

Årsrapport 2013

Den Regionale
Lægemiddelkomité

Region Midtjylland

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
Forord	3
1 Hvad nåede vi i 2013?	5
1.1 Opfølgning på medicinområdet i 2013.....	5
1.2 To nye analysegrupper	5
1.3 RADS og KRIS (Nationale anbefalinger)	6
1.4 Mini-MTV.....	7
1.5 Indkøbsovervågning - Amgros	7
2 Tværgående temaer.....	7
2.1 Sektorovergange.....	7
2.2 Dosisdispensering	8
2.3 Bivirkninger.....	8
2.4 Fælles medicinkort, FMK	8
2.5 Psykiatri.....	8
2.6 Morfin/oxycodon	9
2.7 Rekommandationsliste og Basisliste.....	9
3 Særlige indsatsområder hospitalssektor	10
3.1 Revision af medicineringsretningslinjer – 15 stk.....	10
3.2 Harmonisering af akutkasser/hjertestopkasser.....	10
4 Særlige indsatsområder praksissektor	10
4.1 Benzodiazepiner.....	10
4.2 ADHD-medicin	11
4.3 Astma/KOL.....	11
4.4 Antibiotika.....	11
4.5 NSAID	11
5 Lægemiddeludgifter	12
5.1 Lægemiddeludgifter Region Midtjylland	12
6 Den Regionale Lægemiddelkomite (RLK).....	13
6.1 Kommissorium RLK	13
6.2 Medlemmer af RLK	15
6.3 Rekommandationslister.....	16
7 Specialistgrupper og ny organisation	17
7.1 Specialistgrupperne.....	17
7.2 Nyt kommissorium for specialistgrupperne	18
8 Kommende opgaver i RLK	22

Forord

Den Regionale Lægemeddelkomité (RLK) i Region Midtjylland fik i 2012 en ny struktur med kun én lægemeddelkomite. Siden er den ny struktur forankret, men der har også vist sig nye behov i arbejdet omkring Lægemeddelkomité og specialistgrupper. En stor del af 2013 er gået med at organisere RLK til at imødegå fremtidens voksende behov for proaktivitet til at levere analyser, arbejde hurtigt og kvalificeret, vurdere økonomiske og kvalitetsmæssige udfordringer og gribe ind ved manglende målopfyldelse.

Den nye organisering har resulteret i to nye analysegrupper, hospitalsanalysegruppen og praksisanalysegruppen, samt en omfattende reorganisering af RLK's specialistgrupper, så de nu ikke længere har det snævre syn kun på ATC-grupper, men et bredere syn på behandling af sygdomme inden for de terapeutiske områder. Reorganiseringen er også begrundet i et ønske om et tættere samarbejde med specialerådene og specialistgrupperne. Endelig er RLK udvidet med et medlem fra de praktiserende speciallæger for at indgå i et tættere samarbejde med denne gruppe af læger. De praktiserende læger har planer om at ansætte en lægemeddel-koordinator til at indgå i de mange sammenhænge, hvor praksissektorens repræsentation efterspørges. Det gælder både specialistgrupper og forskellige arbejdsgrupper, hvor efterspørgselen efter praktiserende læger er stor.

I det kommende år må denne nye struktur så stå sin prøve, og Lægemeddelkomitéen er nu rustet til at levere data, analyser og indsatser, så Regionen fremover i højere grad end tidligere kan reagere proaktivt og have fokus på rationel lægemiddelanvendelse på tværs af sektorerne.

I 2013 er udgivelsen af nationale anbefalinger fra RADS tiltaget, og der forventes en fortsat udvikling, hvor anbefalingerne også kommer til at omfatte praksissektoren.

Lægemeddelkomitéen var i 2013 på besøg i Region Hovedstadens Lægemeddelkomité, hvilket gav meget fin inspiration til sammensætningen af specialistgrupperne, men også anden god inspiration til arbejdet i Lægemeddelkomiteen.

Hidtil har sekretariatsbetjeningen af Lægemeddelkomiteén og de tilhørende specialistgrupper været varetaget af henholdsvis Nære Sundhedstilbud og Hospitalsapoteket. Med omorganiseringen af specialistgrupperne er der lagt op til et tættere samarbejde og koordinering mellem de to sekretariater.

Rapporten beskriver Lægemeddelkomitéens indsatser i 2013, og der vil også blive set ind i 2014 om opgaver, der skal løses i Lægemeddelkomiteén.

Møderne i RLK har i 2013 haft forskellige temaer på dagsordenen, og det har været en god ide at afsætte mere tid til at gennemarbejde forskellige temaer. Temaerne har været Fælles Medicinkort (FMK), datamuligheder og psykiatri.

