

Kvalitetsindikatorer för läkemedel – läget i Sverige idag



BJÖRN WETTERMARK, apotekare, med dr, Apoteket AB och Läkemedelscentrum, Stockholms läns landsting och avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, ledamot i styrelsen för European Drug Utilization Research Group (Euro-DURG) bjorn.wettermark@apoteket.se
GÖRAN TOMSON, professor, överläkare, avdelningen för internationell hälsa och Medical Management Center, Karolinska institutet, styrelsemedlem i

International Network for Rational Use of Drugs (INRUD), medlem i WHO Expert Panel Drug Policy and Management
ULF BERGMAN, professor, överläkare, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, medlem i styrelsen för International Society for Pharmacoepidemiology (ISPE), ledamot i Sydvästra läkemedelskommittén och LÄKSAK, Stockholms läns landsting

Kraven har ökat på kvalitetsuppföljning inom hälso- och sjukvården. På nationell, regional och lokal nivå bedrivs ett omfattande utvecklingsarbete för att kunna mäta, utvärdera och förbättra vårdens processer och resultat. De ökade kraven gäller även läkemedelsområdet, som genom 1990-talets stora kostnadsökningar och snabba inflöde av nya läkemedel kommit i särskilt fokus.

I en separat artikel har vi beskrivit det europeiska samarbete som pågår kring validering och klassificering av kvalitetsindikatorer inom läkemedelsområdet [1]. I denna artikel presenteras vilka kvalitetsindikatorer för läkemedel som idag används i Sverige, i de nationella kvalitetsregistren och lokalt av olika specialistföreningar och läkemedelskommittéer.

Varför fokusera på läkemedel?

En god hälso- och sjukvård skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och förmedlad i rimlig tid. För att mäta i vilken grad sjukvården uppfyller dessa krav behövs kvalitetsindikatorer. Dessa kan definieras som »mätt som speglar kvaliteten och kan användas som underlag för verksamhetsutveckling samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens och omsorgens kvalitet« [2].

Läkemedel är den kanske viktigaste produktionsfaktorn i sjukvården, och det är därför viktigt att utarbeta kvalitetsindikatorer inom läkemedelsområdet. Givetvis bör läkemedelsanvändningen i första hand följas upp integrerat med vårdens övriga processer och resultat. Det finns dock flera argument för att ägna särskilt intresse åt kvalitetsindikatorer för uppföljning av läkemedelsförskrivningen:

- **Ordinationsföljsamhet** (compliance). Ett förskrivet läkemedel är inte samma sak som ett uthämtat eller konsumerat läkemedel [3]. Den läkemedelsförskrivning som finns noterad i journalen kan utgöra ett bra kvalitetsmått på förskrivarens men inte nödvändigtvis på patientens behandling.
- **Dos-effekt**. De flesta läkemedel uppvisar ett dos-effektsamband. För vissa läkemedel är det terapeutiska intervallet mellan minsta effektiva dos och den dos som ger biverkningar snävt. Att enbart mäta läkemedelsexposition genom att

mäta om läkemedlet är ordinerat är för trubbigt. För att ge ett bra mått på kvalitet i läkemedelsbehandlingen krävs mer specifik information om huruvida behandlingen ligger inom rekommenderat dosintervall och måldoser har uppnåtts.

- **Interaktioner och polyfarmaci**. Läkemedel kan interagera med varandra, vilket kan leda till utebliven eller potentierad effekt. Merparten av alla sjukdomsspecifika kvalitetsindikatorer mäter ordinerat läkemedel vid en diagnos. Kunskaperna är begränsade om nyttan och effekterna av samtidig behandling med flera olika läkemedel.
- **Biverkningar**. Biverkningar av läkemedel utgör ett stort problem inom sjukvården. De flesta av dem är farmakologiska och därför teoretiskt åtgärdbara med nuvarande kunskap [4].
- **Tillgång till data**. Möjligheterna till uppföljning är större inom läkemedelsområdet än inom andra områden i vården. Sverige var ett pionjärland med den individbaserade forskningsdatabasen i Jämtland och har en lång historik av att producera läkemedelsstatistik [5, 6]. Genom tillkomsten av det nya läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen ges unika möjligheter till uppföljning på individnivå.

