



## **Notat om forskelle imellem praktiserende læger i ordination af medicin samt indsatser knyttet hertil**

Det følgende notat giver et overblik over analyser og monitorering vedr. tilskudsmedicin samt hvilke indsatser, der gennemføres på området. Der gennemføres en lang række indsatser både i regionen og hos de praktiserende læger selv. Dette notat tager primært udgangspunkt i de analyser og indsatser der gennemføres fra regionens side i forhold til de praktiserende lægers ordinationspraksis. Sidst i afsnittet beskrives dog også eksempler på medicinhåndtering hos de praktiserende læger.

Indledningsvist bemærkes, at der er stor forskel på, hvor ensartet de praktiserende læger ordinerer lægemidler, alt efter hvilket lægemiddelområde, der er tale om. Ligeledes er der forskel på, hvilken problemstilling det handler om.

### **Forskelle blandt læger i forhold til hvor meget medicin lægen ordinerer**

Der kan være stor forskel på de forskellige lægepraksis i forhold til, i hvilket omfang patienterne behandles eller ej. Forskellene kan skyldes forskelle i patientsammensætningen.

F.eks. kan mange ordinationer af lægemidler til KOL/og Astma skyldes, at der er flere rygere i den pågældende kommune. Men det kan også skyldes, at lægerne i den pågældende kommune er mere opmærksomme på at opspore patienter og sætte dem i behandling.

Det kan ofte være svært at afgøre, hvad der har størst betydning for, hvorfor en praksis ordinerer forholdsvis meget eller lidt, da regionen ikke har adgang til diagnoser. Dette gør det ofte vanskeligt – uden yderligere analyser med adgang til diagnoser – at svare på, om en variation blandt lægerne for eksempel kan skyldes forskel i patientsammensætningen.

Dato 07-04-2017

Inger Bonde Kristiansen

Tel. +4578412062

Inger.Kristiansen@STAB.RM.DK

1-30-72-134-14

Side 1

Center for Folkesundhed (nu Defactum) har - som led i et forbrugsvariationsprojekt - gennemført analyser af variation i sygehusforbrug i forhold til almen praksis. I forbrugsvariationsprojektet - delprojekt 5 konkluderes følgende:

*"Der er en betydelig variation i det gennemsnitlige sygehusforbrug på tværs af ydernumre. Den foretagne analyse peger imidlertid i retning af, at denne variation snarere skyldes forskelle i behov hos de sikrede borgere end forhold i almen praksis, internt eller i relation til det øvrige sundhedsvæsen. Det gælder både den geografiske og den ikkegeografiske variation. Ingen af de foretagne analyser tyder på, at almen praksis udgør en væsentlig selvstændig kilde til variation i borgernes sygehusforbrug".*

Om end ovenstående analyse ikke omhandler medicinforbrug, men sygehusforbrug, peger analysen på, at patientsammensætningen er en væsentlig årsag til variation imellem praktiserende læger.

### **Forskelle blandt praktiserende læger i forhold til valg af behandling (valg blandt ligeværdige lægemidler)**

På de områder, hvor der gennemføres behandling, kan der være forskel imellem læger på, hvilket lægemiddel der anvendes - også selv om lægemidlerne har samme effekt. På de områder, hvor det er vigtigt at sikre ensartethed i lægemiddelvalg blandt praktiserende læger, er udarbejdet en liste med et udvalg af lægemidler, der er 1. valg. Denne liste kaldes for Basislisten. Listen er pt. under revision, da den bl.a. skal koordineres med hospitalernes nye rekommandationsliste.

Kriterierne for, at et lægemiddel kommer på Basislisten, er enten at sikre god lægemiddeløkonomi (at der vælges billigste præparat ved fagligt ligeværdige lægemidler) og/eller at sikre god kvalitet i behandlingen (der vælges lægemidler med god dokumentation for effekt og få bivirkninger).

Praktiserende læger ordinerer i henhold til tilskudsreglerne. Tilskudsreglerne har en væsentlig betydning i forhold til at styre udgifterne. Tilskudsreglerne fastlægges af Sundhedsstyrelsen efter indstilling fra Medicintilskudsrådet. Medicintilskudsrådet er et centralt nævn. Medicintilskudsrådet vurderer de enkelte lægemidlers pris i forhold til den behandlingsmæssige værdi. Der er forskellige typer af tilskud, hvoraf her nævnes de vigtigste:

- 1) Generelt tilskud: Hvis et lægemiddels pris står i et rimeligt forhold til den behandlingsmæssige værdi vil patienten kunne opnå tilskud til lægemidlet efter de almindelige regler (generelt tilskud).
- 2) Klausuleret tilskud. Patienten kan kun få tilskud hvis særlige betingelser er opfyldte. Det kan f.eks. være, at patienten kun kan få tilskud, hvis et billigere lægemiddel har været prøvet først, men patienten ikke tåler det billigere lægemiddel.
- 3) Enkelttilskud: Lægen skal indsende en konkret ansøgning til Lægemiddelstyrelsen om, at patienten skal tildes tilskud, hvis lægemidlet ikke har hverken klausuleret eller generelt tilskud. Lægemiddelstyrelsen vil således foretage en konkret vurdering af, om særlige forhold gør sig gældende for den konkrete patient, så patienten skal have tilskud alligevel.

Ud over tilskudsreglerne gennemfører regionerne også supplerende indsatser til at styrke økonomien. F.eks. var indsatsen på Kol/Astma området (Easyhaler indsatsen) en følge af, at Easyhaler var billigere end relevante alternativer. Indsatserne var landsdækkende. Det ses ofte at priserne falder på konkurrerende produkter, hvis et lægemiddel rekommanderes, hvilket også skete i dette tilfælde. Regionernes rekommandationslister/basislister kan derfor være et godt virkemiddel til at styrke priskonkurrencen og dermed reducere udgifterne for såvel region som patient.

Der kommer flere og flere vejledninger fra RADS rettet imod praksissektoren. Der sker en stigende koordinering af retningslinjerne imellem RADS og Medicintilskudsnævnets udmeldinger om nye tilskudsregler.

På hospitalsområdet anvendes en refusionsordning, der forudsætter at hospitalerne efterlever RADS/retningslinjer fra Medicinrådet.

I forhold til Almen Praksis ligger kompetencen til at gennemføre egentlige sanktioner hos Samarbejdsudvalget for Almen Praksis og ikke hos regionen. Ifølge overenskomstens §88 er Almen Praksis forpligtet til at bistå regionen i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer.

## **A ) Analyser og indsatser på initiativ fra regionen i samarbejde med de praktiserende læger**

### **Analysearbejde til identifikation af indsatsområder i forhold til de praktiserende læger**

Den regionale Lægemiddelkomité har nedsat en analysegruppe, der skal arbejde med analyser på medicinområdet både i praksissektor og hospitalssektor. Analyserne tilrettelægges med henblik på at identificere områder, hvor der kan opnås god lægemiddeløkonomi og/eller kvalitet i lægemiddelbehandlingen. Analyser og monitorering præsenteres kvartalsvist for Den Regionale Lægemiddelkomite, der er med til at pege på, hvor der skal flere analyser til – det har fx været tilfældet vedr. lægemiddel anvendelse ift. ADHD og depression. Komiteen foreslår derudover indsatser i både hospitals- og praksissektor.

#### *Identifikation af indsatser i forhold til god lægemiddeløkonomi*

Med hensyn til eventuelle indsatser, der har til formål at sikre god lægemiddeløkonomi tages afsæt i de lægemiddelområder med de største udgifter. Dette med henblik på at opnå et strategisk og prioriteret valg af eventuelle indsatser, der har størst betydning for økonomien.

#### *Identifikation af indsatser i forhold til kvalitet og patientsikkerhed*

Med hensyn til indsatser i forhold til kvalitet og patientsikkerhed tager udvælgelse afsæt i gældende vejledninger og retningslinjer.

#### *Tværasektorielt fokus*

Lægemiddelordination med tilskud (tilskudsmedicin) ordineres både af praktiserende læger og hospitaler. Det er vigtigt at have fokus på, om behandling påbegyndes i praksis eller på hospitaler. Hvis behandling f.eks. opstartes i hospitalsregi, vil den praktiserende læge efterfølgende varetage vedligeholdelsesbehandlingen. En indsats i forhold til et eventuelt

uhensigtsmæssigt ordinationsmønster bør derfor rettes imod den sektor der opstarter behandlingen. Ca. 20% af udgifterne (tilskud) vedrører recepter udskrevet af hospitalerne.

I det følgende behandles alene de indsatser, der vedrører de praktiserende læger.

### **Strategi for implementering af indsatser**

For at være ressourceeffektiv, tilrettelægges indsatser i en prioriteret rækkefølge med fokus på, at budskaber og indsatser når ud til så mange som muligt af de godt 400 lægepraksis så hurtigt som muligt. Indsatser indledes ofte med generel skriftlig information til alle læger, f.eks. i nyhedsbrevet "Medicinnyt".

