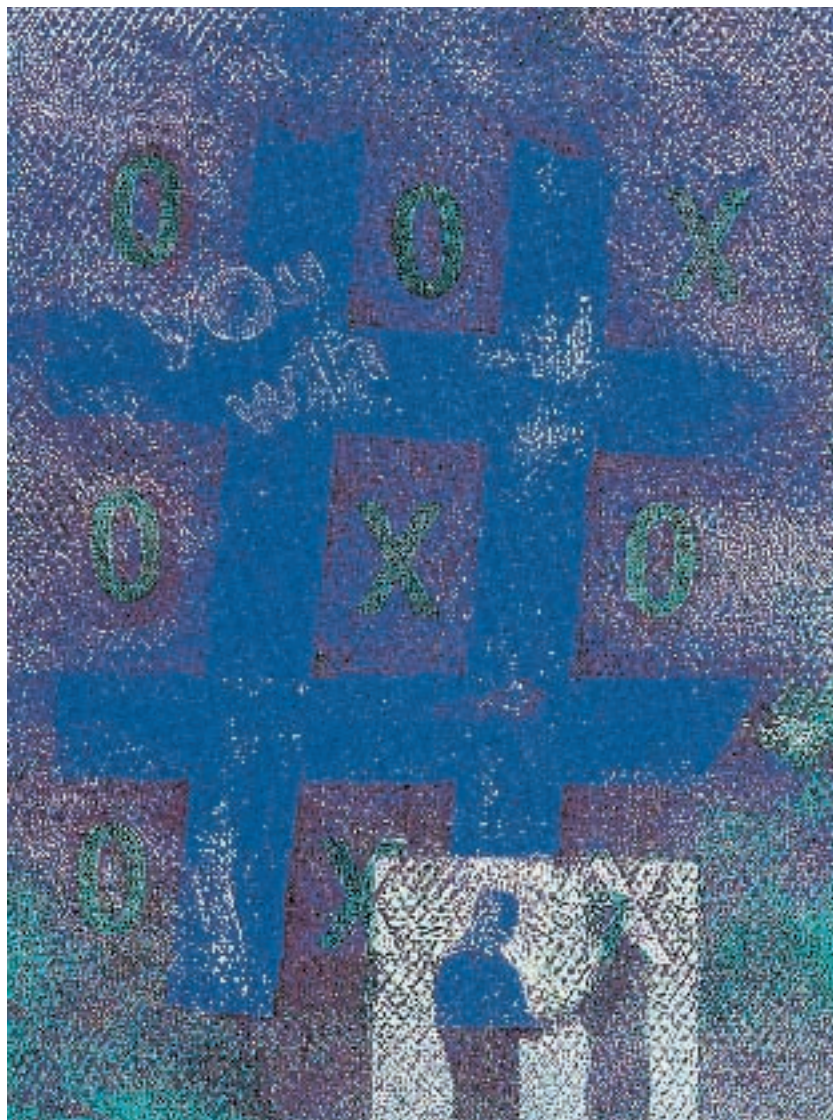


Mindre sjukdom och bättre hälsa

genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna

Professionernas roll

Rapport från Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA II)

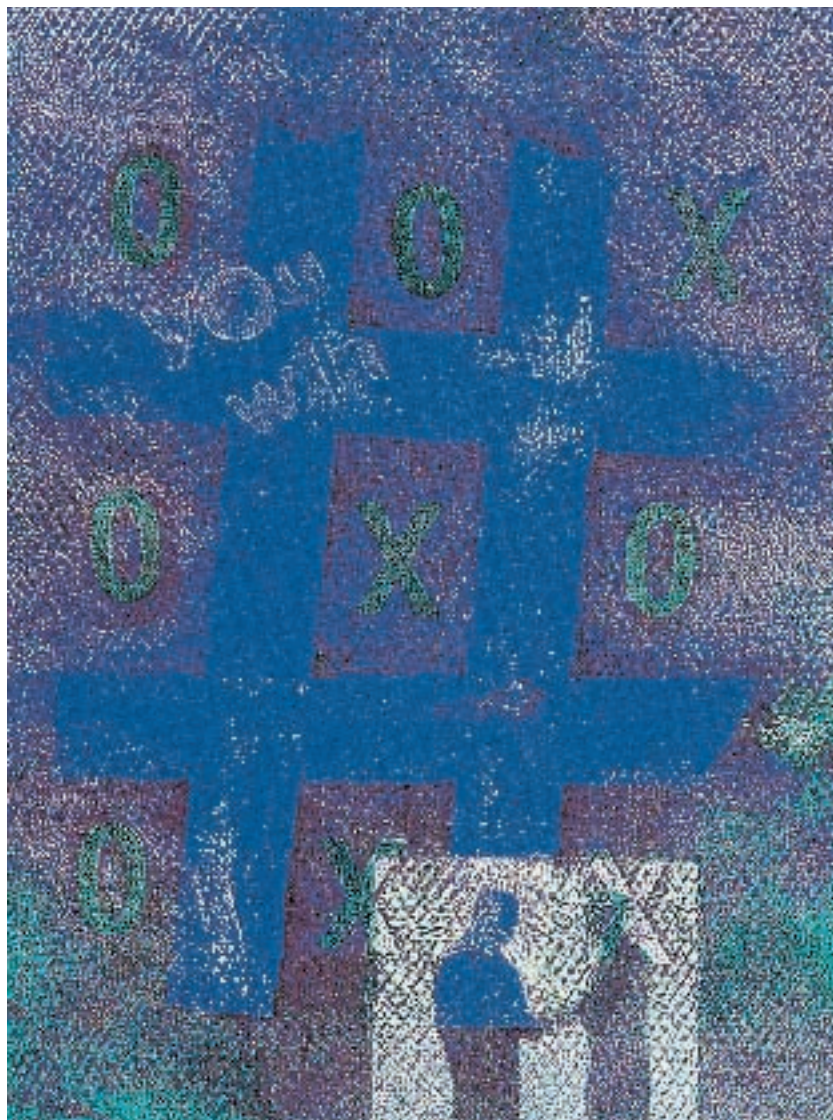


Mindre sjukdom och bättre hälsa

genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna

Professionernas roll

Rapport från Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA II)



Denna rapport beställs på www.lf.se, telefon 020-31 32 30 eller telefax 020-31 32 40.
Rapporten finns också publicerad på Läkemedelsprojektets hemsida www.lf.se/lakemedel.

Best nr 2062 • ISBN 91-7188-681-8

Apotek kan beställa rapporten via Order, Informationsservice, Apoteket AB,
på telefon 08-466 10 70 eller telefax 08-466 10 64.

Layout Inger Olausson, Apoteket AB

FÖRORD

Bristen på följsamhet till läkemedelsordinationerna är troligen ett av de största problemen inom läkemedelsterapin. Det leder till misslyckad terapi, onödigt lidande och stora kostnader. Det är dessutom ett problem för vilket vi inte har några enkla lösningar.

I en rapport från 1999 presenterade en arbetsgrupp en genomgång av den internationella litteraturen på området. Studien gjorde att gruppen övertygades om att bättre följsamhet främst kan åstadkommas genom att se patienten som partner i terapiarbetet. Idealet bör vara en samsyn (concordance) mellan den professionelles syn och patientens syn på sjukdomen och dess behandling. Baserat på detta tänkande har tre gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter föreslagits. Dessa mål är ett sätt att konkretisera begreppet concordance vid patientmötet.

Gruppens förslag har behandlats i styrelser och andra beslutande organ i de medverkande organisationerna som genomgående accepterat förslagen. Även berörda fackliga organisationer har informerats.

Under hösten 2000 tillsatte Landstingsförbundet en ny arbetsgrupp med uppgift att föreslå aktiviteter för att implementera de tre målen i vården. Gruppen och dess uppdrag presenteras på sidan 25 i denna rapport. Gruppen föreslår flera upplysnings- och utbildningsaktiviteter huvudsakligen riktade till läkare, sjuksköterskor och farmaceuter, d.v.s. de tre professionerna i vården som på olika sätt har ansvar för läkemedelsterapin. Avsikten med aktiviteterna är att alla medlemmar av professionerna som möter patienter skall förstå problematiken kring oföljsamhet, känna till och acceptera de tre gemensamma målen och sträva efter att uppnå målen vid varje patientmöte.

Följsamhet/oföljsamhet är ett område där vår kunskap ofta är bristfällig, och det är viktigt att den fördjupas för att vi skall kunna förstå problematiken och förbättra följsamheten. Arbetsgruppen har därför också lagt fram en lista med elva exemplifierade områden där forskning är angelägen.

Stockholm september 2001

Arbetsgruppen ABLA II

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING AV ABLA II	7
Följsamheten vid långtidsmedicinering är högst 50%	7
Oföljsamhet får stora hälsoeffekter	7
Felaktig läkemedelsanvändning leder till höga kostnader	7
Större engagemang bland professionerna	8
Gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter	8
Implementering av de tre målen	9
INLEDNING	11
DEL 1.	
FÖLJSAMHET TILL LÄKEMEDELSORDINATIONEN	12
Bakgrund	12
Definitioner	13
Mäta följsamheten	13
Bristerna i följsamheten	14
Minst följsamhet vid förebyggande behandling	16
Förbättrade läkemedelsberedningar	16
Sjuklighet som resultat av oföljsamhet	16
Kostnader för felaktig läkemedelsanvändning	19
Psykologiska faktorer och följsamhet	19
Försök att förbättra följsamheten – "Concordance" – samsyn	20
Läkemedelsanvändning inom kommunal hälso- och sjukvård	21
Ansvarsfrågor	22
Gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter	23
DEL 2.	
IMPLEMENTERING AV DE TRE MÅLEN	25
De tre målen vidare öden – skapandet av ny arbetsgrupp	25
Allmänna synpunkter	26
Prioriterade målgrupper	26
Förslag till aktiviteter för att implementera målen	27
Förslag till FoU-projekt	32
TIDSPLAN OCH FORTSATT UPPFÖLJNING	34
REFERENSER	35
BILAGA 1	
LÄKEMEDELSANVÄNDNING INOM KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	37
Aktuella lagar och författningar	37
Vården i särskilda boendeformer	37
Läkemedelshantering	38
Läkarens ansvar	39
Sjuksköterskans ansvar	39
BILAGA 2	
ERFARENHETER FRÅN SÖDRA LÄKEMEDELSKOMMITTÉN	
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING	41
Arbete med mål 3 i ABLA I	41
Lokala läkemedelsteam	42

SAMMANFATTNING AV ABLA II

Denna rapport, som betecknas ABLA II, är en uppföljning av en i december 1999 publicerad rapport från Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA I): *"Förbättrad läkemedelsanvändning genom bättre följsamhet till läkemedelsordinationen. Förslag till gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter"*. I ABLA II presenteras litteratordata som sammantaget anger att patienters följsamhet till läkemedelsordinationerna vid långtidsmedicinering i genomsnitt är högst 50%. Publicerade undersökningar och därav gjorda slutledningar talar för att många patienters hälsa skulle förbättras och kostnaderna avsevärt minskas om följsamheten kunde öka. Den väg som anvisas för att nå detta är att de tre, för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter, gemensamma målen som föreslogs i ABLA I uppnås vid varje patientmöte.

FÖLJSAMHETEN VID LÅNGTIDSMEDICINERING ÄR HÖGST 50%

Det finns nära 5 000 publikationer i litteraturen som beskriver hur man kartlagt följsamheten och/eller försökt förbättra den genom olika interventioner. Korta behandlingar anges ge bättre följsamhet än långtidsbehandling, men man har funnit att även vid kortare kurer sjunker följsamheten efter cirka 10 dagars behandling. Problemen med bristande följsamhet är störst vid förebyggande behandling av sjukdomar utan tydliga symtom och som pågår under lång tid. Några författare hävdar att 1/3 av patienterna har hög följsamhet, 1/3 är följsamma ibland och 1/3 är aldrig följsamma. Slutsatsen av litteraturgenomgången är att *det är rimligt att som en allmän bedömning räkna med att följsamheten vid långtidsmedicinering i genomsnitt är högst 50%*.

OFÖLJSAMHET FÅR STORA HÄLSOEFFEKTER

I många studier är sambandet mellan bristande följsamhet och terapieresultat dåligt dokumenterat, troligen för att det är svårt att mäta följsamheten. I de fall då sambandet mellan sjuklighet och oföljsamhet har blivit dokumenterat tyder data på att oföljsamhet är starkt knutet till ökad sjuklighet. Den nuvarande kunskapen har beskrivits som toppen av ett isberg.

FELAKTIG LÄKEMEDELSANVÄNDNING LEDER TILL HÖGA KOSTNADER

Generella studier av de totala kostnaderna i Sverige för felaktig läkemedelsanvändning saknas. För USA har man uppskattat den totala kostnaden i landet under år 1994 för det man kallar "drug related morbidity", vilket anges omfatta alla situationer då en läkemedelsterapi av någon anledning misslyckas. Slutsatsen blev att för varje dollar som man lade ut för läkemedel, lade man också ut en dollar för att täcka de kostnader som brister i läkemedelsanvändningen orsakade. Man kan inte säga att förhållandena i Sverige är desamma som i USA, men man kan anta att det finns en likhet. Läkemedelskostnaderna i Sverige uppgick under år 2000 till omkring 24,5 miljarder kr. Det är därför inte orimligt att anta att kostnader för brister i läkemedelsanvändningen i Sverige (drug related morbidity) ligger i storleksordningen 20 miljarder kr per år och att en stor del av dessa orsakas av brister i patienternas läkemedelsanvändning.

