

Lokal läkemedelsstrategi inom astma och KOL bidrar till sänkta kostnader och ökad kvalitet

Delrapport från Pilotprojekt på Rosenlunds Vårdcentral, Jönköping

Författare: Ulf Österstad, Distriktsläkare · Rosenlunds Vårdcentral

Bakgrund

Rosenlunds Vårdcentral (RVC) ledning identifierade under 2014 att RVC har högre kostnad för sin förskrivning jämfört med andra vårdcentraler i Jönköping. RVC identifierade sedan förbättringsområden där läkargruppen enades om utbyte mot bättre och billigare läkemedel. De läkemedel som involverade Astma samt KOL identifierades av RVCs ledning som bäst lämpade för att involvera både läkare och sjuksköterskor (ssk) i förbättringsarbetet. RVCs ledning beslöt pröva ett strukturerat arbetssätt med uppföljningar för både läkare och ssk.

Frågeställning/Målsättning

Kan ett strukturerat arbetssätt med ett aktivt byte till nyare astmainhalatorer sänka läkemedelskostnaden?

Projektets målsättning är att sänka läkemedelskostnaden med 500 000 SEK/år samt att >50% av patienterna byter till rekommenderad behandling.

Design

Projektet är prospektivt. Det påbörjades i januari 2015 och är pågående. Via strukturerade interna möten för läkar- samt sjuksköterskegruppen mellan kvartal 3 2014 till sep 2015 initierades och följdes projektet. För läkargruppen hölls 7 separata möten (totalt 3.45h) och för sjuksköterskegruppen 2 möten (totalt 45 min). Dessutom hölls ett gemensamt möte på 45 minuter under delprojektiden för avstämning. Skriftliga behandlingsmallar, anpassade för läkare respektive sjuksköterskor, sattes upp vid varje dator för att förstärka budskapet att följa utbyteslistan för pulverinhalatorer vid astma och KOL (tabell 1).

Resultat

Målet att minska den årliga läkemedelskostnaden med 500 000 SEK uppnåddes redan efter 7 månader.

Totalkostnaden jämfört med motsvarande period 2014 minskade med 31 % (412 000 SEK) (bild 1). Detta motsvaras av en minskning i DDD** under tidsperioden med 7,8 % (bild 2).

Med antagandet att den reella sänkta läkemedelskostnaden är 7,8 %, liksom DDD, nåddes en besparing på 107 000 SEK under tidsperioden och 183 000 på årsbasis. Efter 7 månader (jan-juli 2015) var följsamheten till behandlingsmallen 23 % jämfört med motsvarande kontrollperiod 2014 (räknat som DDD).

Under tidsperioden minskade kombinationsbehandling*** med 7,4 % samtidigt som ICS**** behandling ökade med 8 % (räknat som DDD) (bild 2). Förskrivningen av (SABA) minskade med 7,7 % under tidsperioden (bild 3).

Tabell 1. Behandlingsmall

Terapival	Byte från	Skäl
Novopulmon Novolizer	Pulmicort Turbuhaler	Bättre inhalator, samma preparat, lägre pris.
Novopulmon Novolizer	Symbicort Turbuhaler	Biverkningar med kontinuerlig β_2 -stimulering, lägre pris.
DuoResp Spiromax	Symbicort Turbuhaler	Bättre inhalator, samma preparat, lägre pris.
Ventilastin Novolizer	Bricanyl Turbuhaler	Bättre inhalator, mindre biverkningar, lägre pris.
Eklira Genuair	Spiriva	Bättre inhalator, bättre effekt (2dos), lägre pris

Bild 1.

