

Kontinuerlig receptregistrering i Jämtlands län

Göran Boëthius

En kontinuerlig individbaserad receptregistrering ger möjlighet att mer detaljerat belysa de mönster som försäljningsstatistiken av läkemedel ger. För att bedöma graden av rationalitet i ett observerat förskrivningsmönster måste inte sällan patienten kontaktas. Den förväntade nyttan av en sådan kontakt måste noggrant vägas mot den känsla av integritetsintrång som den registrerade kan komma att känna.

Göran Boëthius är chefsöverläkare på lungkliniken, Östersunds sjukhus och ansvarig för receptregistreringen i Jämtlands län.

Sedan drygt 20 år pågår en receptregistrering i Jämtlands län. Denna artikel redovisar och diskuterar några resultat i denna registrering.

Receptregistreringen

Sedan 1970 har läkemedel utköpta på recept av 1/7 av länets befolkning (dvs 17 600 individer) registrerats kontinuerligt (1). Urvalet består av personer födda på fyra bestämda dagar. Patienten har givits full identitet genom personnummer medan förskrivaren har kodats som funktion/kategori, ej som person. Expedierat preparat har angivits med styrka, mängd, dosering och förskrivningssätt. Uppgift om indikation för förskrivarna har inte inhämtats.

Uppgifterna på receptet har t o m 1990 kodats på det enskilda apoteket och med OCR-teknik överförs till magnetband. Fr o m 1991 hämtas samma uppgifter

Sedan 1970 har läkemedel inköpta på recept av 1/7 av Jämtlands läns befolkning registrerats kontinuerligt

från apoteksterminalernas ATS-system varefter viss komplettering sker. Lagring och bearbetning sker på Apoteksbolagets dataavdelning. Kostnaderna för registreringen bestrids av Apoteksbolaget.

Analysmöjligheter

Erhållna data kan bearbetas utifrån en eller flera av de registrerade parametrarna:

individ

- t ex andel av befolkningen i olika åldrar med utköp av läkemedel
- longitudinella mönster vid önskad kontinuitet (t ex blodtrycksbehandling) och vid önskad kontinuitet (t ex beroendeframkallande medel)
- läkemedelsbehandling under graviditet och amningsperiod

förskrivande läkarkategori

- t ex identifiering av målgrupper för informationsaktiviteter

expedierande apotek

- t ex receptflödesstudier

preparat

- t ex nya läkemedels "öden" efter registrering
- följsamhet till läkemedelskommitténs rekommendationer

mängd

- t ex förskrivna mängd/längd per exponerad patient i riskvärderingsanalyser

dosering

- t ex ordinerade dosnivåer i olika åldrar

kostnad

- t ex fördelning i befolkningen
- per läkarkategori, vårdcentral eller klinik

Representativiteten av erhållna resultat varierar naturligen; totalt sett ligger läkemedelskonsumtionen i länet (räknat i dygnsdoser per capita) precis på rikets genomsnitt, men i enskilda läkemedelsgrupper kan avvikelser vara betydande.

.....
Även om läkemedlens andel av den totala sjukvårdsnotan bara är en tiondel måste det vara viktigt att öka den hälsoekonomiska medvetenheten hos alla länkar i läkemedelskedjan
.....

Läkemedelskostnader och förmånssystem

Kostnaderna för läkemedelsbehandling – och intresset för dessa kostnader – har ökat. Även om läkemedelsandel av den totala sjukvårdsnotan "bara" är en tiondel måste det vara viktigt att öka den hälsoekonomiska medvetenheten hos alla länkar i läkemedelskedjan.

I en nyligen publicerad rapport, "Läkemedelsförmånen" (2), har Jönsson och Andersson, med data hämtade från Jämtlandsregistreringen, redovisat fördelningen i befolkningen av läkemedelskostnaden i öppen vård. Man har också kalkylerat effekterna för patient och samhälle av en egenavgift på olika nivåer. Sådana beräkningar blir naturligtvis grova skattningar eftersom såväl förskrivare som patient har en tendens att ändra sitt beteende efter nya regler. Det vore nyttigt att göra om beräkningarna en tid efter en eventuell systemförändring!

