

Förbättringsarbete – Ångestbehandling Rydaholms vårdcentral

Bakgrund

Bensodiazepiner har sin plats i ångestbehandlingen vid kortvarig svår ångest, som t ex i livets slutskede. Tyvärr står många av våra patienter på bensodiazepiner dagligen under många år, fast det inte är rekommenderat. Det visar sig i statistiken, där Rydaholms vårdcentral har högre förskrivning än riket i genomsnitt vid uttag av statistik via Medrave (*diagram 1*). För de äldre innebär det risker att det ger biverkningar som trötthet, kognitiv påverkan, yrsel samt ökad fallrisk och därmed ökad risk för frakturer. Även de yngre bör ha en mer långsiktig behandling, även om de i nuläget inte själva upplever några negativa effekter eller risker med behandlingen. Vi har i nuläget bättre tillgång till kurator på plats i Rydaholm jämfört med senaste 6-7 åren. Fysisk aktivitet och kuratorskontakt är viktiga delar i ångestbehandlingen som ibland glöms bort, då patienter efterfrågar läkemedel.

I nuläget kräver förskrivningen av bensodiazepiner och andra narkotikaklassade recept stora personalresurser, då kontroller måste göras vid varje förskrivning, så att patienterna inte överskridit ordinerad dos. Diskussioner om dosökningar till följd av toleransutveckling utgör också ett problem.

Vi kommer att mäta bensodiazepinförskrivning före och efter. Målet är att ligga på en förskrivning på genomsnittet i riket eller lägre.

En utmaning i arbetet är att fånga upp samtliga förskrivningar från vårdcentralen, då många har dosdispensiering och recept via pascal inte fångas upp vid sökning i Medrave/Primärvårdskvalitet. Vi får hjälp av en apotekare som tar fram siffror som ser ännu sämre ut, då även pascals förskrivning tas med (*diagram 2*). Dessa siffror har vi svårare att kontrollera själva, och har svårt att få uppgifter vilka preparat och vilka patienter det gäller.

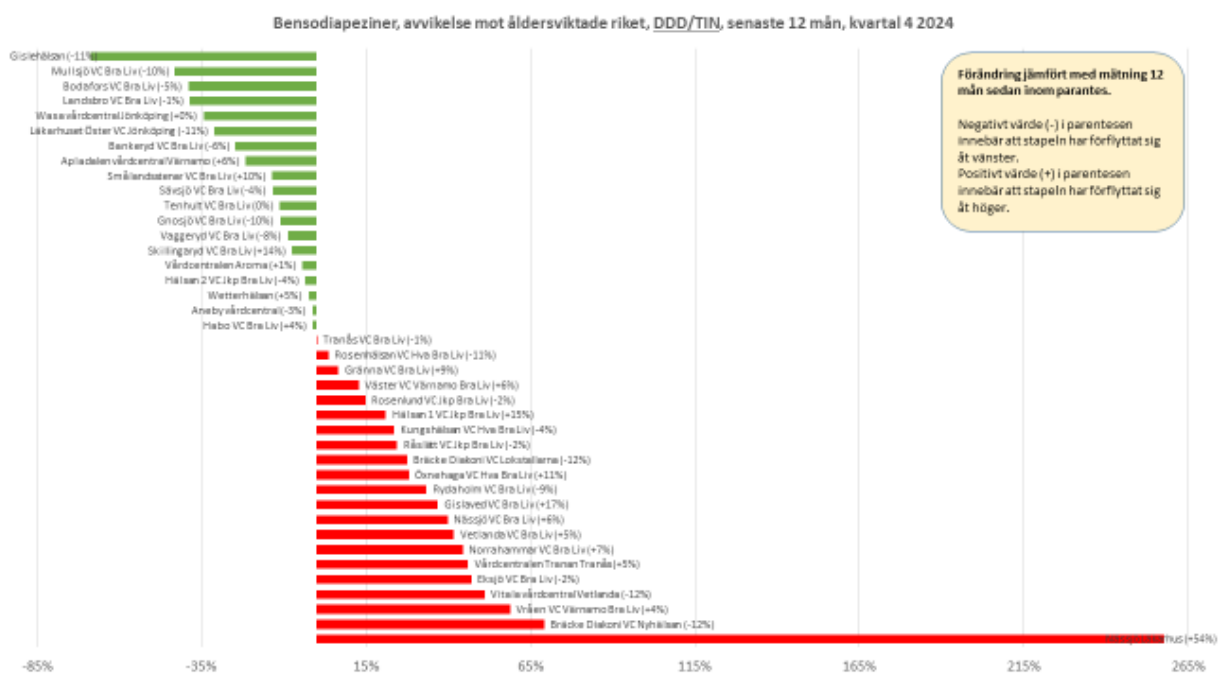


Diagram 1.