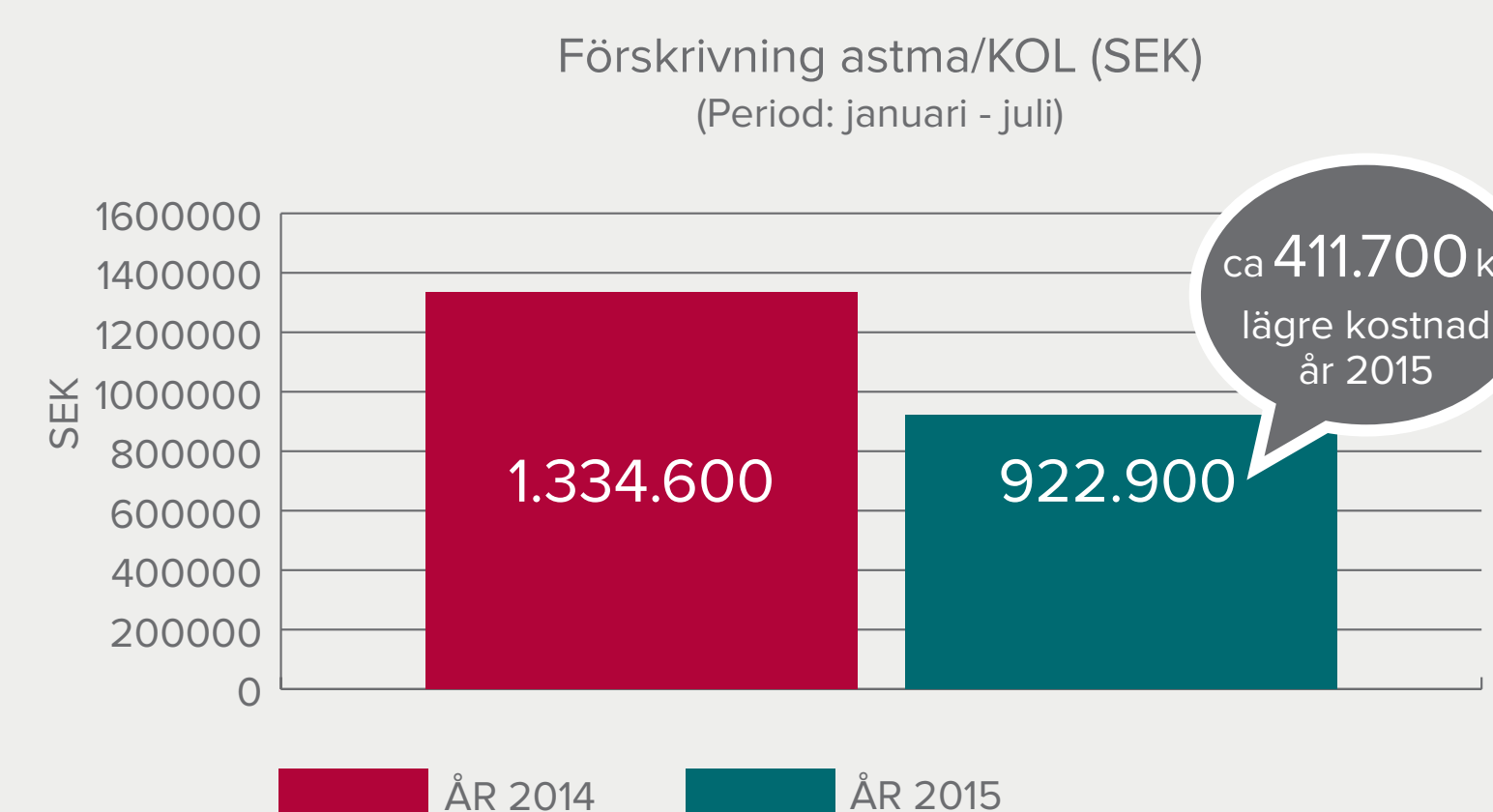


Bild 2.