Det er mit håb, at rapporten fremstår læseværdig og på en informativ måde giver et billede af RLK's mange initiativer.

Jeg ønsker læserne god fornøjelse med læsningen.

Jørgen Schøler Kristensen

Formand for Den regionale Lægemiddelkomité, februar 2014

1 Hvad nåede vi i 2013?

De fire møder i RLK i 2013 har omfattet både nye temaer og gennemgående temaer. De store gennemgående områder, såsom implementering og opfølgning af nationale anbefalinger¹ på hospitalerne og de kvartalsvise lægemiddelforbrugs-rapporter for både hospitals- og praksissektoren, har i 2013 fået tilført ekstra ressourcer med bl.a. dannelse af to nye analysegrupper. Som noget nyt har Lægemiddelkomiteen taget forskellige temaer op på møderne, og det har i 2013 omfattet FMK, nye datamuligheder og psykiatri.

1.1 Opfølgning på medicinområdet i 2013

Der er løbende foretaget analyser og opfølgninger af lægemiddelforbruget i Regionen i 2013 – både inden for primær- og sekundærsektor. Det handler om, at borgerne skal have den bedst mulige kvalitet og behandling for pengene. Den løbende opfølgning medvirker til at tilgodese denne målsætning. Opfølgningen gør det netop muligt at justere brugen af lægemidler, hvor det er hensigtsmæssigt.

Opfølgningen på medicinområdet inden for sekundærsektoren (hospitalerne) har vist, at Region Midtjylland med succes har implementeret en række nationalt anbefalede behandlinger i 2013. Der er sket en vækst i udgifterne til medicin, der i høj grad netop skal ses i lyset af implementeringen af disse nye behandlinger.

Opfølgningen på området skal også ses i forhold til den økonomiske styringsmodel i 2013, hvori det indgik, at hospitalerne fik finansieret udgifterne til udvalgte medicinpræparater. Fra og med 1. januar 2014 justeres modellen dog således, at al medicin indgår. Heri indgår, at efterlevelse af nationale og regionale retningslinjer er en forudsætning for at få finansiering. Opfølgning af medicinforbrug og efterlevelse af nationale anbefalinger bliver derfor også centralt fremadrettet.

I 2013 er der endvidere igangsat en række tværsektorielle indsatser herunder opfølgning i forhold til bivirkninger af lægemidler og et tværsektorielt samarbejde på psykiatriområdet. Der er blevet peget på initiativer i forhold til opsporing af risikopatienter, på medicingennemgang og på behandlings- og opfølgningsplaner på udskrevne patienter. Ligeledes har der været et stort fokus på patienter, der får mange lægemidler på én gang (polyfarmacipatienter) og overdosering i forhold til gældende retningslinjer.

1.2 To nye analysegrupper

I begyndelsen af 2013 stod det klart, at der måtte findes en organisationsform, som kunne levere en proaktiv indsats på lægemiddelområdet for at dæmme op for det stigende forbrug af dyr medicin især i hospitalssektoren. Derfor blev der etableret to analysegrupper, hospitalsanalysegruppen og praksisanalysegruppen. Til især

¹ Nationale anbefalinger omfatter RADS- og KRIS-anbefalinger

hospitalsanalysegruppen blev der tilført flere ressourcer, da blandt andet implementering og opfølgning af RADS-vejledninger kræver en stor indsats. De to analysegrupper arbejder sammen, og der bliver hvert kvartal udarbejdet en rapport, der giver et overblik over det aktuelle lægemiddelforbrug. Hospitalsanalysegruppen, som koordineres i Sundhedsplanlægning, har repræsentation fra Hospitalsapoteket, Klinisk farmakologisk Afdeling og Sundhedsplanlægning. Indsatserne fra denne analysegruppe varetages overvejende fra Hospitalsapoteket og Klinisk Farmakologisk afdeling. Praksisanalysegruppen, som koordineres i Nære Sundhedstilbud, har repræsentation fra Klinisk Farmakologisk Afdeling og Nære Sundhedstilbud. Indsatserne fra praksisanalysegruppen foregår overvejende fra medicinteamet i Nære Sundhedstilbud i samarbejde med praktiserende læger.

1.3 RADS og KRIS (Nationale anbefalinger)

Vejledninger fra de to råd, der er nedsat af Danske Regioner: RADS (Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin) og KRIS (Koordinationsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin) vil omfatte en større og større del af de samlede udgifter til medicin på hospitalsområdet, og det forventes, at de i 2014 vil udgøre op imod 80-85 %. RADS har til opgave at sikre, at der skabes et fælles fagligt nationalt grundlag for anvendelse af dyr sygehusmedicin. RADS skal sikre, at patienter tilbydes lige tilgang til behandling med dyr sygehusmedicin under hensyntagen til rationel farmakoterapi.

