

Sigurd Vitols, docent, överläkare, avdelningen för klinisk farmakologi (*sigurd.vitols@kus.se*)

Ali Vetr, apotekare, Apoteket

Torbjörn Tomson, professor, överläkare, neurologiska kliniken; samtliga vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Förskrivningsmönster går att påverka med producentobunden information

II Landets läkemedelskommittéer lägger varje år ned ett stort arbete på att ta fram underlag för en kostnadseffektiv och rationell läkemedelsanvändning. Ett uttryck för detta arbete är listor med rekommenderade preparat som kommit att bli viktiga verktyg i kommittéernas strävan att optimera läkemedelsförskrivningen. Med tanke på det arbete som läggs ned på att utarbeta behandlingsrekommendationer och de medicinska och ekonomiska vinster som följsamhet kan medföra är det angeläget att utveckla metoder för att få genomslag för givna rekommendationer.

Följsamhet och Kloka listan

Stockholms läns landsting har en central läkemedelskommitté (Läkemedelssakunliga, LÄKSAK) och därutöver fem lokala kommittéer. LÄKSAK publicerar varje år rekommenderade läkemedel i den så kallade Kloka listan. Urvalet till listan är baserat på ett utredningsarbete som görs i 21 olika expertgrupper för att identifiera de mest ändamålsenliga och kostnadseffektiva läkemedlen för behandling av vanliga sjukdomar. Dessa rekommendationer innehåller ofta en stor besparingspotential men bara om man kan uppnå god följsamhet bland förskrivarna.

Kloka listan som helhet marknadsförs medvetet, bl a genom annonskampanjer riktade till såväl förskrivare som allmänhet. Den utgör också underlag för informationsläkare och -apotekare i deras arbete. Det saknas emellertid en mer systematisk utvärdering av effekterna av olika specifika informationsinsatser på förskrivarnas följsamhet till givna rekommendationer.

Ny migränbehandling

Triptaner finns med på Kloka listan som ett sista steg i akut behandling av migränanfall. Under många år har sumatriptan (Imigran) varit det preparat som rekommenderats. Inför år 2002 beslutade dock LÄKSAK att ändra denna rekommendation och låta rizatriptan (Maxalt) ersätta sumatriptan. Beslutet baserades huvudsakligen på resultatet av en metaanalys som talade för att rizatriptan i vissa avseenden hade fördelar framför sumatriptan [1]. En övergång från användning av 100 mg sumatriptan till användning av 10 mg rizatriptan skulle även medföra ekonomiska vinster. LÄKSAKs argument för ändrade rekommendationer var alltså såväl medicinska som ekonomiska.

Med hänsyn till styrkan i dessa motiv bedömde vi att förändringen avseende val av triptaner skulle vara lämplig att använda i en studie av om följsamheten till givna rekommendationer kan påverkas av strukturerad producentobunden in-

Sammanfattat



Avdelningen för klinisk farmakologi vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna erbjuder vårdcentraler regelbunden producentobunden läkemedelsinformation.

I samband med en sådan information adderades information om förändrade rekommendationer avseende val av triptan vid migränbehandling.

De vårdcentraler som erhöll särskild information uppvisade större följsamhet till de nya rekommendationerna än kontrollvårdcentraler i samma sjukvårdsområde.

Effekten på förskrivningsmönstret var dock övergående och bestod bara i tre månader efter informationstillfället.

formation. Vi har därför studerat förskrivningsmönster avseende triptaner vid vårdcentraler som erhållit strukturerad information från klinisk farmakolog angående val av triptaner jämfört med vårdcentraler som inte varit föremål för sådan intervention.

II Metod

Vårdcentraler i Nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholm får sedan lång tid tillbaka besök av en klinisk farmakolog, som ger producentoberoende och problemorienterad läkemedelsinformation. Varje vårdcentral erbjuds som regel fyra sådana utbildningstillfällen årligen. Vårdcentralen beställer ett besök genom att välja från en meny av olika terapiområden som erbjuds från avdelningen för klinisk farmakologi vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna. I samband med denna utbildning gavs, utöver beställt ämne, en extra 10–15 minuter lång strukturerad information om rizatriptan med redovisning av skäl för förändrade behandlingsrekommendationer. Detta extra inslag var visserligen inte förhandsanmält men gavs efter det att deltagarna tillfrågats om de ville ta del av denna extra information.