Kvalitetsindikatorer kan vara av olika typer

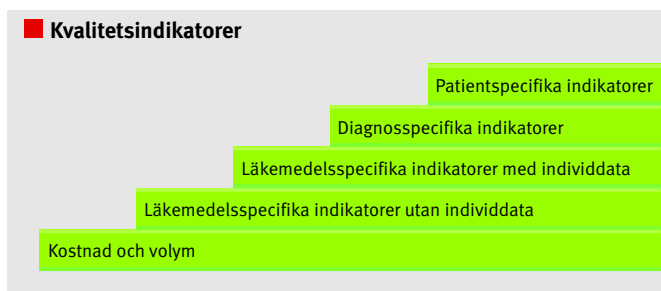
Kvalitetsindikatorer för läkemedel kan, utifrån mängden kliniska data de innehåller, delas in i läkemedels-, sjukdoms- (diagnos-) och patientspecifika indikatorer [1, 7, 8]. Läkemedelspecifika indikatorer fokuserar på läkemedlen, utan information om diagnos eller andra patientkaraktäristika än ålder och kön. Sjukdomsspecifika indikatorer omfattar information om läkemedel kopplad till en diagnos eller förskrivningsorsak. Patientspecifika indikatorer omfattar information om läkemedel kopplad till klinisk information om specifika patienter, t ex sjukdomens svårighetsgrad eller komorbiditet.

De olika typerna av indikatorer kan illustreras av en trappa (Figur 1) [8]. Högre trappsteg illustrerar ökad grad av klinisk information, vilket ökar sannolikheten för att hälso- och sjukvårdspersonalen skall anse indikatorn utgöra ett bra mått på kvalitet. Dessvärre indikerar högre trappsteg också större svårighet att finna valida data inom rutinsjukvården. Både patient-

SAMMANFATTAT

En komplett kvalitetsuppföljning av läkemedelsförskrivningen bör omfatta såväl rutinmässig uppföljning av kostnads- och sjukdomsspecifik uppföljning. Ett hundratal kvalitetsindikatorer för läkemedel används idag i Sverige som verktyg för uppföljning på nationell, regional och lokal nivå. Rätt använda kan de utgöra värdefulla verktyg för professionellt lärande och bidra till

utveckling av vården. Många indikatorer är dock ofullständigt validerade och saknar information om indikation kopplad till enskild substans, dosering, behandlingstid och annan samtidig behandling. Med tanke på de kvalitetsbrister och ekonomiska värden som står på spel bör ökad uppmärksamhet riktas mot att utveckla mått på god kvalitet inom läkemedelsområdet.



Figur 1. Olika typer av kvalitetsindikatorer för uppföljning av förskrivningen [8].

och diagnosspecifika indikatorer är svåra att mäta och finns i praktiken bara tillgängliga i lokala journaldatasystem och i vissa kvalitetsregister. Brister i journalföring och datasystem gör till och med att denna information ibland inte alls står att finna.

Kvalitetsindikatorer kan även indelas i struktur-, process- eller resultatmått beroende på vilken aspekt av vården som undersöks [9, 10]. Eftersom förskrivningen är en process är de flesta kvalitetsindikatorer för uppföljning av förskrivningen processmått. Dessa anses ha flera fördelar framför resultatmått [9, 11]:

- De är lättare att mäta och ger mindre utrymme för oklarheter vad gäller definition.
- De är lätta att tolka och behöver inte korrigeras för patient-sammansättning (case-mix).
- De har högre sensitivitet än resultatmått, dvs nödvändigt antal mätningar för att med säkerhet upptäcka undermålig kvalitet är lägre än för resultatmått.
- De ger direkt anvisning om vad som behöver förbättras.