Der blev indført en ny refusionsmodel, som skulle gælde fra 1. januar 2014 således at der gives fuld refusion for lægemidler omfattet af de nationale anbefalinger (RADS og KIS), hvor behandlingsmålene er nået, og tilsvarende ingen refusion, hvis målene ikke er nået fuldt ud. Af tidligere indførte RADS-vejledninger har stort set alle overholdt det rekommanderede i 2013.

I 2013 har RADS udgivet:
5 reviderede behandlingsvejledninger
12 nye behandlingsvejledninger

Hospitalsanalysegruppen har kategoriseret medicinforbruget for 2013 således:

RADS	31%
Kommende RADS	11%
Blødermedicin	8%
Kræftlægemidler, herunder KRIS (L01 + L02 + L03)	25%
Øvrig medicin	25%

Totalt medicinforbrug på hospitalsområdet skønnet for 2013: 1.600 mio. kr.

Den øvrige medicin i hospitalssektoren, som ikke umiddelbart er omfattet af nationale anbefalinger, udgør 25%, men denne andel forventes at udgøre en mindre del fremover, da der f.eks. på hjerte-kar området og området for blod og bloddannende organer forventes nationale anbefalinger.

Der er i 2013 udgivet en rekommandation for anvendelse af antipsykotika, og endnu en arbejdsgruppe er nedsat inden for det psykiatriske område, hvilket også vil få implikationer for praksissektoren.

1.4 Mini-MTV

Region Midtjylland skal løbende foretage vurderinger og prioriteringer i forhold til at finansiere aktiviteter inden for området ny dyr medicin og nye behandlinger, som ligger uden for RADS-og KRIS-området. Der er én årlig ansøgningsrunde, hvor hospitalerne kan søge om finansiering fra en central pulje til nye aktiviteter på området. Det er indeholdt i regionens økonomiske styringsmodel, at Den Regionale Lægemedelkomité skal drøfte og godkende aktiviteterne, inden regionen eventuelt kan give finansiering til disse.

Der blev for første gang i 2012 foretaget en faglig gennemgang af de indsendte ansøgninger til mini-MTV'erne for 2013. Den faglige vurdering stod Klinisk Farmakologisk Afdeling for. Igen i 2013 blev de indsendte mini-MTV'er (20 stk.) gennemgået af Klinisk Farmakologisk Afdeling og på Lægemedelkomitémødet blev det besluttet at indstille til Klinikforum, at

- 7 godkendes
- 5 bør afvente godkendelse/afvisning af KRIS
- 7 bør afvises
- 1 behandles i Klinikforum

1.5 Indkøbsovervågning - Amgros

Amgros udsender hvert kvartal en markedsovervågningsrapport omhandlende indkøb af medicin til hospitalssektoren for alle regioner i Danmark, og rapporten har fået meget stor politisk bevågenhed i Region Midtjylland, fordi der er mange penge involveret, og fordi der er en stor vækst i udgifter til medicin i hospitalssektoren. Det er imidlertid ikke nok at se på indkøb af lægemidler, da der kan være store udsving i lagerbeholdning, som kan sløre for et mer- eller mindreforbrug. Derfor bliver der nu lagt mere vægt på den forbrugsrapport, som hospitalsanalysegruppen udarbejder, og som er baggrundsmaterialet for at vurdere, om RADS-målene er nået.

2 Tværgående temaer

2.1 Sektorovergange

En arbejdsgruppe for sektorovergange, nedsat af RLK, blev bedt om at identificere og analysere problemer med medicin ved sektorovergange. Arbejdsgruppen kom med en handleplan i 2013, som identificerede følgende områder som særligt problematiske: *Kommunikation, overblik, dosisdispensering, substitution, ansvar og faglighed.*

En del af problemerne kan løses, når FMK indføres, mens andre kan sikres og løses ved at følge op på implementeringen af de regionale medicinerings-retningslinjer. Tilbage står bl.a. dosisdispensering.

2.2 Dosisdispensering

På baggrund af handleplanen fra arbejdsgruppen for sektorovergange har RLK udarbejdet et kommissorium for en arbejdsgruppe, der skal se på de mange problemer, dosisdispenseret medicin (DM) volder i sektorovergangene. De store problemer ved indlæggelse og udskrivelse af patienter på DM er, at FMK ikke kan håndtere DM og at der er en vanskelig kommunikation med private apoteker om DM. Formanden for arbejdsgruppen er en praktiserende læge, da det skønnes, at de fleste konsekvenser af problemerne med dosisdispensering ses i almen praksis. I arbejdsgruppen er der repræsentation fra apoteker, kommuner, hospitaler, almen praksis og Nære Sundhedstilbud.