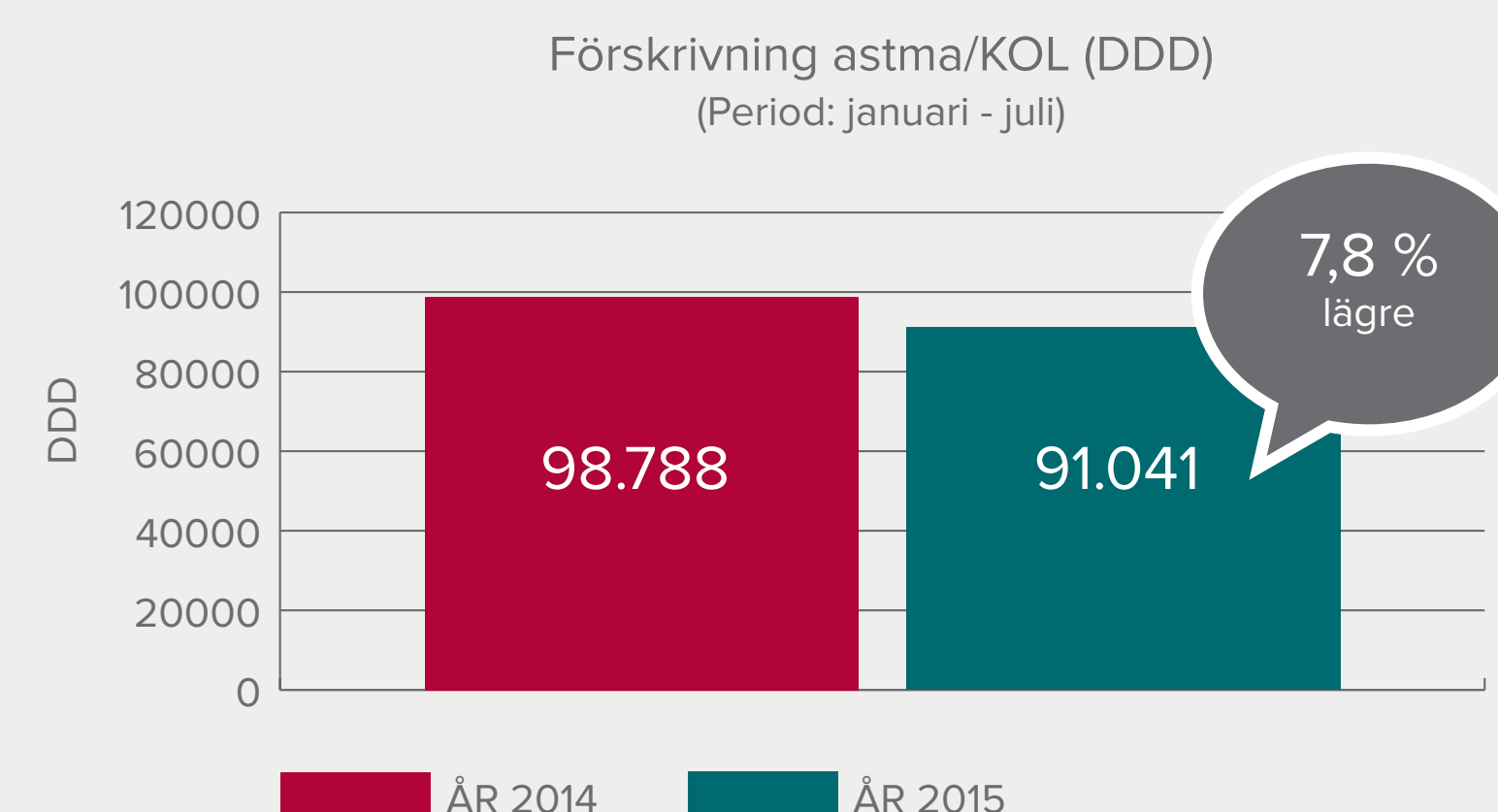
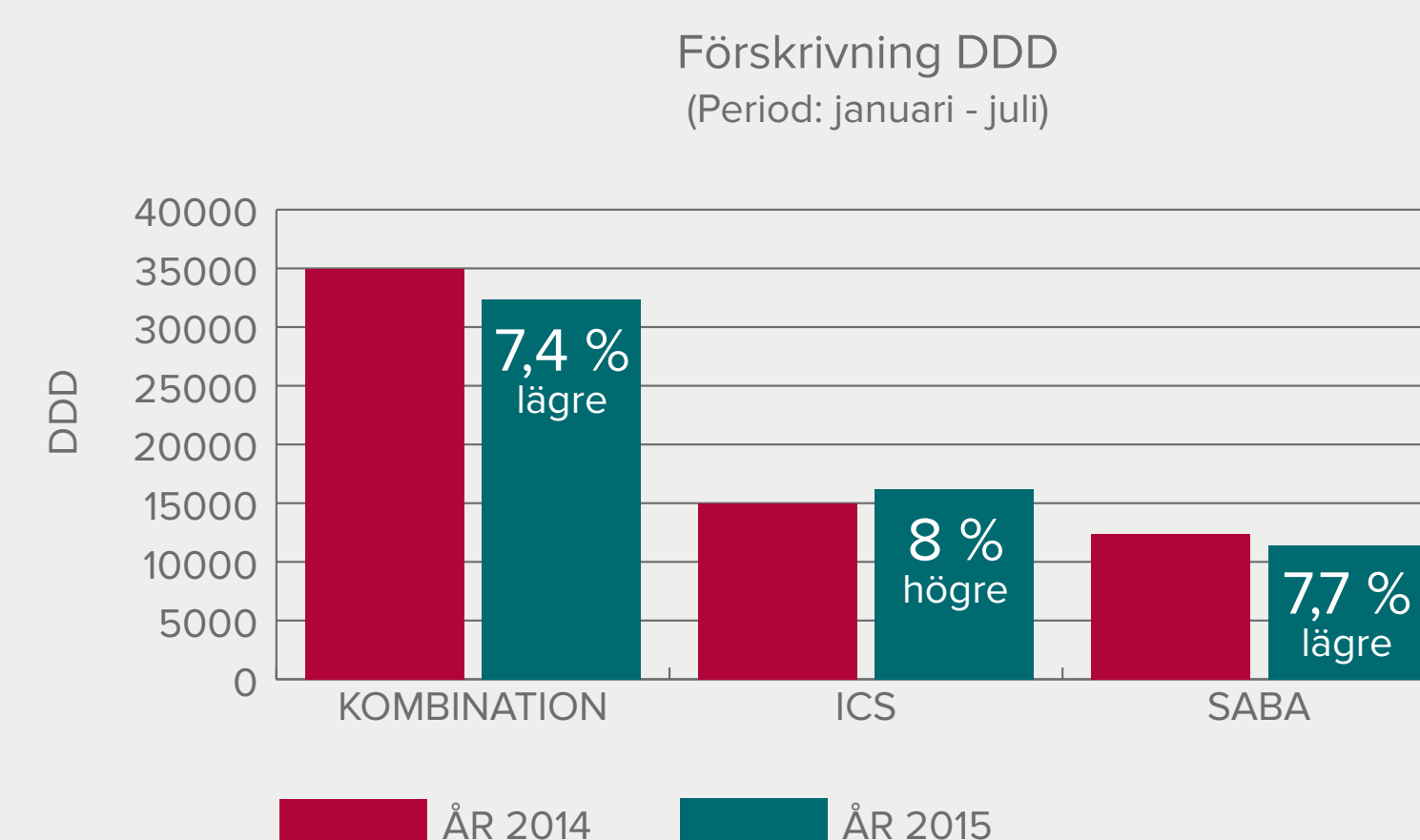