STÖRRE ENGAGEMANG BLAND PROFESSIONERNA

En ökad medvetenhet om de stora bristerna i följsamheten till läkemedelsordinationerna och ett större engagemang för att förbättra situationen bör skapas hos de tre yrkesgrupper, som har fått samhällets uppdrag att hjälpa sjuka människor med deras behandling. Det gäller läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. De har hittills inte arbetat tillsammans med dessa frågeställningar, och det är patienterna som i stor utsträckning varit budbärare mellan professionerna. De flesta av de aktiviteter för att förbättra följsamheten som dokumenterats i litteraturen har varit riktade mot patienterna. Det nya med de mål och uppföljande aktiviteter som föreslås nedan är att de är riktade mot professionerna.

GEMENSAMMA MÅL FÖR LÄKARE, SJUKSKÖTERSKOR OCH FARMACEUTER

Begreppet ”concordance” (samsyn, harmoni, samstämmighet) har nyligen föreslagits för att beteckna samstämmighet mellan patient och vårdgivare då det gäller deras syn på sjukdom och dess behandling. Om man uppnår denna samsyn har man starka skäl att tro att följsamheten blir hög. De tre målen som föreslagits i ABLA I är ett sätt att konkretisera innebörden av samsyn – concordance – vid varje patientmöte.

Målen, som är gemensamma för professionerna, har accepterats av de professionella organisationerna och av arbetsgivarna inom landsting och apotek, och de har delgivits de fackliga organisationerna. De tre föreslagna målen är:

- 1. Se patienten som partner – förverkliga varje patients aktiva medverkan och del i behandlingen.*
- 2. Vid ordination och uppföljning av läkemedelsbehandling – ta reda på patientens erfarenhet av och inställning till sin sjukdom och dess behandling samt säkerställ att patienten vet varför och hur ordinerade läkemedel skall användas.*
- 3. Professionerna som partners – utveckla förståelse för varandras funktioner, samverka och nyttja varandras kompetens kring läkemedel för att stärka patienternas aktiva del i behandlingen.*

IMPLEMENTERING AV DE TRE MÅLEN

Implementeringen av målen innebär att de skall bli kända av alla inom prioriterade målgrupper, att de skall accepteras och göras till egna mål och att man skall uppnå dessa tre mål vid varje patientmöte. Arbetet med att implementera målen är en långsiktig process. Gruppen föreslår att ett projekt eller annan struktur/organisation bör skapas med uppdrag att arbeta med denna fråga under minst 5 år för att genomföra det som nedan föreslås.

Prioriterade målgrupper

Förslagen till aktiviteter bör riktas mot de grupper inom varje profession som i första hand måste känna till och arbeta för att minska problemen kring oföljsamhet. Bland läkare bör allmänmedicin och internmedicin prioriteras (7 000 läkare), bland sjuksköterskor, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, distriktssköterskor och sjuksköterskor i öppen vård (19 500 sjuksköterskor) och bland farmaceuter, konsultapotekare och informationsledare på apoteken (1 000 farmaceuter).

Förslag till aktiviteter

Kampanj. Gruppen föreslår aktiviteter på såväl kort som lång sikt. I det korta perspektivet är det viktigt att så många som möjligt inom de tre professionerna får en grundinformation. För att nå detta på enklast möjliga sätt föreslås en affischkampanj under 2 år, med affischer som anslås i alla personalutrymmen inom sjukvård och apotek.

Läkemedelskommittéer. Analogt med att läkemedelskommittéerna nu har terapigrupper föreslår gruppen att varje kommitté inrättar en "följsamhetsgrupp", dels på landstingsnivå, dels även inom de lokala kommittéerna.

Utbildning. Ett långsiktigt mål bör vara att alla läkare, sjuksköterskor och farmaceuter under sin grundutbildning får utbildning om oföljsamhet och dess konsekvenser, om concordance/samsyn och de tre målen samt om medel att nå målen. Det är troligt att man från professionerna kommer att efterfråga en utbildning kring hur man kan förbättra följsamheten. Arbetsgivarna bör därför ta ansvar för att man utarbetar ett för professionerna gemensamt material för ändamålet.

Feed-back från apoteken till läkarna. Ett system bör skapas där förskrivare och närliggande apotek har regelbundna genomgångar av de interventioner som apoteken gjort i relation till de recept som varje förskrivare utfärdar.

Patientföreningar. Följsamhetsgrupperna inom läkemedelskommittéerna bör etablera ett samarbete med de lokala patientföreningarna för att få den feed-back som dessa kan ge till gruppens arbete, och för att förslag från patientföreningarna skall kunna föras vidare i vården.

Kvalitetsarbete. Det bör vara en naturlig del av ett kvalitetsarbete att kunna mäta och förbättra en låg följsamhet.

Konferenser. Programpunkter om följsamhet bör ingå i de kommande årens Hälsa- & Sjukvårdsstämma, Läkemedelskongressen och Svenska Läkaresällskapets Riksstämma.

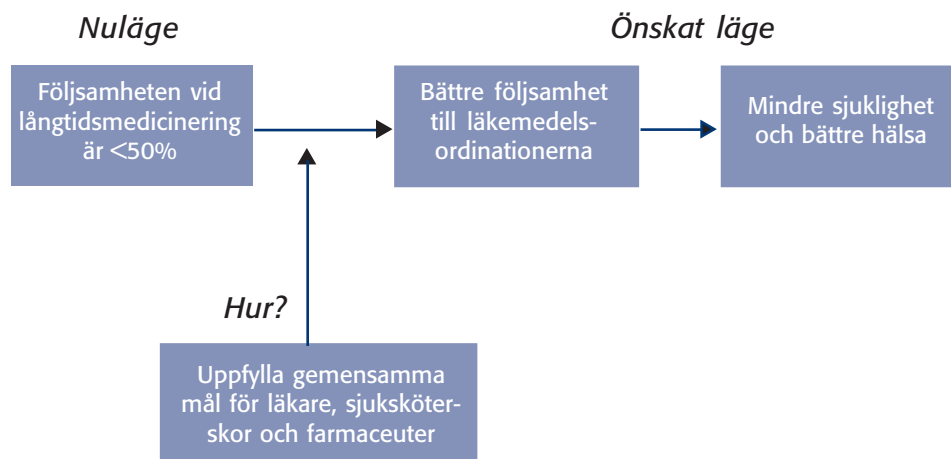
Särskilda krav på farmaceuter. Farmaceuten som lämnar ut ett läkemedel är den sista professionella kontakten som en patient har innan han/hon skall börja använda sina läkemedel och de har därför ett särskilt ansvar. Gruppen har valt att skriva ett särskilt avsnitt om aktiviteter riktade mot farmaceuter, men inte något motsvarande förslag för läkare och sjuksköterskor som inte har samma enhetliga arbetssituation som farmaceuter på apotek.

Forskning och utveckling. Sammanlagt elva förslag till FoU-projekt presenteras inom viktiga områden kring följsamhet där kunskapen är bristfällig, och där det är viktigt att den fördjupas för att följsamheten skall kunna förstås och förbättras. Eftersom detta är en forskning som är angelägen för landsting, kommuner och apotek, är det rimligt att forskningen finansieras av dessa organisationer.

INLEDNING

Avsikten med en läkemedelsbehandling är att förebygga, lindra eller bota sjukdom. För att läkemedel skall ge de önskade effekterna utan oväntade eller oacceptabla biverkningar måste medlen väljas, användas och doseras rätt. En läkemedelsförskrivning innebär således val av läkemedel, användningsätt och dos samt samtal med patienten kring hur läkemedel skall användas. Patienterna följer dock inte alltid förskrivarnas ordinationer, utan väljer att använda sina läkemedel på ett sätt som de anpassar till den egna synen på behandlingen.

Denna rapport är en uppföljning av en tidigare, i december 1999, publicerad rapport¹: ”Bättre läkemedelsanvändning genom ökad följsamhet till ordinationerna. Gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter”. Rapporten arbetades fram av Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA) och den betecknas i fortsättningen ABLA I. En sammanfattning har publicerats i Läkartidningen². I den nya rapporten har vi samlat ytterligare litteraturdata som sammantaget anger att patienters följsamhet till läkemedelsordinationerna vid långtidsmedicinering i genomsnitt är högst 50%. Publicerade undersökningar och därav gjorda slutledningar talar för att många patienters hälsa skulle förbättras om följsamheten kunde öka. Den väg vi anvisar för att nå detta önskade läge (se schema nedan) är att de tre, för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter gemensamma målen som föreslogs i ABLA I, uppnås vid varje patientmöte.



Rapporten består av två delar. Den första delen är ett *kunskapsunderlag* som bygger på den ursprungliga ABLA I samt ytterligare litteraturdata. Den delen presenterar nuläget och de tre gemensamma målen. Avsnitten som behandlar bristerna i följsamheten till läkemedelsordinationerna och de hälsomässiga och ekonomiska konsekvenserna därav har utökats, medan andra avsnitt är kort sammanfattade och helst bör läsas i den första rapporten. Rapportens andra del är en samling *förslag till aktiviteter* som avses leda till att de tre målen blir kända, accepterade och uppnådda vid varje patientmöte.

DEL I. FÖLJSAMHET TILL LÄKEMEDELSORDINATIONEN

KUNSKAPSUNDERLAG

BAKGRUND

Många sjukdomar kan effektivt behandlas tack vare moderna läkemedel. Man kan lätt göra en lista över sjukdomar där läkemedel är den viktigaste och ibland livsräddande behandlingen. Listan skulle t.ex. omfatta astma, blödarsjuka, brist-sjukdomar, diabetes, hjärtsvikt, hypertoni, infektioner, magsår, psykiska sjukdomar, smärta och tumörer. Eftersom mycket stora och snabbt ökande resurser går åt för att betala för moderna läkemedel, måste dessa också användas så effektivt som möjligt.

Förskrivarnas ansvar för en kostnadsmedveten läkemedelsanvändning har blivit allt mer poängterat. Däremot har patienternas medverkan i behandlingen och ansvar för kostnaderna fått ringa uppmärksamhet. Mycken kunskap saknas också för att vi skall förstå alla de faktorer som leder till att patienter inte alltid använder sina mediciner på bästa sätt.

Olämplig användning av läkemedel är ett av de viktigaste läkemedelsproblemen. Effektiviteten i medicineringen beror inte bara på att lämpliga läkemedel finns tillgängliga och förskrivs till rätt patient, utan också på att terapin fullföljs av patienten. Patienterna kan över- eller oftare underanvända sina läkemedel, vilket kan leda till misslyckad terapi, onödigt lidande och sjukdom samt onödiga kostnader på grund av förlorad arbetsinkomst, onödig sjuklighet, vårdbesök och inläggningar på sjukhus och att dyr medicin blir oanvänd.

De flesta professionellt aktiva inom sjukvården har länge varit medvetna om att det finns brister i följsamheten till läkemedelsordinationerna, men hur dessa brister försämrar terapieresultaten och orsakat stora kostnader har inte varit klarlagt. Problemet kan också ha känts stort, svårt och kanske övermäktigt. Man har också saknat kunskap om och förmåga att åstadkomma en förbättring. Detta kan ha medverkat till att det inte tidigare funnits något stort professionellt engagemang för följsamhetsproblem.

Det har i debatten kring ABLA I hävdats att följsamhet inte är den viktigaste faktorn att förändra, utan att man först borde förbättra läkemedelsförskrivningen, eftersom en god följsamhet till en felaktig förskrivning sannolikt inte är positiv för patienten. Detta är givetvis ett riktigt konstaterande. Det är emellertid osannolikt att felaktig/olämplig förskrivning skulle vara lika vanlig som oföljsamhet. Dessutom är dokumentationen av felaktig förskrivning hittills mycket bristfällig och betydligt sämre än den som finns kring oföljsamhet. Även om dokumentationen kring oföljsamhet har brister, kan man med rimlig säkerhet dra slutsatserna att följsamheten vid långtidsmedicinering är låg, och att en större följsamhet leder till bättre hälsa för patienterna och minskade kostnader för vården.

DEFINITIONER

Med följsamhet brukar man avse *i vilken grad en persons beteende* (då det gäller att använda läkemedel, följa dietråd eller att ändra livsstilen) *överensstämmer med ordinationen från läkare, sjuksköterska, dietist etc.*³ Definitionen säger ingenting om vad oföljsamhet betyder för det terapeutiska resultatet (outcome). Därför kan man behöva ange ”...den nivå under vilken den förebyggande eller terapeutiska effekten sannolikt inte uppnås”⁴. Detta är en bred, generell definition. Vad som är acceptabel följsamhet för olika patientgrupper måste diskuteras i relation till varje sjukdomssituation⁵.

I litteraturen brukar graden av följsamhet uttryckas som den andel i procent av patienterna som använder sina läkemedel enligt ordination. Det finns ingen enhetlig syn på vad som är godtagbar följsamhet, det varierar med den sjukdom och behandling som man studerar. Vanligt är att man i studier sätter följsamheten till 80 eller 90% för att man skall anse den tillfredsställande.