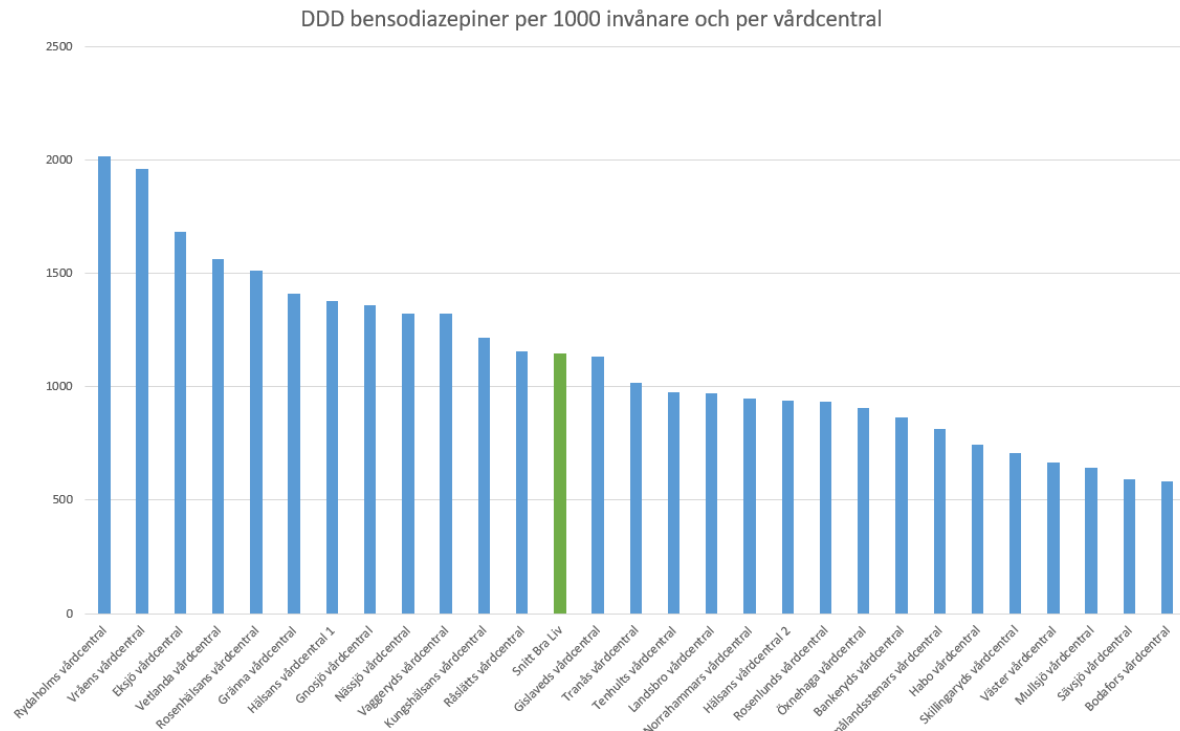


Diagram 2.

Testcykel 1

P (Planera): Vad planerar du göra för litet test och vad är din prognos om utfall?

Sökning i Medrave för att identifiera våra förskrivningar av bensodiazepiner.

Vi planerar att trappa ner bensodiazepiner där det inte finns någon indikation och där det föreligger risker. Ingen förskrivning om det inte finns kontrakt avseende narkotikaklassade läkemedel (med undantag på SÄBO/hemsjukvård)

Vi förväntar oss att vi kan hitta förskrivning som bara har blivit förnyad under många år, där det saknas indikation och där nedtrappning är möjlig. Vi förväntar oss en hel del motstånd från våra patienter, då många är rädda för att trappa ner, då det föreligger ett beroende.