Bild 3.



Diskussion

Delresultaten visar att ett strukturerat arbetssätt för läkare och sjuksköterskor med ett aktivt utbytesprogram inom astma/KOL kan bidra till sänkta läkemedelskostnader.

De lägre kostnaderna har även påverkats av generellt sänkta läkemedelspriser under våren 2015. Genom att anta att en reell kostnadsförändring enbart motsvaras av DDD-minskningen uppnås ändå en årlig kostnadsminskning på 183 000 SEK. Minskningen i DDD kan vi inte förklara, och är osäker då vi behöver ha data för hela året för att kunna ge korrekta resultat avseende förbrukningen.

Ett oväntat resultat är att kombinationsbehandling minskar och andelen ICS ökar vilket är i linje med aktuella nationella rekommendationer^{1,2}.

Läkare och sjuksköterskor har noterat att en del patienter har bytt tillbaka till sina gamla inhalatorer efter en tid. Vad detta beror på är oklart, det kan bero på gammal vana. Att patienterna har försämrats ändå och skyller försämringen på den nya inhalatorn eller att de inte blev helt övertygade om varför de skulle byta när bytet skedde.

Andelen kombinationsbehandlade patienter är för stor enligt aktuella rön och riktlinjer, vi hade noterat detta men inte satt en sådan minskning som mål. Kan det vara så att bara genom att vi diskuterade detta så funderade vi igenom förskrivning av kombinationsläkemedel extra noga?

Sett till den uppnådda följsamheten är målsättningen 50 % följsamhet möjligt ett väl högt mål. Men med denna sortens insats är kanske 30-50% rimligt. Det är sannolikt bättre investerad tid att prova samma metodik inom andra terapiområden då projektet efter en kort tid med relativt små insatser gett goda resultat.

Konklusion

Genom ett strukturerat arbetssätt minskade läkemedelskostnaden för astma/KOL med 412 000 SEK redan efter 7 månader, samt 183 000 SEK årligen baserat på motsvarande minskning av DDD om trenden skulle hålla i sig hela året. DDD minskade med 7,8 % för astma/KOL. Sannolikt skedde en stor del av besparingen genom den generella prissänkningen som ändå ägde rum.

Det mest intressanta är att med relativt små insatser så ändrades förskrivningsmönstret.

Referenser:

1) Läkemedelsverkets behandlingsriktlinjer astma 2015. 2) Socialstyrelsens riktlinjer Astma/KOL nov 2015.

* SABA = kortverkande β_2 -stimulerare. ** DDD = Definierad Dygn Dos enligt WHO. *** Kombination = kortikosteroid + långverkande β_2 -stimulerare. **** ICS = Inhalerad kortikosteroid.

Vårdcentralerna Bra Liv, Region Jönköpings län.
Ulf Österstad, Distriktsläkare · Rosenlunds Vårdcentral.