Under perioden 6 februari till 10 juni 2002 erhöll 14 vårdcentraler (2–6 deltagande allmänläkare vid varje tillfälle) i

Nordvästra sjukvårdsområdet denna information, som gavs på ett standardiserat sätt med ett för ändamålet utvecklat utbildningsmaterial (overhead-bilder, artikelkopior och ordinationskort), som delades ut till varje deltagande allmänläkare. Nio besök gjordes under månaderna februari–mars, fyra under april–maj och ett i juni, samtliga sålunda inom sex månader efter det att de nya behandlingsrekommendationerna trätt i kraft.

Uppföljning

Förskrivningen av triptaner i definerade dygnsdoser (DDD) på vårdcentralerna bestämdes utifrån arbetsplatskoder. Förskrivningen vid de 14 vårdcentraler som erhållit strukturerad information (interventionsgruppen) jämfördes med förskrivningen vid övriga vårdcentraler i samma sjukvårdsområde (kontrollgrupp) under tiden juli 2001–december 2002.

Då målet med de nya rekommendationerna och med kampanjen var att öka andelen rizatriptan av den totala triptanförskrivningen användes kvoten rizatriptan (DDD)/samtliga triptaner (DDD) som primärt effektmått. Kostnaderna för förskrivning av triptaner vid de två grupperna av vårdcentraler analyserades också för andra halvåret 2001 (före förändrade rekommendationer) respektive för andra halvåret 2002 (efter införandet av de nya rekommendationerna och efter informationskampanjen till interventionsgruppen).

Statistisk bearbetning

Kvoten rizatriptan/samtliga triptaner analyserades. För analysen har Wilcoxon's test för matchade par använts genomgående. Det bygger på en jämförelse av differensen mellan två beroende mätningar (i det här fallet tidpunkter). Den studerade storheten är differensen mellan proportionen rizatriptan före och efter intervention.

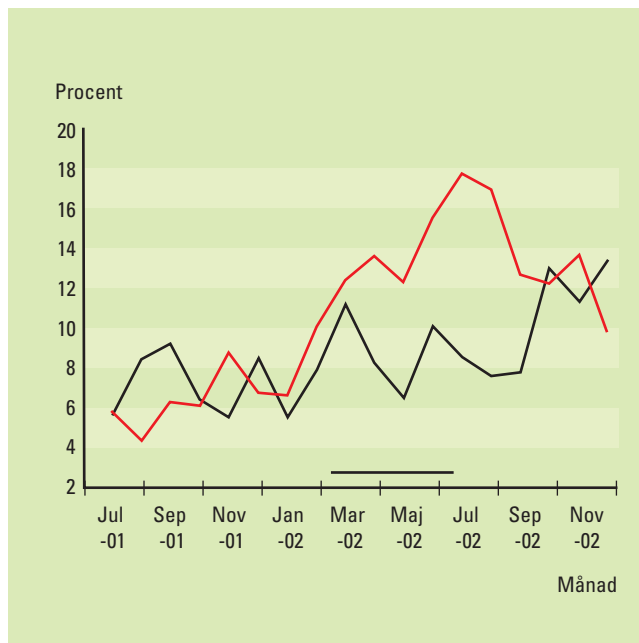
För att undersöka om den ökade förskrivningen av rizatriptan var ett resultat av interventionen jämfördes denna differens för interventionsgruppen med motsvarande differens för kontrollvårdcentralerna. Den undersökta storheten är således i detta fall en differens av en differens. Eftersom data bara inhämtades från kontrollvårdcentralerna som grupp (n=1), medan individuella data erhöles för interventionsvårdcentralerna, betraktades kontrollvårdcentralerna som en fix referens. Jämförelser gjordes mellan rizatriptanproportionen andra halvåret 2001, som användes som baslinjevärde före intervention, och andra halvåret 2002 som helhet samt mot tredje och fjärde kvartalen var för sig.

