

Strukturerad uppföljning av insatta diabetesläkemedel på Bra Liv Landsbro Vårdcentral

A. Val av förbättringsområde

Förbättrad läkemedelshantering med fokus på:

- En strukturerad uppföljning av nyinsatta diabetesläkemedel.
- Undvikande av överflödigt och ineffektiv läkemedelsbehandling till våra patienter.
- En effektivare förskrivning för att sänka läkemedelskostnader.

Motivering av valet:

Vi måste följa upp och värdera patientens läkemedelsbehandling. Nya bra men dyra diabetesläkemedel är en växande utmaning och det finns en potential att spara resurser som kan användas till bättre vård.

B. Bakgrund

Varför detta område?

Läkemedelshantering är en av vårdcentralens mest centrala uppgifter och påverkar flera patientgrupper. Vi måste tillgodose att patienterna med störst behov och faktiskt nytta får rätt behandling, och att ineffektiv behandling avslutas.

Vi har beslutat oss för att arbeta mer strukturerat. Vi vill bli bättre och göra det bättre för våra patienter. För att hjälpa oss med detta vill vi utföra en retrospektiv granskning av våra läkemedelsinsättningar. Vi ska titta på indikation och läkemedelseffekt (HbA1c, kroppsvikt) efter nyinsättningar under de senaste åren, sannolikt med begränsning till 2023 och 2024.

Vi använder primärt Medrave för datainsamling.

Målet är att involvera Esther i sin läkemedelsbehandling och kunna avsluta behandling som inte gynnar Esther.

Varför just nu?

Vi har fått ökade kostnader med en förskrivning som överskrider det beräknade behovet. Den största ökningen gäller SGLT2-hämmare och GLP1-analoger. Kostnaderna skall öka eftersom läkemedlen är bra och viktiga, men vi måste koncentrera dem till rätt patient.

Vi ser ett behov av att ta fram tydligare rutiner för nyinsättning och för uppföljning.

Vi vill involvera Esther mer, genom att ge en tydligare information vid insättning av ett nytt läkemedel, plan och en överenskommelse om uppföljning.

Koppling till patientnytta:

Patientsäkerheten ökar med säkrare och mer adekvat förskrivning. Patienter får bättre livskvalitet när onödiga läkemedel sätts ut. Vi som förskrivare skapar en samsyn och trygghet i hur vi ska förskriva.

C. Övergripande mål

- Inhämta och presentera data för effekt på HbA1c av nyinsatta diabetesläkemedel.
- Skapa en medvetenhet hos förskrivande läkare och uppföljande diabetessköterska kring hur vi behandlar och hur vi skulle kunna arbeta med uppföljning.
- Under året implementera ett arbetssätt för involvering av patient, objektiv utvärdering samt potentiell utsättning av ineffektiva diabetesläkemedel.

Tidsram:

Datainsamlingen ska vara sammanställd och presenterad för kliniken senast 31 maj 2025. Samtliga mål ska vara utvärderade senast 31 december 2025.

D. Nuläge

- Vi gör uppföljningar idag, men kan göra dem mer strukturerade.
 - Läkemedelskostnaderna har ökat de senaste åren, delvis på grund av snabb introduktion av dyra läkemedel.
 - Vi har rutiner för läkemedelsgenomgångar, men de kan förbättras.
 - Patienterna är i nuläget inte så delaktiga i beslut om insättning och utsättning av läkemedel som vi önskar.
-

E. Analys av nuläge

- **Bristande rutiner:** Vi har ingen rutin för utvärdering av dessa läkemedel
- **Snabb implementering av nya läkemedel:** Många patienter har snabbt satts på nya, dyra läkemedel utan regelbunden uppföljning
- **Brist på information:** Personal har inte fått tillräcklig utbildning kring Kloka Kliniska Val.
- **Patienters förväntningar:** Många patienter förväntar sig att få diabetesläkemedel som även ger viktnedgång

Framgångsfaktorer för att nå målet:

- Öka kunskapen hos personal genom utbildning
- Informera/involvera patienten angående sin läkemedelsbehandling
- Regelbunden uppföljning och utvärdering av åtgärder
- Engagemang hos samtliga involverade yrkeskategorier.

F. Prioritering av förändringar som ska testas

1. Utbildningar:

- Föreläsning av ansvarig från Faktagruppen för diabetes.
- Utbildningsdag om diabetesbehandling.