Följsamhet kan vara oreflekterad, vilket innebär att patienten följer sin ordination utan närmare eftertanke. Den kan också vara reflekterad om patienten är välinformerad och gör ett medvetet val att ta sin medicin som ordinerat. *Oföljsamhet* kan vara såväl omedveten som medveten. Omedveten oföljsamhet beror ofta på glömska och kan förbättras t.ex. genom att medicineringen knyts till någon rutin i det dagliga livet, eller genom att nyttja doseringshjälpmedel. Den medvetna oföljsamheten anses bero på ett aktivt beslut av patienten, och det innebär ofta att man inte tar medicinen eller tar den i lägre dos än som ordinerats. Mycket tyder på att den medvetna oföljsamheten är vanlig och av stor betydelse för terapieresultatet, och det är främst denna situation som de åtgärder som här föreslås avser att förbättra.

MÄTA FÖLJSAMHETEN

Det är svårt att mäta följsamheten. Alla de metoder som finns har flera brister. En detaljerad sammanställning av olika tillgängliga metoder har gjorts⁵, och bedömningar av de metoder som använts har sammanfattats i två översikter.^{6,7} Både direkta och indirekta metoder finns. Direkta metoder är t.ex. mätning av läkemedelsnivåer i blodplasma eller urin. Det är kostsamma metoder och de ger endast stickprovsmätningar och svarar därför sällan på hur läkemedel har använts under hela behandlingsperioden. Indirekta metoder är t.ex. patientintervjuer, kontroll av receptuttag, räkning av återstående mängd tabletter eller elektronisk registrering av att läkemedelsförpackningen öppnats, samt kombinationer av dessa. Även de indirekta metoderna har flera felkällor. Mätning av följsamhet har därför varit behäftad med osäkerhet. De säkraste resultaten kommer från studier där flera metoder samtidigt använts, och där man samtidigt försökt relatera följsamhet till någon kliniskt mätbar storhet.

BRISTERNA I FÖLJSAMHETEN

Oföljsamhet har alltid funnits. Problemet finns beskrivet från alla världsdelar; det förekommer i alla delar av befolkningen oberoende av ålder, kön, ras, utbildning eller ekonomisk status. Det förekommer vid alla typer av sjukdom, symtomgivande lika väl som icke-symtomgivande, akuta eller kroniska, allvarliga eller mindre allvarliga. För en närmare diskussion av följsamheten för olika grupper av individer och vid olika sjukdomar, hänvisas till översikterna i referenserna 3-5 och 8-11.

Det lär finnas nära 5 000 publikationer i litteraturen, som beskriver endera hur man kartlagt följsamheten eller försökt förbättra den genom olika interventioner, eller bådadera. De flesta studier av följsamheten har gjorts i samband med kliniska prövningar, och det finns goda skäl att tro att följsamheten i rutinsjukvården är sämre än den man når under prövningarnas kontrollerade betingelser. Antalet svenska studier är få och ingen av dessa har försökt göra en allmän bedömning av följsamheten. Vi känner till två avhandlingar kring följsamhet till läkemedelsordinationerna. Fallsberg¹² har studerat de mentala processer som föregår ett beslut att använda eller inte använda ett ordinerat läkemedel. Kjellgren¹³ har studerat förutsättningarna för att nå följsamhet hos patienter med hypertoni. Ingen av dessa studier gör dock någon generell uppskattning av graden av följsamhet till läkemedelsordinationerna.

I brist på svenska generella bedömningar av följsamheten får man lita till studier främst från England och USA, av vilka några översikter citeras nedan. Det finns knappast några skäl att tro att Sverige skulle avvika från det som finns beskrivet i dessa studier. Följsamheten i dessa studier varierar från 10-20% till över 90%. Några författare hävdar att 1/3 av patienterna har hög följsamhet, 1/3 är följsamma ibland och 1/3 är aldrig följsamma. Korta behandlingar anges ge bättre följsamhet än långtidsbehandlingar, men man har funnit att även vid kortare kurer sjunker följsamheten efter cirka 10 dagars behandling. En bedömning från studier av långtidsmedicinering är att följsamheten där är högst 50%, men det finns beskrivet att den siffran kan falla till hälften eller lägre vid asymtomatiska sjukdomar.¹⁴

Mycket av den forskning som ligger till grund för den allmänna bedömningen av följsamheten gjordes under 1970- och 1980-talen och resultaten finns sammanställda i flera översikter från den tiden^{3-4, 8-11} samt en nyare översikt från 1996.⁵ *Tabell 1* sammanfattar ett antal studier som berör olika sjukdomar, olika behandlingar och olika mätmetoder av följsamhet. I dessa studier varierade följsamheten mellan 33 och 94%. Det högsta värdet kan dock starkt ifrågasättas, eftersom man med en annan metod (tableträkning) på samma patienter vid samma tillfälle fick en följsamhet på 53%. Många nyare studier finns samlade i en brittisk databas som kan nås på www.concordance.org.

Tabell 1. Uppmätt följsamhet med olika mätmetoder vid olika behandlingar (från ref. 11)

Behandling	Mätmetod	Definition	Grad av följsamhet
Penicillin som profylax vid reumatisk feber	Mätning i urin	Nivå penicillin i urin	33%
Anxiolytika vid neuros	Tabletträkning	Inom 25% av korrekt värde	54%
Neuroleptika vid schizofreni	Intervju	Ta medicinen som ordinerat	42%
Behandling av tuberkulos	Intervju och mätning i urin	Ta medicinen som ordinerat	55%
Behandling av tuberkulos	Intervju	Pågående terapi	63%
Olika medicinering av äldre	Intervju	Ta medicinen som ordinerat	41%
Olika medicinering av diabetes och hjärtsvikt	Intervju	Ta medicinen som ordinerat	42%
Behandling av hypertoni (två studier på samma patienter)	Enligt journalen	Pågående terapi	Efter 1 år 94%
	Tabletträkning	Tagit >80%	53%

Patienternas underanvändning av läkemedel tycks vara vanligare än överanvändning. I en studie¹⁵ över oföljsamhet och biverkningar hos äldre fann man att bland dem som klassificerades som oföljsamma hade 81% underanvänt, 17% överanvänt och 2% hade missbrukat sina läkemedel.

Slutsatsen av den här litteraturgenomgången är att *det är rimligt att som en allmän bedömning räkna med att följsamheten vid långtidsmedicinering i genomsnitt är högst 50%*.

MINST FÖLJSAMHET VID FÖREBYGGANDE BEHANDLING

Brister i följsamhet finns vid all läkemedelsbehandling, men oföljsamheten tilltar ju längre behandlingen pågår (se ovan).

Läkemedel kan delas in i:

- botande* främst antibiotika
- lindrande* främst smärtstillande
- förebyggande* främst medel som används för att inte svårare sjukdomstillstånd skall inträffa. Till denna grupp hör läkemedel mot astma, hypertoni, hyperlipidemi, osteoporos etc.

Man kan utgå från att problemen med bristande följsamhet är störst vid förebyggande behandling. Detta är dock inte specifikt dokumenterat i litteraturen. Eftersom den förebyggande behandlingen ofta rör sjukdomar utan tydliga symtom och pågår under lång tid, är det troligt att det är här som oföljsamheten är vanligast och de hälsomässiga och ekonomiska konsekvenserna som störst.

FÖRBÄTTRADE LÄKEMEDELSBEREDNINGAR

Många tekniska förbättringar av läkemedlen har gjorts, och olika tekniska doseringshjälpmedel har utvecklats för att underlätta patienternas medicinering och därmed förbättra följsamheten till ordinationerna. Många läkemedel för långtidsbruk finns nu tillgängliga i s.k. ”controlled release”-beredningar, som ger möjlighet för patienten att ta endast en tablett dagligen istället för flera doser under dagen. Andra hjälpmedel är t.ex. dosförpackade läkemedel, där flera läkemedel sampackas individuellt för varje patient och avpassat till olika tider på dagen. Även för injektionsmediciner har olika depot-beredningar utvecklats. Allt detta har hjälpt till att minska s.k. omedveten oföljsamhet som främst beror på glömska. Det har dock troligen inte påverkat den oföljsamhet som beror på patienternas egna aktiva beslut.

SJUKLIGHET SOM RESULTAT AV OFÖLJSAMHET

Sambandet mellan bristande följsamhet och terapieresultat är ofta inte dokumenterat, troligen för att det är så komplicerat att mäta följsamheten. De akuta sjukdomsfall som behandlas i sjukvården (t.ex. astmaanfall, hjärtsvikt o.s.v.) registreras inte som fall av oföljsamhet, även om man kan anta att bristande följsamhet till medicineringen ofta ligger bakom. Den nuvarande kunskapen har därför beskrivits som toppen av ett isberg.⁵

Ett mätbart resultat av oföljsamhet (även om också andra faktorer kan spela roll) är att terapimålen inte uppnås. I en studie av 1 915 hypertoniker behandlade i svensk primärvård, uppnåddes inte det uppsatta behandlingsmålet (diastoliskt blodtryck <90 mmHg) hos 48% av männen och 39% av kvinnorna.¹⁶ I en annan svensk studie¹⁷ över patienters och läkares uppfattning om risker med hypertoni och nytta av behandling, fann man att 12% av patienterna som behandlades vid vårdcentraler och 20% av dem som behandlades vid internmedicinska kliniker, nådde det uppsatta målet för blodtrycks kontroll på

≤140/90 mm Hg, och i en ny norsk studie¹⁸ var det 22,3% av kvinnorna och 30,7% av männen som nådde samma behandlingsmål (≤140/90 mm Hg).

En annan svensk studie har gjorts över andelen icke uthämtade recept.¹⁹ Den visade att kostnaden av uthämtade recept för de 20 största diagnoserna i öppen vård var 14% lägre än för motsvarande utskrivna recept. För vissa indikationer hämtades i stort sett alla recept ut, medan det för andra var en låg grad av uthämtande, t.ex. klimakteriesymtom, där 48% inte hämtades ut. Liknande erfarenheter har gjorts i studier över elektroniskt överförda recept inom Apoteket AB.

Oföljsamhet och annan olämplig användning av läkemedel sammanfattas i en amerikansk översikt²⁰ som orsak till:

- 8-10% av alla intagningar på sjukhus
- 25% av alla intagningar av patienter över 65 år
- 10-15% av de fall som intensivvårdas
- sämre livskvalitet, bland annat genom olämplig förskrivning av t.ex. lugnande medel och sömnmedel till äldre.

Man anger att två tredjedelar av dessa problem kan förebyggas.²¹

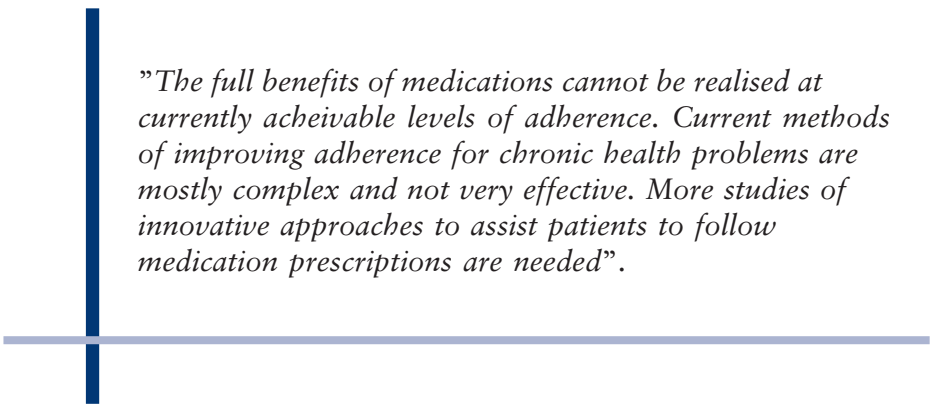
Flera studier (sammanfattade i referens 5) visar att oföljsamhet ger ökad risk för patienterna. Under det s.k. Lipid Research Clinic's Program²² följdes 3 800 män med förhöjda lipidvärden under 7,4 år i en randomiserad dubbel-blind multicenterstudie. Den aktiva behandlingen var kolestyramin och följsamheten mättes som mängden förbrukat läkemedel. I den mest följsamma gruppen minskade risken för akut hjärtsjukdom med 45% jämfört med placebo. Risken ökade sedan linjärt med minskande följsamhet till den grupp som hade en följsamhet av omkring 30%. Hos dem var riskminskningen jämfört med placebo endast 7% och påverkan på kolesterolnivåerna var obetydlig.

