

Landstingsstyrelsens förslag till beslut

Strategi och handlingsprogram för läkemedelsarbetet inom Stockholms läns landsting

Föredragande landstingsråd: Inger Ros

Ärendet

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslår ny en strategi och ett nytt handlingsprogrammet för läkemedelsarbetet inom Stockholms läns landsting.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

att fastsälla strategi och handlingsprogram för läkemedelsarbetet inom Stockholms läns landsting för perioden 2003-2006.

Allt mer läkemedel använd till en allt högre kostnad. Detta är inte till gagn för vare sig största patientnytta eller en god hushållning av ekonomiska resurser. Mer läkemedel skrivs ut än vad som faktiskt används. Varje år slängs tonvis med mediciner. Det är ett stort slöseri och en miljömässig fara.

Många patienter felmedicineras och övermedicineras. Det är inte ovanligt att läkemedel, som skrivits ut av olika läkare, tar ut effekten av varandra. Och det är inte heller ovanligt att de i kombination gör patienter sjuka istället för friska. Cirka tio procent av alla inläggningar på medicinkliniker beräknas bero på olämplig kombination av läkemedel.

Särskilt utsatta är inte minst äldre med många sjukdomar samt de som har nedsatt minnesförmåga. Läkarna har svårt att få den översyn som är nödvändig och det drabbar patienterna.

Bilagor

1. M- och fp-ledamöternas skrivelse 2003-04-22
2. Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande 2003-04-22

Den nya läkemedelsstrategin för landstinget innebär att ett helhetsgrepp tas, som medverkar till ett betydligt förnuftigare läkemedelsanvändande. Det handlar i första hand om ökad patientsäkerhet. Målet för läkemedelsanvändningen skall vara en rationell, säker och kostnadseffektiv behandling där uppnådda vårdresultat, patientens bästa och samhällets kostnader beaktas.

En rationell användning av läkemedel avgörs av förskrivarens och patientens beteenden. Strategin innehåller därför en mängd metoder för att minska ökningen av läkemedel, det handlar om allt från obunden läkemedelsinformation till ökad utbildning. Det är viktigt att poängtera att den enskilde läkaren bär ansvaret och har full rätt att välja behandling. Tillgången till den obundna läkemedelsinformationen skall fungera som stöd för läkaren att sortera i den mängd av information som finns.

Läkemedelskostnaderna har ökat med 10 procent årligen under en lång rad år. Den utvecklingen ska nu brytas. Både för ekonomin skall och för ökad patienttrygghet.

Behandling i landstingsstyrelsen

Landstingsrådsberedningen behandlade ärendet den 29 april 2003

Landstingsstyrelsen behandlade ärendet den 20 maj 2003.

Vid behandlingen i landstingsstyrelsen yrkades bifall dels till landstingsrådsberedningens förslag, dels till m- fp- och kd-ledamöternas förslag om återremiss av ärendet.

Landstingsstyrelsen beslutade utan omröstning avslå förslaget om återremiss. Mot beslutet anförde m-, fp- och kd-ledamöterna *reservation* och anmälde att de *ej deltog* i landstingsstyrelsens beslut i ärendet.

M-, fp- och kd-ledamöternas reservation:

”Landstingsstyrelsen föreslås besluta att återremittera ärendet till Hälso- och sjukvårdsutskottet med ett uppdrag att utveckla handlingsprogrammet för läkemedel ytterligare enligt nedanstående riktlinjer.

Läkemedelskostnaderna har ökat med cirka 10% varje år under 1990-talet. Den socialistiska majoriteten har beslutat att kostnadsökningarna får vara

högst 4% fr o m nästa år. För att detta mål ska uppnås måste kraftfulla åtgärder sättas in. Det är mycket tveksamt om handlingsprogrammet uppfyller sådana krav. Förmodligen utgår den politiska majoriteten från att den enskilde förskrivaren ska ta ansvar för läkemedelsbudgeten om målet ska uppnås.

En viktig utgångspunkt för ett handlingsprogram om läkemedel är att beskriva och analysera läkemedlets roll i den totala behandlingen av patienten. Läkemedlet har sin givna roll och värde i behandlingen. Vilket värde läkemedlet har i behandlingsprocessen måste beskrivas i handlingsprogrammet. En sådan analys saknas.

I ärendet saknas också en analys över vad som är en rimlig nivå för läkemedelskostnaderna. Är kostnadsökningsnivån 4% en vetenskapligt fastställd och en optimal omfattning av kostnaderna för läkemedel? Är en kostnadsökning på 10% rent av rimlig om man ser till befolkningens behov?

Utgångspunkten för arbetet med ett handlingsprogram för läkemedel måste vara att den enskilde patienten får rätt läkemedel efter sina behov. I många fall uppfyller läkemedlen i Kloka listan sådana krav särskilt när det gäller basläkemedel. Men i andra fall måste den enskilde patienten få det senast utvecklade läkemedlet för att ett bra behandlingsresultat ska uppnås. Handlingsprogrammet för läkemedel får inte innebära att dessa patienter förvägras ett sådant läkemedel. Det skulle vara en tillbakagång om så skulle vara fallet.

De förslag som läggs fram är omfattande. Frågan är om de är tillräckligt omfattande för att nå målet om en reducering av kostnadsökningarna. Vi betvivlar det. Det som presenteras är en rad förslag som tycks skapa en stor administrativ överbyggnad. Frågan är hur detta kopplas ihop med den enskilde förskrivaren. Det är två separata system som verkar var för sig. Innebär det ett administrativt merarbete för förskrivaren som tar värdefull tid från det direkta patientarbetet?

Vi är också rädda för att det blir ett Svarte Petter-system där förskrivningar flyttas från öppen till slutenvård. Detta om man inför systemet med att förskrivaren får del av vinsten om man skriver ut billigare läkemedel. Vi är av etiska skäl mycket tveksamma till att införa så starka ekonomiska incitament i vården. Sådana styrsystem kan vara mycket kraftfulla och i detta fall vara direkt negativa för den enskilde patienten.

Den nationella folkhälsokommittén föreslog att sex nationella centra skulle bildas för icke-medikamentella metoder. Föreslås att ett sådant center

inrättas i Stockholms län. Det ska skapa alternativ för läkemedelsbehandling mot livsstilssjukdomar.

Vem betalar läkemedelskostnaderna på sjukhem och särskilda boenden? Hur kommer fördelningen att bli mellan patient, kommun, landsting och staten? Kommer kostnaderna att öka för landstinget? Hur kommer den landstingsgemensamma journalen att fungera? Finns det gemensamma IT-system som gör att alla vårdgivare såväl offentliga som privata kan samverka i en sådan journal? Finns resurser för att göra systematiska läkemedelsgenomgångar? Finns det provförpackningar i tillräcklig omfattning?

Ett genomgående tema i förslaget till handlingsprogram är att det föreligger en kunskaps- och informationsbrist som förklarar dagens suboptimala läkemedelsförskrivning. Detta är sannolikt endast ett mindre problem. I förslaget till handlingsprogram saknas en analys av vad som styr förskrivarernas beteende. Om man ska ändra beteenden måste de relationer och lojaliteter som finns mellan förskrivare och läkemedelsföretag brytas. Kunskaper om modern marknadsföring, som finns inom landstinget, måste då utnyttjas.

En producentoberoende information om läkemedel är av stor betydelse för att rätt läkemedelsval ska ske. Det måste ske genom en utökad utbildning direkt till förskrivarna och utbildningen måste anordnas av landstinget. Det är viktigt att en producentneutral utbildning anordnas. En sådan utbildning kommer att ske i konkurrens med den utbildning som läkemedelsföretagen också anordnar. Landstinget måste därför ställa tydliga krav på vad företagets utbildning ska innehålla. Landstingets utbildning måste vara av hög kvalitet för att locka förskrivarna att delta. För att uppnå ett gott resultat måste landstinget göra en rejäl satsning. En sådan satsning saknas i handlingsprogrammet för läkemedel. Vad en sådan utbildning bör omfatta och vad den kostar bör belysas i ärendet. Det har tidigare genomförts besök på vårdcentraler från läkemedelskommittén för att diskutera användningen av läkemedel. Detta arbete måste fortsätta.

En upphandling föreslås göras avseende hjälpmedel/förbrukningsartiklar för intagande av läkemedel och för behandlingskontroll. Det är oklart om förändringarna syftar till att begränsa sortimentet. Insulinpumpar för diabetiker bör även i framtiden vara kostnadsfria. Om en sådan upphandling ska göras är det mycket viktigt att representanter för berörda handikapporganisationer deltar. Handikappsorganisationernas medlemmar har ofta kroniska sjukdomar och är därför väl insatta i hur olika förbrukningsartiklar fungerar. Deras medlemmar vet hur olika förbrukningsartiklar ska användas på bästa sätt. Denna kunskap är ovärderlig i ett förändringsarbete. Tidigare förändringsarbeten inom området har inte varit så lyckade och det

LS 0304-1453

är därför viktigt att planera mycket noggrant för en sådan förändring. Förändringarna får inte innebära att den kroniskt sjukes egenavgifter ökar.

Såväl läkemedlens miljöpåverkan som problemet med kassation av läkemedel utreds för närvarande av Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Resultaten av dessa utredningar bör avvaktas innan Stockholms läns landsting fastställer rutiner för detta. Huruvida miljörisker kommer att beaktas på EU-nivå är mer osäkert. En väg att gå kan istället vara att försöka påverka läkemedelsindustriföreningen att införa miljömärkning av läkemedel.”

M-ledamöterna antecknade följande särskilda uttalande

”Läkemedelsbehandling innebär allt oftare betydande förbättringar i människors livskvalitet och är ofta rent livräddande. Det går sammantaget att se en lång rad positiva effekter av de medicinska framstegen inom läkemedelsområdet.

Trots det har de ökade läkemedelskostnaderna alltmer kommit att beskrivas som ett problem. Det finns flera anledningar till detta, dels syns de besparingar som läkemedlen ger i minskade sjukvårdskostnader, dels kan inte kostnaderna tacklas inom de ramar den nuvarande läkemedelsfinansieringen sätter.

Förslaget läkemedelsstrategi innebär att de förskrivande läkarna ska ges ett ekonomiskt ansvar för de läkemedel de skriver ut eller inte skriver ut till patienterna och att läkarna premieras för följsamhet till Kloka listan. Patienterna ska inte behöva fundera om läkaren skriver ut ett visst läkemedel för att premieras ekonomiskt. Detta kan komma att leda till en förtroendeklyfta mellan patient och läkare. Resultatet kan bli ytterligare läkarbesök helt i onödan. Patienterna ska kunna känna trygghet att de läkemedel de får är de mest ändamålsenliga för den sjukdom eller de symtom de lider av.

’Vårdgivaren får en bestämd andel av vinsten i de fall kostnadsbesparingar uppstår vid ökad måluppfyllelse och en reduktion i utvecklingen i någon del går åt fel håll.’ (Utdrag ur strategin) Läkarna står ofta inför valet av åtgärd; läkemedelsbehandling, annan behandling, sjukskrivning eller remiss till annan vårdgivare. Att i detta läge premiera läkaren ekonomiskt för utebliven förskrivning av läkemedel kan inte vara samhälleekonomiskt rätt. Rätt läkemedel kan kanske göra att patienten slipper sjukskrivning och kan återgå till arbetet.

På sikt är det enligt moderat uppfattning naturligt att läkemedelsförmånen ingår i den gemensamt finansierade obligatoriska hälsoförsäkring som vi

sedan länge föreslår. Med en samordnad sjukvårds- och läkemedelsförsäkring erhålls en naturlig samordning av olika insatser där en ändamålsenlig läkemedelsbehandling inte bara ses som en kostnad utan som en avlastning av vården.”

Ärendet och dess beredning

Utskottsbehandling

Hälso- och sjukvårdsutskottet har den 22 april 2003, enligt landstingsdirektörens förslag, föreslagit landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta *att* fastsätta strategi och handlingsprogram för läkemedelsarbetet inom Stockholms läns landsting för perioden 2003-2006.

M- och fp-ledamöterna *reserverade sig* till förmån för sitt förslag *att* återremittera ärendet till Beställarkontor Vård med ett uppdrag att utveckla handlingsprogrammet för läkemedel ytterligare enligt riktlinjer som framgår av bilaga.

M-ledamöterna antecknade följande särskilda uttalande:

”Förslaget innebär att de förskrivande läkarna skall ges ett ekonomiskt ansvar för de läkemedel de skriver ut eller inte skriver ut till patienterna och att läkarna premieras för följsamhet till Kloka listan. Patienterna skall inte behöva fundera om läkaren skriver ut ett visst läkemedel för att premieras ekonomiskt. Detta kan komma att leda till en förtroendeklyfta mellan patient och läkare. Resultatet kan bli ytterligare läkarbesök helt i onödan. Patienterna skall kunna känna trygghet att de läkemedel de får är de mest ändamålsenliga för den sjukdom eller de symtom de lider av.

’Vårdgivarna får en bestämd andel av vinsten i de fall kostnadsbesparingar uppstår vid ökad måluppfyllelse och en reduktion av utvecklingen i någon del går åt fel håll (utdrag ur strategin).’ Läkarna står ofta inför valet av åtgärd; läkemedelsbehandling, annan behandling, sjukskrivning eller remiss till annan vårdgivare. Att i detta läge premiera läkaren ekonomiskt för utebliven förskrivning av läkemedel kan inte vara samhällsekonomiskt rätt. Rätt läkemedel kan kanske göra att patienten slipper sjukskrivning och kan återgå till arbetet.”

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 22 april 2003 bifogas (bilaga).

Bilagor

M- och fp-ledamöternas skrivelse:

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta att återremittera ärendet till BKV med ett uppdrag att utveckla handlingsprogrammet för läkemedel ytterligare enligt nedanstående riktlinjer.

Läkemedelskostnaderna har ökat med cirka 10% varje år under 1990-talet. Den socialistiska majoriteten har beslutat att kostnadsökningarna får vara högst 4% fr o m nästa år. För att detta mål ska uppnås måste kraftfulla åtgärder sättas in. Det är mycket tveksamt om handlingsprogrammet uppfyller sådana krav. Förmodligen utgår den politiska majoriteten från att den enskilde förskrivaren måste ta ansvar för läkemedelsbudgeten om målet ska uppnås.

En viktig utgångspunkt för ett handlingsprogram om läkemedel är att beskriva och analysera läkemedlets roll i den totala behandlingen av patienten. Läkemedlet har sin givna roll och värde i behandlingen. Vilket värde läkemedlet har i behandlingsprocessen måste beskrivas i handlingsprogrammet. En sådan analys saknas i ärendet.

I ärendet saknas också en analys över vad som är en rimlig nivå för läkemedelskostnaderna. Är kostnadsökningarnivån 4% en vetenskapligt fastställd och en optimal omfattning av kostnaderna för läkemedel? Är en kostnadsökning på 10% rent av rimlig om man ser till befolkningens behov?

Utgångspunkten för arbetet med ett handlingsprogram för läkemedel måste vara att den enskilde patienten får rätt läkemedel efter sina behov. I många fall uppfyller läkemedlen i Kloka listan sådana krav särskilt när det gäller basläkemedel. Men i andra fall måste den enskilde patienten få det senast utvecklade läkemedlet för att ett bra behandlingsresultat ska uppnås. Handlingsprogrammet för läkemedel får inte innebära att dessa patienter förvägras ett sådant läkemedel. Det skulle vara en tillbakagång om så skulle vara fallet.

De förslag som läggs fram är omfattande. Frågan är om de är tillräckligt omfattande för att nå målet om en reducering av kostnadsökningarna. Vi betvivlar det. Det som presenteras är en rad förslag som tycks skapa en stor administrativ överbyggnad. Frågan är hur detta kopplas ihop med den enskilde förskrivaren. Det är två separata system som verkar var för sig.

