten i förhållande till riktlinjer om "best practice" och för det tredje att man följer upp förändringar genom nya mätningar.

Tabell 3. Exempel på indikatorer som lämpar sig för uppföljning vid några olika diagnoser

Diagnos	Indikatorer	Rekommenderad nivå	Metod	LB-kapitel
1. UVI (N30–P)	Andel behandlade med kinoloner	Kinoloner < 10%	Manuell	s 395
	Behandlingstid	Rätt behandlingstid > 80%		
2. Tonsillit (J03–)	Andel av de behandlade som har positiv StrepA-test	> 80% av antibiotikabehandlade ska ha positiv StrepA-test	Manuell	s 673
	Andel behandlade med pcV	> 90% av förskrivna antibiotika ska vara pcV		
3. Akut bronkit (J22–P)	Andel antibiotikabehandlade	< 20% ska få antibiotika	Datorjournal	s 678
4. Hjärtsvikt (I50–)	Andel behandlade med ACE-hämmare alternativt ARB	> 80% ACE/ARB	Datorjournal	s 261
	Andel behandlade med betablockerare	> 60% betablockerare		
5. Förmaksflimmer (I48–)	Andel med antitrombotisk behandling	> 80% antitrombotisk behandling med warfarin	Datorjournal	s 280
6. Depression (F32)	Uppföljning av insatt läkemedelsbehandling. Vid läkemedelsförskrivning bör telefonuppföljning ske inom 7–10 dagar och återbesök inom 4 veckor.	> 80% minst 2 kontakter (telefon eller besök) inom 4 veckor	Manuell	s 937

Förslag på indikatorer för god läkemedelsförskrivning vid några olika diagnosgrupper

Indikatorer på god läkemedelsförskrivning kan formuleras för åtminstone 3 olika målgrupper. De kan avse

- olika patientgrupper t ex äldre (Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi)
- olika diagnosgrupper, t ex urinvägsinfektion, luftvägsinfektioner
- olika läkemedelsgrupper, t ex psyko-farmaka

Läkemedelskommittéernas rekommendationslistor pekar ofta ut de preparat som är medicinskt lämpliga och mest kostnads-effektiva inom olika läkemedelsgrupper.

I Tabell 3 finns förslag på indikatorer på god läkemedelsförskrivning för några olika diagnosgrupper. Flertalet förslag är hämtade ur Mål & Mått, för detaljer hänvisas till <www.sfam.se/kvalitet.html>.

1. Cystit (N30–P)

Vid behandling av okomplicerad UVI (N30–P) gäller det att använda rätt urinvägsantibiotika under rätt behandlingstid

för att hejda en ökande resistens. Utomlands rapporteras en oroande hög resistens mot kinoloner och antibiotikaresistensen ökar även i Sverige. För att undvika resistensutveckling mot viktiga antibiotika som cefalosporiner och kinoloner rekommenderas dessa inte som förstahandsval. Pivmecillinam och nitrofurantoin är likvärdiga förstahandspreparat. Trimetoprim bör på grund av ökad resistens hos *E. coli* (ca 15%) bara användas om pivmecillinam eller nitrofurantoin är olämpliga. Det bör ske växelbruk av urinvägsantibiotika och att ha en kort behandlingstid (3 dagars behandlingstid med trimetoprim, respektive 5 dagar med nitrofurantoin eller mecillinam). Se även kapitlet Urinvägsinfektioner, s 395.

Metod

Fördelning av t ex antibiotikaförskrivningen vid en viss diagnos kan tämligen enkelt tas fram ur de flesta datajournalssystem, men behandlingstid är oftast svår att få fram. Vårt förslag är därför att man i datajournalen söker fram besök med diagnosen cystit (N30-P) och att varje läkare sedan manuellt går igenom sina 10 senaste besök och noterar enligt Tabell 4, s 1204.

Tabell 4. Mall för datainsamling vid cystit

Nr	Ålder	Kön	Antibiotikatyp	Behandlingstid

2. Tonsillit (J03–)

För tonsillit anges i Tabell 3, s 1203, både andel behandlade med positiv StrepA-test och andel behandlade med pcV som kvalitetsindikatorer. Med klinisk undersökning har man bara drygt 50% möjlighet att skilja på streptokock- och virusorsakad tonsillit. En positiv StrepA-test är därför viktig i diagnostiken innan man ger antibiotikabehandling. Penicillin V är rekommenderad behandling, erfarenheten är lång och god och resistens ses fortfarande inte. Se vidare i kapitlet Luftvägsinfektioner, s 673.

Metod

Dessa indikatorer är svåra att ta fram ur datajournalen, varför man bör gå tillväga som vid UVI, se Tabell 5.