En svensk studie²³ visar att läkemedelsorsakade intagningar på sjukhus till nästan hälften berodde på bristande följsamhet till given ordination: 11 patienter tog för litet och 10 patienter för mycket av ordinerade läkemedel. Tidigare studier har fokuserat på biverkningar som orsak till intagningar på sjukhus, men denna studie visar att inadekvat terapeutisk effekt har lika stor betydelse. En stor del av läkemedelsrelaterade problem skulle enligt studien kunna förhindras om hänsyn tas till farmakokinetiska principer vid förskrivningen. En mer individualiserad terapi skulle förmodligen minska problemet.²³

Problemets konsekvenser visas också av resultat från den svenska tuberkulosvården. Man fann att 71% av patienterna fullföljde behandlingen och var friska från sin tuberkulos, 69% av männen och 73% av kvinnorna. Den minsta andelen botade var svenskfödda patienter över 65 år. Den största andelen botade fanns bland icke svenskfödda under 25 år. De patienter som avbryter sin behandling riskerar inte bara sin egen hälsa, utan är en risk för omgivningen på grund av den ökande risken att vid ofullständig behandling utveckla och sprida resistenta bakteriestammar.²⁴

Sjukdomens svårighetsgrad har liten inverkan på följsamheten, vilket visas i en studie av organtransplanterade patienter. En litteraturöversikt (hjärt-, lever- och njurtransplantationer) visar att oföljsamheten varierade mellan 20 och 50%. Slutsatsen av studien är att effekter av dålig följsamhet i form av avstötning, död, retransplantation måste tas upp mer i samtal med patienten. Likaså måste skälen till den dåliga följsamheten studeras mer noggrant.²⁵ I en liknande studie²⁶ fann man att minst 18% av de transplanterade patienterna kunde betecknas som oföljsamma. Hela 91% av dessa fick avstötning eller dog, medan frekvensen av avstötning endast var 18% i den patientgrupp som betecknades som följsam.

Cochrane Library²⁷ har analyserat resultaten från randomiserade kontrollerade studier av interventioner, publicerade t.o.m. 1999, där såväl påverkan på följsamheten som terapieresultaten rapporterats. Man hittade endast 20 sådana studier, varav 19 gällde långtidsmedicinering. I 10 av dessa 19 studier fann man en förbättrad följsamhet som resultat av interventionerna, och i 9 av 19 en statistiskt säkerställd förbättring av terapieresultaten. Skälet till att resultaten inte blev bättre anger man vara allt för små studier och för korta uppföljningstider. Man sammanfattar resultaten på följande sätt:



”The full benefits of medications cannot be realised at currently achievable levels of adherence. Current methods of improving adherence for chronic health problems are mostly complex and not very effective. More studies of innovative approaches to assist patients to follow medication prescriptions are needed”.

Den tydligaste slutsatsen som man kan dra från denna genomgång av publicerade studier är, att sambandet mellan sjuklighet och oföljsamhet ofta inte har blivit dokumenterat. I de fall där så har skett tyder data på att oföljsamhet är starkt knuten till ökad sjuklighet. De få studier där man sökt förbättra följsamheten och samtidigt studerat påverkan på terapieresultatet, har inte givit entydiga resultat, troligen både på grund av svårigheterna att göra interventionerna och att mäta deras effekter.

KOSTNADER FÖR FELAKTIG LÄKEMEDELSANVÄNDNING

De totala kostnaderna i Sverige för felaktig läkemedelsanvändning är svåra att uppskatta och generella studier saknas. Hälsoekonomer har gjort en sådan beräkning för USA.²⁷ Man har uppskattat den totala kostnaden i landet under ett år för det man kallar ”drug related morbidity”, vilket anges omfatta alla situationer då en läkemedelsterapi av någon anledning misslyckas. Baserat på data från 1994 beräknades kostnaden till 76,6 miljarder dollar. Läkemedelsförsäljningen i USA under 1994 var i samma storleksordning. Slutsaten blev därför att för varje dollar som man lade ut för läkemedel, lade man också ut en dollar för att täcka de kostnader som brister i läkemedelsanvändningen orsakade. Nyligen har denna studie uppdaterats för år 2000.²⁹ Man kom då fram till att kostnaderna för ”drug related morbidity” hade mer än fördubblats sedan 1994.

Man kan inte säga att förhållandena i Sverige är desamma som i USA, men man kan anta att det finns en likhet. Läkemedelskostnaderna i Sverige under år 2000 blev omkring 24,5 miljarder kr. Det är därför inte orimligt att anta att kostnader för brister i läkemedelsanvändningen i Sverige (drug related morbidity) ligger i storleksordningen 20 miljarder kr per år, och att en stor del av detta orsakas av brister i patienternas läkemedelsanvändning.

PSYKOLOGISKA FAKTORER OCH FÖLJSAMHET

Demografiska och psykologiska faktorer och deras relation till följsamhet har studerats. Många forskare kan inte påvisa något samband mellan följsamhet och ålder, kön, utbildning,^{30,31} medan andra visar att icke följsamma patienter tycks ha speciella karakteristika.^{32,33} Att sociala och psykologiska faktorer påverkar graden av följsamhet visar en enkätstudie med 366 HIV-infekterade patienter under läkemedelsbehandling.³⁴ Yngre individer tenderade att vara mindre följsamma än äldre, och en större grad av oföljsamhet fanns hos personer med depression och brist på självupplevt socialt stöd.

Det förefaller dock som om psykologiska och emotionella faktorer spelar en större roll än demografiska faktorer.³⁵ Fientliga känslor är mer vanliga hos personer som rapporterar att de inte följer sin ordination, jämfört med dem som rapporterar att de alltid tar sitt läkemedel.³⁶

Man har studerat vilken betydelse läkemedelsintag har i patientens dagliga liv³⁷ och analyserat varför patienten väljer att ta eller inte ta sitt läkemedel. Patienten värderar både läkarens beteende och ordinationen i förhållande till vad han/hon själv vet om sjukdomen och läkemedlet. Ett icke följsamt beteende kan då vara ett resultat av en ordination som inte är förenlig med patientens syn på sjukdom och ohälsa och uppfattningen om hur sjukdomen skall hanteras i det dagliga livet. Flera studier^{38,39} visar att följsamheten ökar om läkemedelsordinationen anpassas till patientens dagliga liv.

Oföljsamhet är liksom följsamhet ofta ett aktivt beslut mera byggd på mänskliga bedömningar än på faktabrist, men också delvis grundade på brist på förståelse av sjukdomens karaktär och otillfredsställande effekt av läkemedlet. Litteraturen anger att det troligen är mera fruktbart att diskutera skälen till följsamhet än till oföljsamhet. I en svensk intervjuundersökning⁴⁰ studerades skäl till följsamhet. Dessa var:

- a/ tro på läkaren, en önskan att lämna medicinska beslut till professionella
- b/ rädsla för komplikationer
- c/ inga besvär av läkemedlet
- d/ önskan att undvika symtom av sjukdomen och
- e/ acceptering av sjukdomen

Orsaken till oföljsamhet var att minimera biverkningar och underlätta det dagliga livet. Följsamma patienter visade sig vara mer delaktiga i sin behandling än icke följsamma. Icke följsamhet som består i att pröva hur ett läkemedel fungerar i det dagliga livet bör ses som ett sunt handlande, faran ligger i när det förekommer frekvent och utan kommunikation med vårdpersonal. Det är heller inte lätt att avgöra vilken patient som är följsam och vilken som inte är det. Studier⁴¹ visar att sjukvårdspersonalens bedömningar i det fallet inte är bättre än slumpen.

En fördjupad dialog med vårdgivare som leder till ökad förståelse för sjukdom, behandling, läkemedelseffekt och eventuell dosjustering eller byte av läkemedel, ökar förmodligen följsamheten och leder till minskad risk för komplikationer av sjukdom och ökad patienttillfredsställelse. Patientens försök till kontroll över sitt tillstånd är i linje med målen och lagstiftningen i hälso- och sjukvården och bör därför uppmuntras. Omvänt, likgiltighet och passivitet, vilka mycket väl kan gå hand i hand med god (oreflekterad) följsamhet, är inte förenligt med etiska riktlinjer och informerat samtycke, inte heller med ett ömsesidigt beslut fattat gemensamt av patient och vårdpersonal, samsyn/concordance, vilket karakteriserar god klinisk praxis och leder till ökad läkemedelseffektivitet.

FÖRSÖK ATT FÖRBÄTTRA FÖLJSAMHETEN – "CONCORDANCE" – SAMSYN

Många har försökt att genom olika typer av interventioner förbättra följsamheten. Cochrane Library har gjort en genomgång⁴² av litteraturen kring dessa interventioner. Deras slutsats är att de strategier som hittills prövats vid långtidsmedicinering inte har varit särskilt effektiva trots många ansträngningar och stora resurser. De konstaterar att eftersom medicinering i öppen vård är mycket vanlig och dessutom ökar, behövs nya sätt att lösa problemen kring följsamhet. En nyskapande forskning inom området skulle därför kunna leda till betydande förbättringar och vinster. Denna studie har nyligen kompletterats²⁷ med en genomgång av publikationer, där såväl påverkan på följsamhet som terapieresultat rapporterats.

Begreppet ”concordance” (samsyn, harmoni, samstämmighet) har nyligen föreslagits⁴³ för att beteckna samstämmighet mellan patient och vårdgivare då det gäller deras syn på sjukdom och dess behandling. Detta skall ske genom ett meningsutbyte för samförstånd mellan jämställda parter, och det innebär ett ömsesidigt givande och tagande av argument. Denna syn på konsultationen har nyligen behandlats i ett helt nummer av *British Medical Journal*.⁴⁴ Man talar här om ”the shared model” som idealet vid en konsultation och slutomdömet är att ”...moving to the shared model may be the most important change in medicine in the next decade – more important even than the new genetics or the internet...”.

Målet är att optimera patientens hälsa på ett sätt som är förenligt med såväl medicinsk vetenskap och erfarenhet som patientens önskemål och förmåga. I denna process är det viktigt att man respekterar såväl vårdgivarens som patientens syn på hälsa och sjukdom. Samsyn/concordance är dock ett svår-fångat begrepp. Den harmoni eller samstämmighet som begreppet förutsätter, är ett dynamiskt mål som kan vara svårt att uppnå, eftersom det påverkas t.ex. av de agerande individernas ålder, den tid och miljö som de verkar i och den sjukdomssituation som är aktuell. De för professionerna gemensamma målen (nedan) är ett sätt att konkretisera innebörden av dessa faktorer och begreppet samsyn vid varje patientmöte.

Följsamhet och *samsyn* (concordance) är inte synonyma begrepp. Samsyn är ett ömsesidigt begrepp och en patient kan inte ensam sakna samsyn (vara non-concordant), eftersom det inte handlar om patientens beteende enbart, utan om brist på överensstämmelse i uppfattningarna mellan t.ex. läkaren och patienten. Termen *följsamhet* kan fortfarande användas för diskussionen om patienternas läkemedelsanvändning i förhållande till förskrivningen på grupp-nivå. *Samsyn* är vad man skall uppnå i den praktiska behandlingen vid det enskilda patientmötet.

LÄKEMEDELSANVÄNDNING INOM KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Följsamhetsproblemen och deras hälsomässiga och ekonomiska konsekvenser inom kommunal hälso- och sjukvård är knappast alls belysta i tillgänglig litteratur. Däremot har andra läkemedelsproblem, särskilt överanvändning bland äldre i särskilt boende, analyserats i två rapporter från Socialstyrelsen^{45,46} och i en doktorsavhandling av Ingrid Schmidt.⁴⁷ Vårdtagarna inom denna del av vården är äldre personer med ofta komplexa sjukdomstillstånd och med många läkemedel. Vi har valt att i en bilaga göra en genomgång av lagstiftning och andra formella aspekter på kommunal hälso- och sjukvård som bakgrund till framtida FoU-projekt kring följsamhet inom området. Den detaljerade sammanställningen finns i *bilaga 1*.

ANSVARSPRÅGOR

De ansvarsfrågor som här diskuteras är främst de som hänger samman med åtgärder för att förbättra följsamheten till läkemedelsordinationerna. För ansvarsfrågor i den kommunala sjukvården, se *bilaga 1*.

Det är läkare eller sjuksköterskor med förskrivningsrätt som ansvarar för ordinationen av läkemedel på recept. Rollen för övriga sjuksköterskor och för farmaceuter kan sägas vara att medverka till att ordinationerna verkställs. I den öppna vården har sjuksköterskor ett stort ansvar för att användningen av läkemedlen blir enligt ordination, medan sjuksköterskor inom den slutna vården främst är engagerade i omvårdnaden av patienterna. Sjuksköterskornas roll för att förbättra patienternas läkemedelsanvändning kan säkert tydliggöras ytterligare. Farmaceuter på apotek är i sitt yrke i stort sett helt inriktade på läkemedelsförsörjning och läkemedelsanvändning. Deras roll som informörer och problemlösare har diskuterats, och vi har här valt att göra en genomgång av de författningar som reglerar detta område.

Det är förskrivarens ansvar att tillsammans med patienten agera på sådant sätt att följsamheten blir så bra som möjligt. Det finns dock av praktiska skäl en begränsad möjlighet, t.ex. för behandlande läkare, att genom täta kontakter följa resultatet av föreskriven läkemedelsbehandling. Andra professionella grupper, främst apotekare och receptarier på Apoteket, kan därför medverka genom råd och kontroll av behandlingen, d.v.s. så långt som möjligt tillse att ordinationerna verkställs som förskrivaren tänkt.

Apotekspersonal är enligt författningen hälso- och sjukvårdspersonal, och som sådana omfattas de av sekretesslagen och Socialstyrelsens tillsynsverksamhet. Det formella regelverket som reglerar legitimation finns angivet i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531). Personalens skyldigheter och rättigheter att medverka finns angivet bl.a. i Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763. Felaktiga åtgärder kan anmälas till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Det finns inga formella hinder för farmaceuter att medverka vid uppföljning av läkemedelsordination/behandling. Den enda begränsningen utgörs av att endast läkare och sjuksköterskor med förskrivningsrätt har behörighet att ordinera läkemedel. I sak innebär detta att farmaceuter inte självständigt kan ändra en läkemedelsordination. Det kan endast den som förskrivit läkemedlet. Ett undantag gäller för generiska preparat, där Socialstyrelsen utgivit föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:22) som möjliggör för farmaceuten att ändra förskrivet läkemedel till ett generikum med likvärdig effekt. Detta kräver dock en kontakt med den behandlingsansvarige förskrivaren. Denne har alltid det fulla ansvaret för den terapi som valts.