Innebär det ett administrativt merarbete för förskrivaren som tar värdefull tid från det direkta patientarbetet?

Vi är också rädda för att det blir ett Svarte Petter-system där förskrivningar flyttas från öppen till slutenvård. Detta om man inför systemet med att förskrivaren får del av vinsten om man skriver ut billigare läkemedel. Vi är mycket tveksamma till att införa så starka ekonomiska incitament i vården. Sådana styrsystem kan vara mycket kraftfulla och i detta fall vara direkt negativa för den enskilde patienten.

Den nationella folkhälsokommittén föreslog att sex nationella centra skulle bildas för icke-medikamentella metoder. Föreslås att ett sådant center inrättas i Stockholms län. Det ska skapa alternativ för läkemedelsbehandling mot livsstilssjukdomar.

Vem betalar läkemedelskostnaderna på sjukhem och särskilda boenden? Hur kommer fördelningen att bli mellan patient, kommun, landsting och staten? Kommer kostnaderna att öka för landstinget? Hur kommer den lands-
tingsgemensamma journalen att fungera? Finns det gemensamma IT-system som gör att alla vårdgivare såväl offentliga som privata kan samverka i en sådan journal? Finns resurser för att göra systematiska läkemedelsgenomgångar? Finns det provförpackningar i tillräcklig omfattning?

Ett genomgående tema i förslaget till handlingsprogram är att det föreligger en kunskaps- och informationsbrist som förklarar dagens suboptimala läkemedelsförskrivning. Detta är sannolikt endast ett mindre problem. I förslaget till handlingsprogram saknas en analys av vad som styr förskrivarnas beteende. Om man ska ändra beteenden måste de relationer och lojaliteter som finns mellan förskrivare och läkemedelsföretag brytas. Kunskaper om modern marknadsföring, som finns inom landstinget, måste då utnyttjas.

En producentoberoende information om läkemedel är av stor betydelse för att rätt läkemedelsval ska ske. Det måste ske genom en utökad utbildning direkt till förskrivarna och utbildningen måste anordnas av landstinget. Det är viktigt att en producentneutral utbildning anordnas. En sådan utbildning kommer att ske i konkurrens med den utbildning som läkemedelsföretagen också anordnar. Landstinget måste därför ställa tydliga krav på vad företagens utbildning ska innehålla. Landstingets utbildning måste vara av hög kvalitet för att locka förskrivarna att delta. För att uppnå ett gott resultat måste landstinget göra en rejäl satsning. En sådan satsning saknas i handlingsprogrammet för läkemedel. Vad en sådan utbildning bör omfatta och vad den kostar bör belysas i ärendet. Det har tidigare genomförts besök på

vårdcentraler från läkemedelskommittér för att diskutera användningen av läkemedel. Detta arbete bör fortsätta.

En upphandling föreslås göras avseende hjälpmedel/förbrukningsartiklar för intagande av läkemedel och för behandlingskontroll. Det är oklart om förändringarna syftar till att begränsa sortimentet. Insulinpumpar för diabetiker bör även i framtiden vara kostnadsfria. Om en sådan upphandling ska göras är det mycket viktigt att representanter för berörda handikapporganisationer deltar. Handikappsorganisationernas medlemmar har ofta kroniska sjukdomar och är därför väl insatta i hur olika förbrukningsartiklar fungerar. Deras medlemmarna vet hur olika förbrukningsartiklar ska användas på bästa sätt. Denna kunskap är ovärderlig i ett förändringsarbete. Tidigare förändringsarbeten inom området har inte varit så lyckade och det är därför viktigt att planera mycket noggrant för en sådan förändring. Förändringarna får inte innebära att den kroniskt sjukes egenavgifter ökar.

Såväl läkemedlens miljöpåverkan som problemet med kassation av läkemedel utreds för närvarande av Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Resultaten av dessa utredningar bör avvaktas innan Stockholms läns landsting fastställer rutiner för detta. Huruvida miljörisker kommer att beaktas på EU-nivå är mer osäkert. En väg att gå kan istället vara att försöka påverka läkemedelsindustriföreningen att införa miljömärkning av läkemedel.

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

Koncernledningens synpunkter

Läkemedelskostnaderna har under flera år ökat med ca 10 % årligen och tar en allt större andel av de totala sjukvårdskostnaderna. Vidare har flera brister i användning och i förskrivning av läkemedel har uppmärksammats.

Avsikten med föreliggande strategi och handlingsprogram är att ange former för stöd stimulans resp konkreta åtgärder för att åstadkomma en förbättrad situation vad gäller läkemedelsarbetet inom lanstinget.

Hälsa- och sjukvårdsutskottets tjänsteutlåtande

BESTÄLLARKONTORETS SYNPKUNKTER

Beställarkontoret föreslår att strategin och handlingsplanen fastställs. Genomförandet föreslås påbörjas omedelbart på några prioriterade områden. Framgång i genomförandet är helt beroende av förankring hos förskrivarna och patienterna. Förändringen kräver således en omfattande dialog och förankringsarbete. En kontinuerlig uppföljning krävs av resultaten av genomförandet av strategin.

Bakgrund

Läkemedelskostnaderna har under många år ökat med ca 10 % årligen. År 2002 var landstingets kostnader för läkemedel drygt 4,3 miljarder. Det politiskt fastställda målet är en begränsning av kostnadsökningen till 4 % nästa år.

Många åtgärder måste genomföras för att sänka kostnaderna utan att behandling- en av patienterna blir sämre. Befintliga kvalitetsbrister måste åtgärdas. Men det finns också motverkande faktorer. Nya dyra läkemedel kommer fram och marknadsförs mycket intensivt. Även befintliga preparat, oftast inte de mest kostnadseffektiva, marknadsförs också mycket kraftfullt. Det stora antalet läkemedel på marknaden och ständigt nytillkommande forskningsresultat gör det svårt för förskrivare att, oftast utan bra datorstöd, behärska alla läkemedel inom aktuellt behandlingsområde.

Patienternas följsamhet till ordinationer måste också bli bättre för att få optimal effekt av behandlingen. Den omfattande kassationen av läkemedel måste reduceras.

Strategi

En mängd åtgärder måste genomföras för att dels åstadkomma en kvalitetsutveckling, dels bromsa kostnadsökningarna. Strategin syftar till att i alla delar stödja och stimulera förskrivare och patienter till en klok läkemedelsanvändning. Målet är att skapa ett lärande där kunskap/information om läkemedlens nytta, verkan och biverkningar blir tillgänglig precis i det ögonblick de behövs i behandlingen. Förskrivarna stimuleras att följa upp den egna användningen för patient/patientgrupper som sedan diskuteras och jämförs med andra och med etablerade behandlingsriktlinjer. Det stora antalet förskrivare och den intensiva marknadsföringen från läkemedels-

LS 0304-1453

företagen, som ofta motverkar landstingets aktiviteter, gör arbetet svårt och ställer speciella krav på utformningen av åtgärderna.

Kombinationen av olika stöd och stimulanser ska ge effekt snarare än de enskilda åtgärderna.

Strategin består av följande huvuddelar:

- a) Stöd till och krav på lokal kvalitetsutveckling kombinerat med tillgång till läkemedelsinformation och analysverktyg samt krav på kunskapsgenererande uppföljning/analys av faktisk läkemedelsanvändning
- b) Stegvis ökat ekonomiskt ansvar för den förskrivande organisationen
- c) Utvecklad och fördjupad läkemedelskommittéverksamhet för att samla, värdera, sprida och analysera information om läkemedel och dess användning
- d) Utökad utbildning om läkemedel och dess användning som är konkurrenskraftig med läkemedelsindustrins marknadsföring
- e) Stöd till forskning och utveckling för att säkra kunskap om läkemedel och förvärva metodkunnande om systematiska effektutvärderingar
- f) Införa datorstöd för informationstjänster, beslutsstöd och uppföljning riktad till förskrivare, vårdorganisationen och patienter
- g) Åtgärder för att förbättra patienternas användning av läkemedel
- h) Miljöstrategiskt genomtänkt läkemedelsanvändning
- i) Förbättrade inköp och distribution så att läkemedlen alltid når patienterna rationellt samt åtgärder för minskade miljöstörningar från läkemedel
- j) Samarbete med Apoteket AB och andra externa parter för att förbättra läkemedelsanvändningen
- k) Krav på staten om förändringar i regelsystemen som stödjer en effektivisering av läkemedelsanvändningen och förbättrad uppföljning

Handlingsprogram

I handlingsprogrammet redovisas ett 60-tal åtgärder för att genomföra strategins alla delar. Åtgärderna beskrivs kortfattat i handlingsprogrammet.

Inför det fortsatta arbetet utarbetas en mera detaljerad aktivitetsplan med ytterligare beskrivning av åtgärderna, tidplan, ansvariga och prioritering.

Prioriterade åtgärder för snabbt genomförande

I anslutning till diskussion om utformning och förankring av strategidokumentet har gjorts en prioritering av åtgärderna, varvid följande aktiviteter förts fram. Dessa kan genomföras relativt snabbt och ge stora effekter både i fråga om kostnadsänkningar och kvalitetsförbättringar. Arbetet föreslås bedrivas så att åtgärderna kan genomföras under andra halvåret 2003. Aktiviteterna är följande:

Kvalitetsutvecklingsavtal

Kvalitetsutvecklingsavtal ska tecknas med samtliga producenter av öppen vård. Avtalen ska syfta till att höja kvalitén i förskrivningen och minska kvalitetsbrist-kostnaderna. Avtalen ska:

- Premiera ökad följsamhet till Kloka listan och ”Tio kloka läkemedelsråd” samt ökad användning av provförpackningar.
- Omfatta kvalitetsöverenskommelser för andra betydelsefulla kvalitetsbrister i förskrivningen hos vårdgivare med stor förskrivning utanför Kloka listans preparatgrupper.
- Innehålla tidplan för införande av elektroniskt beslutstöd i enhetens journalsystem
- Ställa krav på läkemedelsfortbildning
- Innehålla krav på månads- och årsvis uppföljning
- Reglera ekonomisk ersättning/avdrag för ökad respektive minskad följsamhet.

Mål ska överenskommas mellan beställare och vårdgivare för ett antal markörer som mäter kvalitetsutvecklingen. Målen formuleras så att de rekommenderade läkemedlen ska förskrivas och de icke rekommenderade ska minska, samtidigt som användning av läkemedel utanför rekommenderad indikation minskas. Vårdgivaren får en bestämd andel (ett par procent) av vinsten i de fall kostnadsbesparing uppstår vid ökad måluppfyllelse och en reducering om utvecklingen i någon del går åt fel håll. Beställaren behåller den resterande delen och finansierar fortfarande fullt ut öppen-vårdsläkemedlen. Den andel som tillfaller/belastar producenten ökar kraftigt i några steg ju mer förskrivningen ändras mot eller bort från rekommenda-

tionerna. Detta koncept kan nyttjas inom alla typer av vårdverksamhet och kräver inte ett omfattande förarbete med budget. Kalkylerad kostnadsreduering uppgår 2004 till 200 Mkr.

Inrätta läkemedelsförråd i särskilt boende för äldre

Receptförskrivning är ofta inte lämplig för patienter i särskilt boende för äldre. Svårt somatiskt sjuka eller dementa patienter saknar ofta möjlighet att säkert ansvara för sin egen läkemedelshantering. Kassation av läkemedel vid förskrivning på recept är oacceptabelt hög.

Till vårdtagare med stabil medicinering och som själva inte kan eller har svårt för att sköta sin medicinering kan dosexpedition tillämpas (Apodos). Den är olämplig när patientens tillstånd kan förväntas kräva täta ordinationsändringar. Kassation och merarbetet med dosförpackningen blir då mycket höga. Apodos ska alltid baseras på en individuell bedömning av patienten där patienter i enskilt boende ska prioriteras.

Genom att inrätta läkemedelsförråd (tillämpa samma rutin som på sjukhusen) i kombination med individuell bedömning av Apodos, ökar patientsäkerheten med förbättrad kvalitet. Genom upphandling utgår rabatter och större förpackningar kan utnyttjas. Personalens arbete underlättas.

Läkemedelsförråd har redan inrättats vid några sjukhem. Sjukvårdsområdena arbetar tillsammans med kommunerna för förändring vid alla enheter som kan ha förråd. Läkemedelsförråd bör även övervägas i olika former av hemsjukvård. En kostnadssänkning på ca 40 Mkr beräknas kunna uppnås 2004.

Utveckling av läkemedelsjournal (läkemedelslista)

Många patienter förskrivs läkemedel från flera håll. Optimal terapi förutsätter att förskrivare och patienter har kunskap om alla ordinationer. En landstingsgemensam läkemedelsjournal ökar säkerheten och kvaliteten i vården. En medicinsk kravspecifikation för läkemedelslista (läkemedelsjournal) har antagits av LÄK-SAK. Samarbete med andra landsting har inletts. Före sommaren är det önskvärt att den modell som prövas i Västra Götaland också prövas på en begränsad patientgrupp inom SLL via det förskrivarnätverk av både öppenvård- och slutenvårdsenheter där Läkemedels-enheten idag driver pilotdrift för olika förskrivningstjänster. Läkemedelslistan är något som starkt efterfrågas i förskrivarkåren. Införande av läkemedelslista skulle stödja och underlätta de andra förändringarna. Den direkta kostnadseffekten av läkemedelslistan ligger bortom 2004.

LS 0304-1453

Förbättrad förskrivning utvecklas inom kommunens särskilda boenden genom förbättrad resultatanalys och experimentprojekt

Äldre patienter i särskilt boende får ofta ett stort antal läkemedel samtidigt, bl a på grund av många sjukdomar och flera olika förskrivare. Kvalitén i förskrivningen kan starkt ifrågasättas.

Läkemedelsepidemiologiskt centrum får i uppdrag att i samverkan med läkemedelskommittéerna göra en översiktlig analys och värdering av kvalitetsbrister i denna förskrivning.

De tre beställaravdelningarna med ett geografiskt ansvarsområde i den nya organisationen uppmanas starta var sitt projekt för att öka kvalitén i förskrivningen i det särskilda boendet. Uppläggningsen i projekten bör vara lite olika för att testa vilken åtgärds kombination som ger bäst resultat. Syftet är att öka de boendes livskvalitet, minska de läkemedelsrelaterade problemen och samtidigt öka kostnadseffektiviteten.

Projekten ska omfatta systematiska läkemedelsgenomgångar där läkare, sjuksköterska, undersköterska och apotekare samarbetar. Kvalitetsuppföljningen måste utformas så att den blir en del av ordinarie verksamhet och där olika analys- och uppföljningsverktyg används och på sikt förbättras. Ansvar för ledning och finansiering av läkemedelsgenomgångarna skall klaras ut med boendeansvariga. Modeller för ett operativt fungerande och tydligt ansvar för den samlade förskrivningen ska utformas och utvärderas. Nya idéer till stödresurser och verktyg prövas och utvärderas i vilken utsträckning de påverkar förskrivningen.

Antalet samtidigt ordinerade läkemedel, biverkningar och interaktioner följs upp och relateras till patientens tillstånd. En väsentlig del i förbättringen är att projekten sammanfattas, resultaten sprids och publiceras via läkemedelskommittéernas nätverk och via SLL:s elektroniska informationskanaler till förskrivare och verksamhet.

Resultaten förväntas i första hand höja kvalitén i behandlingen. Kostnaden för projekten kommer att kunna finansieras av sänkta läkemedelskostnader

Upphandling av hjälpmedel för intag av läkemedel och behandlingskontroll

Enligt förmånssystemet är de "förbrukningsartiklar" som krävs för läkemedlets intagande gratis för patienten. Genom upphandling i konkurrens och sortimentsbegränsning kan kostnaderna sänkas. Dessa hjälpmedel kan förväntas öka i pris om inte konkurrensen skärps.