2. Strukturerade rutiner och uppföljning:

- Samla material för att kunna formulera nya rutiner
- Formulera nya rutiner
- Återkoppling på APT en gång i månaden

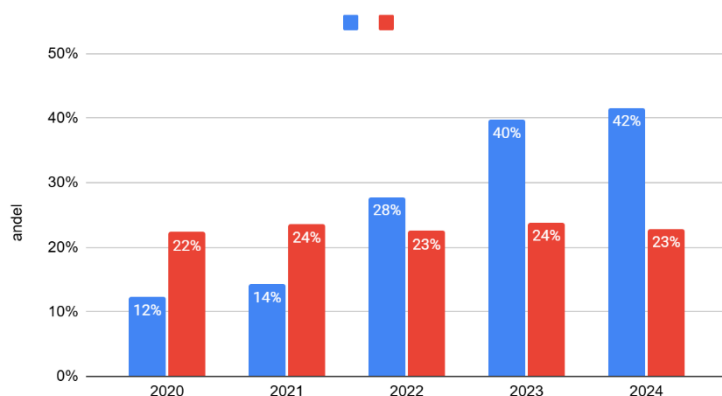
3. Patientinformation:

- Individuell information till patient om förväntad effekt och planerad utvärdering av läkemedel

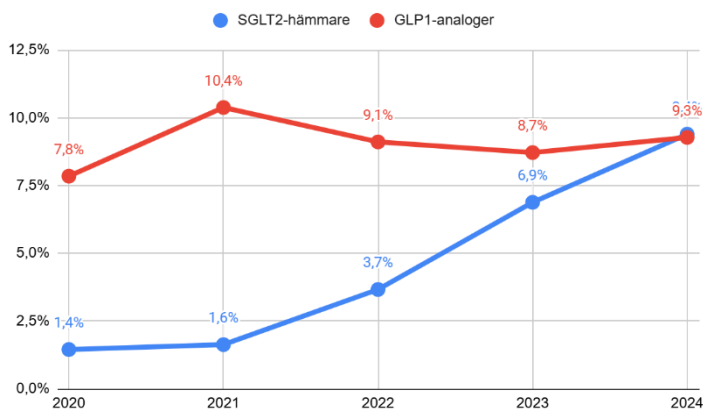
H. Mätningar och resultat:

Vi kunde konstatera att andelen av våra diabetiker behandlade med SGLT2-hämmare ökat från 12 % (2020) till 42 % (2024). För GLP1-analoger sågs ingen ökning, 22 % (2020) respektive 23 % (2024). Andelen av den totala läkemedelskostnaden ökade från 1,4 % till 9,4 % för SGLT2-hämmare resp. från 7,8 % till 9,3 % för GLP1-analoger.

andel sglt2 + glp1



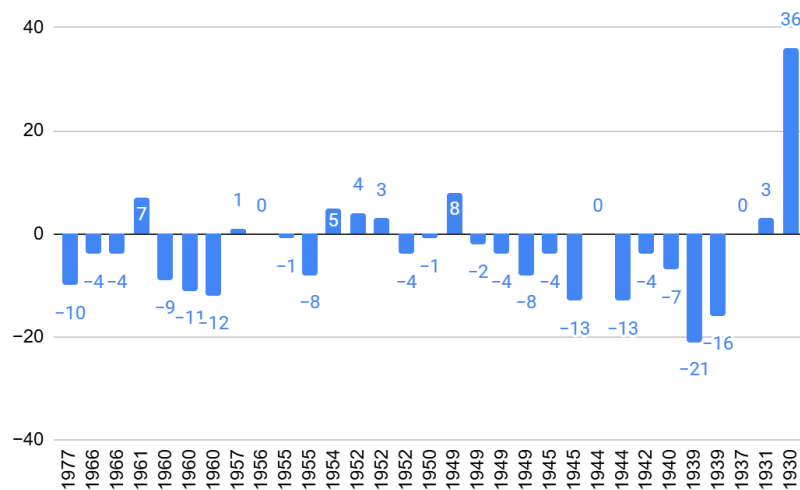
Figur 1: Andel av typ 2-diabetiker listade på Landsbro vårdcentral som behandlas med SGLT2-hämmare (blå) resp. GLP1-analog (röd) över tid



Figur 2: Andel av total läkemedelskostnad på Landsbro vårdcentral för SGLT2-hämmare (blå) resp. GLP1-analog (röd) över tid.