Nedan sammanfattas vilka kvalitetsindikatorer för läkemedel som har tagits fram och som idag används av myndigheter, specialistföreningar och läkemedelskommittéer i Sverige. Sammanställningen omfattar inte resultatmått, som utgör mått på effekterna av läkemedelsbehandling i kombination med livsstilsåtgärder och annan terapi (t ex andel patienter med blodtryck <140/90 mm Hg eller andel diabetespatienter med HbA_{1c} <6,5).

Läkemedel i nationella kvalitetsregister

Kvalitetsindikatorer för användning inom hälso- och sjukvården i Sverige utvecklas av flera professionella organisationer på nationell, regional och lokal nivå [9, 12]. Socialstyrelsen utarbetade för några år sedan ett 60-tal övergripande kvalitetsindikatorer för kvalitetsuppföljning av centrala verksamheter i hälso- och sjukvården [13, 14].

Endast tre av de föreslagna indikatorerna fokuserar på läkemedel: andel hjärtinfarktpatienter behandlade med trombolys på hjärtintensivvårdsavdelning (HIA), andel hjärtinfarktpatienter behandlade med statiner vid utskrivning och andel patienter med bröstcancer som får medicinsk tilläggsbehandling efter bröstcanceroperation [14]. Ingen av dem innehåller uppgift om enskilt läkemedel.

Socialstyrelsen har också stött professionen och Sveriges Kommuner och Landsting vid uppbyggnaden av de för närvarande 57 sjukdomsspecifika nationella kvalitetsregistren. Dessa register innehåller individbundna data om diagnos, medicinska åtgärder och resultat [15]. Endast ett fåtal av dem innehåller kvalitetsindikatorer för läkemedel. Några exempel presenteras i Tabell 1. I de flesta fallen är indikatorerna formulerade som andelen patienter som får behandling med en viss läkemedelsgrupp. Ett generellt problem är även att kvalitetsregistren endast täcker vissa somatiska diagnoser och bygger på fri-

TABELL 1. Exempel på kvalitetsindikatorer för läkemedel i nationella kvalitetsregister [16-19].

Kvalitetsindikator	Register
Andel hjärtsviktspatienter som behandlas med RAAS-blockad, ACE-hämmare eller angiotensin II-receptorblockerare	RiksSvikt
Andel hjärtsviktspatienter som behandlas med betablockerare	RiksSvikt
Andel diabetespatienter som får antihipertensiv behandling	Nationella diabetesregistret
Andel diabetespatienter som får lipidsänkande behandling	Nationella diabetesregistret
Akut reperfusion med primär PCI, akut kirurgi eller trombolys	RIKS-HIA
Andel patienter som behandlats med statin vid utskrivning	RIKS-HIA
Sjukdomsaktivitet och förbättring vid behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	Svenska RA-registret

villig inrapportering. Inom vissa områden, t ex primärvård, psykiatri och tandvård, saknas nationella kvalitetsregister [15]. Ett antal lokala kvalitetsregister finns dock ute i landet.

Socialstyrelsens äldreindikatorer

För något år sedan utarbetade en arbetsgrupp vid Socialstyrelsen ett förslag till läkemedels- och sjukdomsspecifika indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre. Indikatorerna baseras på internationellt publicerade konsensusdokument och på svenska rekommendationer från bl a Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och SBU [20].

Socialstyrelsens läkemedelsspecifika indikatorer beskriver kvaliteten med avseende på val av preparat, behandlingsregim, dosering och läkemedelskombinationer. Några indikatorer mäter andelen patienter som behandlas med läkemedel som bör undvikas (t ex långverkande bensodiazepiner och antikolinerga läkemedel) eller vars användning kräver en korrekt och aktuell indikation (t ex NSAID, neuroleptika och protonpumpshämmare). Andra mäter förekomsten av olämplig regim (t ex andelen individer som använder sömnmedel varje kväll under mer än en månad utan omprövning) eller olämplig dosering (t ex haloperidol i en dygnsdos >2 mg eller citalopram i en dygnsdos >40 mg). Det finns även några indikatorer för kombinationer och polyfarmaci (t ex andelen individer som använder tre eller fler psykofarmaka) samt förekomsten av läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner av klinisk betydelse.