Apotekspersonal har i enlighet med LVFS 1997:10 §45 att ”genom att ge individuellt anpassad information, så långt möjligt förvissa sig om att patienten kan använda läkemedlet på rätt sätt”... ”Informationen, som kan vara både skriftlig och muntlig, måste vara individuellt anpassad och lämnas av personal med tillräcklig kompetens. Ansvar för detta åvilar apotekschefen”.

Enligt 22§ 1:a st. Läkemedelslagen skall ”Den som förordnar eller lämnar ut läkemedel skall särskilt iaktta kraven på sakkunnig och omsorgsfull vård samt kraven på upplysning till och i samråd med patienten.”.

Slutsatsen av ovanstående blir att det inte finns några formella hinder för att farmaceuter (apotekare och receptarier) medverkar till uppföljning av läkemedelsbehandling, och de åläggs även ett formellt ansvar att göra detta. Båda yrkeskategorierna har högskoleutbildning och legitimation och kan därmed anses ha tillräcklig formell kompetens för uppgiften. Vilka personer som sedan är lämpliga att medverka blir en fråga som skall avgöras av apotekschefen.

GEMENSAMMA MÅL FÖR LÄKARE, SJKSKÖTERS KOR OCH FARMACEUTER

En ökad medvetenhet om de stora bristerna i följsamheten till läkemedelsordinationerna och ett större engagemang för att förbättra situationen, bör skapas hos de tre yrkesgrupper som har fått samhällets uppdrag att hjälpa sjuka människor med deras behandling. Det gäller läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. De har hittills inte arbetat tillsammans med dessa frågeställningar, och det är patienterna som i stor utsträckning varit budbärare mellan professionerna. De flesta av de aktiviteter som dokumenterats i litteraturen har varit riktade mot patienterna. Det nya med de mål och uppföljande aktiviteter som föreslås nedan är att de är riktade mot professionerna.

Tydliga och utmanande mål som accepterats av flertalet inom professionerna leder till att utvecklingen sätts i rörelse mot målen. Tre mål, gemensamma för professionerna, har därför föreslagits i ABLA I. De tre målen nedan är ett sätt att konkretisera innebörden av samsyn (concordance) vid varje patientmöte. Målen har accepterats av de professionella organisationerna och av arbetsgivarna inom landsting och apotek, och de har delgivits de fackliga organisationerna. De tre målen som skall uppnås vid varje patientmöte är:

1. Se patienten som partner – förverkliga varje patients aktiva medverkan och del i behandlingen.

Om detta mål förverkligas i varje patientmöte definieras patientens relation till läkaren, sjuksköterskan och farmaceuten, och man uppnår ett aktivt engagemang och delaktighet i ansvaret för och genomförandet av behandlingen. Det är alltid patienten som dag efter dag bestämmer om han/hon skall ta den medicin som ordinerats. Därför har läkaren och andra professionella inget annat val än att ta hänsyn till patientens åsikt. För att nå dit måste patienten ta en aktiv del i och känna delaktighet i de beslut som fattas kring den ordinerade terapin.

2. Vid ordination och uppföljning av läkemedelsbehandling – ta reda på patientens erfarenhet av och inställning till sin sjukdom och dess behandling samt säkerställ att patienten vet varför och hur ordinerade läkemedel skall användas.

Om detta mål förverkligas i varje patientmöte knyts läkarens, sjuksköterskans och farmaceutens kunskap och erfarenhet till patientens erfarenhet och inställning, och en hög grad av ”concordance” – samstämmighet – kan nås. Dessutom leder mötet till att patienten verkligen vet varför en viss medicin ordinerats och hur den skall användas. Det finns för närvarande stora brister i dessa avseenden.

3. Professionerna som partners – utveckla förståelse för varandras funktioner, samverka och nyttja varandras kompetens kring läkemedel för att stärka patienternas aktiva del i behandlingen.

De två första målen kan nås vid varje patientmöte och är således mål som skall nås tillsammans med patienterna, medan detta tredje mål är ett mål som professionerna tillsammans skall nå. Ingen professionell grupp har alla svar och lösningar på de problem som patienterna har. För patienternas bästa är en samverkan viktig, och den bör inriktas mot att stärka patienternas aktiva medverkan i behandlingen.

DEL 2. IMPLEMENTERING AV DE TRE MÅLEN

DE TRE MÅLENS VIDARE ÖDEN – SKAPANDET AV NY ARBETSGRUPP

Efter att rapporten ABLA I¹ presenterades i december 1999 har den blivit den mest beställda skrift som utgivits av Landstingsförbundet. Den har även sammanfattats i Läkartidningen.² På arbetsgruppens förslag har även styrelser och andra beslutande organ från de medverkande organisationerna behandlat de föreslagna målen och accepterat dessa. Även berörda fackliga organisationer har informerats om förslagen. Frågan om följsamhet har även behandlats vid ett antal konferenser, bl.a. genom särskilda symposier vid Hälso&Sjukvårdstämman 2001, Läkemedelskongressen och Svenska Läkaresällskapets Riksstämma under år 2000.

En ny arbetsgrupp, *Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning II (ABLA II)*, har tillsatts av Landstingsförbundet under hösten 2000 med uppgift att föreslå aktiviteter för att implementera de tre målen i vården. Gruppen har haft följande sammansättning:

<i>Gabriella Kollander-Fällby</i>	Svenska Kommunförbundet
<i>Annika Hansson</i>	Apoteket AB
<i>Thomas Ihre</i>	Svenska Läkaresällskapet
<i>Karin Kjellgren</i>	Göteborgs Universitet
<i>Inger Lundkvist</i>	Landstingsförbundet
<i>J. Lars G. Nilsson</i>	Stiftelsen NEPI, ordförande
<i>Franz Rücker</i>	Läkemedelskommittén, Visby
<i>Åke Schwan</i>	Läkemedelskommittén, Uppsala
<i>Mikael Svensson</i>	Landstingsförbundet

Gruppen har fått följande uppdrag:

”Arbetet skall syfta till att implementera ABLA-rapportens mål i hälso- och sjukvårdens verksamhet och skapa engagemang för följsamhetsfrågor”.

Detta kan ske exempelvis genom att:

- initiera och stödja forskning inom följsamhetsområdet (t.ex. kartläggningar av läkemedelsmisslyckanden och kostnader som detta medför, förslagsvis i samarbete med IHE)
- initiera och stödja projekt som syftar till att förbättra concordance (samsämmighet mellan patient och sjukvårdspersonal i samband med läkemedelsbehandling) och som stärker samarbetet/kunskapsutbytet mellan professionerna
- skriva artiklar/insändare och genomföra aktiviteter i samband med Läkemedelskongressen, Riksstämman och andra möten/seminarier
- verka för att de medicinska och farmaceutiska fakulteterna samt vårdutbildningarna inför undervisning om följsamhetsproblem i studieplanerna

ALLMÄNNA SYNPUNKTER

Implementeringen av målen innebär att de skall bli kända av alla inom prioriterade målgrupper, att de skall accepteras och göras till egna mål och att man skall uppnå de tre målen vid varje patientmöte. Arbetet med att implementera målen är en långsiktig process. Ett projekt eller annan struktur/organisation bör skapas med uppdrag att arbeta med denna fråga under minst 5 år för att genomföra det som nedan föreslås. De aktiviteter som ABLA II föreslår är i första hand riktade mot professionerna, och det är deras medlemmar som skall arbeta tillsammans med patienterna för att förbättra följsamheten.

PRIORITERADE MÅLGRUPPER

Förslagen till aktiviteter bör riktas mot de grupper inom varje profession som i första hand måste känna till och göra något åt följsamhetsproblematiken.

Läkare. Högförskrivande läkare såsom distriktsläkare och internmedicinare. Prioriteringen i läkargruppen bygger på antalet recepten för olika specialiteter enligt Apoteket AB:s statistik (diagnos-receptundersökningen) under perioden oktober 1999 – september 2000 och som visas i *tabell 2*.

Tabell 2. Fördelningen av utskrivna recepten per läkarspecialitet 10/99-09/00.

Specialitet	Antal recepten	Andel %
Allmänmedicin	13 543 205	51
Internmedicin	5 032 568	19
Kirurgiska specialiteter	1 650 444	6
Psykatri	1 313 427	5
Gynekologi	1 230 063	5
AT-läkare	1 117 633	4
Ögon	617 792	2
Hud	441 490	2
Infektion	385 724	1
Onkologi	256 226	1
Neurologi	232 502	1
Summa	26 321 543	

År 2000 var antalet yrkesverksamma läkare inom allmänmedicin 5 268 och inom internmedicin 2 654⁴⁸ och dessa utgör den mest prioriterade gruppen bland läkarna.

Sjuksköterskor. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor, distriktssköterskor och sjuksköterskor i öppen vård. Enligt statistik från Vårdförbundet⁴⁹ är antalet sjuksköterskor som är medlemmar i förbundet cirka 86 000. Av dessa är 66 500 inom slutna vård och 19 500 inom öppen vård. Det är framför allt den senare gruppen som bör prioriteras och där särskilda åtgärder bör vidtas.

Farmaceuter. Farmaceuter som har patient-/kundkontakt. De viktigaste målgrupperna för att *sprida budskapen och initiera arbetet* med bättre läkemedelsanvändning är:

- *Konsultapotekare / ABLA-farmaceuter* (se nedan) – som redan har etablerade kontakter med läkare och sjuksköterskor exempelvis via läkemedelskommittéarbete, klinikorienterad farmaci och information på vårdcentraler.
- *Informationsledare på apoteken* – som kan stimulera till lokalt ”ABLA-arbete” i kundkontakten på apoteken.

Under år 2000 var antalet apotekare inom Apoteket AB 996, antalet receptarier 5 151 och apotekstekniker 2 743.⁵⁰ Informationsledarna kan vara både apotekare och receptarier. Man kan uppskatta att antalet konsultapotekare och informationsledare inom Apoteket AB är omkring 1 000 och de utgör den högst prioriterade gruppen bland farmaceuterna.

FÖRSLAG TILL AKTIVITETER FÖR ATT IMPLEMENTERA MÅLEN

Kampanj

Många läkare, sjuksköterskor och farmaceuter känner troligen till att följsamheten till läkemedelsordinationerna är bristfällig. Många tycks dock inte känna till litteraturens uppgifter att följsamheten vid långtidsmedicinering är i genomsnitt högst 50% och de hälsomässiga och ekonomiska konsekvenser som oföljsamheten leder till. Det kan också kännas som ett oöverstigligt problem för en enskild aktör inom hälso- och sjukvården att förändra situationen. Begreppet samsyn/concordance är heller inte välkänt inom professionerna och följaktligen inte heller de gemensamma föreslagna målen för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. Dessa mål är dock endast en praktisk tillämpning av ”samsyn”, och det finns övertygande evidens som stöder att det terapeutiska resultatet är positivt korrelerat till den grad av samsyn som uppnås vid patientmötet.⁴⁴

Eftersom det för gruppen förefaller lämpligt att föreslå aktiviteter på såväl kort som lång sikt, anser vi att det i det korta perspektivet är viktigt att så många som möjligt inom de tre professionerna får en grundinformation om graden av oföljsamhet, dess konsekvenser och om de tre gemensamma målen. För att nå detta på enklast möjliga sätt föreslår vi en affischkampanj under 2 år med affischer som anslås i alla personalutrymmen inom sjukvård och apotek. Minst fyra konsekutiva affischer bör användas, en för varje halvår av kampanjen. Alla affischerna bör ha samma huvudinnehåll, men olika saker bör betonas i de fyra affischerna. Den första affischen bör lyfta fram graden av oföljsamhet (i genomsnitt <50% vid långtidsmedicinering), den andra dess hälsomässiga och ekonomiska konsekvenser, den tredje och fjärde de gemensamma målen. Affischerna bör kompletteras med en videofilm som ger basen från vilken man lokalt kan arbeta vidare, samt en fakta-

broschyr för dem som vill ha mer information. Texten till broschyren kan lämpligen tas från ABLA I och ABLA II. Kampanjen bör också finnas under en särskild rubrik på de deltagande organisationernas hemsidor.

Ansvar och kostnaderna för kampanjen bör tas gemensamt av Landstingsförbundet, Kommunförbundet och Apoteket AB. Attityd- och kunskapsundersökningar till professionerna bör göras före kampanjen och efter ett och två år.

Massmedia

Det är sannolikt att kampanjen ovan kommer att uppmärksammas av massmedia, vilket bör förstärka dess genomslagskraft. För att massmedias presentationer av oföljsamheten och dess följder skall bli så korrekta som möjligt, behöver de viss service från professionerna. Runt om i landet bör detta lämpligen ges av medlemmarna i de följsamhetsgrupper som vi nedan föreslår skall inrättas inom läkemedelskommittéerna. Ett faktaunderlag, pressmeddelanden etc., bör skapas i förväg, lämpligen gemensamt av de tre organisationerna som står bakom ABLA II. Faktaunderlaget bör finnas tillgängligt både i tryckt form och på Internet.