LS 0304-1453

Prisutvecklingen på dessa förbrukningsartiklar tyder på att konkurrensen mellan företagen är dålig. Även om dessa produkter nu återinförts i prisregleringssystemet förväntas inte konkurrensen förbättras förrän upphandling genomförs. Tanken är att distributionen även i fortsättningen ska ske via apoteken. En uppgörelse med Apoteket AB och berörda patientorganisation krävs dock.

För 2004 beräknas en kostnadsreducering på 30 Mkr kunna nås.

Marknadsför läkemedelsstrategin till befolkningen och vårdorganisationen

LÄKSAK, de lokala kommittéerna och Apoteket har på olika sätt fört ut sina rekommendationer bland förskrivare men också till allmänheten. I framtiden krävs mer koordinerad kommunikation till förskrivare, beslutsfattare och allmänhet.

LÄKSAK bygger med operativt stöd från Läkemedelsenheten gemensamma budskapsplattformar för kommittéorganisationen och koordinerar marknadsföringen. Det omfattar budskapsformuleringar, informationsstrategier, press/mediabevakning och kampanjfrågor inkl marknadsföring av Kloka Listan, samt att utifrån kända modeller arbeta med analys, målformulering, kommunikationsstrategier och följa upp deras nytta. Behovet övervägs av att utforma gemensam information med andra läkemedelskommittéer i landet.

Kommunikationsplanen och budskapsformuleringen måste vidgas till att omfatta hela läkemedelsstrategin. Producenter och produktionsledningar måste engageras att lägga egen tid och egna resurser på att genomföra strategin. Målgruppen är alla förskrivare och patienter samt befolkningen.

Investera minst 18 Mkr för att nå effekt i form av förändrat beteende hos förskrivare och patient

Kommunikationsplanen har med nuvarande ambitionsnivå uppgått till ca 3 Mkr. Ytterligare 8 Mkr behövs för resten av 2003/2004.

De olika delarna i ovan prioriterade projekt behöver en slagkraft som kräver resurser utöver de som kan hämtas från befintlig beställarorganisation. Förstärkningar behövs framförallt med medicinsk- och projektledarkompetens. 10 Mkr behövs för projektorganisationen 2003/2004. Finansieringen kan ske inom ramen för befintlig beställarbudget.

Beställarkontor Vård**Strategi och handlingsprogram för läkemedelsarbetet inom
Stockholms läns landsting****Innehållsförteckning**

I	INLEDNING	20
I 1	Bakgrund	20
I 2	Nuläge - vad som gjorts	21
II	STRATEGI	22
II 1	Mål för läkemedelsanvändning	22
II 2	Strategi	22
II 3	Önskvärt scenario - Läkemedel i sjukvården år 2006	23
III	HANDLINGSPROGRAM	25
a)	Lokal kvalitetsutveckling	25
a 1	Kvalitetsbokslut	25
a 2	Arbetsätt och modeller för lokal uppföljning av förskrivning	26
a 3	Lokal uppföljning av förskrivningsstatistik	26
a 4	Läkemedelsbehandlingens effekter hos äldre vid särskilda boenden	27
a 5	Kollegiala nätverk med informations- och fortbildningsläkare	27
a 6	Förbättrad användning av läkemedel hos patienterna	28
b)	Ökat ekonomiskt ansvar för den förskrivande organisationen	28
	Strategi för ekonomiska incitament	29
c)	Utvecklad och fördjupad läkemedelskommittéverksamhet	30
c 1	Samverkan mellan central policy- och kunskapsproduktion och lokalt arbete	31
c 2	Stärka LÄKSÅK:s expertgrupper	32
c 3	Läkemedelsbehandling av svårt sjuka patienter	32
c 4	Snabbt värdera och ge råd om nya läkemedel	33
c 5	Samarbete mellan LÄKSÅK och medicinska programarbetet	33
c 6	Kommunikationsstrategi för läkemedelskommittéverksamheten	33
c 7	Omvärldsanalys och målgruppsanpassad information	34
c 8	Medicinska kravspecifikationer för elektroniska förskrivningsstöd	34
c 8.1	Skapa ökad efterfrågan på obundet förskrivningsstöd	34
c 8.2	Implementera gemensam läkemedelsdatabas inom SLL	34

c 8.3	Medverka i nationell kravspecifikation för beslutsstöd vid läkemedelsförskrivning	35
c 8.4	Medverka i implementering av Janus förskrivningstjänster inom SLL	35
c 8.5	Medicinskt utveckla och implementera gemensam läkemedelsjournal inom SLL	35
c 8.6	Biverkningsrapportering	35
c 9	Utveckling av Kloka Listan	35
c 10	Kunskapscentra om läkemedel för att sprida viktig information	36
c 11	Stärkt lokalt läkemedelskommittéarbete	36
d)	Utökad utbildningsverksamhet i läkemedelsfrågor	37
d 1	Fortbildning om läkemedel och dess användning	37
d 2	Stöd till lokalt initierad och utförd utbildning	37
d 3	Läkemedelsföretagens kampanjer möts med anpassad objektiv fortbildning	38
e)	Forskning och utveckling	38
e 1	Forsknings- och utvecklingsprojekt	38
e 2	Stöd till forsknings- och utvecklingskompetens	39
e 3	Samarbetsforum mellan medicinsk praktik och klinisk läkemedelsutveckling och forskning	39
e 4	Satsning på fortbildning och kongressdeltagande	40
f)	Datorstöd för informationstjänster, beslutsstöd och uppföljning	40
f 1	Utveckla, kvalitetssäkra och implementera användning av medicinska källor och kunskapsdatabaser	41
f 2	Utveckling av en gemensam läkemedelsjournal	41
f 3	Utveckling av Januswebben	42
f 4	Farmakologiska uppföljningssystem på alla nivåer	42
f 5	Breddinförande av elektronisk receptförskrivning	43
f 6	Förvaltning av farmakologiska verksamhetssystem	43
f 7	Samarbete med andra landsting	44
g)	Åtgärder för att förbättra patienternas användning av läkemedel	44
g 1	Förbättrad läkemedelsanvändning genom ökad följsamhet till ordinationer	44
g 2	Egenvård	45
g 3	Naturläkemedel	45
h)	Miljöstrategiskt genomtänkt läkemedelsanvändning	46
h 1	Dialog och påverkan på läkemedelsproducenter	47

LS 0304-1453

h 2	Påverkan på EU-kommissionen och Europeiska läkemedelsmyndigheten	47
h 3	Påverkan på Läkemedelsverkets hantering av läkemedlens miljöeffekter	48
h 4	Påverkan på läkemedelsförskrivningen inom landstinget	48
h 5	Omhändertagande av överblivna läkemedel och läkemedelsrester	49
i)	Förbättrad läkemedelshantering m m	49
i 1	Sluta med recept vid vård på sjukhus	49
i 2	Läkemedelsförsörjning i äldreboende	50
i 3	Dosexpedition (ApoDos)	50
i 4	Upphandling av hjälpmedel för intag av läkemedel och kontroll av behandlingen	51
j)	Samarbete med Apoteket AB och andra externa parter	51
j 1	Samarbete med Apoteket AB	51
j 2	Samarbete med läkemedelsföretag	52
j 3	Policy för kliniska prövningar och dess implementering inom SLL	53
j 4	Kunskapssamarbete med journalleverantörer och läkemedelsföretag kring analys av förskrivningen	53
j 5	Samarbete med andra landsting	54
k)	Krav på staten om förändringar i regelsystemen	54
k 1	Tillgång till receptregisteruppgifter	54
k 2	Ändrad definition på förbrukningsartiklar i läkemedelsförmånen	55
k 3	Ändrade ersättningsregler i statliga taxan	55
k 4	Generisk substitution och förskrivning	56
k 5	Skärpt konkurrens mellan läkemedelsföretagen	56
k 6	Expeditionsavgift i högkostnadsskyddet	57
k 7	Statliga myndigheters informationsförsörjning till landstingen	57
k 8	Reformerad farmakologiutbildning för vårdyrkena	57

I INLEDNING

I 1 Bakgrund

Läkemedel är en viktig tillgång för en effektiv hälso- och sjukvård. De används för prevention, diagnostik och behandling av sjukdomar. Antalet läkemedel har ökat kraftigt under senare år och i dag finns över 5.600 produkter godkända för användning i Sverige. Utveckling och tillgång till nya läkemedel under de senaste 30 åren har varit en förutsättning för förbättrade resultat i sjukvården. Nya behandlingsprinciper förväntas fortsätta att introduceras under kommande år. Dessa nya läkemedel kan bli dyra och skärper behovet av kostnadseffektiv läkemedelsanvändning för att kunna finansiera kommande framsteg.

Under de senaste 10 åren har läkemedelskostnaderna ökat med över 10 % årligen även under de år den övriga hälso- och sjukvårdens utgifter i stort sett varit oförändrade. Efter en viss dämpning under år 2000 och 2001 ökar kostnaderna nu åter med över 10 %. I Stockholms läns landsting (SLL) kostade läkemedlen år 2002 5 400 Mkr (exkl. receptfria läkemedel). Av dessa har SLL finansierat 4 310 Mkr, varav 3 800 Mkr i öppen och 510 Mkr för sluten vård. Öppenvårdskostnaden täcks av statsbidrag utom för ca 250 Mkr. Läkemedel i sluten vård finansieras helt av SLL. Patienterna betalade ca 1 100 Mkr av öppenvårdsläkemedlens kostnader.

Ny kunskap, ökat antal läkemedel, multisjuka patienter och brister i överblick av patients sjukdom och behandling liksom obefintliga eller opraktiska uppföljningsverktyg gör det svårt för läkare att både göra rätt förskrivning av välbeprövade läkemedel och hushålla med resurserna. Det är komplicerat att få del av all ny kunskap om läkemedel och de faktorer som påverkar behandlingseffekter och orsakar biverkningar. Förskrivarna påverkas av tidspress och att många patienter har kännedom om aktuella läkemedel. De kräver då inte sällan nya dyra läkemedel utan ökad nytta för patienten.

Marknadsföringen av många, framförallt nya, preparat är mycket intensiv och riktas oftast direkt till enskilda förskrivare. Denna påverkan måste mötas med konkurrenskraftig objektiv information och kunskap. Utvecklade förskrivningsstöd kan underlätta tillgängligheten till viktig kunskap.

Det är idag väldokumenterat att effektiv, säker och ekonomisk behandling uppnås först då patienten aktivt medverkar. Patientens roll bör stärkas, vilket främjar följsamhet till ordinationer och minskar kostnaderna för kasserade läkemedel.

LS 0304-1453

Landstingens huvudansvar för en kostnadseffektiv läkemedelsbehandling motiverar omfattande insatser. Detta dokument beskriver de åtgärder som är nödvändiga för att uppnå förbättringar. Det krävs många olika åtgärder, uthållighet, ett omfattande samarbete inom landstinget samt satsningar på ny kunskap, datorstöd och utvärderingskompetens för att uppnå säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och bryta trenden med kraftiga årliga kostnadsökningar.

Politiska beslut krävs enligt avsnitt j) men också stöd i prioriteringar som måste göras om den beslutade sänkningen av kostnadsökningarna ska kunna uppnås.

I 2 Nuläge – vad som gjorts

Trots ökande kostnader och aktuella problem har åtskilligt gjorts för att förbättra läkemedelsanvändningen och bromsa kostnadsökningen. Nedan anges några av de under senare år genomförda åtgärderna:

- Lokalt förankrad informations- och utbildningsverksamhet har byggts upp, varvid de lokala läkemedelskommittéerna haft en viktig roll.
- Arbete har inletts med att förbättra läkemedelshanteringen för äldre och multisjuka.
- Sjukvårdsområdena har träffat flera avtal med vårdenheter för att förbättra läkemedelsanvändningen och bromsa kostnadsökningen.
- Läkemedelskommittéorganisationen och en läkemedelsenhet har etablerats.
- LÄKSAKs (den centrala läkemedelskommittén) verksamhet har breddats och 22 kompetenta expertgrupper har tillsatts.
- Databaserade förskrivningstjänster, kunskapsdatabaser och en samlad webbtjänst har utvecklats och etablerats liksom system för elektronisk receptöverföring.
- Arbetsplatskoder har införts på recepten, vilket ger bättre uppföljningsmöjligheter.
- Läkemedelsanvändningen kan bättre följas genom tillkomsten av läkemedelsepidemiologiskt centrum (LEpC) i samarbete med Apoteket AB.

- Informationen om rekommenderade läkemedel (Kloka listan) till sjukvården och allmänheten har avsevärt förbättrats.
- Upphandlingen av läkemedel som används i slutenvård har breddats och ger nu en årlig rabatt på ca 65 Mkr.

II STRATEGI

II 1 Mål för läkemedelsanvändning

Rationell, säker och kostnadseffektiv behandling med läkemedel där uppnådda vårdresultat, patientens bästa och samhällets kostnader beaktas.

II 2 Strategi

En rationell användning av läkemedel avgörs av förskrivarens och patientens beteenden. Strategin syftar därför till att i alla delar stödja och stimulera förskrivare och patienter till en klok läkemedelsanvändning. Målet är att skapa ett lärande där information/ kunskap om läkemedlens verkan/biverkan blir tillgänglig precis i det ögonblick de behövs i behandlingen. Lokalt bland förskrivare görs uppföljning av den egna användningen för patient/patientgrupper som sedan diskuteras och jämförs med andras och med etablerade behandlingsriktlinjer. Skillnader mellan faktiskt beteende och rekommenderat kan leda till diskussioner, reflexion och analys av eget handlande och om verksamhetens resultat liksom behovet av förändringar.

Kombinationen av olika stöd och stimulanser ger effekt snarare än de enskilda åtgärderna. Utformningen av stödet ska präglas av experiment och utvärderingar för att avgöra vilka åtgärder som ger bäst effekt.

Strategin består av följande huvuddelar:

a) Stöd till och krav på lokal kvalitetsutveckling kombinerat med tillgång till läkemedelsinformation och analysverktyg samt krav på kunskapsgenererande uppföljning/analys av faktisk läkemedelsanvändning

b) Stegvis ökat ekonomiskt ansvar för den förskrivande organisationen

c) Utvecklad och fördjupad läkemedelskommittéverksamhet för att samla, värdera, sprida och analysera information om läkemedel och dess användning

- d) Utökad utbildning om läkemedel och dess användning som är konkurrenskraftig med läkemedelsindustrins marknadsföring
- e) Stöd till forskning och utveckling för att säkra kunskap om läkemedel och förvärva metodkunskap om systematiska effektutvärderingar
- f) Införa datorstöd för informationstjänster, beslutsstöd och uppföljning riktad till förskrivare, vårdorganisationen och patienter
- g) Åtgärder för att förbättra patienternas användning av läkemedel
- h) Miljöstrategiskt genomtänkt läkemedelsanvändning
- i) Förbättrade inköp och distribution så att läkemedlen alltid når patienterna rationellt
- j) Samarbete med Apoteket AB och andra externa parter för att förbättra läkemedelsanvändningen
- k) Krav på staten om förändringar i regelsystemen som stödjer en effektivisering av läkemedelsanvändningen och förbättrad uppföljning.

II 3 Önskvärt scenario - Läkemedel i sjukvården år 2006

Genomförs handlingsprogrammet bör situationen 2006 vara enligt nedanstående scenario:

Under detta sekels första 6 år har nya viktiga läkemedel, som gett bättre liv och minskad vårdtid, introducerats. Även nya läkemedel utan några fördelar jämfört med befintliga har registrerats och marknadsförts intensivt, men trots detta inte fått så stor användning. Nya kunskaper om ärftlighetens betydelse vid olika sjukdomar har omsatts i några nya behandlingsprinciper. Inom vården och bland patienter är kunskaperna gedigna om att individanpassade val och dosering av läkemedel ger effektiv och säker behandling.