Dette suppleres med, at lægerne får statistikker over deres egne patienters forbrug af lægemidler på udvalgte områder, hvor der kan ses variationer imellem de forskellige praksis, f.eks. ordination af antidepressiva eller antal af polyfarmacipatienter. Data er på aggregeret niveau og ikke på personniveau, da der ikke er lovhjemmel til sidstnævnte. Af statistikken kan lægerne se egen ordinationspraksis ift. regionsgennemsnittet.

På højt prioriterede områder suppleres de skriftlige informationer med undervisning. Det kan ske på både stormøder og ved praksisbesøg. For eksempel er gennemført 5 stormøder med deltagelse af 40-50 personer pr. møde på området KOL. Ligeledes er der i 2016 gennemført to stormøder med fokus på seponering af medicin hos ældre. Det kan også nævnes, at der både i Koncern Kvalitet og andre steder i organisationen er tilbud om rådgivning til praktiserende læger om medicingennemgang, ikke mindst med fokus på ældre polyfarmacipatienter. Endelig skal det nævnes, at det ultimo 2016 blev besluttet at iværksætte et større kvalitets/økonomiprojekt – projekt "Medicin i Midt" med fokus på op imod ti områder, hvor der gennemføres indsatser med fokus på at forbedre såvel økonomi som kvaliteten i patientbehandlingen. Desuden er der ved undervisning fokus på den ældre medicinske patient (DÆMP), medicingennemgang mv. Projektet er støttet af KEU (Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget under samarbejdsudvalget for almen praksis) med 5,4 mio. kr.

### **Understøttelse af akkreditering i almen praksis på lægemiddelområdet**

Med vedtagelse af overenskomst 2014 for almen praksis blev besluttet, at der skulle gennemføres *akkreditering* i almen praksis. Nogle af akkrediteringsstandarderne vedrører også medicin.

Én af standarderne har til formål at sikre en rationel og sikker lægemiddelordination. Blandt andet skal lægen, som en del af akkrediteringen "have retningslinjer for rationel og sikker lægemiddelordination og receptfornyelse og bistå samfundet i gennemførelse af økonomisk forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer". Lægen skal bl.a. kunne dokumentere, at der deltages i regionale tiltag.

Akkrediteringen understøttes bl.a. af regionens lægemiddelkonsulenter, både ved besøg, ved undervisning og ved ekstra statistik for den enkelte praksis. Her kan man bl.a. få en statistik, der viser praksis' udskrivning af udvalgte lægemidler ift. regionsgennemsnittet, lige som man kan få ydernummerets praksisprofil på udvalgte områder.

## **Indsatser overfor konkrete læger - økonomi**

I særlige tilfælde vil det være muligt at rejse en sag imod en konkret læge i Samarbejdsudvalget for Almen Praksis. Dette gælder dog kun økonomiske indsatser.

Der kan tildeles sanktioner, hvis lægen ikke har et økonomisk rationelt ordinationsmønster. Det er Samarbejdsudvalget for Almen Praksis, der træffer afgørelse herom. Den pågældende hjemmel er anvendt i forlængelse af spareplanen i 2011, hvor der blev gennemført sager via Samarbejdsudvalget for Almen Praksis på ca. 20 lægepraksis i forhold til en indsats vedr. morfin/oxycodon og citalopram/escitalopram.

## **Indsatser overfor konkrete læger - patientsikkerhed**

I forhold til patientsikkerhed er selve tilsynsopgaven i forhold til konkrete læger placeret hos Styrelsen for Patientsikkerhed.

Styrelsen for Patientsikkerhed skal som en af sine hovedopgaver føre tilsyn på udvalgte behandlingssteder i både det offentlige og private sundhedsvæsen ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patienternes sikkerhed.

Det sker blandt andet på baggrund af proaktive risikoanalyser, klagesager, samt henvendelser fra patienter, pårørende, fagpersoner og offentlige myndigheder. Fra maj og resten af 2017 vil Styrelsen for Patientsikkerhed komme på tilsynsbesøg hos lægerne i almen praksis, på regions- og udbudsklinikker og på sygehusafdelinger, der beskæftiger sig med patienter med KOL og depression.

## **Indsatser med fokus på patientsikkerhed**

Nære Sundhedstilbud (senere Koncern Kvalitet) har i 2014 fået midler til at drive et tværsektorielt satspuljeprojekt med fokus på voksne borgere, der bruger antipsykotisk medicin.

Målgruppen i projektet er borgere, der bruger tre eller flere antipsykotika i kombination og/eller bruger antipsykotika i doser, der overstiger det rekommanderede. Tidligere analyser viser, at der er op imod 600 borgere i målgruppen, heraf bor ca. halvdelen på regionale eller kommunale bosteder og halvdelen hjemme, typisk med en bostøtte tilknyttet.