Förutom underlag o.dyl. kring kampanjen, föreslår vi att de tre centrala organisationerna gör särskilda aktiviteter mot massmedia för att på så sätt sprida informationen om följsamhetsproblematiken, såväl till personal inom hälso- och sjukvården som till patienter.

Läkemedelskommittéer som förändringsagenter

Vi föreslår att läkemedelskommittéerna får en avgörande roll då det gäller att förbättra följsamheten. Kommittéerna har hittills mest arbetat med läkarnas läkemedelsval. Förbättring av patienters läkemedelsanvändning har därför inte varit en primär arbetsuppgift. Med tanke på att de hälsomässiga och ekonomiska konsekvenserna av låg följsamhet vida överstiger vad som kan åstadkommas med en rationell och kostnadsmedveten läkemedelsförskrivning, anser vi att kommittéernas engagemang bör öka. Ett exempel på kommittéarbete av detta slag är beskrivningen nedan från Södra Läkemedelskommittén i Stockholms läns landsting (*bilaga 2*).

Analogt med att läkemedelskommittéerna nu har terapigrupper, föreslår vi att varje kommitté inrättar en ”följsamhetsgrupp”, dels på landstingsnivå, dels även inom de lokala kommittéerna. Följsamhetsgrupperna bör bestå av representanter för de tre professionerna läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. Deras uppdrag bör vara att på olika sätt agera för att förbättra följsamheten inom kommitténs område. Detta bör ses som ett långsiktigt åtagande och kan ske genom att man initierar och/eller genomför studier av följsamheten inom området samt dokumenterar hur olika åtgärder påverkar följsamheten, terapieresultaten och kostnaderna. Följsamhetsgruppen bör vara aktivt engagerad i den kampanj som beskrivs ovan och även underlätta för massmedia att

uppmärksamma följsamheten. Gruppen bör även arrangera sammankomster för så många som möjligt av de läkare, sjuksköterskor och farmaceuter som ovan angivits som prioriterade grupper inom respektive profession.

Utbildningsmaterial och temaår

Det är troligt att man från professionerna kommer att efterfråga en utbildning kring ”Hur gör jag rent konkret för att nå de tre målen vid varje patientkontakt?”. I första hand kommer medlemmarna av kommittéernas följsamhetsgrupper att efterfråga detta. Preliminära diskussioner har därför inletts om att utarbeta ett för professionerna gemensamt material för ändamålet, och att även erbjuda kurser och temadagar inom området som en del av den ordinarie kursverksamheten.

Inom Apoteket AB produceras flera olika typer av utbildningsmaterial. Vi föreslår att man där gör ett material för den egna personalen och att detta material även görs tillgängligt för de två andra professionerna. Ett temaår kring följsamhet inom Apoteket AB är ytterligare ett förslag att överväga. Eftersom temaåren inte bara engagerar apoteken utan även övrig omgivande sjukvård, bör ett temaår bidra till att de tre målen blir kända och uppfyllda.

Web-sida

En web-sida bör skapas som motsvarande den engelska www.concordance.org. Där kan den framtida projektgruppen presentera hur arbetet med implementeringen av målen och förbättringen av följsamheten och terapieresultaten fortskrider, samt ta emot synpunkter från de olika aktörerna.

Feed-back från apotek till förskrivare

Omkring 30% av kunder med recept på apotek har enligt egen bedömning problem med sin läkemedelsterapi.⁵¹ Om dessa problem inte upptäcks och löses är det troligt att det starkt påverkar följsamheten och terapieresultatet. För förskrivarna bör det också vara av värde att få feed-back från apoteken med information och diskussion om de problem som där upptäcks och löses. Idag sker hanteringen av läkemedelsproblemen till största delen utan att förskrivarna är medvetna om de problem som upptäckts och åtgärdats på apoteken.

Ett system bör skapas där förskrivare och närliggande apotek har regelbundna genomgångar av de interventioner som apoteken gjort i relation till de recept som varje förskrivare utfärdar. Detta bör vara till gagn för patienterna, det bör eliminera systematiska brister i processen och öka det professionella samarbetet. Utvecklingen bör lämpligen starta som ett forskningsprojekt, så att resultaten kan utvärderas vetenskapligt.

Samarbete med patientföreningar

Patienterna själva har unika kunskaper om de svårigheter som de kan ha att följa läkemedelsordinationerna. Följsamhetsgrupperna inom läkemedelskommittéerna bör därför etablera ett samarbete med de lokala patient-

föreningarna för att få den feed-back som de kan ge till gruppens arbete och för att förslag från patientföreningarna skall kunna föras vidare i vården. Eftersom patientföreningarna representerar individer med olika typer av sjukdom, har de sannolikt också vitt skilda åsikter om vad som kan göras för att förbättra följsamheten, och den kunskapen bör tas till vara på bästa sätt.

Arbetsgivarnas roll

Det är en uppgift för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter att tillsammans med patienterna uppnå hög följsamhet till ordinationerna. Tre arbetsgivare är dominerande: landstingen, kommunerna och Apoteket AB. Samtliga dessa har ansvar för att personalen har rätt professionell kompetens. Apoteket AB har en lång erfarenhet av internutbildning av den egna personalen, och följsamhet bör bli en viktig ingående del i denna utbildning.

Läkarnas utbildning om nya läkemedel och deras användning har hittills dominerats av läkemedelsindustrin, men landstingen via sina läkemedelskommittéer håller på att öka sina aktiviteter. Det är angeläget att utbildning om följsamhet sker i landstingens regi, t.ex. via läkemedelskommittén, eftersom synen på oföljsamhet och dess konsekvenser inte bör knytas till vissa produkter eller tillverkare.

Landstingens och kommunernas utbildning av sjuksköterskor i läkemedelsfrågor har hittills begränsats till utbildning som givit forskrivningsrätt. Utbildningen bör nu även omfatta följsamhet och ges i sådana former att det stora antalet prioriterade sjuksköterskor kan få del av utbildningen.

Följsamhetsproblem i grundutbildningen

Ett långsiktigt mål bör vara att alla läkare, sjuksköterskor och farmaceuter under sin grundutbildning får lära sig om oföljsamhet och dess konsekvenser, om concordance och de tre målen samt om medel att nå målen. Vi föreslår att Landstingsförbundet i samverkan med Svenska Läkaresällskapet kontakter de medicinska fakulteterna i denna fråga, Svensk Sjuksköterskeförening kontakter institutioner för omvårdnad eller motsvarande, och att Apotekarsocieteten tar kontakt med Uppsala universitet och andra farmaceutiska utbildningar. Rapporterna ABLA I och ABLA II och de utbildningsmaterial som på olika sätt kommer att produceras, bör kunna nyttjas som kurslitteratur.

Följsamhetsproblem i kvalitetsarbetet

God följsamhet till ordinationerna innebär god kvalitet i den terapi som ges, förutsatt att ordinationen är optimal. Det bör därför vara en naturlig del av ett kvalitetsarbete att kunna mäta och förbättra en låg följsamhet. Forskningsprojekt föreslås nedan för att utveckla sådan metodik och därmed öka möjligheten för den enskilde läkaren eller vårdcentralen att mäta den följsamhet, som de egna patienterna har och ta in detta som en del av kvalitetsarbetet. Det kommer att krävas åtskilligt utvecklingsarbete för att få in följsamhet i t.ex. QUL. Landsting och Apoteket AB bör understödja att sådan verksamhet påbörjas.

Följsamhet på årliga kongresser

Eftersom en förbättring av följsamheten är ett område av särskild vikt för en lyckad terapi, bör ämnet ingå som en tydlig programpunkt vid de kommande årens Hälso- & Sjukvårdsstämma, Läkemedelskongressen och Svenska Läkarsällskapetets Riksstämma och även vid sektionmöten inom Svenska Läkarsällskapet. Inslagen bör utformas så att de blir naturliga fora för att presentera egna studier inom området för att stimulera forskning och utveckling. Vi lägger inget förslag till hur detta skall utformas, utan det bör avgöras av respektive kongressarrangör, men det är angeläget att samarbetet mellan professionerna för att förbättra följsamheten framgår av arrangemangen.

Riktade aktiviteter

Farmaceuter på apotek har sannolikt en mycket stor möjlighet att förbättra följsamheten genom att vid varje kundmöte förverkliga de tre gemensamma målen. Farmaceuten som lämnar ut ett läkemedel är den sista professionella kontakten som en patient har, innan han/hon skall börja använda sina läkemedel. Vid långtidsmedicinering sker dessutom kontakterna med apoteken ofta mer frekvent än med behandlande läkare. Studier visar att var tredje kund med recept på apotek har läkemedelsrelaterade problem⁵¹ som, om de inte upptäcks och löses, sannolikt bidrar till oföljsamhet. Apoteket AB har dessutom en tydlig struktur som bör underlätta arbetet. Vi har därför valt att skriva ett särskilt avsnitt om aktiviteter riktade mot farmaceuter, men inte något motsvarande förslag för läkare och sjuksköterskor som inte har samma enhetliga arbetssituation som farmaceuter på apotek.

Farmaceuterna på apotek känner väl till att följsamheten är låg. De ser dagligen hur mängder av läkemedel lämnas tillbaka till apoteken, och de har ständigt diskussioner med patienterna/kunderna om praktisk hantering och kostnadsaspekter kring läkemedel. Målen i ABLA I är heller inte svåra att acceptera inom farmaceutkåren. Flertalet farmaceuter expedierar läkemedel och ger råd om läkemedelsanvändning under merparten av sin arbetstid. Svårigheten ligger främst i att få målen kända av alla i organisationen och att diskutera fram hur man praktiskt skall gå tillväga för att uppnå målen.

Många apotek har inte en ostörd informationsmiljö, vilket motverkar en djupare dialog med kunderna. Bristen på möjlighet att följa upp de enskilda patienterna kan också minska apotekens engagemang i arbetet med att nå målen. (*”Vad blev effekterna av min rådgivning?”*). Eftersom man som kund på Apoteket troligen träffar olika farmaceuter varje gång man hämtar ut sina läkemedel, är det svårt att få det förtroende som krävs för att kontakten skall vara optimal. Åtgärder som diskuterats för att skapa bättre förutsättningar i detta avseende är införande av Läkemedelsprofiler och ”Husfarmaceuter”. Andra möjligheter att följa upp läkemedelsbehandlingen på apotek är genom användning av ”dagböcker” av olika slag, som kunden kan ha med både till läkaren, sjuksköterskan och Apoteket. Exempel på detta har funnits under Apoteket AB:s temaår.

Förslag på aktiviteter riktade till apotekspersonal

- 1/ Samla nyckelpersoner inom Apoteket AB till ett seminarium om ABLA.
Syfte: Att informera och inspirera till lokalt engagemang. Att få cheferna att utse distriktsansvariga ABLA-farmaceuter för att leda det fortsatta arbetet lokalt.
- 2/ Etablera ett nätverk för ABLA-farmaceuterna.
Syfte: Inspirationskälla, idéutbyte, strategidiskussioner etc.
- 3/ Verka för att centrala stödfunktioner till farmaceuter verksamma i landets läkemedelskommittéer integrerar ABLA-aspekter i sitt arbete.
- 4/ Skapa ett underlag för information till allmänläkare med ABLA-tema.
- 5/ Utvärdera de aktiviteter som bedrivs inom Apoteket AB för att förbättra följsamheten.
- 6/ Utveckla de idéer som finns runt "husfarmaceuter".
- 7/ Förankra och diskutera ABLA-arbete i de befintliga nätverk och utvecklingsprogram som redan idag finns inom Apoteket AB.

FÖRSLAG TILL FOU-PROJEKT

Följande förslag till FoU-projekt bygger på diskussioner där vi sökt identifiera viktiga områden kring följsamhet, där vår kunskap är bristfällig och där det är viktigt att den fördjupas för att följsamheten skall kunna förstås och förbättras. Listan är inte uppställd i prioritetsordning och den kan sannolikt göras längre. Vi har endast antytt hur några forskningsprojekt lämpligen skulle kunna utföras, och i flera fall behöver sannolikt ny metodik utvecklas. Eftersom detta är en forskning som är angelägen för landsting, kommuner och apotek, är det rimligt att forskningen finansieras av dessa organisationer.

Hälsomässiga och ekonomiska konsekvenser av låg följsamhet

Det är angeläget att svenska studier görs över "läkemedelsrelaterad sjuklighet" (drug-related morbidity) och dess hälsomässiga och ekonomiska konsekvenser, så att vi inte enbart måste lita till amerikanska data.^{27,28} Studierna bör göras vid olika typer av sjukdomar där patienternas följsamhet mäts med bästa möjliga metodik, och där terapieresultaten korreleras till graden av följsamhet. Studierna bör läggas upp och genomföras i samarbete med hälsoekonomer, så att de ekonomiska konsekvenserna kan klarläggas.

Hur påverkas följsamheten om läkare/sjuksköterskor/farmaceuter uppfyller ABLAs tre mål?