II Resultat

Figur 1 visar proportionen rizatriptan inom Nordvästra sjukvårdsområdet över tiden uppdelat på interventionsvårdcentraler respektive kontrollvårdcentraler. Från och med januari 2002 sker en ökning i förskrivningen av rizatriptan i interventionsgruppen, och denna ökning blir störst efter interventionen tredje kvartalet 2002 (P=0,0131). En ökning i rizatriptanförskrivningen i interventionsgruppen förefaller finnas kvar också under fjärde kvartalet 2002 (P=0,0869). Såsom framgår av Figur 1 ökade också rizatriptanförskrivningen i kontrollgruppen.

En signifikant skillnad i ökad rizatriptanförskrivning fanns mellan grupperna de tre första månaderna efter interventionen (tredje kvartalet, P=0,0303). Skillnaden kvarstod dock inte under fjärde kvartalet, och för hela andra halvåret 2002 fanns ingen signifikant skillnad (P=0,2209).

Kostnaderna för förskrivning av triptaner i Nordvästra sjukvårdsområdet var 1 583 000 kronor andra halvåret 2001 och 1 911 000 kronor andra halvåret 2002, en ökning med 21 procent. Ökningen vid vårdcentraler som blivit föremål för intervention var 15 procent jämfört med 26 procent vid vård-



Figur 1. Rizatriptan som andel (procent) av all triptanförskrivning i definerade dygnsdoser (DDD) för den undersökta tidsperioden på interventions- och kontrollvårdcentraler. Den svarta linjen anger interventionsperioden. Svart kurva = kontrollvårdcentraler. Röd kurva = interventionsvårdcentraler. Båda inom Nordvästra sjukvårdsområdet.

centralerna i kontrollgruppen. Variationen i kostnadsökningar över tiden vid interventionsvårdcentralerna var stor, med ett brett konfidensintervall från +0,5 till +43,5 procent. För kontrollvårdcentralerna kan motsvarande konfidensintervall inte beräknas, eftersom vi bara har totaldata för kostnadsökningar.

II Diskussion

Syftet med behandlingsrekommendationerna och interventionen var att öka andelen rizatriptan av den totala förskrivningen av triptaner, inte att generellt öka användningen av triptaner. Likväl sågs en ökning av kostnaderna för triptaner med 21 procent från år 2001 till år 2002. Det är intressant att notera att ökningen stannade på 15 procent vid de vårdcentraler som fått den strukturerade informationen jämfört med 26 procent vid de övriga. Även om vi inte har statistiskt analyserat denna skillnad tycks vår kampanj inte ha bidragit till en generellt ökad användning av triptaner, snarare har den motverkat detta.

Successivt genomslag

Jämfört med andra halvåret 2001 iaktogs under hela observationstiden år 2002 en successivt ökad förskrivning av rizatriptan i förhållande till den totala triptananvändningen vid såväl interventions- som kontrollvårdcentralerna.

Detta kan tolkas som en effekt av ett långsamt genomslag av de allmänna rekommendationerna i Kloka listan och de marknadsföringsaktiviteter som var kopplade till lanseringen av LÄKSAKs rekommendationer centralt i landstinget. Till detta ska adderas effekterna av läkemedelsföretagets marknadsföring av rizatriptan i sjukvårdsområdet som vi inte har några data för.

Bland de vårdcentraler som blev föremål för intervention kunde vi emellertid konstatera en signifikant högre andel rizatriptan av den totala triptanförskrivningen jämfört med kontroller under det kvartal som följde närmast på interventionen. Ytterligare ett kvartal senare sågs dock inga skillna-

der mellan grupperna. Även om vårdcentralerna inte har randomiserats avseende intervention talar våra observationer för att en strukturerad, personlig information har en signifikant effekt på följsamheten till givna rekommendationer.

Övergående effekt

Effekten tycks dock i detta fall vara övergående, vilket kan ha flera skäl. En möjlig förklaring är att samtliga vårdcentraler i denna jämförelse finns i samma sjukvårdsområde och att information given vid en vårdcentral relativt snabbt sprider sig till de övriga. En annan tänkbar orsak är att interventionen bara åstadkommer en snabbare anpassning till Kloka listan, som ändå så småningom får genomslag vid alla vårdcentraler. En ytterligare tolkning är att den engångsinsats som interventionen innebar bara har en övergående effekt. Detta kan bero på att läkarna glömmer given information och återfaller i gammalt förskrivningsmönster. Den stora omsättningen av allmänläkare kan också bidra till den till synes kortvariga effekten. Upprepade informationsaktiviteter skulle i så fall kunna ge mer uthållig effekt, vilket bör kunna prövas i studier med en annan typ av intervention.