Man har i rapporten inte gjort någon "kvalitativ" analys, dvs tittat på vilka läkemedelsgrupper som är mest representerade hos högkostnadspatienter. I detta sammanhang kan nämnas att 1989 ordinerades 14 % av utköparna läkemedel för mer än 2 000 kronor och 3 % för mer än 5 000 kronor. Med ökande kostnad sågs en överrepresentation av framför allt patienter med diabetesmedel och luftvägsmedel, ett mönster som nu framträdde ännu tydligare än i tidigare analyser (3).

Det otidsenliga och medicinskt inkonsekventa systemet med kostnadsfria läkemedel vid en del sjukdomar tycks för övrigt vara svårutrotat. I direktiven till en 1990 sittande utredning anges: De vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall stå fast (4). – Hur fastlåst får ett statsråd vara?

Inför läkemedels-Dagmar...

I de yttersta av dessa tider, då förändringar ska gå så fort, har man också diskuterat att kostnadsansvaret för läkemedel förskrivna i öppen vård skall föras över från Riksförsäkringsverket till de enskilda landstingen. Att

ansvaret kommer närmare förskrivarna måste vara riktigt – redan nu har ju den enskilda kliniken ansvar för sin slutenvårdsförbrukning av läkemedel, och någon nackdel härmed har jag inte sett, även om budgetering kan vara svår.

I den svåra diskussionen om hur pengarna ska fördelas – enligt vilken princip? – till vilken nivå? – kan man ställa sig frågan var läkemedelskostnaden genereras. Vi är vana att höra att 3/4 av läkemedelskostnaderna ligger i den öppna vården och tänker då automatiskt på primärvården. Receptregistret kan här ge besked om att omkring en tredjedel av öppenvårdsdelen genereras av läkare på sjukhusmottagningar. En annan proportion, värd att notera, är att kostnaden för läkemedel utskrivna från tex medicinmottagningen (1989) var fyra gånger större än klinikens läkemedelskostnader i slutenvård. För lungklinikens del var öppenvårdsdelen mer än 10 gånger större!

Patientattityder till läkemedelsbehandling

Med tiden har vi som förskrivare blivit alltmer medvetna om att patienten inte alltid använder medicinen så som vi ordinerar, eller trots oss ordinerar. En förbättrad information hjälper ofta, men ibland får man en känsla av att patienterna och vi inte "pratar samma språk".

Receptregistrets individbundenhet har i detta sammanhang utnyttjats för projektet "Ett patientperspektiv på hälsa, sjukdom och läkemedel". Margareta Fallsberg vid Apotekarsocietetens utredningssektariat har intervjuat 3 x 30 patienter, som enligt registret haft långvarig medicinering med astmamedel, blodtrycksmedel eller värkmedel. Studien belyste hur dessa patienter, i åldrarna 50–80 år, uppfattar en rad centrala företeelser som hälsa, sjukdom och behandling, främst olika aspekter på läkemedelsbehandling (5).

Resultaten av analysen av intervjuerna lades 1991 fram som en akademisk avhandling från institutionen för pedagogik och psykologi vid universitetet i Linköping. Förhoppningsvis kan vi så småningom, genom att förstå hur patienten tänker kring sin behandling, bli bättre hälsopedagoger.

Vid sidan av ovannämnda intervjuer har också individer med tillfällig medicinering intervjuats på motsvarande sätt. Finns här attitydskillnader? Data är ännu ej analyserade. Inte heller har vi orkat med en annan

.....
Förhoppningsvis kan vi så småningom, genom att förstå hur patienten tänker kring sin behandling, bli bättre hälsopedagoger
.....

grupp som är nog så intressant: individer utan recept-förskrivna läkemedel. Kan vi lära oss något av denna grupp människor utan läkemedelsbehov?