När det gäller patienter som har sin ordination i Pascal, så får dessa fångas upp successivt, då de inte kommer med i sökningarna i Medrave.

Planen är att ordinarie läkare på vårdcentralen (distriktsläkare och ST-läkare) deltar i arbetet.

G (Göra): Hur gjorde du och vilket resultat gav det?

Vi har informerat personalen på vårdcentralen i samband med APT. Det var viktigt att alla kände till arbetet och att vi samarbetar från första kontakt med sjuksköterska.

Vi gjorde en sökning i Medrave för att identifiera våra förskrivningar av bensodiazepiner. Vi gick därefter igenom förskrivningarna i läkargruppen och såg om det fanns ett kontrakt för beroendeframkallande läkemedel, om det fanns en indikation, eller om bensodiazepinerna borde trappas ner/sättas ut. Vi delade upp patienterna så det blev en rimlig arbetsbörda för samtliga läkare. Kontakt togs med patienterna antingen via brev för att erbjuda besök för samtal kring nedtrappning, eller direktkontakt med telefon, då detta bedömdes kunna fungera.

S (Studera): Vad lärde du dig och vilka slutsatser drog du?

Många av de patienter som hade låg förbrukning och enbart hade små förpackningar på recept, kunde trappa ner och avsluta sin användning av bensodiazepiner relativt lätt. De med hög förbrukning av bensodiazepiner har i många fall kunnat minska totala dygnsdosen även om vi inte lyckats trappa ut helt.

En extra stor utmaning är de patienter som har insatser från kommunen, fr a de som bor på SÄBO, då oxascand har varit ett naturligt läkemedel att använda på SÄBO vid oro hos äldre. Kommunen är medvetna om vårt arbete med att minska användningen av bensodiazepiner, och har i högre utsträckning själva föreslagit andra alternativ än oxascand, jämfört med tidigare (det är i alla fall läkarnas upplevelse, inget statistiskt dokumenterat).

A (Agera): Hur gör du en ny testcykel för att komma närmare ditt mål?

Vi planerar att göra en ny genomgång av de patienter som har förskrivning av bensodiazepiner i COSMIC.

Testcykel 2

P (Planera): Vad planerar du göra för litet test och vad är din prognos om utfall?

Vi tar fram ny statistik september 2025 och går på nytt igenom patienterna som har förskrivning av bensodiazepiner via COSMIC.

G (Göra): Hur gjorde du och vilket resultat gav det?

Fast anställda läkare satt tillsammans och gjorde en ny genomgång av förskrivningen. Gav råd till varandra och uppmuntrade till fortsatt arbete med nedtrappning i de fall där det ansågs lämpligt

S (Studera): Vad lärde du dig och vilka slutsatser drog du?

Vid genomgången uppmärksammades att vi i många fall kunnat minska förskrivningen av benzodiazepiner, men att det finns mycket kvar att göra.