Läkemedel används i högre grad år 2006 än år 2002 på indikationer/symptom där de är effektiva och säkra. Lokala nätverk utvärderar regelbundet läkemedelsterapin hos problempatienter och därför är polyfarmaci ett mindre problem år 2006. Förskrivare och patienter dokumenterar att kvalitén i

LS 0304-1453

behandlingen är förbättrad. Läkemedel betraktas av de flesta som en integrerad del av övrig vård. Behandlingens resultat följs regelbundet upp i professionella nätverk och med stöd av effektiva process- och analysverktyg. Den samlade kunskapen utnyttjas i klinisk forskning och resultat återförs till vården. Arbetet är en del av det medicinska programarbetet där arbetsmetoderna på läkemedelsområdet tagits tillvara inom stora delar av programarbetet.

Förskrivare och patienter känner till och använder Kloka Listan. Läkare och sjuksköterskor och majoriteten av patienter har kunskap om SLLs riktlinjer för klok läkemedelsbehandling. Sjukvårdens samlade information om läkemedel - Januswebben och tryckt information - är förstahandsvalet för läkemedelsinformation. Innehållet sprids till Vårdguiden och Uppdragsguiden. Majoriteten förskrivare informerar sig om och följer LÄKSAKs rekommendationer för användning av nya läkemedel.

Inom den öppna vården har de flesta förskrivare momentan tillgång till interaktions-, graviditets-, amnings- och biverkningsinformation för en aktuell patient. SLL och läkemedelskommittéerna erbjuder attraktiv fortbildning om läkemedel. En landstings- gemensam läkemedelslista (-journal) finns tillgänglig för alla vårdenheter. Elektro-nisk receptöverföring – dubbelriktad - är dominerande och integrering mot läkemedelslistan är genomförd. Biverkningsanmälan är elektronisk med återföring av kommentarer från farmakologisk expertis.

De lokala läkemedelskommittéernas och LÄKSAKs information, fortbildning och värderingar är det naturliga valet för kunskaper om läkemedel tillsammans med producentobunden information och fortbildning från statliga organ, högskolor och professionella sammanslutningar. SLL avsätter betydande resurser för attraktiv och effektiv fortbildning om läkemedel för sjukvårdspersonal. Denna är konkurrenskraftig och balanserar industrins produktorienterade utbildningar.

SLL har genom krav på och upphandlingar av journalsystem givit vårdgivarna tillgång till verktyg, som medger att symptom/diagnos kan relateras till resultat, biverkningar och läkemedels- och hälsoekonomi. För några journalsystem kan verksamhetens och totala sjukvårdens sjukvårds- och hälsodata (inklusive läkemedel) integreras i analyserna. SLL tillhandahåller identiska versioner av källorna för olika datorsystem från en gemensam medicinsk förvaltning av farmakologiska källor och kunskapsdatabaser.

Läkemedelskostnaderna visar mindre ökningstakt år 2006 jämfört med 2002, vilket har skett genom hög följsamhet till välgrundade rekommendationer

LS 0304-1453

från egna experter, genom intensiv lokal fortbildning, effektiva IT-system och bra kvalitetsarbete. Noggrann medicinsk uppföljning sker.

Ökad kostnadsmedvetenhet hos förskrivarna är uppnådd bl a genom visst decentraliserat budgetansvar. Förskrivning av nya dyra läkemedel är kopplad till en gedigen uppföljning av effekt, säkerhet, kostnad och indikationsglidningar. Detta gör att befolkningen har tillgång till nya dyra läkemedel genom att de endast ges till de patienter som behöver dem.

SLL har i samverkan med andra landsting påverkat statliga organ till förbättrade regelverk kring läkemedel. Nationella standarder för elektronisk kommunikation och dokumentation om läkemedel är etablerade. Nationella kunskapsorganisationer tillhandahåller viss användarvänlig läkemedelsinformation och stödtjänster. SLL är nationellt drivande för utveckling av system för uppföljning av läkemedels nytta och risker integrerat i medicinskt kvalitetsarbete.

SLL har år 2006 ett nationellt ledande och internationellt attraktivt IS/IT-system för farmakologisk information, analys, kommunikation, uppföljning och för distanslärande i bred användning.

Vårdproduktionen är internationellt intressant för medverkan i kliniska prövningar genom hög kompetens, attraktiv farmakologisk forskning, stark farmakologisk infrastruktur inom IS/IT och effektiv logistik.

Handlingsplan finns för att minska läkemedelsrester i naturen.

III HANDLINGSPROGRAM

I detta avsnitt redovisas ett flertal åtgärder för att genomföra strategins alla delar. Senare utarbetas en aktivitets- och uppföljningsplan med utförliga beskrivningar, tidsplaner och ansvariga för olika åtgärder.

a) Lokal kvalitetsutveckling

Mål: *Verksam, säker och kostnadseffektiv behandling av patienterna med minsta möjliga biverkningar.*

a 1 Kvalitetsbokslut

Bakgrund: Erfarenheterna av de under 2000 och 2001 genomförda och utvärderade bonusförsöken, som bl a innehöll uppgiften att upprätta kvalitetsbokslut, är positiva. Försöken gav bättre följsamhet till Kloka

LS 0304-1453

Listan, lägre kostnader för läkemedel och nya arbetssätt med fokus på lokalt arbete med läkemedel.

Åtgärder: Avtal om kvalitetsboks slut antingen i det ordinarie avtalet eller som tilläggsavtal. Avtalet bör innehålla delar som helt ska uppfyllas (krav) och delar som ska uppnås i förhållande till överenskomna mål, där kvalitetsboks slutet visar på graden av måluppfyllelse. De grundläggande kraven är att recepten ska vara försedda med komplett streckkod, förskrivarstöd ska finnas i journalsystemet, vårdenheten ska anordna besök av läkemedelskommitténs informatörer samt statistik följas upp. Avtalad ersättning utbetalas i relation till redovisade resultat i kvalitetsboks slutet enligt en fastställd standard, som medger utvärdering.

a 2 Arbetssätt och modeller för lokal uppföljning av förskrivning

Bakgrund: Läkemedelsförskrivning sker i ett komplext sammanhang. Uppföljning kräver tillgång till diagnosrelaterade förskrivningsdata och överblick och kännedom om lokala vårdkedjor. I annat fall är det svårt att göra meningsfull uppföljning, t ex att utvärdera SBU:s konstaterande att sk protonpumpshämmare genom indikationsglidning sannolikt överförskrivs till ett värde av åtminstone 500 miljoner/år i Sverige. Genom att utifrån nationella och lokala konsensusdokument skapa anpassade kvalitetsnormer kan en bred uppslutning nås. Uppföljning direkt kopplad till en utbildnings-situation eller informationsinsats kan då påvisa förbättrad användning av läkemedel.

LEpC har effektiva och validerade uppföljningsstöd för lokal kvalitets-utveckling. Dessa statistik tjänster erbjuds via Janus Webb sida. Sjukvårds-områdena och i viss mån HSN har också utvecklat tjänster för lokal uppföljning av läkemedelskostnader relate-rade till geografiskt område och vårdgivare. På sikt måste även läkemedelsstatistiken kunna relateras till sjukvårds konsumtionen inom SLLs VAL-databas. Sjukvårdsområdena har lagt ner stor möda för att införa lagen om krav på arbetsplatskoder m m, som medger att statistiken kan analyseras både på befolknings- och vårdgivar-nivå. Läkemedelskommittéerna har under åren utvecklats till ett effektivt stöd för förskrivarna främst inom information och utbildning.

Åtgärder: De lokala läkemedelskommittéerna, Läkemedelsenheten och beställarorganisationens uppföljningsenheter för såväl vård som läkemedels-kostnader får i uppdrag att utforma modeller att utvärdera resultat inom terapiområden där läkemedel är centrala. Apoteket AB kan vara en viktig partner i detta arbete.

a 3 Lokal uppföljning av förskrivningsstatistik

Bakgrund: En stor mängd förskrivningsdata finns idag tillgängliga. Statistiken måste dock bearbetas och tolkas samt föras ut till förskrivarna för

LS 0304-1453

att en återkoppling ska ge bästa effekt. Statistiken måste relateras till aktuellt terapiområde och förskrivarens specialitet. Flera pilotprojekt har påvisat möjligheter till ett brett införande av sådan återkoppling både inom primärvård och högspecialiserad sjukhusvård.

Åtgärder: Lokala läkemedelskommittéer och beställarorganisationens uppföljningsenheter tillsammans med Läkemedelsenheten får i uppdrag att vidareutveckla metoder för återföring av förskrivningsstatistik med Apoteket AB som en samarbetspartner.

a 4 Läkemedelsbehandlingens effekter hos äldre vid särskilda boenden

Bakgrund: Erfarenheten av systematiska läkemedelsgenomgångar hos äldre vid särskilda boenden är positiv. De visar vikten av att systematiskt dokumentera resultaten, arbeta långsiktigt, göra regelbundna genomgångar och att läkare, sjuksköterska, undersköterska och apotekare samarbetar. För att klargöra ansvaret för ledning och finansiering av läkemedelsgenomgångarna bör överenskommelser träffas mellan SLL och boendeansvariga.

Åtgärder: Läkemedelsgenomgångar är ett samarbete mellan olika vårdansvariga för att tillgodose de svårt sjukas boendes (patientens) behov av effektiv, säker, överskådlig behandling med lämpligt antal kombinationer av läkemedel. Syftet är hög livskvalitet för den boende, ringa läkemedelsrelaterade problem och kostnadseffektiv behandling. Läkemedelsgenomgångar behöver bli en etablerad kvalitetsuppföljning inom ordinarie verksamhet.

a 5 Kollegiala nätverk med informations- och fortbildningsläkare

Bakgrund: Information, fortbildning och förskrivningsstatistik måste ges efter verksamhetens behov. Stort genomslag har kollegiala diskussioner kring rekommendationer och förskrivning. Inom SLL har sedan 1987 byggts upp en verksamhet med informationsläkare, som ofta samarbetar med apotekare i verksamhetsnära information, fortbildning och uppföljning där personligt möte kombineras med skriftlig och på senare år elektronisk information. På sistone har verksamhet med informationsläkare initierats på enstaka håll i landstinget. Nätverket av informationsläkare, sjuksköterskor och apotekare kan i samarbete med olika professionella nätverk och läkemedelsombud bli en kraft för förbättrad läkemedelsanvändning.

Åtgärder: Förutsättningar för att satsa på fler läkare, sjuksköterskor och apotekare som arbetar med information utreds. En viktig uppgift blir att dessa också stödjer lokalt arbete med uppföljning av förskrivning. Denna typ av tjänst bör vara kopplad till klinisk verksamhet. Speciell prioritet bör ges till satsningar som stärker samarbetet mellan kommuner och landsting.

LS 0304-1453

Samarbete bör ske med Apoteket AB. Det aktuella nätverket blir en viktig beställare av information, fortbildning, informationstjänster och IT-stöd.

a 6 Förbättrad användning av läkemedel hos patienterna

Åtgärder: De åtgärder som enligt avsnitt g) ska utföras lokalt för ökad följsamhet till ordinationerna.

b) Ökat ekonomiskt ansvar för den förskrivande organisationen

Mål: *Förbättrad kostnadseffektivitet*

Bakgrund: Landstinget övertog statens ansvar för finansiering av läkemedlen 1997. Landstingsförbundet företräder landstinget i förhandlingar med staten och träffar fleråriga avtal om statsbidraget för läkemedelsförsörjningen. Landstinget ansvarar genom beställarorganisationen för budgetering och uppföljning av läkemedelskostnaderna. Läkemedelskostnaderna för öppen vård ingår inte i avtal och överenskommelser med vårdgivarna. I varje avtal finns dock en särskild läkemedelsparagraf med överenskommelser och krav på registrering av recepten, elektronik för e-receptinförande, tillgång till informationstjänster och kvalitetsutveckling. Kvalitetsboksluten regleras även som tilläggsavtal. Landstingen övertog det finansiella ansvaret för läkemedel därför att läkemedlen är en del i den vård och behandling som landstinget ansvarar för. Strävan är därför att successivt integrera läkemedelsfrågorna i vården.

Det s k bonusförsöket under år 2000 visade positiva resultat och rekommenderade fortsatt arbete med lokal kvalitetsutveckling tillsammans med begränsad styrning med ekonomiska medel. I stället för en decentraliserad läkemedelsbudget, där förskrivaren har ett ekonomiskt ansvar som innebär såväl risk som möjlighet till vinst, erbjuds vårdgivarna ett ”vinnavinna-koncept”. LÄKSAKs ”10 Kloka Råd” anger prioriterade terapi-/preparat-områden utifrån angivna pragmatiska mål. Dessa mål har förankrats inom läkemedelskommittéerna och kommer att finnas som standardrapporter för uppföljning via LEpC.

Avsikten med ”vinnavinnakonceptet” är att mål överenskomms mellan beställare och vårdgivare för en eller flera markörer. Målen formuleras så att de rekommenderade läkemedlen ska förskrivas och de icke rekommenderade ska minska. Vårdgivaren får tillbaka en bestämd andel av vinsten (kostnadsbesparingen) och beställaren behåller den resterande delen. Den andel som tillfaller producenten ökar i några steg ju mer förskrivningen ändras mot rekommendationerna. Detta koncept kan nyttjas inom alla typer av vårdverksamhet och kräver inte ett omfattande förarbete med budget. Konceptet

kan startas med kort planeringstid och kan ge ett snabbt resultat. Överenskommelsen formuleras i tilläggsavtal.

Som nödvändigt komplement genomförs strategi a) Lokal kvalitetsutveckling med kvalitetsbokslut i den form och omfattning som överenskomms.

Strategi för ekonomiska incitament

Ekonomiska incitament är starka och svåröversäglbara till sin effekt. Mot bakgrund av erfarenheterna från andra håll föreslås en stegvis utveckling där effekten följs upp mellan varje steg för att undvika oönskade effekter. Ett ekonomiskt ansvar för förskrivarens arbetsplats måste kopplas till ekonomiska villkor och behandlingsområden, patientsammansättning och kostnaderna för rekommenderad läkemedelsbehandling av dessa patientgrupper. Ett ekonomiskt incitament måste dessutom alltid kombineras med andra åtgärder som beslutsstöd, kvalitetsbokslut och uppföljning/analys. Tempot måste vara högt i att integrera läkemedelsförskrivningen med vårdproducenternas ansvar för vård och ekonomi. Vi har inte råd att vänta. Följande steg föreslås.

- 2003 Kvalitetsbokslut kombinerat med ersättning för val av rekommenderat preparat inom ett antal terapiområden och LÄKSAKs Kloka Råd. Avtal med producenterna tecknas i en omfattning så att 30 % av totala kostnaden för öppenvårdsförskrivningen berörs.
- 2004 Ersättningen vidgas till att omfatta rekommenderad förändring av nivån på förskrivningen inom ett antal terapiområden. Experiment med läkemedelsbudget byggd på lite olika principer, geografiska områden, organisatoriska nivåer omfattande den egna förskrivningen eller hela förskrivningen till en given befolkning. Avtalen med producenterna vidgas till att omfatta 60 % av kostnaden för öppenvårdsförskrivningen.
- 2005 Väg väljs utifrån erfarenhet av experimenten. Samtliga kostnader för läkemedelsförskrivning i öppen vård täcks av avtalad ersättning till producenterna för utförd vård.