De sjukdomsspecifika indikatorerna beskriver förekomst av rationell, irrationell och olämplig/riskfylld läkemedelsanvändning vid elva av de vanligaste diagnoserna hos äldre: hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom/angina pectoris, hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, typ 2-diabetes, gastroesofageal refluxsjukdom (GERD), ulkussjukdom, urinvägsinfektion, artrit, demens, depression och sömnstörning [20].

MKR och SFAM

Medicinska kvalitetsrådet (MKR) lade 1993 fram förslag till kvalitetsindikatorer för elva specialiteter inom hälso- och sjukvården: allmänmedicin, internmedicin, geriatrik, pediatrik, psykiatri, medicinsk radiologi, anestesi och intensivvård, kirurgi, ortopedi, gynekologi och obstetrik samt oftalmologi [21]. Indikatorerna var avsedda att tjäna som handledning för praktiska åtgärder på klinik- och vårdcentralsnivå samt att använ-

TABELL II. Kvalitetsindikatorer för läkemedel enligt Medicinska kvalitetsrådet (MKR) [21].

Indikator	Specialitet
Andel astmapatienter med kontinuerlig farmakabehandling som behandlas med steroider	Allmänmedicin
Andel antibiotikabehandlade patienter med akut mediaotit som erhållit penicillin V som förstahandsalternativ	Allmänmedicin
Har kvinnor >50 år med reciderande cystit erbjudits lågpotenta östrogener? Ja/nej	Allmänmedicin
Andel hjärtinfarktpatienter som fått trombolys-behandling	Internmedicin
Andel patienter med diabetes typ I och II som får insulin respektive behandling med perorala diabetesmedel	Internmedicin
Förekomst av antibiotika- och trombosprofylax	Kirurgi
Har kliniken program för trombosprofylax?	Ortopedi
Finns det riktlinjer för psykofarmakabehandling vid schizofreni?	Psykiatri
Finns det på kliniken en särskild struktur för handläggning och uppföljning av långtidsbehandling med litium och/eller antidepressiva medel vid återkommande depressioner?	Psykiatri
Antal avbrutna litiumbehandlingar under året i relation till totala antalet litiumbehandlade patienter	Psykiatri
Andel patienter med ångestsyndrom som behandlas med bensodiazepiner	Psykiatri

TABELL III. Kvalitetsindikatorer för läkemedel enligt Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) [24].

Andel barn (2–16 år) med sporadisk otit som antibiotikabehandlas.
Andel antibiotikabehandlade barn (2–16 år) med sporadisk mediaotit som behandlas med penicillin V (pcV) i 5 dagar.
Andel av antibiotikabehandlade tonsilliter som har positiv Strep A.
Andel av antibiotikabehandlade tonsilliter som behandlats med pcV.
Andel kinoloner vid diagnosen cystit hos kvinnor >18 år.
Andel av enskilt urinvägsantibiotikum vid behandling av cystit hos kvinnor >18 år.
Andel kvinnor med cystit som får 3 dagars behandling med trimetoprim respektive 5 dagars behandling med cefalosporin, nitrofurantoin eller mecillinam.
Andel astmapatienter som behandlas med inhalationssteroid.
Andel patienter med kranskärslsjukdom som behandlas med betablockerare.
Andel patienter med kranskärslsjukdom som behandlas med ASA eller warfarin (ej klopidogrel).
Andel patienter med kranskärslsjukdom som behandlas med statin.
Andel hjärtsviktpatienter som behandlas med ACE-hämmare/angiotensinreceptorblockerare.
Andel hjärtsviktpatienter som behandlas med betablockerare.
Andel förmaksflimmerpatienter som får antitrombotisk behandling (ASA/warfarin).

das vid extern medicinsk revision. Genom MKRs försorg skapades en bra grund för kvalitetsarbetet inom berörda specialiteter. Det är dock bara ett litet antal av de indikatorer som togs fram som fortfarande används. Av det stora antalet indikatorer som föreslogs av MKR är det enbart ett fåtal som omfattar läkemedel. Dessa redovisas i Tabell II.