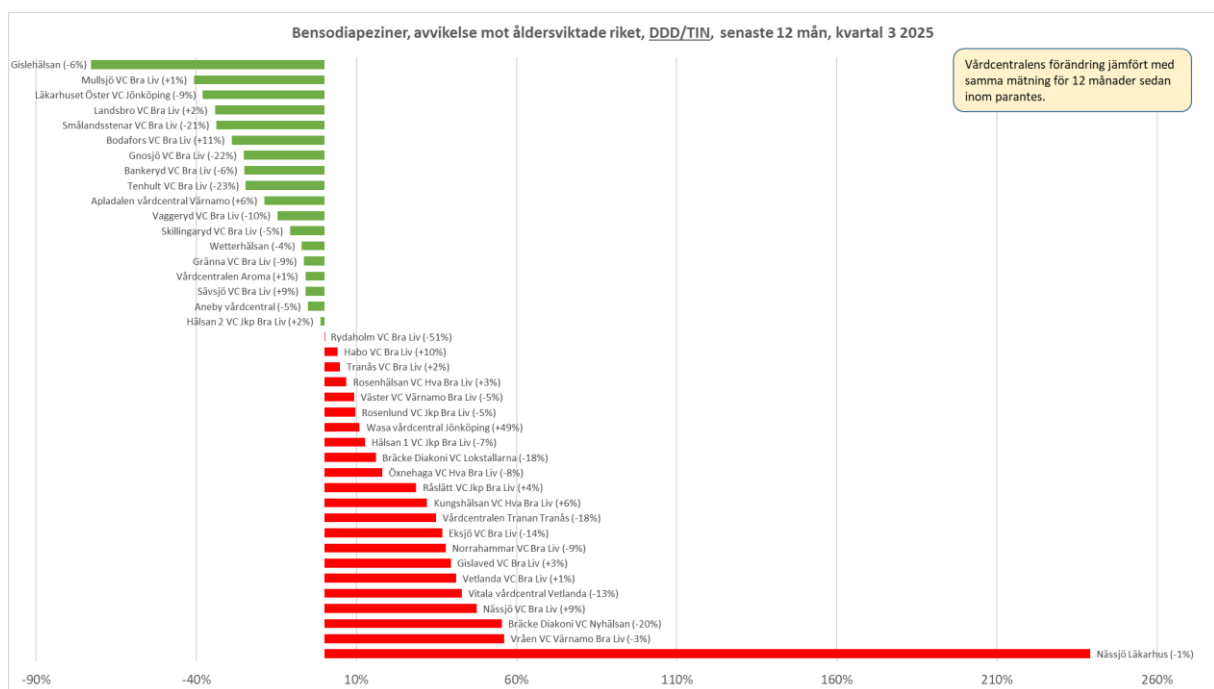


Diagram 3

Vi kan se i den senaste statistiken att förskrivningen av bensodiazepiner via COSMIC har minskat med 51 % under en 12-månadersperiod, fram till och med kvartal 3, 2025.

Vi har under året haft en bättre tillgänglighet till kurator jämfört med de föregående åren. Vi har kunnat erbjuda besök till kurator även i Rydaholm under 2025, vilket inte varit möjligt på många år. Även bättre tillgänglighet till kurator på Vråen vårdcentral, som vi samarbetar med när det gäller psykosocialt team. Vissa som har trappat ner bensodiazepiner har haft kortvarig kontakt med kurator, men de flesta har inte haft kontakt. Det är svårt att säga vilken betydelse detta haft för minskningen av bensodiazepiner, men tillgängligheten är viktig för att de som söker nu och i framtiden skall få en ångestbehandling som är mer effektiv, har mindre biverkningar och är utan beroende.

A (Agera): Hur gör du en ny testcykel för att komma närmare ditt mål?

Man skulle på ett strukturerat sätt kunna gå igenom de patienter som har hemsjukvård och bor på SÄBO för att se om vi kan hitta alternativ behandling mot ångest, helst ihop med kommunens personal.

Vi planerar att fasta läkare även fortsättningsvis går igenom bensodiazepinförskrivningen 1-2 gånger per år, som vi gjort i år, för att undvika att hamna i samma situation på nytt och om möjligt kunna minska förskrivningen ytterligare. Som vi skrev inledningsvis vill vi ligga i nivå med riksnitt eller lägre, då riksnittet förmodligen är högre än vad som är bäst för Esther. Om vi jobbar målmedvetet med att minska förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel, kommer vi förhoppningsvis kunna minska förskrivningen på liknande sätt som vi kunnat minska antibiotikaförskrivningen genom STRAMA-arbetet.

Fysisk aktivitet har en positiv effekt vid ångest och vi kan förmodligen bli bättre på att informera och försöka motivera patienten till ökad fysisk aktivitet och även öka användningen av FaR.

Eftersom den totala statistiken med både förskrivning via COSMIC och Pascal är mest intressant, borde det vara den vi följer i Regionen. Rydaholms vårdcentral låg sämre till i den statistik vi fick av apotekare än i statistiken som skickas ut kvartalsvis från Vårdcentralerna Bra liv. Det kan vara svårt att utvärdera förändringar om man inte vet totalförskrivningen. Beror en förbättring på att fler med bensodiazepiner får sin förskrivning via Pascal? Vi hoppas att det inte är förklaringen i vårt fall, men vi kommer att fortsätta följa förskrivningen.