ABLAs tre mål är en praktisk tillämpning av begreppet ”samsyn”, och från diskussionerna kring detta begrepp kan man dra slutsatsen att följsamheten kommer att öka, om de tre professionerna uppnår de tre gemensamma målen. Detta bör dock visas i speciellt upplagda studier. Ett förslag är att spela in samtal mellan patienter och läkare/sjuksköterska/farmaceut vid några kroniska sjukdomstillstånd, och från banden identifiera i vilken grad ABLAs mål finns med i samtalen och hur patienterna uppfattar dessa. Samtidigt bör man mäta följsamheten hos medverkande patienter med bästa möjliga metodik.

Tar det extra tid att uppnå de tre målen eller kan de vävas in i patientsamtalet utan extra tidsåtgång?

Diskussionen kring ABLA I antyder att många befarar att det kommer att ta mycket tid att uppfylla de tre föreslagna gemensamma målen. Från andra håll hävdas att detta kan vävas in i ett patientsamtal av normal längd, bara man vet hur man gör. Detta bör studeras närmare i patientsamtal med sjukvårdspersonal som är välinformerade om och delar värderingarna bakom de tre målen.

Förbättras följsamheten om patienternas läkemedelsrelaterade problem kan upptäckas och lösas på apotek?

Omkring 30% av patienter med recept på apotek har olösta läkemedelsrelaterade problem, och de flesta av dessa upptäcks inte i den normala rutinen.⁵¹ Det är troligt att detta bidrar till oföljsamhet. Detta bör studeras på ett antal patienter med olika sjukdomstillstånd, deras läkemedelsrelaterade problem bör upptäckas och lösas och deras följsamhet studeras med bästa möjliga metodik, och resultaten i form av påverkan på följsamhet och graden av uppnådda terapimål jämföras med motsvarande inom en kontrollgrupp.

Kan oföljsamhet förutses?

Detta projekt syftar till att identifiera eventuella faktorer vid patientmötet som gör att man i förväg kan dra slutsatsen att särskilt stor risk för oföljsamhet föreligger, så att man kan förbättra situationen. Studien görs lämpligen på vårdcentraler och den bör omfatta ett stort antal konsekutiva recept. Såväl patienterna som involverade läkare/sjuksköterskor/farmaceuter får skatta sannolikheten för att patienten kommer att använda förskrivna läkemedel så som de ordinerats. Personalen får också ange på vilken grund de bedömer graden av följsamhet. Följsamheten bestäms sedan med bästa möjliga metodik hos de aktuella patienterna.

Hur kan jag mäta om mina patienter är följsamma?

Förskrivande läkare har behov av att kunna uppskatta följsamheten hos sina patienter. Metodik för detta bör utvecklas.

Läkemedelsrelaterad sjuklighet inom kommunal sjukvård

Kommunerna har ansvaret för sjukvården inom de s.k. särskilda boendeformerna samt inom hemsjukvården. Den läkemedelsrelaterade sjukligheten inom dessa vårdformer är obetydligt känd. Vi föreslår att eventuella problem kartläggs och löses genom lämpliga interventioner.

Relation mellan följsamhet och besöksfrekvens hos läkare/sköterska?

Relationen borde finnas, men så vitt vi vet har den aldrig studerats.

Vilka faktorer hos de tre professionerna avgör att man når "concordance"

Ett forskningsprojekt kring detta har inletts (redovisat på Svenska Läkarsällskapets Riksstämma 2000). Det är angeläget att detta kan fortsätta och utvidgas.

Relation mellan kassation av läkemedel och följsamhet?

Relationen borde vara uppenbar, men så vitt vi vet har den aldrig studerats.

Är det rimligt att ordinera förebyggande läkemedelsbehandling mot sjukdomar med högt "Number Needed to Treat" (NNT) om följsamheten dessutom är låg?

Projektet kan exemplifieras med behandling av mild till måttlig hypertoni hos medelålders personer utan ytterligare riskfaktorer. Hos dessa är NNT 86 för att under 5 år motverka en "cardiovascular event" definierad som stroke, hjärtinfarkt eller död.⁵² Man bör kunna beräkna vilken följsamhet som bör uppnås för att behandling av t.ex. mild hypertoni skall vara meningsfull.

TIDSPLAN OCH FORTSATT UPPFÖLJNING

Någon enhetlig tidsplan för genomförande av alla de aktiviteter som här föreslås kan inte göras. De flesta aktiviteter bör initieras så snart som möjligt, eftersom resultaten i de flesta fall inte kan finnas förrän om flera år. En permanent grupp i form av t.ex. ett projekt bör skapas av landstingen, kommunerna och apoteken för att hålla samman de olika aktiviteterna, samla ihop och tolka de data som kommer fram och återrapportera till styrande församlingar.

REFERENSER

1. Förbättrad läkemedelsanvändning genom bättre följsamhet till läkemedelsordinationen. Förslag till gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. Landstingsförbundet, Stockholm 1999. Best. nr.1931, ISBN 91-7188-568-4
2. JLG Nilsson. Varannan patient följer inte läkarens ordination. Läkartidningen 2000;97:4015-4019
3. D L Sackett in "Compliance with therapeutic regiments". R B Haynes editor. John Hopkins University press, Baltimore & London 1976, sid 1.
4. L Gordis in "Compliance with therapeutic regiments". R B Haynes editor. John Hopkins University press, Baltimore & London 1976, sid. 51-66.
5. H McGavoc. A review of the literature on drug adherence. Rapport. The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. London 1996
6. S E Norell. Methods in assessing drug compliance. Acta Med Scand,1982; Suppl. 683:35-40
7. M B Nichol, F Venturini, J C Y Sung. A critical evaluation of the methodology of the literature on medical compliance. Ann Pharmacotherap 1999;33:531-540
8. Compliance in health care. R B Haynes, D W Taylor, D L Sackett eds. John Hopkins University Press, Baltimore 1979
9. Compliance. The dilemma of the chronically ill. K E Gerber, A M Nehemkis eds. Springer Publishing Company, New York 1986
10. Patient compliance in medical practice and clinical trials. J A Cramer, B Spilker eds. Raven Press, New York 1991
11. L Stockwell Morris, R M Schulz. Patient compliance – an overview. J Clin Pharm Therap 1992;17:283-295
12. M Fallsberg. Reflexions on medicines and medication – A qualitative analysis among people on long-term drug regimens. Dissertation no 31, Linköping University 1991
13. K Kjellgren. Antihypertensive medication in clinical practice. Dissertation no 570, Linköping University 1998
14. L A Maiman, M H Becker. The clinician's role in patient compliance TIPS 1980:457-459
15. N Col, JE Fanale, P Kronholm. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Arch Intern Med 1990;150:841-845
16. P Nilsson, DKG Andersson, P-E Nilsson, Å Schwan, B Östlind, R Malmborg, H Lithell, OK Andersson. Cardiovascular risk factors in treated hypertensives – a nation-wide, cross-sectional study in Sweden. J Intern Med 1993;233:239-245
17. K Kjellgren, J Ahlner, B Dahlöf, H Gill, T Hedner, R Säljö. Patients' and physicians' assessment of risks associated with hypertension and benefits from treatment. J Cardiovasc Risk 1998;5:161-166
18. A Westheim, T Klemetsrud, S Tretli, HP Stokke, H Olsen. Blood pressure levels in treated hypertensive patients in general practice in Norway. Blood Pressure 2001; 10:37-42
19. JLG Nilsson, H Johansson och M Wennberg. Large differences between prescribed and dispensed medicines could indicate undertreatment. Drug Inform J 1995;29:1243-1246
20. HR Manasse. Toward defining and applying a higher standard of quality for medication use in the United States. Am J Health-Syst Pharm 1995;52:374-379.
21. B K Redman. The ethics of leadership in pharmacy. Am J Health-Syst Pharm 1995; 52:2099-2104
22. Lipid Research Clinic's Program. The Lipid Research Clinic's Coronary Prevention Trial Results. J Am Med Assoc 1984;251:351-364
23. U Bergman, B-E Wiholm. Drug related problems causing admission to a medical clinic. Eur J Pharmacol, 1981;20:193-200
24. V Romanus, I Julander, B Blom-Bülow, LO Larsson, B Norman, G Boman. Det finns brister inom den svenska tuberkulosvården. Fullgott resultat efter tolv månader hos endast 71 procent visar aktuell studie. Läkartidningen, 2000;97:5613-5616
25. K Laederach-Hofmann, B Bunzel. Non-compliance in organ transplant recipients: a literature review. Gen Hosp Psychiatry 2000;22:412-424
26. M Rovelli, D Palmeri, E Vossler, S Bartus, D Hull, R Schweizer. Non-compliance in organ transplant recipients. Transplant Proc 1989;21:833-834
27. RB Haynes, P Montague, Oliver, KA McKibbin, MC Brouwers, R Kanani. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: The Cochran's Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software

28. J A Johnson, J L Bootman. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995;155:1949-1956
29. F R Ernst, A J Grizzle. Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:192-199
30. B S Hulka, J C Cassel et al. Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *Am J Public Health* 1976; 66:847-853
31. W Kruse (1992). Patient compliance with drug treatment – new perspectives on an old problem. *Clin Investig* 1992;70:163-166
32. T F Lüscher, W Vetter. Adherence to medication. *J Hum Hypertens* 1990;4 (suppl 1):43-46
33. J A Cramer (1991). Identifying and improving compliance patterns. A composite plan for health care providers. Patient compliance in medical practice and clinical trials. J A Cramer and B Spilker. New York, Raven Press
34. V Gordillo, J del Amo et al. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;10:1763-1769
35. L Evans, LM Spelman. The problem of non-compliance with drug therapy. *Drugs* 1983;25:63-76
36. D Lee, D C F Mendes de Leon et al. Relation of hostility to medication adherence, symptom complaints, and blood pressure reduction in a clinical field trial of antihypertensive medication. *J Psychosom Res* 1992;36:181-190.
37. P Conrad. The meaning of medication: another look at compliance. *Soc Sci Med* 1985;20:29-37
38. B L Svarstad (1985). The relationship between patient communication and compliance. *Topics in Pharmaceutical Sciences*. D D Breimer and P Speiser. Amsterdam, Elsevier Science Publishers B.V. 381-90
39. R B Haynes, E Wang et al. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient Educ Couns* 1987;10:155-66
40. S Svensson, KI Kjellgren, J Ahlner, R Säljö. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int J Cardiol* 2000;76:157-163
41. H S Caron, H P Roth. Objective assessment of cooperation with an ulcer diet: relation to antacid intake and to assigned physician. *Am J Med Sci* 1971;261:61-67
42. R B Haynes, K A Kibbon, R Kanani, M C Brouwers, T Oliver. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 1999*. Oxford: Update Software
43. From compliance to concordance. Achieving shared goals in medicine taking. Report. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. 1997
44. *Br Med J*, No 7212, 18 Sept. 1999
45. Läkemedel på sjukhem. Rapport. Socialstyrelsen och Apoteksbolaget 1996
46. Kvaliteten i läkemedelsanvändningen hos äldre. Rapport. Socialstyrelsen 2000
47. I Schmidt. Communication and interaction. Studies of the impact on quality of drug use in Swedish nursing homes. Avhandling 220. Farmaceutiska fakulteten, Uppsala Universitet 1999
48. Läkarfakta 2000. Sveriges Läkarförbund
49. www.vardforbundet.se
50. Apotekets årsredovisning 2000, sid 29
51. JLG Nilsson, Å Andersson, S Kälvmemark, H Lieberman-Ram, B Ullenius, A Wendel, Å Åberg. Surveys of drug-related therapy problems of patients using medicines for allergy, asthma and pain. *Int J Pharm Pract* 2000;8:198-203
52. KA Pearce, CD Furberg, BM Psaty, J Kirk. Cost-minimization and number needed to treat in uncomplicated hypertension. *Am J Hypertens* 1998;11:618-629

LÄKEMEDELSANVÄNDNING INOM KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

AKTUELLA LAGAR OCH FÖRFATTNINGAR

SOL 1980:620	Socialtjänstlagen
HSL 1982:763	Hälsa- och sjukvårdslagen
LYHS 1998:531	Lag om yrkesansvar inom hälsa- och sjukvården
FYHS 1998:1513	Förordning om yrkesverksamhet på hälsa- och sjukvårdens område
SOSFS 2000:1	Läkemedelshantering inom hälsa- och sjukvårdens område
SOSFS 1997:14	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering
SOSFS 1996:24	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssäkring inom hälsa- och sjukvården
SOSFS 1996:23	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälnings- skyldighet och avvikelsehantering
SOSFS 1997:8	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om verksamhetschef inom hälsa- och sjukvården
SOSFS 1997:8	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinskt ansvarig sjuksköterska
Förordning 1996:933	om verksamhetschef inom hälsa- och sjukvården
Patientjournallag 1985:562	

VÅRDEN I SÄRSKILDA BOENDEFORMER

Enligt Socialtjänstlagen, SOL §20-21, och Hälsa- och sjukvårdslagen, HSL §18-24, ska kommunen tillhandahålla service, omvårdnad och hälsa- och sjukvård i de särskilda boendeformerna till och med sjuksköterskans ansvarsområde. Lagstiftaren har valt ”särskilda boendeformer” som ett samlingsbegrepp för servicebostäder, ålderdomshem, sjukhem och gruppboenden. Lokalt kan andra benämningar förekomma, men innebörden och syftet är detsamma. I lagstiftningen ges utrymme för huvudmännen att komma överens om att kommunen övertar ansvaret för hemsjukvård även i ordinärt boende (HSL §18), vilket i dag har skett i omkring hälften av landets kommuner.