I projektet foretages en farmaceutisk medicingennemgang, der efterfølgende bliver kvalificeret i et tværfagligt medicinteam bestående af en psykiater, en praktiserende læge, en klinisk farmakolog og en farmaceut. Der indhentes samtykke fra borgerne, således at der er sikkerhed for at data må anvendes. Målet med projektet er, at antallet af borgere i behandling med 3 [senere ændret til 2] eller flere antipsykotika i kombination og/eller i doser, der overstiger det anbefalede vil falde.

## **Monitorering af spareindsatser og indsatser i forhold til patientsikkerheden/kvalitetsudvikling**

Regionen monitorerer løbende på, om indsatser medvirker til at opfylde målene om for eksempel fald i forbrug af et dyrt lægemiddel eller fald i forbrug af risikolægemidler.

Der monitoreres i seneste kvartalsrapport om medicin om indsatser og resultaterne heraf –. Der følges op i forhold til at sikre, at fremdriften er tilfredsstillende.

### **Data**

Regionerne må kun i begrænset omfang anvende de data de selv modtager fra apotekerne. I stedet henvises til data fra Sundhedsdatastyrelsen. Der findes for nuværende datakilder fra Sundhedsdatastyrelsen, som regionerne kan anvende (f.eks. Medstat og Ordiprax), men de er mangelfulde i forhold til at dække det samlede databehov. Sundhedsdatastyrelsen er ved at opbygge et nyt datasystem, med betydeligt bedre mulighed for at få relevante data, hvor regionernes lægemiddelenheder tildeles adgang (ordiprax). Det forventes, at systemet vil være færdigt ultimo 2017. I den mellemliggende periode kan der derfor blive udfordringer med i fuldt omfang at modtage data til at understøtte indsatser, ad hoc forespørgsler mv. Desuden er der udfordringer med lovligt at foretage tværsektorielle audits, bl.a. ville der være et yderst relevant fokus på medicinering i sektorovergange og beskrivelser af medicinering i behandlingsplaner og epikriser.

### **B) Fokus i almen praksis på medicinordinationer**

I almen praksis er der dagligt fokus på flere situationer, hvor der fokuseres på kvaliteten i lægemiddelbehandlingen

- Ved nyordination, hvor der skeles til guidelines og Basisliste
- Ved receptfornyelse
- Ajourføring af FMK
- Gennemgang af epikriser
- I forbindelse med kontakt fra hjemmepleje, apoteker og hospitaler
- Årskontroller
- Opsøgende og opfølgende hjemmebesøg

Ud over de tiltag der iværksættes af regionen, har de praktiserende læger også selv nogle initiativer. Her nævnes nogle eksempler:

- De praktiserende læger har selv mulighed for at se deres ordinationer på [www.ordiprax.dk](http://www.ordiprax.dk), som er et værktøj supporteret af Sundhedsstyrelsen til præsentation af lægernes ordinationer. De regionale lægemiddelkonsulenter har adgang til ordiprax for alle læger i regionen, så dette anvendes også ved præsentation af data for praktiserende læger.
- Efteruddannelsestiltag i praksis med fokus på medicin
- Aktiviteter i efteruddannelsesgrupper
- I forbindelse med akkreditering og medicinajourføring
- Medicinering gennemgang på ældre, kronisk syge og polyfarmacipatienter

## **Sammenfatning**

Analysen viser, at der er forskellig praksis blandt lægerne på ordination af forskellige typer medicin. Men det er vanskeligt at fastslå, om ordinationspraksis er uhensigtsmæssigt høj eller lav, da Regionen ikke har diagnoser på behandlede patienter og ej heller har kendskab til den enkelte læges patientpopulation. Undersøgelser af variation imellem forskellige praksis i forhold til sygehusforbrug viser dog, at variation i vidt omfang skyldes forskelle i patientsammensætningen.

Den enkelte praksis har ud fra lægemiddelstatistik mulighed for i et vist omfang at arbejde med egne data, f.eks. hvor der kan konstateres afvigelser fra Regionsgennemsnittet.

I forhold til økonomi monitoreres der på, om billigere lægemidler tages i anvendelse, som forudsat i beslutninger, truffet blandt andet i Den Regionale Lægemiddelkomite eller i forbindelse med spareplanen, understøttet ved diverse implementeringsindsatser.

Der er mulighed for i Samarbejdsudvalget for almen Praksis at drøfte eventuel uhensigtsmæssig variation og tiltag i forhold til enkeltpraksis, som ikke ordinerer økonomisk rationelt.