Åtgärder

1. Tilläggsavtal för överenskommelse om vinna-vinnakonceptet
2. Tilläggsavtal för lokal kvalitetsutveckling (se punkt a) ovan)
3. Utveckling av markörer och kvoter. En särskild grupp (t ex inom LEpC) tillsätts för förvaltning och underhåll av detta system.
4. Utveckling av balanserade styrkort för att följa upp flera samtidigt mål.

c) Utvecklad och fördjupad läkemedelskommittéverksamhet

Mål: *Förbättrad och säker läkemedelsanvändning*

Bakgrund: LÄKSAK, lokala kommittéer och Läkemedelsenheten bildar tillsammans med klinisk farmakologiska avdelningarna ett kompetenscentrum med övergripande ansvar för service, utveckling och spridning av kunskaper om läkemedel.

LÄKSAK är enligt lagstiftningen SLLs centrala läkemedelskommitté, som ett medicinskt expert- och policyorgan i läkemedelsfrågor och bildar en nätverksorganisation med verksamhetsnära lokala kommittéer.

Uppdraget är att göra producentobundna medicinska värderingar och rekommendationer och via information, utbildning och policyarbete bidra till:

- rationell och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling
- att tillgodose förskrivares behov av beslutsstöd, kunskap och av ständigt lärande
- att tillsammans med expertgrupperna ansvara för medicinska bedömningar
- att tillgodose allmänhetens krav på producentobunden information om läkemedels nytta och risker.

LÄKSAKs 22 expertgrupper värderar och rekommenderar hur såväl beprövade som nya läkemedel skall användas. Budskapen marknadsförs via olika kanaler och via informatörer och studierektorer i läkemedelskommittéerna.

De lokala läkemedelskommittéerna ingår i hälso- och sjukvårdens beställarorganisation och arbetar utifrån lokala förutsättningar. Huvuduppgifter är:

- Information till skilda förskrivarkategorier
- Lokal fortbildning
- Stöd till lokalt kvalitetsarbete
- Lokalt utvecklings- och uppföljningsarbete
- Kravställare på information, rekommendationer och tjänster från LÄKSAK och Läkemedelsenheten

LS 0304-1453

Läkemedelsenheten har operativt ansvar inom beställarorganisationen och ska

- tillgodose LÄKSAKs och lokala kommittéers krav på en effektiv elektronisk informationskanal och ge underlag om läkemedelsanvändning, dokumentation samt bistå administrativt och operativt
- utarbeta förslag till kravspecifikationer och remissvar samt svara för kontakter på övergripande nivå i frågor kring läkemedel
- medicinskt utveckla och förvalta kvalitetssäkrade farmakologiska informations- och uppföljningstjänster till nytta för förskrivare och patienter och som stöd för medicinsk forskning och utbildning
- tillgodose förskrivares och verksamhetens behov av analys/utvärdering av förskrivningsprocessen.

Kunskaper och kompetens bör vara tillgänglig för såväl landstingsdriven som privat vård. Arbetet bör därför knytas till landstingets beställarenhet. Användning av modern IT krävs, men det tekniska perspektivet är underordnat styrning enligt medicinska verksamhetens behov. Avgörandet om läkemedelsbehandlingen är effektiv sker hos förskrivare och patient. Under de senaste åren har LÄKSAKs roll som policy-, kunskaps- och kommunikationsorgan stärkts och samarbetet med lokala kommittéer utvecklats. Genom tillkomsten av Läkemedelsenheten har LÄKSAK idag operativ kraft och erbjuder attraktiva förskrivnings- och informationstjänster. Eftersom en verksamhetsstyrd utformning av information och fortbildning avgör effekterna av rekommendationerna kommer samverkan mellan centrala experter, redigering och lokala kommittéers arbete att utvecklas. LÄKSAK och Läkemedelsenheten ska följa läkemedelsutvecklingen, göra omvärldsanalyser, skapa opinion och i samarbete stödja förskrivare och beslutsfattare - t.ex. i samverkan med medical management utbildningen (KI-SLL).

c 1 Samverkan mellan central policy- och kunskapsproduktion och lokalt arbete

Mål: *Effektiv samverkan mellan LÄKSAK, lokala kommittéer och Läkemedelsenheten*

Bakgrund: LÄKSAKs primära roll är kunskapsproduktion enligt användarnas behov, central fortbildning och koordinering av t ex kampanjer mot allmänheten. Läkemedelsenheten bistår LÄKSAK operativt och med ansvar för informationsförsörjning via tjänster, besluts- och uppföljningsstöd. Samarbete mellan dessa enheter och lokala kommittéer ger god kvalitet på service till förskrivare, vård och allmänhet.

Åtgärder: Uppdraget för lokala kommittéer ska bli tydligare genom att de får ansvar för att rekrytera och stödja läkemedelsansvariga vid varje vård-enhet. Dessa blir nyckelfigurer för kommittéernas primära uppgifter att informera, fortbilda, stödja nätverk, medverka vid uppföljning och ställa krav på LÄKSAKs och Läkemedelsenhetens tjänster. LÄKSAK får i uppdrag att utvärdera effekterna av sina rekommendationer, policies och fortbildningar. Läkemedelsenheten ges samma uppdrag för sina tjänster.

c 2 Stärka LÄKSAK:s expertgrupper

Mål: *Utveckla och vidga LÄKSAK:s expertarbete*

Bakgrund: LÄKSAKs expertgrupper har hög trovärdighet. Expertgrupperna ska, utöver sina utvärderingsuppgifter, bistå verksamheterna i bedömningar om vilka terapier som är kostnadseffektiva.

Åtgärd: LÄKSAK utökar sitt uppdrag till expertgrupperna, som får ansvar att analysera hur adekvat förskrivningen är inom olika områden. Expertgrupperna ska stödja lokala läkemedelskommittéer. LÄKSAKs experter bör inom viktiga områden ange mål för förskrivningen. Det är också av vikt att expertgrupperna värderar och sprider kunskaper om hur behandlingen inom olika områden ska anpassas och förbättras för barn, kvinnor och befolkningsgrupper med andra dosbehov. Expertgrupperna består av LEpC och samverkar i nätverk med kommittéerna. LÄKSAK samverkar med Karolinska institutet och startar program för rekrytering av experter. Fortbildning av expertgruppernas medlemmar utvecklas. Formerna för att sprida läkemedelskommitteernas kunskap och arbetssätt till övrigt medicinskt programarbete utvecklas.

c 3 Läkemedelsbehandling av svårt sjuka patienter

Mål: *Kunskap och överblick om behandling hos äldre och andra multisjuka*

Bakgrund: Speciellt bland äldre finns patientgrupper med komplicerad läkemedelsbehandling p g a många sjukdomar. Patienterna är beroende av vård vid flera enheter och överblick över behandlingen saknas. Patientgruppen är prioriterad för att nå bättre läkemedelsbehandling, se avsnitt a 4. Det krävs en samlad överblick och förslag till åtgärder.

Åtgärd: Med stöd av LEpC beskrivs problematiken. Förslag till förbättringar ges - speciellt beaktas patientorganisationernas krav. Prioriterade behov av information, fortbildning och tillgång till processstöd anges.

c 4 Snabbt värdera och ge råd om nya läkemedel

Mål: *Nya läkemedel av ringa terapeutiskt värde ska användas i mindre omfattning än i landet i övrigt.*

Bakgrund: Nya läkemedel marknadsförs kraftigt och svarar för en hög andel av läkemedelskostnaderna. Allmänheten informeras i massmedia om nya läkemedel och då inte alltid balanserat. Förskrivarna behöver snabba bedömningar av nya läkemedel för att möta patientens krav. LÄKSAK samarbetar med kliniskt farmakologiska avdelningen vid KS i att värdera nya läkemedel.

Åtgärd: Den nya tjänsten utvecklas och budskapen sprids via olika kanaler (skriftligt, elektroniskt, via nyhetsbrev och lokala läkemedelskommittéer och i samarbete med chefläkarna). Effekterna på förskrivningen utvärderas av LEpC. Tjänsten utvärderas.

c 5 Samarbete mellan LÄKSAK och medicinska programarbetet

Mål: *Att integrera läkemedelsrekommendationer i det medicinska programarbetet och uppnå effektiv spridning av budskapen.*

Bakgrund: LÄKSAKs expertgrupper och medicinska programarbetet har inlett ett samarbete för att skapa gemensamma bedömningsgrunder.

Åtgärd: LÄKSAKs läkemedelsstrategier för viktiga sjukdomar och rekommendationer på Kloka listan implementeras i de medicinska vårdprogrammen. En plan för samarbete utarbetas inklusive hur budskapen sprids elektroniskt, via nätverk och skriftliga medier.

c 6 Kommunikationsstrategi för läkemedelskommittéverksamheten

Mål: *Effektivare spridning av policies, rekommendationer och strategier*

Bakgrund: LÄKSAK och de lokala kommittéerna har på olika sätt fört ut sina rekommendationer bland förskrivare men också till allmänheten. I framtiden krävs mer koordinerad kommunikation till förskrivare, beslutsfattare och allmänhet.

Åtgärd: LÄKSAK skall bygga gemensamma budskapsplattformar för kommittéorganisationen och koordinera marknadsföring. Det omfattar budskapsformuleringar, informations strategier, press/mediabevakning och kampanjfrågor inkl marknadsföring av Kloka Listan. LÄKSAK ska utifrån kända modeller arbeta med analys, målformulering, kommunikations-

strategier och följa upp deras nytta. LÄKSAK skall överväga behovet av gemensam information med andra läkemedelskommittéer i landet.

c 7 Omvärldsanalys och målgruppsanpassad information

Mål: *Effektiv omvärldsanalys om läkemedel och spridning av information*

Bakgrund: Rationell förskrivning förutsätter kunskap om olika faktorer som styr läkemedelsindustrins, förskrivares och organisationers beteenden. Olika aktörer inom SLL bör därför ha hög medvetenhet kring jävsfrågor och marknadsföringens effekter.

Åtgärd: Läkemedelsenheten uppdras att etablera omvärldsbevakning kring olika aspekter på läkemedel för SLLs olika kategorier – inklusive centrala tjänstemän och politiker. Spridning bör ske via olika medier, informationen bör målgruppsanpassas och erfarenheterna av det nuvarande e-brevet utnyttjas. Önskemål från målgrupper bör analyseras och följas upp.

c 8 Medicinska kravspecifikationer för elektroniska förskrivningsstöd

Mål: *Med hjälp av IT bidra till rationell, medicinskt ändamålsenlig, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.*

Bakgrund: Inom den av SLL finansierade vården finns flera olika journalsystem, vars läkemedelsmoduler är lokalt utvecklade. Informationskällorna varierar mellan systemen och är inte standardiserade. Momentana förskrivningsstöd finns på enstaka ställen. Säker ordination/förskrivning förutsätter att förskrivaren i ordinationsögonblicket har tillgång till patientens sjukhistoria, läkemedelsförskrivning initierad från flera håll, apotekets uppdaterade varuregister, Kloka Listans rekommendationer, interaktionsstöd, behandlingsstrategier m m.

c 8.1 Skapa ökad efterfrågan på obundet förskrivningsstöd

Informera samtliga förskrivare om nyttan av obundet förskrivningsstöd via olika informationskanaler och att återföra erfarenheterna till ansvariga inom SLL.

c 8.2 Implementera gemensam läkemedelsdatabas inom SLL

Olika informationskällor används i olika journalsystem. SLLs strategi är att alla källor och obunden kvalitetssäkrad information levereras från ett ställe oberoende av journalsystem. Läkemedelsenheten ska bidra till att läkemedelsinformation hämtas från en gemensam läkemedelsdatabas samt medicinskt ansvara för denna.

c 8.3 Medverka i nationell kravspecifikation för beslutsstöd vid läkemedelsförskrivning

Medverka i den nationella s.k. Signegruppen och medicinskt koordinera medverkan från SLL och säkerställa att SLLs intressen tillvaratas samt utveckla kontakter med Carelink.

c 8.4 Medverka i implementering av Janus förskrivningstjänster inom SLL

Janus förskrivningstjänster implementeras successivt vid olika vårdenheter.

c 8.5 Medicinskt utveckla och implementera gemensam läkemedelsjournal inom hela den av SLL finansierade vården

LÄKSAK har antagit en medicinsk kravspecifikation för läkemedelslista (läkemedelsjournal) år 2001. Många patienter förskrivs läkemedel från flera håll. Optimal terapi förutsätter att förskrivare och patienter har kunskap om alla ordinationer. En landstingsgemensam läkemedelsjournal ökar säkerheten och kvaliteten i vården. Samarbete med andra landsting eftersträvas.

c 8.6 Biverkningsrapportering

Bakgrund: Biverkningsrapporteringen sker idag på en låg nivå och det ligger på läkaren att bedöma om rapportering ska ske eller ej. För det lokala kvalitetsarbetet finns i allmänhet inte någon systematik i återföringen av rapporterade biverkningar i syfte att skapa en lärande process.

Åtgärder: Med stöd av länets biverkningsenheter och Läkemedelsenheten utarbeta en modell för effektivare biverkningsrapportering centralt och arbetsmodell för lokalt kvalitetsarbete för ökad kunskap.

c 9 Utveckling av Kloka Listan

Bakgrund: Kloka Listan är etablerad och finns dels i en förskrivningsutgåva och dels i en för allmänheten anpassad utgåva. Båda är elektroniskt tillgängliga. Det finns önskemål att vidareutveckla listorna.

Åtgärd: LÄKSAK gör en plan för att utveckla Kloka Listan i olika utgåvor och hur den kan underlätta medicinering, bli förbättrat hjälpmedel med hänsyn till generika-reformen och bli personlig för varje patient.

c 10 Kunskapscentra om läkemedel för att sprida viktig information

Åtgärd: Strategin omfattar en plan för att förskrivare och patienter ska få tillgång till producentobunden och av LÄKSAK godkänd information och tjänster om läkemedel utöver vad som definieras i den nationella kravspecifikationen om innehåll i förskrivningsstöd. SLL bör upphandla ledande tidskrifter elektroniskt till SLLs experter och förskrivare. Kunskapscentra om läkemedel med finansiering från SLL åläggs att sprida information till förskrivare, studenter och allmänhet (i vissa fall). Planen skall ange hur all information och läkemedelsinformationscentralernas konsultationsservice ska nås elektroniskt.

c 11 Stärkt lokalt läkemedelskommittéarbete

Bakgrund: De fem lokala läkemedelskommittéerna i SLL har sedan starten 1998 utvecklat relationer och informationskanaler utifrån lokala förutsättningar. Förskrivarna ska via utbildning och information få den kunskap som krävs för att förskriva läkemedel på evidensbaserad grund.

Åtgärder: Tillsammans med lokala vårdnätverk förbättra arbetsplatsbesöken så att centralt förankrade budskap sprids effektivt. En plan utvecklas för hur samtliga vårdcentraler/mottagningar ska få regelbundna informationsbesök liksom sjukhusens läkare. Samarbetet med studierektorer vid sjukhus och inom primärvård fördjupas för att integrera läkemedelsfrågan i AT- och ST-läkarnas utbildning. Lokala nätverk för kvalitet och läkemedel stimuleras. Den skriftliga informationen effektiviseras efter målgruppernas behov och ges via olika distributionsvägar. Integrerat arbete med Apoteket AB för förskrivaråterföring med kopplad medicinsk information utvecklas. Riktade forskningsinsatser och enkla pedagogiska modeller för bättre patientförståelse bör testas. Specialitetsövergripande och målgruppsstyrda kvalitets- och utbildningsprojekt bör studera indikationsglidningar.