Beroendeframkallande läkemedel – ett känsligt område?

Debatten om användningen av lugnande medel och sömnmedel exemplifierar nyttan med, och svårigheten i att utnyttja, individbaserade register. Så länge man enbart håller sig till registerinformation för analys av förskrivnings- och användningsmönstret är problemen dock små.

I Jämtlands län är försäljningssiffrorna låga jämfört med riksgenomsnittet, framför allt avseende lugnande medel men också för sömnmedel. I båda grupperna dominerar som bekant bensodiazepinpreparaten (BD) stort. Lugnande medel köps ut av knappt 5 %, sömnmedel av drygt 5 % av Jämtlands befolkning. Individer med förstagångsrecept på BD utgör årligen cirka 1 % av befolkningen. Av en grupp som debuterade 1980 kvarstod sju år senare 5 % som BD-utköpare, med enstaka undantag i mycket måttliga mängder. I vilken utsträckning det i denna grupp förekom s k lågdosberoende har inte utretts.

Det är av naturliga skäl ofta skeendet bakom registerdata som man vill förstå för att kunna avgöra graden av rationalitet i ett observerat mönster – anledningen till förskrivningen? Hur har medlet använts och till vilken effekt? Här är det dock verkligen fråga om hur mycket ny kunskap, avgörande för förbättrad farmakoterapi, som en kontakt med registrerad patient för intervju etc kan ge – vägd mot den känsla av integritetsintrång som vederbörande kan komma att känna (6). Jag är alls inte "nihilist" i registerutnyttjandet – säkerligen kan vi få veta mer om t ex bieffekter hos bensodiazepinerna genom patientintervjuer, men lika säkert ger redan befintlig kunskap anledning för oss att på vardagsgolvet förebygga och begränsa användningen av dessa medel.

Ett mellansteg som ibland utnyttjas är att kontakta

förskrivaren angående indikation och andra uppgifter kring en patients första ordination av t ex lugnande medel/sömnmedel. I en sådan studie uppgav förskrivarna i ett dussintal av 96 fall att det förelegat den typ av "krisreaktion" som ofta nämns i debatten, t ex anhörigs dödsfall.

Att vara registrerad

När receptregistreringen planerades i slutet på 60-talet var debatten kring individbaserade medicinska databaser ännu lågmäld. Nuvarande informationsplikt till de registrerade fanns inte heller. Efter Datainspektionens tillkomst har det sedan mitten på 70-talet funnits information om receptregistret anslagen på apoteken i länet.

För att få en uppfattning om inställningen till registreringen skickades 1977 en postenkät till 500 länsbor varav hälften fick veta att de tillhörde den registrerade delen av befolkningen (7). Endast en femtedel sade sig ha kännedom om registret. Åtta procent av de tillfrågade tyckte det kändes obehagligt att veta att deras läkemedelsutköp registrerades. Svaren var desamma beträffande det faktum att också slutenvårdsdiagnoser registreras på jämförligt sätt. Ingen skillnad i attityd framkom mellan registrerade och icke registrerade individer. Inte helt överraskande var det i stället vederbörandes erfarenhet från sjukvården som positivt eller negativt påverkade attityden till registret. Vid en upprepning av enkäten tio år senare erhöles väsentligen samma svar; snarast något färre hade kännedom om registret och något fler hade en känsla av obehag inför vetenskapen om registreringen av läkemedelsutköpen.

Under dessa år hörde endast enstaka individer av sig med önskan att utgå ur registret. Efter det att informationen ökades 1989 genom ett informationsblad till den registrerade i samband med läkemedelsexpedieringen har fler personer tagit kontakt. Muntligt fördjupad information om registreringen har i en del fall varit tillfyllest. I 12 fall har (telefon)samtalet resulterat i utgallring av receptuppgifterna.