För att möta behovet inom läkemedelsområdet utarbetade en arbetsgrupp 1999 ett förslag till kvalitetsindikatorer för uppföljning av läkemedelsförskrivning och -hantering [22]. I rapporten föreslås tre generella indikatorer med fokus på läkemedelsanvändning (förskrivning), läkemedelshandtering (entydiga läkemedelsordinationer) och läkemedelsbiverkningar/biverkningsrapportering samt ett kvalitetsboksut. Läkemedelsanvändningen föreslås analyseras med hjälp av den så kallade DU90 %-metoden, som bygger på antalet läkemedel som utgör 90 procent av den förskrivna volymen och följsamheten till den lokala läkemedelskommitténs rekommendationer inom detta segment [8]. Kvaliteten i läkemedelshandlingen mäts i form av andelen entydigt givna ordinationer (procent) [23] och biverkningsrapporteringen som antal biverkningsrapporter samt hur stor del av dessa som utgjorts av biverkningar av typ A, dvs förstärkt farmakologisk effekt.

Ett värdefullt arbete har även bedrivits av kvalitetsrådet inom Svensk förening för allmänmedicin (SFAM.Q), som har tagit fram en uppsättning evidensbaserade kvalitetsindikatorer för uppföljning av tillgänglighet/prioritering, information/delaktighet och följsamhet till vårdprogram/rekommendationer för fyra akuta och sex kroniska diagnoser (bl a astma, diabetes, hjärtsvikt och nedre urinvägsinfektion hos kvinnor) [24]. Dessa indikatorer är i första hand avsedda att vara ett hjälpmedel när den enskilde läkaren eller vårdcentralen vill granska sina egna resultat. Indikatorerna kan också utgöra underlag i en medicinsk kvalitetsrevision (extern granskning) [24]. Endast ett fåtal av de föreslagna indikatorerna omfattar läkemedel (Tabell III). Några av dem har använts i interventioner som syftat till att öka kvaliteten i läkemedelsanvändningen [25].

Läkemedelskommittéernas ribbor och kloka råd

De flesta av landets läkemedelskommittéer (LK) formulerar mått för att följa upp läkemedelsförskrivningen. Avsikten med dessa indikatorer är inte att mäta enbart kvalitet utan även hur resurserna används och effekterna av olika insatser. LKs indikatorer används dock i ökad utsträckning i det lokala kvalitetsarbetet, och de förtjänar därför att diskuteras här.

Det kan upplevas som förvirrande vad som är råd/budord (som inte alltid är uppföljningsbara), vad som är mått/indikatorer och vad som är mål. Kommittéernas indikatorer har olika namn, t ex ribbor i Södermanland och terapeutiska kvoter i Halland. De flesta kommittéer har formulerat tydliga mål, t ex att minst 80 procent av statinförskrivningen skall utgöras av simvastatin. Läkemedelskommittéernas indikatorer 2005 presenteras i Tabell IV. Gemensamt för dem att de är läkemedels-specifika och bygger på den statistik som rutinemässigt samlas in av Apoteket AB vid receptexpedition. Merparten av indikatorerna mäter en nivå på användningen av en viss läkemedelsgrupp eller ett specifikt läkemedels andel av förskrivningen inom en läkemedelsgrupp.