Flyttning till ett särskilt boende är ett beslut enligt SOL §6 f.

En politisk nämnd har vårdgivaransvaret och en medicinskt ansvarig sjuksköterska är inom givna ramar medicinskt ansvarig inför nämnden (HSL §24). All hälsa- och sjukvårdspersonal arbetar i enlighet med sitt yrkesansvar (LYHS 1998:531). Det är huvudmannens uppgift att organisera verksamheten enligt de riktlinjer som ges i regelverket (HSL §24) samt (LYS 1998:531), (FYHS 1998:1513) mfl.

BILAGA 1

Landstinget har ansvar för läkarinsatserna, då den enskildes hälsotillstånd fordrar det.

I skriften "Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg" beskriver Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet vikten av att huvudmännen samverkar, och att samverkansavtal bör upprättas för att tydliggöra läkarmedverkan för vårdtagare som vårdas inom de kommunala verksamhetsområdena.

Regelverket för hälso- och sjukvården i kommunerna är detsamma som för övrig hälso- och sjukvård, frånsett det ansvar som gäller medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Det ska också finnas en verksamhetschef för hälso- och sjukvården i kommunen.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvarsområde kan sammanfattningsvis beskrivas enligt följande: Ansvaret regleras i HSL, FYHS 1998:1513 och SOSFS 1997:10 och gäller övergripande ansvar för omvårdnad, läkarkontakter, dokumentation, läkemedelshantering, kompetenskrav, kvalitetssäkring, delegering av arbetsuppgifter, avvikelshantering, anmälan av skador (Lex Maria) och medicinteknisk utrustning.

Varje vårdtagare ska ha en omvårdnadsjournal där ansvarig sjuksköterska dokumenterar vårdplan, omvårdnadsinsatser och eventuella läkemedel. Detta innebär att patientens läkemedel dokumenteras både av läkaren i läkarens journal samt av sjuksköterskan i omvårdnadsjournalen. Det ska finnas ett ordinationskort som utgör en originalhandling och är underlag för sjuksköterskans dosdispensering av läkemedel (se SOSFS 2000:1).

LÄKEMEDELSHANtering

Enligt SOSFS 2000:1 "Läkemedelshantering inom hälso- och sjukvårdens område", skall det upprättas direktiv och lokala rutiner för läkemedelshantering. Det är en uppgift för MAS och verksamhetschef inom sina respektive ansvarsområden.

När det gäller läkemedelshantering är läkarens roll central ur flera aspekter, och när den medicinskt ansvariga sjuksköterskan upprättar rutiner är det av vikt att detta sker i samverkan med läkare och apotek. I rutinerna ska ansvarsfördelningen mellan de som är berörda av läkemedelshantering klargöras.

De lokala rutinerna för läkemedelshantering ska t.ex. innehålla klargöranden av följande huvudpunkter:

- Läkarens ansvar
- MAS:s ansvar
- Sjuksköterskans ansvar
- Rutiner för administrering av läkemedel
- Rutiner för i vilken utsträckning undersköterskor/vårdbiträden kan medverka på delegation
- Rutiner för hur ordinationen ska genomföras och verkställas

LÄKARENS ANSVAR

Ansvar för den enskildes behandling och vård.

Samordna samtliga ordinationer (eventuella jourläkares och specialistläkares).

Medverka i att ta fram rutiner för säker läkemedelshantering.

Medverka vid läkemedelsgenomgångar.

En läkare ska ta det totala ansvaret för patientens vård och behandling och samordna de ordinationer som eventuellt ges av andra läkare (PAL). Läkaren bör också följa upp läkemedelsanvändningen och ta ställning till eventuell förnyad ordination.

Läkaren avgör om och i vilken utsträckning patienten behöver hjälp med läkemedelshantering samt inhämtar patientens eller dennes företrädares samtycke. Läkaren fattar också beslut avseende anhörigas del i att hjälpa en enskild patient med läkemedlen.

Dessa beslut ska dokumenteras i patientens journal.

SJUJSKÖTERSANS ANSVAR

Sjuksköterskan har att följa de av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utarbetade lokala rutinerna samt att genomföra de ordinationer och behandlingsanvisningar som läkare föreskriver. Hon/han har ansvar inom sitt kompetensområde och ska kontakta läkare då hon/han bedömer att vårdtagaren behöver det.

Sjuksköterskan har en nyckelroll i handledning, utbildning och information till vårdbiträden och undersköterskor. Sjuksköterskan och vårdbiträden och undersköterskor har en viktig uppgift när det gäller att observera och rapportera sina iakttagelser av den enskildes hälsotillstånd till ansvarig läkare.

Det är ofta sjuksköterskan eller annan vårdpersonal som initierar att ett läkemedel sätts in. Sjuksköterskan gör en första bedömning och kontaktar läkare. Sjuksköterskans uppgifter och bedömning ligger till grund för läkarens ställningstagande. Sjuksköterskan måste ha goda kunskaper vad

BILAGA 1

gäller olika läkemedels effekter och kända biverkningar. Hon/han bör också vara väl förtrogen med den enskildes hälsotillstånd för att kunna iaktta förändringar.

När vårdplanering genomförs i samband med in- och utskrivning från sluten till öppen vård, ingår information om vårdtagarens läkemedel som en del i den information som måste följa vårdtagaren i vårdkedjan. Ofta brister informationsöverföringen, vilket bidrar till att sjuksköterskan som övertar vårdansvaret får extra arbete med att söka aktuell information.

Hantering av läkemedel är både komplex och omfattande samt berör förutom vårdtagaren och dennes närstående flera olika personalkategorier.

Administration och ordination av läkemedel ska vara föremål för en regelbundet återkommande översyn. En sådan läkemedelsgenomgång ska utgå från den enskilde vårdtagarens behov och förutom vårdtagaren involvera berörd vårdpersonal inklusive läkare och farmaceutisk personal.

Inom kommunal verksamhet är vårdbiträden och undersköterskor hälso- och sjukvårdspersonal endast då de utför en uppgift på uppdrag av eller genom delegering av formellt utbildad hälso- och sjukvårdspersonal. (Föreskrifter och allmänna råd SOSFS 1997:4 om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.)

Även i hemsjukvård som bedrivs av landstingets primärvård sker överlämnandet av dosdispenserat läkemedel av kommunalt anställda vårdbiträden och undersköterskor. Detta sker i samverkan mellan socialtjänsten och primärvården. Distriktssköterska i primärvården delegerar uppgiften till vårdpersonal i kommunens hemtjänst. (Föreskrifter och allmänna råd SOSFS 1997:4 om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.)

ERFARENHETER FRÅN SÖDRA LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

ARBETE MED MÅL 3 I ABLA I

Södra läkemedelskommittén i Stockholms läns landsting har ett upptagningsområde bestående av två sjukvårdsområden som tillsammans står för omkring 5% av Sveriges läkemedelsförbrukning. Den teoretiska besparingspotentialen för en förbättrad läkemedelsanvändning, enligt uppskattningen i ABLA I, var 10-20 miljarder kr per år på riksnivå. För Södra läkemedelskommittén skulle detta motsvara 500-1000 miljoner kr per år, eller kanske 10-20 gånger mer än potentialen då det gäller en total följsamhet till rekommendationslistan.

I läkemedelskommittén har ett arbete påbörjats för att se vad kommittén kan initiera för att nå de i ABLA I uppsatta målen. Det som beskrivs nedan är ett exempel. Att börja med mål tre ansågs vara en viktig grund för det fortsatta arbetet.

MÅL 3

Professionerna som partners – utveckla förståelse för varandras funktioner, samverka och nyttja varandras kompetens kring läkemedel för att stärka patienternas aktiva del i behandlingen.

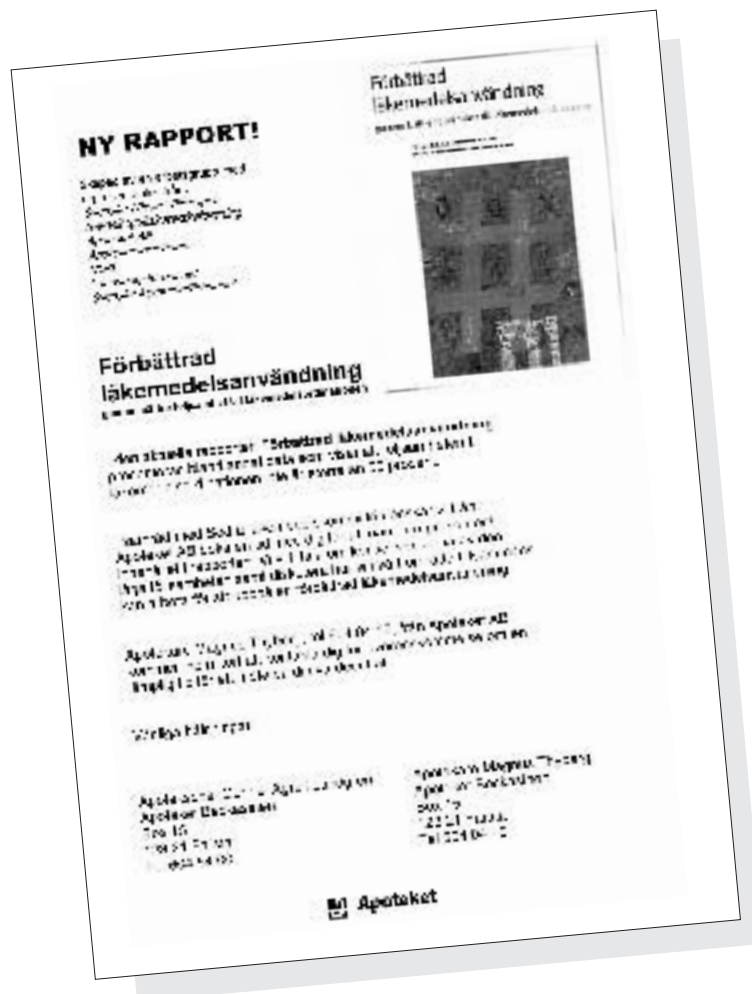
Med professioner menas här läkare, sjuksköterskor och farmaceuter.

Under våren har de apotekare som besöker vårdscentraler med kommitténs budskap gått ut med ett brev (*se nästa sida*) för att ordna möten där följsamhet diskuteras:

Syftet med dessa möten är:

1. Att diskutera rapportens innehåll och konsekvenser för den aktuella vårdcentralen.
2. Utse en/flera intresserade distriktsläkare/sjuksköterskor till en uppföljande seminariedag tillsammans med läkemedelskommittén för att fortsätta diskussionen utifrån rapporten. Dessa personer skulle sedan kunna vara de som lokalt på sin arbetsplats för dessa frågor vidare.

BILAGA 2



LOKALA LÄKEMEDELSTEAM

Ett sätt att få en kontinuitet i det fortsatta arbetet med "Förbättrad läkemedelsanvändning" är att skapa lokala samarbetsgrupper sammansatta av de tre professionerna läkare, sjuksköterska och farmaceut. Dessa team kan påbörja arbetet med att identifiera de svaga länkarna i processen läkemedelsanvändning och börja arbetet med konkreta åtgärder. Vidare skulle dessa team kunna vara en naturlig länk mellan läkemedelskommittén och lokal vård. Såväl utbildning, stöd med lokala projekt som informations spridning på temat "Förbättrad läkemedelsanvändning" skulle kunna byggas runt de lokala teamen och läkemedelskommittén.

Framtiden får uträna hur väl denna modell kommer att fungera.

Karin Söderberg

Apotekare

Medlem i Södra läkemedelskommittén

Mindre sjukdom och bättre hälsa

genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna
– Professionernas roll –

Avsikten med en läkemedelsbehandling är att förebygga, lindra eller bota sjukdom. För att läkemedel skall ge de önskade effekterna måste medlen väljas, användas och doseras rätt. Patienterna följer dock inte alltid förskrivarnas ordinationer utan väljer att använda sina läkemedel på ett sätt som de anpassar till den egna synen på behandlingen.

Denna rapport är en uppföljning av en tidigare skrift: *”Bättre läkemedelsanvändning genom ökad följsamhet till ordinationerna. Gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter”*. Publicerade undersökningar och därav gjorda slutledningar talar för att patienters hälsa skulle förbättras och kostnader minska om följsamheten kunde öka. Den väg som anvisas för att nå detta läge är att de tre, för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter, gemensamma mål som föreslogs i den första skriften uppnås vid varje patientmöte.

Rapporten består av två delar. Den första delen är ett *kunskapsunderlag* som bygger på den ursprungliga skriften samt på ytterligare litteraturdata. Den delen presenterar nuläget och de tre gemensamma målen. Rapportens andra del är en samling *förslag till aktiviteter* som, om de genomförs, kommer att leda till att de tre målen blir kända, accepterade och uppnådda vid varje patientmöte. Resultatet bör bli bättre följsamhet, bättre terapieresultat och reducerade kostnader.

Denna rapport beställs på www.lf.se, telefon 020-31 32 30 eller telefax 020-31 32 40. Rapporten finns också publicerad på Läkemedelsprojektets hemsida www.lf.se/lakemedel.

Best nr 2062 ISBN 91-7188-681-8

Apotek kan beställa rapporten via Order, Informationsservice, Apoteket AB, på telefon 08-466 10 70 eller telefax 08-466 10 64.



Apoteket