De lokala kommittéerna får ansvar för att etablera och hålla samman s.k. läkemedelsombud (en person vid varje klinik eller vårdenhet) inom sitt geografiska område. Dessa blir nyckelpersoner för lokalt arbete, för att sprida och förankra rekommendationer, informera om informationstjänster och vara kravställare mot centrala kunskapsorgan kring läkemedel – LÄKSAK och Läkemedelsenheten.

d) Utökad utbildningsverksamhet i läkemedelsfrågor

d 1 Fortbildning om läkemedel och dess användning

Mål: *Hög kvalitet i fortbildningen om läkemedel gör SLLs producentobundna arrangemang till det naturliga valet framför läkemedelsföretagens utbud.*

Bakgrund: Fortbildning krävs för att bibehålla yrkeskunskund. Det medicinska området utvecklas kontinuerligt, varför fortbildning och producentobunden information är vital för att kunna erbjuda god vård. Traditionellt har fortbildning setts som verksamheternas ansvar men utbudet har varit magert. Inom läkemedelsområdet har man tvingats använda den fortbildning som industrin erbjuder. Den är omfattande och kopplad till företagets marknadsstrategier. LÄKSÅK bedömer att detta medverkat till att förskrivarna väljer dyrare läkemedel än nödvändigt samt orsakar indikationsglidningar. Det är kostnadsdrivande. En producentoberoende aktör förankrad i läkemedelskommittéerna är viktig. Detta uppnås genom en bred och allsidig fortbildning.

Åtgärd: Utveckla en konkurrenskraftig och länsövergripande fortbildning för alla kategorier av förskrivare från AT till specialistnivå. LÄKSÅKs utbildningsutskott ansvarar för frågor kring förskrivarnas fortbildning med en bred ansats mot läkemedel utan att utesluta icke-farmakologiska behandlingsprinciper. Fortbildningen ska ske utifrån moderna principer för vuxenlärande och komplettera lokala kommittéers informations- och utbildningsinsatser. En länsövergripande fortbildning ger samordningsvinster. Producenter av utbildning kan vara högskolornas/universitetens institutioner och professionella organisationer. Ackreditering av innehåll och form sker lämpligen via den nya utbildningsorganisation (IPULS), som administreras av Svenska Läkaresällskapet och samarbetar med centrala aktörer.

d 2 Stöd till lokalt initierad och utförd utbildning

Medel till förskrivarnas institutioner, yrkesföreningar, kollegiala nätverk m fl. ska stimulera till producentobunden fortbildning som effektivt konkurrerar med industrins information. Medel fördelas efter ansökan enligt LÄKSÅKs princip att utbildningen ej skall vara industristödd men kombinerad med information om läkemedelskommittéernas verksamhet

d 3 Läkemedelsföretagens kampanjer möts med anpassad objektiv fortbildning

LÄKSAK:s fortbildningsutskott beställer kurser/utbildningar eller arrangerar dessa inom några centrala områden - t.ex. kritisk läkemedelsvärdering, evidensbaserad medicin och inom olika terapiområden.

Lokalt arrangeras kurser och föreläsningar av lokal läkemedelskommitté eller verksamhetsansvarig. Satsningen måste vara omfattande och uthållig för att kunna möta läkemedelsföretagens kampanjer. Samarbete kan ske med andra kursarrangörer. Men även med läkemedelsindustrin bör samarbete kunna ske i fråga om utbildning kring upphandlade och rekommenderade preparat.

e) Forskning och utveckling

e 1 Forsknings- och utvecklingsprojekt

Mål: *Få kunskap och utveckla kompetens om läkemedel i samarbete med KI och andra högskolor*

Bakgrund: Läkemedelsbehandling är en av sjukvårdens viktigaste åtgärder och kostnaderna för läkemedlen är en stor budgetpost för SLL. Många läkemedelsbehandlingar är medicinskt väl motiverade och kostnadseffektiva. Andra däremot har initierats av studier som mer syftar till att sälja läkemedlet än att belysa läkemedlets nytta i sjukvården. De flesta läkemedelsstudier bedrivs på uppdrag av läkemedelsindustrin. Dokumentationen är inte allmängiltig (i sämsta fall inte ens tillämplig) för sjukvårdens behov. Producentobunden läkemedelsforskning, som syftar till att visa läkemedlens nytta ur ett sjukvårdsperspektiv är viktig. För SLL är det angeläget att budgeten för läkemedel optimeras genom ett objektivt kunskapsunderlag. Uppföljning av läkemedelsbehandlingars effektivitet och säkerhet i bred användning i oselektade patientgrupper är sällsynt och ofullständig. Sjukvården ska stimulera till utvecklingsarbete om läkemedel i användning i sjukvården. Då minskar också risken att läkare okritiskt medverkar i tveksamma industristödda studier.

LÄKSAK och de lokala läkemedelskommittéerna har sedan 1998 delfinansierat forskningsansökningar ställda till Landstingsförbundets (Lf) läkemedelsprojekt. Viktiga studier har genomförts. År 2003 upphör bidraget (75%). En långsiktig finansiering av sådan producentobunden forskning är viktig.

Åtgärd: LÄKSAK föreslås överta Lf:s roll som forskningsfinansiär inom SLL och få möjlighet att ge 75 % av forskningsanslag om lokal läkemedelskommitté tillstyrker och 25 % av medlen garanteras genom annan oberoende finansiär. Stora studier ge- nomförs länsövergripande eller i samarbete med andra landsting. LÄKSAK utser en forskningsnämnd med vetenskaplig och verksamhetsmässig kompetens. Resultatet av satsningarna utvärderas.

Exempel på stöd till producentoberoende läkemedelsstudier

- **Hälsoekonomiska studier** blir viktiga inför beslut om subventionering av läkemedel från Läkemedelsförmånsnämnden (LFN). För SLL ger studierna underlag för prioriteringar.
- **Kliniska läkemedelsprövningar** - Effekt och säkerhet hos t.ex. äldre och långtidssjuka. Viktigt inom områden där industrin har svårt intresse att finansiera studier (t ex produkter utan aktuella patent).
- **Läkemedelsepidemiologi** - Behovet av individbaserade studier om relationen diagnos/symptom till behandlingsresultat kommer att öka. Nationell finansiering av denna forskning är bräcklig.
- **Studier med terapiuppföljning i vårdkedjan** - Många patienter behandlas i flera vårdkedjor. Tillgång till journaldatabaser medger integrerade uppföljningar och ger nya möjligheter till individbaserade uppföljningar av effekt och säkerhet av läkemedelsbehandlingen.

e 2 Stöd till forsknings- och utvecklingskompetens

Åtgärd: Kompetens inom forsknings- och utvecklingsområden som beteendevetenskap, läkemedelsepidemiologi, klinisk farmakologi, hälsoekonomi, medical management och läkemedelsinformatik är viktiga för SLL. Behoven kartläggs och förslag ut- arbetas om satsningar för att fylla behov av kompetens inom viktiga områden.

e 3 Samarbetsforum mellan medicinsk praktik och klinisk läkemedelsutveckling och forskning

Bakgrund: Den biomedicinska forskningen står inför grundläggande nya genombrott. En stark grundforskning är motorn i vårdens förbättring. Grundläggande är god kontakt mellan basal och klinisk forskning liksom stöd och kontakt mellan sjukvård och forskning. Enstaka kliniska observationer har i många fall banat väg för nya behandlingsterapier. Det finns ett mycket starkt behov av ökade kontakter mellan sjukvårdens vardag och forskningsvärlden.

LS 0304-1453

Åtgärd: Möjligheten att etablera ”Medicinskt praktiskt forskningsforum” utreds. Detta forum ska vara öppet, multidisciplinärt och tillgängligt för medicinskt verksamma och kliniska forskare om läkemedel. Kliniska observationer, forskningsresultat och ny kunskap presenteras och allianser etableras för samarbetsprojekt. Centrum för allergiforskning m fl kan vara förebild.

e 4 Satsning på fortbildning och kongressdeltagande

Bakgrund: Många förskrivare inbjuds årligen av läkemedelsföretag till kongresser, studiebesök och andra arrangemang utomlands. Många av dessa arrangemang måste karakteriseras som mutor.

Åtgärd: Det är ytterst angeläget att verksamhetsansvariga avsätter tillräckliga resurser för förskrivarnas fortbildning inkl. studiebesök och deltagande i utländska kongresser. *Beroendet av läkemedelsföretagens bidrag till denna verksamhet måste upphöra.*

f) Datorstöd för informationstjänster, beslutsstöd och uppföljning

Mål: *Ett välutvecklat IT-stöd som snabbt får bred användning och påverkar förskrivarnas beteende.*

IT-stödet ska utformas så att vårdgivaren vid förskrivningsögonblicket har väsentlig information och når korrekta data om patientens läkemedelsförskrivning oberoende av var i landet patienten erhåller vård.

Bakgrund: Inom den av SLL finansierade vården finns idag flera journal-system som ofta bygger på äldre teknik och som saknar möjlighet att kommunicera med omgivande system. Landstingen har inte lagt tillräckliga resurser på att utveckla standarder utan många projekt har tvingats utveckla egna lösningar.

För utveckling av IS/IT inom läkemedelsområdet behövs öppna standarder som medger kommunicerbarhet mellan journalsystemen så att samma information finns tillgänglig oberoende av varifrån förskrivningen genomförs.

Vid införande av IS/IT-stöd är det viktigt att resurser inte läggs på att datorisera rutiner som istället bör förändras radikalt. Man bör utgå från en nationell vision baserad på verksamhetsmässiga krav som kan omsättas i

praktiska tillämpningar i nära samarbete med verksamheter och farmakologisk sakkunskap.

Det ökande antalet läkemedel leder till ett ökat informationsbehov för förskrivare. Informationen ska baseras på ett gemensamt förskrivningsstöd för hela landstinget med oberoende kvalitetssäkrade datakällor och standardiserade medicinska krav på presentationen. SLL ser elektroniska stödverktyg och tjänster integrerade i förskrivarens journalsystem som ett medel för att möta dessa informationsbehov.

De nedan föreslagna åtgärderna är samordnade med och en del av den landstingsgemensamma utvecklingen av informationsförsörjning och gemensam vårddatabas (GVD). I strategin ligger även att hela tiden driva och samordna med den nationella utvecklingen genom att fortsätta vara aktiva i de nationella nätverken.

Korreakta data om patientens samtliga ordinationer krävs för en säker förskrivning.

f 1 Utveckla, kvalitetssäkra och implementera användning av medicinska källor och kunskapsdatabaser

Åtgärd: Via Janus läkemedelsdatabas finns idag flera medicinska register och tjänster. Det är viktigt att implementera vissa basala källor (fr.a. varu- resp. diagnosregister och FASS) och några kunskapsdatabaser (Kloka Listan, uppgifter om interaktioner och biverkningar samt graviditets- och amningsfakta). Ett för SLL gemensamt kvalitetssäkrat och producent-oberoende stöd ska vidareutvecklas i nationellt samarbete. Landstinget är som sjukvårdshuvudman ansvarig för att förse journalsystemen med kvalitetssäkrad medicinsk förskrivarstödsinformation. Kunskapsdatabaserna för interaktions- och biverkningskällan bör utvecklas i samarbete med andra landsting.

SLL utreder och beslutar vilka basala farmakologiska källor och kunskapsdatabaser som ska implementeras i vården och vilka kunskapsdatabaser, som bör utvecklas.

f 2 Utveckling av en gemensam läkemedelsjournal

Bakgrund: Många patienter förskrivs läkemedel från flera håll. Optimal terapi förutsätter att förskrivare och patienter har överblick över alla ordinationer. En landstingsgemensam läkemedelslista (-journal) ökar säkerheten i vården.

LS 0304-1453

Åtgärd: SLL utvecklar och implementerar en gemensam läkemedelsjournal enligt den medicinska kravspecifikation LÄKSAK antog 2001. Samarbetet sker med andra landsting.

f 3 Utveckling av Januswebben

Bakgrund: Januswebben är sjukvårdens elektroniska kanal för producent-obunden läkemedelsinformation. Där finns samlad tillgång till LÄKSAKs och kommittéernas information liksom en nyhetstjänst vid Janusredaktionen. Statistik finns samlad från LEpC. En ny modern form och struktur tas i drift tidigt 2003. Januswebben kan ytterligare bistå förskrivaren genom fördjupad information, underlätta patientkontakten och underlätta konsultationer med biverknings- och informationscentraler.

Åtgärd: En plan för vidareutveckling och ytterligare kundanpassning tas fram. Integrering av funktioner för biverkningsanmälan och konsultationer med informationscentralerna liksom för personliga inställningar görs. För viktiga tjänster utreds möjligheter till mobil tillgång. Förutsättningarna att integrera fortbildningsstöd utreds.

f 4 Farmakologiska uppföljningssystem på alla nivåer

System för uppföljning avser förskrivare, vårdområdesansvariga, beställare och central förvaltning.

Delmål:

Uppbyggnad av medicinska analysdatabaser för användarvänliga uppföljningar i vården, som främjar "bench-marking" och lokal kvalitetsutveckling.

Uppföljningstjänst för äldre och problempatienter med många läkemedel

Ökad användning av arbetsplatsrapporter från 180 enheter idag till 500 inom ett år.

SLLs uppföljningsfunktioner skall användas av minst 50 % av verksamhetscheferna inom två år och av 95 % år 2005.

Utvärdera förskrivningen med stöd av journalsystemens uppföljningsmoduler

Bakgrund: Effektiv läkemedelsanvändning kräver möjlighet till uppföljning och tillgång till bra analysverktyg. Det finns lösenordsskyddade

LS 0304-1453

arbetsplatsrapporter att tillgå för främst primärvården. Dessutom behövs data som nu finns hos Apoteket - fr.a. doseringstexten - som underlättar förskrivarens egen uppföljning. Kvaliteten i utvärderingen av äldres förskrivning kan bli bättre om SLL fick tillgång till Apotekets APODOS databas. Apoteket AB ger på begäran till förskrivare förskrivareprofiler men tjänsten utnyttjas dåligt. Denna tjänst förutsätter att förskrivarkoden är angiven på receptet. SLL bör medverka så att tjänsten blir mer ändamålsenlig och kan integreras med vårddata från sjukvården.

Åtgärd: Möjligheterna med den information som Apoteket AB förfogar över är inte uttömda. Doseringstexten kan användas för att bedöma den verkliga doseringen. Det finns även uppgifter om förskrivaren som kan öka kunskapen kring förskrivningen. Landstingets databaser bör kompletteras med sådan information från Apoteket AB för att ge bättre analysmöjligheter. Den nyligen tillsatta utredningen om "Uppföljning av förskrivning och användning av läkemedel" behandlar dessa frågor. Information om återlämnade icke konsumerade läkemedel bör också erhållas från Apoteket.

f 5 Breddinförande av elektronisk receptöverföring

Bakgrund: Elektronisk överföring av receptuppgifter från förskrivare till valfritt apotek drivs via ett särskilt projekt i samarbete med Apoteket AB. Även uppgifter om för Apodos förskrivna läkemedel ska kunna överföras. Återrapportering när läkemedlen hämtats ut på apoteket ska kunna ske.

Åtgärd: En plan för breddinförande av elektronisk recept utarbetas av projektet e-recept i Stockholm. Förslag på teknisk och medicinsk förvaltning utarbetas. Planen liksom rambudgetering bör beslutas av SLL för att ge uthållig implementering och säkra framtida utveckling.

f 6 Förvaltning av farmakologiska verksamhetssystem

Mål: *Etablera effektiv och säker medicinsk och teknisk förvaltning av farmakologiska system*

Bakgrund: Farmakologiska verksamhetssystem måste vara säkra och tillgängliga dygnet runt. Den pågående implementeringen av elektroniskt recept kräver en förvaltning redan i dag. Det är angeläget att frågan löses för alla farmakologiska verksamhetssystem.