Dagens kvalitetsindikatorer räcker inte

I likhet med andra kvalitetsindikatorer måste även de inom läkemedelsområdet ha relevans (fokusera på stora läkemedelsgrupper, resurskrävande terapiområden eller iakttaga praxisskillnader), god mätbarhet, tolkningsbarhet/entydighet och vara möjliga att påverka [2, 9, 13, 41]. De måste också uppfylla grundläggande krav på validitet, dvs man måste säkerställa att

TABELL IV. Läkemedelskommittéernas indikatorer för uppföljning av förskrivningen 2005.

Indikator	Län
<i>Mage-tarm</i>	
Volym protonpumpshämmare (PPI) i DDD/TID	01, 06, 08, 12, 20, 21, 22, 23
Andel omeprazol av PPI (procent DDD)	01, 03, 04, 07, 08, 12, 13, 14, 22, 24
<i>Hjärta-kärl</i>	
Andel klopidogrel av trombocythämmare (procent DDD)	01, 12, 21
Volym tiazider i DDD/TID	01, 23
Andel atenolol av betablockerare (procent DDD)	04
Andel felodipin av dihydropyridiner (procent DDD)	03
Andel enalapril av ACE-hämmare (procent DDD)	06
Andel ARB av (ACE-hämmare + ARB) ¹ (procent DDD)	01, 03, 06, 08, 12, 13, 14, 18, 20, 24
Volym statiner i DDD/TID	01, 22, 23
Andel simvastatin av statiner (procent DDD)	01, 04, 06, 07, 08, 12, 13, 20, 21, 22
Andel simvastatin av alla lipidsänkare (procent DDD)	24
<i>Diabetes</i>	
Volym metformin till patienter >50 år (DDD/TID)	23
Antal teststickor för kontroll av glukos i blodet	18
Andel rekommenderade teststickor för diabetes (nyskrivna recept)	14
<i>Gynekologi</i>	
Andel lågdostabletter med östrogen + gestagen av allt östrogen + gestagen	01
<i>Analgetika och NSAID</i>	
Volym NSAID (DDD/TID)	21
Andel coxiber av NSAID (procent DDD)	04, 13, 14
Volym coxiber (DDD/TID)	06
<i>Psykiatri</i>	
Volym bensodiazepiner (DDD/TID)	06, 23
Volym antidepressiva medel (DDD/TID)	06, 23
Andel citalopram av alla antidepressiva (procent DDD)	01, 24
Andel citalopram av SSRI (procent DDD)	04, 08, 13
Andel citalopram och fluoxetin av SSRI (procent DDD)	03
Andel generiska SSRI (procent DDD)	12
Andel »alla SSRI utom Cipralex« av SSRI (procent DDD)	14
Andel SSRI av alla antidepressiva	14
<i>Neurologi</i>	
Andel Maxalt av triptaner (procent DDD)	01
Andel Imigran(-Novum) av triptaner (procent DDD)	06
<i>Infektion</i>	
Volym antibiotika (DDD/TID)	23
Andel furadantin, selexid och trimetoprim av UVI-antibiotika ²	01
Andel kinoloner av UVI-antibiotika ²	24
Volym kinoloner (DDD/TID eller DDD/1 000 invånare)	06, 08, 22, 23, 24
Andel aciklovir av (aciklovir + famciklovir) i herpes zoster-förpackning	01
<i>Luftvägar</i>	
Volym inhalationssteroider (DDD/TID)	23
Andel budesonid av nasala steroider (procent DDD)	01
Andel Atrovent av (Atrovent + Spiriva) (procent DDD)	12
<i>Äldre</i>	
Volym långverkande bensodiazepiner till äldre	21
Volym läkemedel med antikolinerga biverkningar till äldre	21, 23
Volym neuroleptika till äldre	22
<i>Övrigt</i>	
Antal Apodos-patienter som fått årlig läkemedelsgenomgång	08
Antal biverkningsrapporter	18, 20
Antal startförpackningar	20

Tabellen baseras på material sammanställt från respektive läkemedelskommittés tidskrift eller webbplats (26–40). Kompletterande information har också inhämtats från läkemedelskommittéernas sekreterare. Stockholms län (01), Uppsala län (03), Södermanlands län (04), Jönköpings län (06), Kronobergs län (07), Kalmar län (08), Skåne län (12), Hallands län (13), Västra Götalands län (14), Örebro län (18), Dalarnas län (20), Gävleborgs län (21), Västernorrlands län (22), Jämtlands län (23) och Västerbottens län (24).