II Konklusion

Sammanfattningsvis har vi i denna kontrollerade studie kunnat dokumentera en kortvarig effekt på följsamhet till givna rekommendationer genom en strukturerad, producentobunden läkemedelsinformation.

Kollegial diskussion av värde

Resultaten är uppmanande och talar för att informationsmodellen är effektiv men att den behöver upprepas och kompletteras. Övergående effekter av interventionsinsatser i primärvård har också observerats av andra [2]. Vårt projekt stöder inte helt tidigare studier som talar för att förändringar i förskrivningsmönster oftast kräver komplexa interventioner [3].

En faktor som kan vara av särskild betydelse i vår intervention är den kollegiala diskussionen mellan läkare. I ett tidigare projekt visade vi också att återkoppling till den egna förskrivningen i primärvården kombinerad med problemorienterad fortbildning i farmakoterapi förmedlad av kolleger medförde signifikanta effekter i riktning mot rationellare förskrivning [4]. Betydelsen av »personlig information« för att få effekt av liknande interventioner har också betonats av andra [5], liksom värdet av att dela ut tryckt material [6].

Vidare satsningar bör göras för att utveckla och studera modeller med mer långsiktiga effekter. Mycket arbete satsas idag på läkemedelskommittéers utarbetande av behandlings-

rekommendationer. I många fall avsätts också betydande resurser på marknadsföring av dessa rekommendationer. Utan effektiva metoder för implementering är behandlingsrekommendationer av ringa värde. Effekten av sådana insatser måste emellertid analyseras noga. Det borde vara självklart för en verksamhet som arbetar enligt evidensbaserade principer att utvärdera effekten av de egna insatserna med motsvarande metodik. Vi har i liten skala visat att detta är möjligt.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Sigurd Vitols är ordförande för Nordöstra läkemedelskommittén i Stockholms läns landsting och medlem i LÄKSAKs expertgrupp för gastroenterologiska sjukdomar. Torbjörn Tomson är ordförande i LÄKSAKs expertgrupp för neurologi.

Referenser

1. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (Serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet* 2001;358:1668-75.
2. Rickars D, Toop L, Graham P. Do clinical practice education groups result in sustained changes in GP prescribing? *Fam Pract* 2003;20:199-206.
3. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of intervention to improve professional practice. *Can Med Assoc J* 1995;153:1423-31.
4. Nilsson G, Hjemdahl P, Hässler A, Vitols S, Wallén NH, Krakau I. Feedback on prescribing rate combined with problem-oriented pharmacotherapy education as a model to improve prescribing behaviour among general practitioners. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;56:843-8.
5. Figuietas A, Sastre I, Gestal-Otero JJ. Effectiveness of educational interventions on the improvement of drug prescription in primary care: a critical literature review. *J Eval Clin Pract* 2001;7:223-41.
6. Figuietas A, Sastre I, Tato F, Rodriguez C, Lado E, Caamano F, et al. One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care. A pragmatic randomized controlled trial. *Med Care* 2001;39:158-67.



= artikeln är referentgranskad

SUMMARY

Following the publication of a metaanalysis over effectiveness and tolerability of triptanes for acute treatment of migraine we investigated whether a short oral information by clinical pharmacologists, describing the rationale for prescribing a certain triptane, combined with memory cards could influence the prescription by general practitioners. The primary care units, which had received the information, showed a significantly better adherence to prescription of the recommended triptane than units that had not received such information. The desired influence on prescription was, however, transient and not statistically significant for more than three months following the prescription. The finding underlines the need for repeated information when effects on prescription habits are wanted.

Sigurd Vitols, Ali Vetr, Torbjörn Tomson

Correspondence: Sigurd Vitols, Avd för klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, SE-171 76 Stockholm, Sweden (sigurd.vitols@kus.se)