Åtgärd: En plan för medicinsk och teknisk förvaltning av farmakologiska verksamhetssystem utarbetas, beslutas och implementeras. Nationellt samarbete bör diskuteras liksom vårdutbildningarnas behov. Möjligheterna till samarbete med Apoteket AB bör utredas.

f 7 Samarbete med andra landsting

Mål: Utveckla samarbete i nationella nätverk så att bred enighet uppnås kring kommunikationslösningar inom läkemedelsområdet

Bakgrund: Även andra landsting har identifierat behovet av ett strukturerat IS/IT-stöd inom läkemedelsområdet och behoven är i stort sett desamma i alla landsting. Det är inte rimligt att varje landsting utvecklar lösningar som är inkompatibla.

SLL har sedan länge ett nära samarbete och erfarenhetsutbyte med de största landstingen/regionerna. Ur samarbetet har nya nätverk utvecklats, som har konkretiserat frågeställningarna inom IT-området.

Åtgärd: Genom en strategisk samverkan och stöd till nationella nätverk inom läkemedelsområdet skapa en nationell utveckling av gemensamma tjänster.

g) Åtgärder för att förbättra patienternas användning av läkemedel

g 1 Förbättrad läkemedelsanvändning genom ökad följsamhet till ordinationer

Mål: Aktiva och välinformerade patienter bidrar till säker och effektiv behandling

Bakgrund: Patienternas följsamhet till ordinationerna är otillfredsställande enligt flera studier, vilket är ett stort problem inom läkemedelsterapin. Det är ytterst patienternas attityder och beteenden som styr effekter och kostnader. En kunnig och aktiv patient ställer krav och avgör behandlingens säkerhet. Kunskaper om läkemedel gör att en informerad patient hushållar med resurserna. Kloka Listan för allmänheten underlättar för förskrivaren. Patientmedverkan är en viktig del av strategin.

Landstingsförbundets arbetsgrupp för bättre läkemedelsanvändning (ABLA) formulerade tre mål:

1. *Se patienten som en partner* – förverkliga varje patients aktiva medverkan och del i behandlingen
2. *Vid ordination och uppföljning av läkemedelsbehandling* – ta reda på patientens erfarenhet av och inställning till sin sjukdom och dess behandling samt säkerställ att patienten vet varför och hur ordinerade läkemedel ska användas

LS 0304-1453

3. *Professionerna som partners* – utveckla förståelse för varandras funktioner, samverka och nyttja varandras kompetens kring läkemedel för att stärka patientens aktiva del i behandlingen.

Åtgärd: Utveckla en plan för läkemedelsinformation via Vårdguiden. Planen ska ange prioriteringar, samarbetspartner och förslag på utvärderingsplan för satsningen. Möjligheterna att popularisera information och tjänster tillgängliga vid kunskapscentra om läkemedel, som kan förbättra rådgivningen till patienterna, ska utredas. Diskussion bör ske med patientorganisationer.

g 2 Egenvård

Bakgrund: Egenvård är aktiviteter för att själv ta ansvar för behandling av sjukdom, förebygga ohälsa och bibehålla hälsa hos sig själv och närstående. Det är just det egna ansvaret som är centralt. Vid flera sjukdomar är behandling med receptfria läkemedel tillräckligt men rådgivning kan krävas. Vårdguiden är en samlad och viktig informationskanal (elektronisk, per telefon och i tryckt form) som ger sådant stöd. Den nationella informationskanalen för allmänheten – Infomedica – har inom vissa områden viktig information och bra råd kring läkemedel. Apoteket AB har tillsammans med sjukvårdshuvudmän och kommuner initierat information och rådgivning via s.k.Hälsotorg.

Åtgärder: Läkemedelsenheten koordinerar aktiviteter för ökad information om och kring läkemedel i Vårdguidens olika kanaler – inklusive förstärkt presentation av Kbkka Listan. Lokala läkemedelskommittéer och vårdenheter bör gemensamt diskutera med Apoteket AB om värdet av att etablera Hälsotorg.

g 3 Naturläkemedel

Bakgrund: Naturläkemedel definieras som läkemedel. De aktiva beståndsdelarna ska komma från naturen och ska inte vara alltför bearbetade. Naturläkemedel får endast användas för egenvård.

Kunskapen om hur naturläkemedel verkar, och framförallt hur naturläkemedel samverkar med vanliga läkemedel, är dålig såväl hos allmänheten som inom läkarkåren. I några fall vet man ingenting om de risker som kan uppstå vid samtidig behandling med vanliga läkemedel. Allmänheten anser oftast att naturläkemedel är helt ofarliga eftersom de kommer från naturen. Ett antal allvarliga samverkansproblem mellan naturläkemedel och vanliga läkemedel är kända - t.ex. påverkas effekten av blodförtunningsmedlet Waran mer eller mindre av vitlök, fiskolja och Johannesört. Behandling med

LS 0304-1453

Johannesört kan även leda till oönskad graviditet vid samtidig användning av p-piller.

Det är därför viktigt att patienten informerar sin läkare om eventuellt samtidigt intag av naturläkemedel vid läkemedelsförskrivning. Detta är skälet till att det i årets Kloka Listan finns utrymme för att notera sin egen användning av naturläkemedel samt ett textavsnitt med rubriken "Alla läkemedel och naturläkemedel passar inte ihop".

Åtgärder: LÄKSAK, läkemedelskommittéerna och läkemedelsenheten samverkar kring bevakningen av kunskapen om naturläkemedels effekter. De ska informera allmänheten och läkarkåren om naturläkemedlens effekter och samverkansproblem med vanliga läkemedel. Det är mycket viktigt att läkarkåren har en öppen attityd till naturläkemedel vid kontakten med sina patienter för att kunna diskutera patientens egenvård med naturläkemedel och i samråd med patienten göra en samlad bedömning.

h) Miljöstrategiskt genomtänkt läkemedelsanvändning

SLL har identifierat "Läkemedelsrester i mark, vatten och luft" som en av sina fem viktigaste miljöfrågor.

Vision: Landstingets verksamhet tillför inga svårnedbrytbara läkemedelsrester till mark, vatten och luft.

Mål: År 2006 har handlingsplaner för att minska läkemedelsrester i naturen antagits och används.

Bakgrund: En miljöstrategiskt genomtänkt läkemedelsanvändning förutsätter kunskaper om läkemedels omsättning och utsöndring, nedbrytning i naturen, fysikaliska, kemiska, biokemiska och ekotoxikologiska egenskaper och funktion hos berörda avloppsreningsverk.

Inom många av dessa områden är kunskaperna bristfälliga och inom andra är befintlig information ej allmänt tillgänglig. Det är väl känt att många läkemedel bryts ned dåligt och påverkar miljön. Sverige har som ett av femton miljömål antagit målet "Giftfri miljö". I detta ingår att läkemedel ej skall tillåtas förekomma i naturen i väsentliga mängder. Det är därför angeläget att stora läkemedelshanterare - som SLL - etablerar handlingsprogram för att minska läkemedels miljöpåverkan. Landstingets miljöprogram är ett tydligt uttryck för denna ambition. Vägledande för arbetet bör vara försiktighetsprincipen och substitutionsprincipen.

h 1 Dialog och påverkan på läkemedelsproducenter

Mål: *Läkemedel som används i framtiden ska inte ansamlas i naturen.*

Bakgrund: Dagens läkemedel har synnerligen olika grad av ansamling i naturen (persistens). Många läkemedel har kort halveringstid - < 1 dygn - vilket medför snabb eliminering i reningsverken även vid hög tillförsel. Andra läkemedel, som exempelvis kinoloner (antibiotika), har en halveringstid som överstiger 1 år. Det finns inget samband mellan graden av persistens och typen av läkemedel. Det finns därför inga skäl att anta att vissa typer av läkemedel med nödvändighet "måste" ansamlas i naturen.

Åtgärd: Genom dialog med producenterna klargöra att SLL, och i förlängningen alla Sveriges landsting, kommer att prioritera användningen av läkemedel som inte ansamlas i naturen. Producenterna är lyhörda för de större kundernas önskemål, och önskemål om icke persistenta läkemedel kan påverka inriktningen av produktutvecklingen i önskad riktning. Processen är långsiktig och kräver ihärdighet, kontinuitet och uppslutning från flera vårdorganisationer för att bli framgångsrik.

h 2 Påverkan på EU-kommissionen och Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA)

Mål: *EU-kommissionen skall införliva "Risk för miljön" i nytta-riskvärderingen av nya läkemedel.*

Bakgrund: Sverige har genom medlemskapet i EU anslutit sig till gemenskapens läkemedelslagstiftning. EU-kommissionen lade i november 2001 nya förslag till hantering av läkemedel för humant och veterinärt bruk. Dessa förslag innehöll inga regler för begränsning av läkemedels miljöpåverkan. SLL har framgångsrikt arbetat för att sådana regler skall införlivas i förslaget. Detta arbete bör fortsätta tills förslaget är slutgiltigt antaget av ministerrådet och parlamentet.

Tillämpningen av läkemedelslagstiftningen inom EU bestäms genom att specialistkommittéer utfärdar särskilda forskrifter om hur direktiven skall tolkas och användas. Den europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) arbetar för närvarande med miljöriskbedömning av läkemedel. Landstinget har lämnat synpunkter på de förslag som EMA presenterat. SLL kommer även fortsättningsvis att bevaka de möjligheter som finns för att EMA skall införliva miljöstrategiska principer i tillämpningen.

h 3 Påverkan på Läkemedelsverkets hantering av läkemedlens miljöeffekter

Mål: *Läkemedelsverket skall verka för att en nationell miljöriskbedömning görs av alla läkemedel, även om en sådan bedömning ej införs inom EU.*

Bakgrund: Socialdepartementet har uppdragit åt Läkemedelsverket att granska läkemedels miljöaspekter och förslå hur dessa kan reduceras. SLL har deltagit i en hearing och har goda kontakter med verkets utredare.

Åtgärd: SLL skall genom dessa kontakter och genom att delge verket landstingets egna erfarenheter verka för att en nationell miljöriskbedömning enligt vedertagen praxis införs.

h 4 Påverkan på läkemedelsförskrivningen inom landstinget och inom övriga landsting i Sverige

Mål: *SLL skall verka för att miljöriskbedömning görs av alla läkemedel som upphandlas och att denna används som grund för ett enkelt klassificeringssystem för läkemedel.*

Bakgrund: Information om läkemedels miljöpåverkan är i dag endast tillgänglig i begränsad omfattning. För att nå denna information erfordras tillgång till olika litteraturkällor, och för tolkning av tillgängliga data krävs ekotoxikologisk utbildning. En enkel miljöklassificering, baserad på miljöriskbedömning av läkemedel, eliminerar svårigheterna om den görs lättillgänglig. Ett klassificeringssystem (liten/stor risk för miljöpåverkan), där liten risk för miljöpåverkan markeras med lämplig symbol i exempelvis "Kloka listan" och olika system som används för information till förskrivare och patienter, kan vara till god hjälp.

Åtgärd: En miljöriskbedömning görs med utgångspunkt från producentdata om persistens och ekotoxicitet hos de produkter som producenten/agenten offererar vid upphandling. Information om dessa uppgifter infordras som "skall-krav" i den återkommande läkemedelsupphandlingen. Miljöriskbedömningen görs enligt ett system som utarbetas av läkemedelsenheten i samråd med LÄKSAK och Landstingskontorets Miljöavdelning. Systemet införs successivt och utvärderas. Systemet skall vara transparent för producenter, förskrivare och patienter, och skall vara tillgängligt även för andra landsting och utvecklas i nationell samverkan.

h 5 Omhändertagande av överblivna läkemedel och läkemedelsrester

Mål: *Alla patienter skall lämna tillbaka överblivna eller icke användbara läkemedel till apoteket.*

Bakgrund: Alla läkemedel som förskrivs hämtas inte ut från apotek. Av de uthämtade läkemedlen återstår en del oanvänt efter avslutad behandling. Storleken på överblivna läkemedel är inte känd men antas uppgå till 10-20 % av de uthämtade kvantiteterna. Patienter eller anhöriga kastar ofta överblivna läkemedel i soporna eller i toaletten. Läkemedelsrester kan på detta sätt nå såväl yt- som grundvatten.

Åtgärd: Apoteket genomför i dag i samarbete med flera vårdorganisationer och företaget en kampanj för att öka återlämnandet av oanvända läkemedel till apoteket. Kampanjen kommer att pågå under ett år framåt och sedan utvärderas. Kampanjen kommer med säkerhet att öka allmänhetens medvetande om att läkemedel skall återlämnas till apoteket i stället för att kastas i sopor eller toalett. SLL bör verka för att vidmakthålla de goda effekter som apotekets kampanj medför. Genom att landstinget ger löpande information till patienter, t ex via information i Kloka Listan, om återlämnande av överblivna läkemedel kan andelen returnerade läkemedel hållas kvar på en hög nivå.

i) Förbättrad läkemedelshantering m m

i 1 Sluta med recept vid vård på sjukhus

Mål: *Sänkta kostnader och enkel hantering*

Bakgrund: Under många år har en successiv ökning skett av receptförskrivning för preparat som används vid behandling på sjukhus. Kostnaden har då hamnat på budgeten för öppenvårdsläkemedel (som tidigare betalades av riks försäkringsverket) och inte på klinikens.

Genom landstingens ekonomiska uppgörelse med staten är landstingens ersättning preciserad. Receptförskrivning reducerar därför inte SLLs kostnader utan bara fördyrar. Det är fördelaktigt med att använda läkemedel som upphandlas för slutenvård. Det blir ofta rabatter, större förpackningar kan utnyttjas, läkarna slipper receptförskrivning och kassationen minskar.

Åtgärd: Successivt slopad receptförskrivning vid behandling på sjukhus förbereds. Anslag ska överföras från läkemedelskostnaden till sjukhus-

LS 0304-1453

kliniker motsvarande den övergång som sker. Avtal upprättas med sjukhusen. Del av besparingen tillfaller kliniken.

En volym på ca 200 Mkr beräknas överföras under 2003. Besparingen beräknas till ca 10 Mkr. Ytterligare uppföljning av på sjukhus receptförskrivna preparat ska göras och fler preparat väntas kunna överföras.

i 2 Läkemedelsförsörjning i äldreboende

Mål: *Bättre och säkrare läkemedelsanvändning och kostnadsänkningar*

Bakgrund: Receptförskrivning är ofta inte lämplig för patienter i särskilt boende för äldre. Svårt somatiskt sjuka eller dementa patienter saknar ofta möjlighet att säkert ansvara för sin egen läkemedelshantering. Med ApoDos är det svårt att snabbt och säkert förse svårt sjuka boende med läkemedel vid de snabba ändringar, som krävs vid försämringar. Kassationen av läkemedel vid enskilda recept och ApoDos är oacceptabelt hög. Vårdpersonal har svårt att acceptera slöseriet.

Åtgärd: Genom att inrätta läkemedelsförråd (tillämpa samma rutin som på sjukhusen) ökar patientsäkerheten med förbättrad kvalitet. Genom upphandling utgår rabatter och större förpackningar kan utnyttjas. Personalens arbete underlättas.

Läkemedelsförråd har redan inrättats vid några sjukhem. Sjukvårdsområdena arbetar tillsammans med kommunerna för förändring vid ytterligare några enheter. En kostnadsänkning på ca 15 Mkr beräknas kunna uppnås.

i 3 Dosexpedition (ApoDos)

Mål: *Säker läkemedelshantering*

Till vårdtagare med stabil medicinering och som själva inte kan eller har svårt för att sköta sin medicinering kan dosexpedition tillämpas. Den är olämplig när patientens tillstånd kan förväntas kräva täta ordinationsändringar. Apodos ska alltid baseras på en individuell bedömning av patienten där patienter i enskilt boende ska prioriteras.