¹ = eller omvänt andelen ACE/(ACE-hämmare + ARB), ² = furadantin, selexid, trimetoprim, ciprofloxacin och norfloxacin.

DDD = definierade dygnsdoser, /TID = per tusen invånare och dag, ARB = angiotensinreceptorblockerare.

indikatorn mäter vad den avses mäta [1]. Det innebär att den registrerade läkemedelsanvändningen i så hög grad som möjligt bör motsvara den faktiska användningen (intern validitet) samtidigt som indikatorn utgör ett bra mått på kvalitet och ger en god bild av den kliniska verkligheten (extern validitet) [1].

Tyvärr är validiteten för de indikatorer som idag används sällan dokumenterad. Man kan diskutera vilka av ovan nämnda mått som är kvalitetsindikatorer. Flera av de mått som idag används inom verksamhetsuppföljning i sjukvården runt om i landet är enklare markörer/nyckeltal för jämförelser mellan enheter samt rena mått på kostnader och volymer. Det är inte alltid som dessa uppfyller kraven för att kallas en kvalitetsindikator. Ofta används dock begreppen kvalitetsindikator, indikator och kvalitetsmått synonymt i Sverige, vilket kan orsaka viss förvirring.

Ett komplett kvalitetsarbete förutsätter samtidigt arbete med både läkemedels-, sjukdoms- och patientspecifika indikatorer. Tyvärr har de register och indikatorer som idag används i Sverige sina begränsningar. De nationella kvalitetsregistren ger värdefull information om kvaliteten i behandlingen av en viss sjukdom, men de ger ingen uppfattning om indikationsglidning och läkemedelsförskrivning på icke godkända indikationer. Registren innehåller sällan tillräckligt specifik information, vilket behövs för att utvärdera kvaliteten i läkemedelsbehandlingen. Flera register innehåller endast uppgift om läkemedelsgrupp (inte enskild substans). Ofta saknas även dosering, behandlingstid och annan samtidig behandling. Eftersom de baseras på förskrivningsdata saknar de även information om huruvida patienterna hämtat ut läkemedlen och tagit dem på det sätt de ordinerats.

Läkemedelskommittéernas indikatorer bygger på information om uthämtade recept. De är lätta att tillämpa med data som finns tillgängliga i rutinsjukvården och som har varit till nytta för att fokusera på vissa problemområden. De flesta av indikatorerna är dock i trubbigaste laget, och det är tveksamt i vilken grad de mäter kvaliteten i förskrivningen och inte enbart kostnadseffektiva läkemedelsval. Många av kommittéernas indikatorer utgörs av kvoter mellan olika behandlingsalternativ. Des-

sa är lätta att använda för jämförelser över tid och mellan olika vårdenheter, och de kan användas vid databortfall förutsatt att det inte finns anledning att misstänka att bortfallet är ojämnt fördelat mellan de olika läkemedlen. Kvoter kan dock ge en skev bild av verkligheten vid små volymer och när diagnosprofilen skiljer sig åt mellan de läkemedel som anges i täljaren och nämnaren. De är också svåra att tolka, eftersom de inte mäter hur den totala volymen utvecklas och om de förändringar som sker i kvotens värde beror på förändringar i täljaren eller nämnaren.