Anledningen till önskemål om utträde är oftast ett allmänt obehag, ibland starkt, av att ingå i (ännu) ett register. Några har hänvisat till "frivilligheten" som skäl för att avstå. Det kan också nämnas att några länsbor, ej tillhörande de registrerade födelsedagarna, har hört av sig och velat vara med...

Om nu inte många "spontant" utnyttjat möjligheten att utträda ur registret, hur är då reaktionen, när man blir kontaktad i någon undersökning som utgår från registerdata? Ja, också här har vår erfarenhet – om än begränsad – varit god. Få är de som vägrat delta. Det är naturligt att tveksamheten ökar när ämnesområdet upplevs som känsligt. Sålunda avstod i en just avslutad studie 14 % av unga kvinnor från att delta i en intervju om p-pillar och övriga preventivmetoder. Ingen av dem har dock begärt utträde ur själva registret.

Slutligen kan konstateras att registret har accepterats väl av förskrivarkåren i länet. Vi har från början visat att ändamålet inte är polisiärt vare sig mot förskrivare eller patient. Vi har också varit angelägna om att data så långt möjligt ska analyseras lokalt av lokalt verksamma kolleger.

REFERENSER

1. *Boëthius G, Wiman F*: Recording of drug prescriptions in the county of Jämtland, Sweden. I: Methodological aspects. Eur J Clin Pharmacol 12, 31–35, 1977.
2. *Jönsson B, Andersson F*: Läkemedelsförmånen. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Ds 81, 1990.
3. *Boëthius G, Stalby B*: Läkemedelskostnaden för individen och samhället enligt några förmånsalternativ. Sv Farm Tidskr 83, 581–584, 1979.
4. Kommittédirektiv till utredning om det samlade förmåns-systemet för försäkrade med betydande kostnader för sjukdom och handikapp. Dir 34, 1990.
5. *Fallsberg M*: Reflections on Medicines and Medication. A qualitative analysis among people on long-term drug regimens. Thesis, Linköping 1991.
6. *Boëthius G, Westerholm B*: Hur mycket kan vi få veta om förbrukningen av psykofarmaka? Läkartidningen 76, 4101–4102, 1979.
7. *Boëthius G*: Patient attitudes to drug prescription recording. Proceedings of International Congress of Computing in Medicine, Berlin 1977.

Veckokurs om psykosor och tidig störning

Kursens övergripande syfte är att ge förståelse för den psykotiska patientens problematik samt ge ökad säkerhet i bemötandet av dessa personer. Kursen riktar sig till personal inom social- och hemtjänst, anhörig- och intresseföreningar, behandlingshemspersonal, psykiatripersonal m fl.

Innehåll:

- barnets utveckling mot självständighet och egen identitet
- utveckling mot ett schizofrent livsmönster
- förståelse av den schizofrene patientens tillbakadragenhet
- familjens roll i behandlingsarbetet
- förhållningssätt och bemötande i konkreta situationer
- handledda praktiska studier
- teorin belyst med kliniska exempel
- vård- och behandlingsplanering

Föreläsare:

Barbro Sandin, chefsterapeut, huvudföreläsare
 Christer Skoog, psykolog
 Anita Eriksson, vårdhemsföreståndare
 Anker Melgaard, vårdhemsläkare
 Behandlingshemspersonal

Kursen sträcker sig över en vecka, måndag–fredag.
 Kurskostnaden är 5 000:– per deltagare.
 Kost och logi ingår inte i kursavgiften.
 Övernattningsbostad för 100:– per person och dygn kan erbjudas.

Kursveckor under våren 1992: 7, 11, 15, 21
 Kursveckor under hösten 1992: 37, 42, 45, 49

Anmälan och information
 Ring eller skriv till

Sandin Institutet

Adress: Ljunghällsvägen 5, 771 53 Ludvika
 Tel: 0240-116 30. Telefax: 0240-110 33.

SANDIN
 — INSTITUTET —