Ofta har dosexpedition ordinerats till alla på ett äldreboende, något som knappast baserats på ett medicinskt ställningstagande. F n finansieras apodostjänsten via apoteksmarginalen. I ett längre perspektiv förväntas kostnaden komma att belasta den som har nytta av tjänsten.

LS 0304-1453

Åtgärd: Valet av distributionsform (läkemedelsförråd, ApoDos eller receptförskrivning) ska utgå från en säker läkemedelsbehandling utifrån den enskilda patientens medicinska situation.

i 4 Upphandling av hjälpmedel för intag av läkemedel och kontroll av behandlingen

Mål: *Sänkta kostnader*

Bakgrund: Enligt förmånssystemet är de "förbrukningsartiklar" som krävs för läkemedlets intagande gratis för patienten. Genom upphandling i konkurrens och sortimentsbegränsning kan kostnaderna sänkas. Dessa hjälpmedel kan förväntas öka i pris om inte konkurrensen skärps.

Åtgärd: Staten bör påverkas till regeländringar. Redan nu bör upphandling av sprutor, provstickor m m påbörjas för att genom konkurrens sänka kostnaderna.

j) Samarbete med Apoteket AB och andra externa parter

j 1 Samarbete med Apoteket AB

Mål: *Utvecklat samarbete för att förbättra läkemedelsanvändningen*

SLL har avtal med Apoteket AB om drift av alla sjukhusapotek och medverkan i upphandling och läkemedelskommittéarbetet m m samt ramavtal om ett bredare samarbete i syfte att få en effektiv läkemedelsanvändning.

a) Utbildningen kring läkemedel måste i mycket större utsträckning än i dag ske i landstingets regi eller med utnyttjande av från läkemedelsföretagen oberoende utbildningsorgan. Detta gäller information och utbildning till såväl läkare som sjuksköterskor och annan vårdpersonal.

En form av informations- och utbildningsverksamhet som redan används är samarbete i läkemedelskommittéernas regi via informationsläkare och apotekare. Denna verksamhet bör utvidgas för att få en bredare objektiv utbildning i läkemedelsfrågor.

b) Även för läkemedelsgenomgångar och andra åtgärder kan apotekare utnyttjas. Med läkemedelsgenomgång avses en systematisk genomgång av en viss kategori (t.ex. i ett äldreboende) totala läkemedelsanvändning. Det gäller att hos personer med många förskrivna läkemedel upptäcka sådana

LS 0304-1453

som ger biverkningar eller vållar svårbemästrade interaktioner. Det gäller också att begränsa antalet ordinerade läkemedel och bedöma om det mest prisvärda läkemedlet bland likvärdiga preparat förskrivs.

c) Apoteket kan också medverka i uppföljningen av läkemedelsanvändningen både för enskild förskrivare och t ex i arbetet med kvalitetsbokslut.

d) Apoteket AB är en mycket viktig partner i åtgärder för att minska kassationen av läkemedel, dvs uthämtade läkemedel som aldrig eller bara delvis används. Kostnaden för dessa läkemedel uppgår troligen till flera hundratals miljoner kronor. Det är en miljöfara om oanvända läkemedel slängs som ordinarie avfall eller spolas ned i avloppet och inte återlämnas till apoteket. Men även destruktionen av de läkemedel som lämnas in på apoteket ger miljöstörningar. Minskad kassation skulle också avsevärt kunna reducera SLLs kostnader för läkemedel. Denna fråga bör utredas snarast och åtgärdsplan tas fram. Införande av en miljöavgift i form av expeditionsavgift föreslås i avsnitt j 6.

e) För att underlätta apotekspersonalens arbete med rådgivning och substitution av generiska läkemedel bör Apoteket AB i datorsystemet införa en markering av vilka läkemedel som är rekommenderade av LÄKSAK.

Samarbete med Apoteket AB kan och bör utvecklas även inom andra områden.

j 2 Samarbete med läkemedelsföretag

Mål: *Med beaktande av partsrelationen samarbeta på lämpliga områden*

Landstinget strävar efter att ersätta läkemedelsföretagens påverkan på förskrivarna med oberoende faktabaserad information. Samtidigt bör ett bättre samarbete etableras med läkemedelsindustrin baserad på vårdens intressen.

Även när landstinget förbättrar sin utbildningsverksamhet och ser till att den blir baserad på objektiva värderad kunskap kan en medverkan från läkemedelsföretag vara värdefull. För upphandlade eller rekommenderade preparat är det naturligt att produktspecifik utbildning ges av det aktuella företaget. Inom företagets medicinska avdelningar finns god kompetens och i vissa fall kan medverkan ske även i terapiutbildning. Det viktiga är att det är landstingets ansvar som organiserar och ser till att det hela blir balanserat på rätt sätt.

Landstingets vårdenheter ska även i fortsättningen medverka i viktiga kliniska prövningar och tillsammans med industrin öka vårdens kompetens om klinisk prövning. Det är väsentligt att attrahera nyskapande kliniska prövningar till SLL, som har konkurrensfördelar genom tillgång till stort patientunderlag, kompetent personal och utvecklingsenheter för kliniska prövningar.

j 3 Policy för kliniska prövningar och dess implementering inom SLL

Mål: *Effektiv och korrekt klinisk prövningsverksamhet*

Bakgrund: Kliniska prövningar är en etablerad metod för att nå kunskaper om läkemedel i strikt definierade populationer. De utförs av läkemedelsföretagen enligt mellan Landstingsförbundet och Läkemedelsindustriföreningen (LIF) överenskomna regler. Speciella avtal ska slutas. SLL har sedan länge en policy att avtal om att kliniska prövningar ska ske enligt strikta regler och all finansiering hanteras via huvudmannen och/eller via berörd forskningsenhet vid Karolinska Institutet. För en rationell användning är en korrekt hantering av denna policy väsentlig eftersom kliniska prövningar också används för marknadsföring av läkemedel av ringa värde. Det blir kostnadsdrivande. Väsentligt är också att kostnaden för läkemedel som används i kliniska prövningar finansieras av det prövande företaget.

Åtgärd: LÄKSAK får i uppdrag att se över SLLs policy för hantering av avtal om kliniska prövningar. Den nya policyn implementeras via vårdproducenter och stadfästs i vårdavtalen.

j 4 Kunskapssamarbete med journalleverantörer och läkemedelsföretag kring analys av förskrivningen

Mål: *Utvärdera möjligheter till analys, uppföljning och återföring av läkemedelsförskrivning via journalsystem*

Bakgrund: SLL har utvecklat speciella uppföljningssystem för läkemedelsförskrivningen. Via utvecklingen av Janus förskrivningstjänster finns hög kompetens för medicinsk utveckling, prototyparbete, tekniskt samarbete, pilottestning och utvärdering av processverktyg för förskrivning. I pågående projekt vid Södersjukhuset och Gustavsbergs vårdcentral undersöks förutsättningarna att följa upp förskrivningen via olika analysverktyg kopplade till journalsystem. Flera journalleverantörer och läkemedelsföretag är intresserade av att utveckla moderna verktyg för att relatera förskrivning till medicinskt innehåll i journalen. SLL har ett stort intresse av att förskrivarna får tillgång till effektiva verktyg för lokalt kvalitetsarbete. För KI är området av stort intresse utvecklings- och forskningsmässigt.

Åtgärd: Utifrån pågående projekt undersöks möjligheterna till fördjupat samarbete mellan SLL, KI, journalleverantörer och läkemedelsföretag kring medicinsk uppföljning av förskrivning via journalsystemens databaser och datoriserad klinisk prövning.

j 5 Samarbete med andra landsting

Mål: *Bidra till likvärdig behandling och kostnadseffektiva lösningar*

Bakgrund: Patienterna flyttar mellan landstingen. Det är angeläget att information om tidigare vård är tillgänglig hos en ny vårdgivare. Det är inte rimligt att varje landsting utvecklar lösningar som är inkompatibla. Apoteket har en önskan om att ha en kommunikationskanal för alla landsting och journalsystem.

Åtgärd: Standardiserade nationella lösningar bör skapas för överföring av läkemedelsinformation och annan vårdinformation.

Ett organiserat samarbete finns mellan SLL, Skåne, Västra Götaland och Östergötland. Detta samarbete bör vidareutvecklas främst när det gäller utvecklings- och forskningsfrågor men också i fråga om kliniska prövningar.

På nationell nivå sker samarbete främst via Landstingsförbundet och Carelink.

k) Krav på staten om förändringar i regelsystemen

Mål: *Förändringar som stödjer en effektivisering av läkemedelsanvändningen och bidrar till sänkta kostnader.*

k 1 Tillgång till receptregisteruppgifter

Sjukvården måste få tillgång till receptregisteruppgifter för att bättre kunna följa upp och kunna länka förskrivning till diagnosuppgifter. Ett tungt skäl för att överföra ansvaret för läkemedelskostnaderna var att kunna väga läkemedlen likvärdigt mot andra terapier. Både vårdproducenter och förskrivare behöver få en bild av sitt beteende (förskrivningsmönster). Det är endast på den nivån som en reell påverkan kan ske.

Överföring av personnummer är en förutsättning för effektiv uppföljning, utveckling av former för ekonomiskt ansvar för läkemedel i förskrivarorganisationen och för vårdenheternas och förskrivarnas arbete med att

LS 0304-1453

optimera läkemedelsanvändningen. Det är avgörande för en effektiv uppföljning och koppling till vårduppgifter.

Tillgång till dessa uppgifter skulle medge analys av effekternas samband med olika terapeutiska insatser. Studier av förekomst och art av läkemedelsrelaterade problem med flera utskrivna preparat, hälsoekonomiska studier och forskning av olika slag kräver sådan information. Då kan läkemedelsanvändningen förbättras till nytta både för folkhälsan och den enskilde patienten.

Uppgifterna skall, avidentifierade och krypterade, läggas in i den analysdatabas som Stockholms läns landsting har byggt upp över vårdkonsumtionen.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare om ”Uppföljning av förskrivning och användning av läkemedel”, som väntas lämna förslag under första halvåret 2003.

k 2 Ändrad definition på förbrukningsartiklar i läkemedelsförmånen

Enligt förmånssystemet är de ”förbrukningsartiklar” som krävs för läkemedlets intagande gratis för patienten. Definitionen av förbrukningsartiklar bör återföras till att omfatta den ursprungliga, dvs sprutor, provstickor o d och således inte omfatta dyrare utrustning som insulinpumpar, inhalatorer m fl. Då kan kostnaderna sänkas genom upphandling i konkurrens, sortimentsbegränsning och bättre service genom t ex den serviceorganisation som hjälpmedelsverksamheten har. Genom att dessa utrustningar lånas ut på samma sätt som andra hjälpmedel kan dessa dyra hjälpmedel användas effektivare.

Gränsdragningen kan göras genom en beloppsgräns, där t ex hjälpmedel som kostar mer än 1.000 kronor lyfts ur förmånen och erbjuds av sjukvårdshuvudmannen som lån.

k 3 Ändrade ersättningsregler i statliga taxan

Läkemedelsförskrivning av läkare som arbetar enligt den statligt fastställda läkarvårdstaxan ingår i förmånen. Det är då sjukvårdshuvudmännen som ansvarar för läkemedelskostnaderna och någon form av avtalsrelation krävs. Staten måste ge förutsättningar för att sådana avtal ska kunna tecknas. I Stockholmsregionen tillhör nära 1/3 av förskrivarna denna kategori. Dessa läkare måste få tillgång till information om läkemedel och delta i av sjukvårdshuvudmannen anordnad utbildning, som också bör regleras.

k 4 Generisk substitution och förskrivning

I lagen om läkemedelsförmåner m m har fr o m 2002-10-01 införts regeln att om på det enskilda apoteket finns ett eller flera billigare utbytbara läkemedel än det förskrivna skall utbyte ske mot det billigaste tillgängliga läkemedlet.

Reformen har medfört att LÄKSAKs rekommendation om ett visst preparat inte alltid har kunnat följas, ibland beroende på leveransproblem men ofta på att en konkurrent sänkt priset till aningen under det rekommenderade preparatets pris. Detta medför att apoteket måste lämna ut det billigaste alternativet, som ofta är obetydligt billigare än LÄKSAKs rekommenderade preparat. Preparatbytena kan medföra osäkerhet hos patienten och minska följsamheten till ordinationen.

Förslag: Vid förskrivning skall preparatets namn anges. För att förbättra situationen vid generisk substitution bör reglerna ändras så att generisk förskrivning tillämpas för läkemedel aktuella för generisk substitution.

k 5 Skärpt konkurrens mellan läkemedelsföretagen

SLL har vid flera tillfällen fört fram förslag till staten om avveckling av det nuvarande prisregleringssystemet för läkemedel och öppna för konkurrens på normala marknadsmässiga villkor. Upphandling bör genomföras på samma sätt som i dag sker för läkemedel som används inom slutna vård. Upphandlingslagens grundkrav på affärsmässighet och utnyttjande av konkurrensen på ett objektivt sätt bör tillämpas också för läkemedel som används inom öppna vård.

En viss förbättrad konkurrens uppnåddes fr o m 2002-10-01 genom generikareformen, dvs det billigaste av likvärdiga läkemedel ska lämnas ut av apoteken. Vid samma tidpunkt inrättades också en ny prissättningsmyndighet – Läkemedelsförmånsnämnden. Genom ökade krav på värdering av läkemedlens kostnadseffektivitet m m har nämnden fått vidgade uppgifter jämfört med vad den tidigare prismyndigheten, Riksförsäkringsverket, hade. Erfarenheterna av reformerna bör avvaktas innan kravet på att slopa prisregleringen aktualiseras på nytt.

Även i fortsättningen bör landstingen kunna påverka läkemedelskostnaderna genom en pris- och rabattförfrågan på det sätt som SLL och några andra landsting har genomfört under senare år. Rabatt begärs på läkemedel som landstinget genom rekommendationer och andra åtgärder medverkar i marknadsföringen av. I utredningen ”Prissättning inom läkemedelsförmånen” (Ds 2002:53) har en arbetsgrupp inom departementen på felaktiga grunder avvisat denna modell. Denna typ av pris- och rabattförfrågan kan ge

skärpt konkurrens inom läkemedelsområdet. Synpunkterna har framförts i yttrande över arbetsgruppens förslag.

k 6 Expeditionsavgift i högkostnadsskyddet

Stora mängder läkemedel kasseras, som medför kostnader och skadar miljön. För patienter med högkostnadsskydd skulle en mindre avgift kunna förhindra läkemedelsuttag av patienter som inte tänker använda det aktuella läkemedlet. Denna avgift bör benämnas miljöavgift och helt eller delvis återbetalas om preparatet återlämnas till apoteket.

Som SLL tidigare framfört till staten bör en expeditionsavgift (miljöavgift) på minst 25 kronor uttas för varje läkemedel som hämtas ut, högst 75 kronor per uttagstillfälle.

k 7 Statliga myndigheters informationsförsörjning till landstingen

Varje läkare behöver snabb tillgång till information om patienten och om läkemedel vid förskrivningen. Statliga myndigheter bör via regleringsbrev åläggas att tillhandahålla väsentlig information om läkemedel elektroniskt till landstingens planerade läkemedelsdatabas, som blir basen för information om läkemedel i journalsystem.

k 8 Reformerad farmakologiutbildning för vårddyrkena

Bakgrund: Högkvalitativ utbildning i läkemedelslära (farmakologi, klinisk farmakologi och farmakoterapi) krävs för all vårdpersonal. Studenterna behöver kunskaper i kritisk läkemedelsvärdering och få insikt om metoder för uppföljning av behandlingseffekter. Ett nyligen formulerat förslag av en nationell grupp på en samlad examination i läkemedelslära i slutet av läkarstuderandes utbildning bör utredas.

Åtgärd: SLL och andra landsting bör uppvakta regeringen med förslag att utbildningen i farmakologi för vårddyrkena förbättras.