I flera län i Sverige används idag läkemedelsspecifika indikatorer som kvoter och följsamhet till läkemedelskommittéernas rekommendationslistor kopplat till ekonomiska incitament [42]. Utvecklingen drivs från USA och Storbritannien, där ersättningar till sjukhus och primärvårdsinrättningar i allt högre grad är prestationsbaserade även avseende läkemedel. Allmänhetens tillgång till förskrivningsdata har ännu inte diskuterats, men erfarenheter från andra områden visar att denna debatt kan komma. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen har nyligen kommit överens om en nationell strategi för att öppna den svenska vården för insyn och jämförelse [43]. Utvecklingen kan bidra till förbättrad vård men väcker vissa farhågor. De kvalitetsindikatorer för läkemedel som används i Sverige idag kan med fördel användas för återkoppling och benchmarking och ligga till grund för lokala kvalitetsboksut, men få av dem har en sådan validitet och tolkningsbarhet att de kan kopplas till ekonomiska incitament eller göras tillgängliga för öppna redovisningar.

Konklusion

Kvalitetsindikatorer kan utgöra ett värdefullt verktyg för professionellt lärande och bidra till en utveckling av vården, men det är viktigt att vi mäter vad vi tror oss mäta och vad som verkligen har betydelse för kvaliteten. Med tanke på de kvalitetsbrister och ekonomiska värden som står på spel bör ökad uppmärksamhet riktas mot att utveckla mått på god kvalitet inom läkemedelsområdet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Wettermark B, Tomson G, Bergman U. Nya kvalitetsindikatorer för läkemedel. Europeiska rekommendationer för terminologi, validering och användning. Läkartidningen. In press 2006.
2. Andreen Sachs M. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
3. Apoteket AB. Svensk Läkemedelsstatistik, gavs ut som årlig publikation 1976–2000. Finns delvis tillgänglig på www.apoteket.se
4. Hoven JL, Haaijer-Ruskamp FM, Vander Stichele RH; DURQUIM Scientific Committee. Indicators of prescribing quality in drug utilisation research: report of a European meeting (DURQUIM, 13–15 May 2004). Eur J Clin Pharmacol. 2005;60:831–4.
5. Wettermark B. Drug Utilization 90% – using aggregate drug statistics for the quality assessment of prescribing [thesis]. Stockholm: Karolinska institutet; 2004.
6. Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt Program Arbete. Medicinskt Programarbete. Stockholms läns landsting. 2004.
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260:1743–8.
8. Crombie IK, Davies HT. Beyond health outcomes: the advantages of measuring process. J Eval Clin Pract. 1998; 4:31–8.
9. Palmberg M. Quality improvement in Swedish healthcare. J Qual Improv. 1997;23:47–54.
10. Andreen Sachs M, Theodorsson E. Övergripande kvalitetsindikatorer framtagna för hälso- och sjukvården. Läkartidningen. 2002;99:797–803.
11. Fastbom J, Schmidt I, Lieberman-Ram H, Styrborn K. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
12. Förslag till medicinska kvalitetsindikatorer från Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds Medicinska Kvalitetsråd. Svensk Medicin. 1993;38.
13. Bergman U, Andersson D, Friberg A, Hansson BG, Landahl S, Lindström E, et al. Kvalitetsutveckling: kvalitetsindikatorer för läkemedelsförskrivning och -hantering. Svenska Läkaresällskapet och Spr. Svensk Medicin. 1999;66.
14. Gardulf A, Bergman U, George C, Nordström G. Datorisera läkemedelshanteringen! Granskning av läkemedelsordinationer på fyra akutsjukhus visar stora brister. Läkartidningen. 2005;102:1732–7.
15. Lindström K. Mål och mått i allmänmedicin. Svensk förening för allmänmedicin; 2004.
16. Lundborg CS, Wahlström R, Oke T, Tomson G, Diwan KV. Influencing prescribing for urinary tract infection and asthma in primary care in Sweden: a randomised controlled trial of an educational intervention. J Clin Epidemiol. 1999;52:801–12.
17. Stockholms läns landsting. LÅSAKS Kloka Råd 2005. www.janusinfo.se