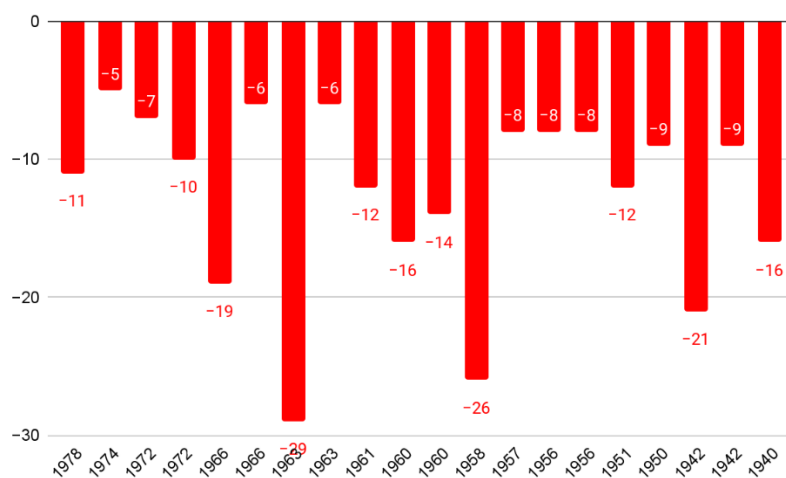
Vi granskade endast historiska nyinsättningar hos de av våra patienter som fortfarande är ordinerade dessa läkemedel idag. Det största hindret till att utvärdera effekten av ett insatt läkemedel visade sig vara att flera förändringar ofta gjordes samtidigt. Läkemedlen ersatte ofta andra typer av läkemedel, eller sattes in samtidigt som en insulinregim justerades.

Vid granskning av alla nyinsättningar av SGLT2-hämmare konstaterades att 31 av totalt 81 patienter (38 %) var lämpliga att utvärdera avseende blodsockersänkande effekt. HbA1c minskade i snitt med 2,9 mmol/mol (median 4,0 mmol/mol).



Figur 3: Skillnad i HbA1c (mmol/mol) efter insättning av SGLT2-hämmare hos 31 patienter på Landsbro vårdcentral (födelseår på x-axeln).

Vid granskning av alla nyinsättningar av GLP1-analoger konstaterades att 20 av totalt 44 patienter (45 %) var lämpliga att utvärdera avseende blodsockersänkande effekt. HbA1c minskade i snitt med -12,6 mmol/mol (median -10,5 mmol/mol).



Figur 4: Skillnad i HbA1c (mmol/mol) efter insättning av GLP1-analog hos 20 patienter på Landsbro vårdcentral (födelseår på x-axeln).

Arbetet och diskussionerna ledde fram till följande formulering för framtida arbetssätt:

”Vid nyinsättning av diabetesläkemedel finns skäl att utvärdera dess effekt, för att inte patienten ska utsättas för onödig behandling och kostnad. För att kunna utvärdera en eventuell blodsockersänkande effekt krävs att inga andra förändringar i behandlingen görs parallellt med insättningen.

Om möjligt är det bättre att lägga till än att ersätta ett preparat, för att effekten ska kunna utvärderas.

Effekten på blodsockret utvärderas lämpligen med ett blodprov efter 3 månaders behandling. Ett peroralt diabetesläkemedel kan förväntas sänka HbA1c med 5 mmol/mol. En GLP-1-analog kan förväntas sänka HbA1c med 10 mmol/mol.

Ett läkemedel bör sättas ut om det inte har påvisad effekt, såvida det inte för patienten även anses gynnsamt för att förebygga/behandla hjärt-, kärl- eller njursjukdom.”

I. Summering

- **Vad gjorde vi?** Vi tog fram ett arbetssätt för uppföljning vid nyinsättning av diabetesläkemedel.
- **Hur gjorde vi?** Vi genomförde en journalgranskning av samtliga nyinsättningar av SGLT2-hämmare och GLP1-analoger hos våra diabetespatienter, där huvudsyftet var att ta reda på om en behandlingseffekt på HbA1c-värdet kunde påvisas. Dessa resultat redovisades för personalgruppen och diskussion följde. Utöver dessa resultat fick vi en god överblick över hur både antalet diabetiker och antalet förskrivningar har ökat under de senaste fem åren.
- **Vilka tips ger vi till annan vårdcentral som vill göra liknande arbete?** Ta er tiden att granska era förskrivningsvanor med något av de statistiska verktyg som finns. Bara genom att titta på dessa data i behandlargruppen kan viktiga iakttagelser göras. Det viktiga är inte att skapa nya rutindokument för alla att efterfölja; det viktiga är att tillsammans kunna diskutera värdet av vad vi gör, och i bästa fall skapa medvetenhet och någon sorts konsensus kring vad vi kan göra bättre.

Arbetsgrupp:

Anders Engström

Antonio Rivas Mouteira

Josefina Lind