3. Akut bronkit (J22–P)

Den tredje diagnosen i Tabell 3, s 1203, är akut bronkit där andel antibiotikabehandlade är en lämplig indikator. Akut bronkit orsakas oftast av en virusinfektion. Det finns enligt Läkemedelsverkets rekommendationer om behandling av nedre luftvägsinfektioner från 2008 ingen evidens för positiva effekter av något antibiotikum vid bronkit. (Se vidare i kapitlet Luftvägsinfektioner, s 670). Undersökningar i Sverige har visat att varannan patient med diagnosen akut bronkit får antibiotika och av dessa får endast 30% pcV.

Gränsdragningen till bronkopneumoni och exacerbat av KOL kan ibland vara svår att dra. Det är därför någon gång mo-

tiverat att ge behandling med antibiotika (se vidare kapitlet Astma och KOL, s 645).

Metod

Denna indikator kan enkelt hämtas ut från de flesta datajournalssystem genom att selektera på diagnos och sedan visa läkemedel. Ibland kan man i datajournalen även selektera ATC-grupp J01.

Övriga exempel på diagnoser

Övriga förslag i Tabell 3, s 1203, är exempel på diagnoser där det kan föreligga behov av förbättringar avseende läkemedelsförskrivningen.

- Exempel 4 är Hjärtsvikt (I50–) med indikatorerna andel med ACE-hämmare alternativt angiotensinreceptorblockerare (ARB) och andel med betablockerare.
- Exempel 5 är Förmaksflimmer (I48) med indikatorn andel med warfarinbehandling.
- Exempel 6 är Depression (F32) med indikatorer för uppföljning av läkemedelsbehandlingen.

Multifarmaci och kvalitetsindikatorer

Det är viktigt att ge god information och att skapa delaktighet i all läkemedelsbehandling. Särskilt viktigt är att komplettera med skriftlig information om patienten har många läkemedel eller om patienten är äldre. Det är idag möjligt att enkelt skriva ut en bra läkemedelslista från datajournalssystemet. En förutsättning för detta är dock att läkemedelslistan i datajournalen hålls aktuell.

Indikator

Andel patienter med > 3 läkemedel eller ålder > 65 år som fått en aktuell läkemedelslista utskrivna.

Tabell 5. Mall för datainsamling vid tonsillit

Nr	Ålder	Kön	StrepA		StrepA		Antibiotika		
			Ja	Nej	Pos	Neg	Nej	Ja	pcV
1									
2									

Symtomskattningsformulär

Diagnoser:.....

Blodtryck: BT stå: Cystatin C:

Fallolyckor senaste 3 månaderna? Ja Nej

Specificera:.....

Har patienten under de 2 senaste veckorna besvärats av något av nedanstående?

	Ingen	Liten	Måttlig	Stor	Kommentarer
Yrsel					
Allmän trötthet					
Sömnstörning					
Andfåddhet					
Bensvullnad					
Oro/ångest					
Förstoppning					
Sväljningssvårigheter					
Smärta/värk					

Smärtlokalisering:.....

Annat:.....

Frågeformuläret besvarat av: Vårdtagare Anhörig Personal

Figur 1. Symtomskattningsformulär som används som underlag vid läkemedelsrevision i primärvården i Jönköping

Metod

Vid varje dags slut under ett par veckor skrivs mottagningslistan ut och ett kryss sätts för de patienter som under dagen fått sin medicinlista utskrivna.

ApoDos och kvalitetsindikatorer

ApoDos kräver kanske mer än andra ordinationsformer en regelbunden uppföljning eftersom det är alltför enkelt att i en manöver förlänga alla ordinationer för ett år framåt. Dessutom är den patientgrupp som har ApoDos också den grupp som har flest läkemedel. En strukturerad årlig läkemedelsrevision i samband med förlängning av ordinationerna är därför lämplig.

Indikator

Strukturerad läkemedelsrevision görs årligen för alla patienter med ApoDos.

Metod

Ta ut din patientlista ur E-dos och planera in genomgångar av alla patienter. För att sedan komma ihåg att göra dessa läkemedelsrevisioner regelbundet föreslår vi att man

bokar in dessa som alla andra planerade kontroller i datajournalens bokningssystem.

Vid en läkemedelsrevision bör andra personalgrupper (kommunsköterska, distriktsköterska och eventuellt farmaceut) och ibland även anhöriga medverka med sin kompetens och kännedom om patienten. Respektive sjuksköterska bör förbereda läkemedelsrevisionen genom att på särskilt formulär samla in uppgifter om t ex sväljningssvårigheter, förstoppningstendens, inkontinens, falltendens (oklarhet, bensvullnad, stående BT) enligt Figur 1.