2.3 Bivirkninger

Årsrapporten fra Sundhedsstyrelsen om bivirkningsindrapportering i 2012 viste et generelt fald i antallet af indberetninger, og derfor blev Regionen bedt om at beskrive hvilke initiativer, der var sat i værk for at øge antallet af indberetninger. RLK har på den baggrund opfordret Sundhedsstyrelsen og den lokale EPJ-organisation til at etablere et system, så bivirkninger kan indberettes direkte via EPJ, herunder med hjælp af kliniske farmakologer og hospitalsfarmaceuter. Det system forventes at være klar til indberetning i 1. kvartal 2014. Desuden har RLK ønsket at øge samarbejdet med Sundhedsstyrelsen, hvilket har resulteret i, at Region Midtjylland nu er blevet teststed for indberetning af bivirkninger i en web-løsning.

2.4 Fælles medicinkort, FMK

Det fælles medicinkort har været et tilbagevendende emne på flere RLK-møder, da der har været store forventninger til, at mange problemer, f.eks. ved sektorovergange, har kunnet løses ved indførelsen af FMK. FMK var tema på RLK-mødet i juni 2013, og her blev problemerne præsenteret fra tre vinkler: regionens, praksissektorens og hospitalernes.

Forventningerne til systemet er endnu ikke blevet indfrie, og derfor besluttede man i RLK, at FMK indtil videre skulle gøres til et fast punkt på Lægemedelkomitéens dagsorden.

2.5 Psykiatri

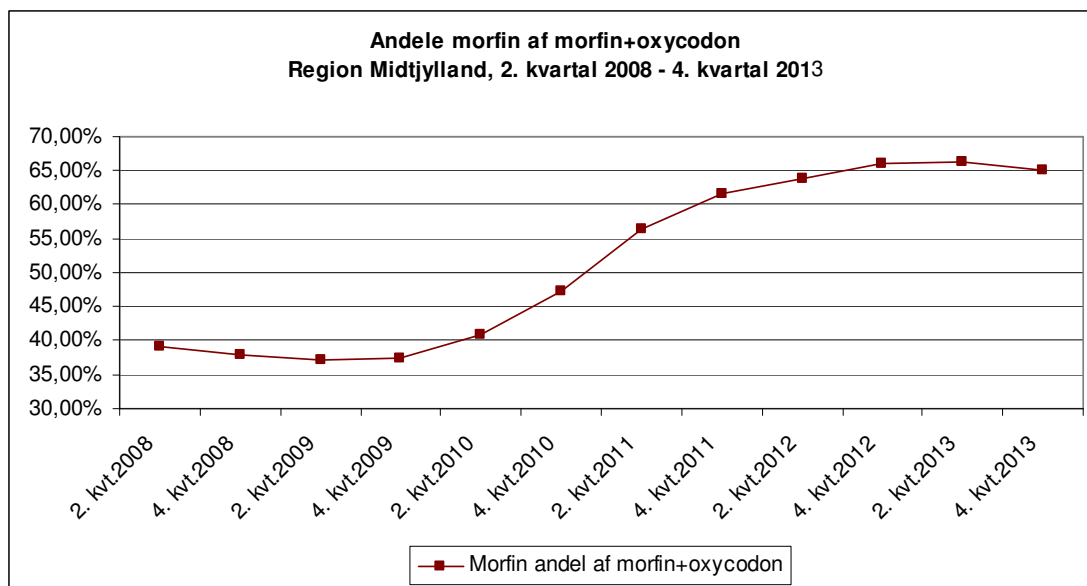
RLK's specialistgruppe for psykofarmaka blev i begyndelsen af 2013 bedt om at forholde sig til et stort forbrug af antidepressiv medicin (SSRI) i praksissektoren i Region Midtjylland. Sideløbende blev der etableret kontakt mellem Nære Sundhedstilbud og kvalitetsorganisationen ved psykiatrien i Region Midtjylland om initiativer til at bedre kvaliteten af ordination af psykofarmaka (særligt fokus på overdosering). En bred gruppe af repræsentanter for arbejdet med psykiatri besluttede at gøre psykiatri til et tema på RLK-mødet i december 2013.

Der arbejdes videre med indsatser, f.eks. blev der peget på opsporing af risikopatienter, medicingennemgang og behandlings- og opfølgingsplaner på udskrevne patienter.

Specialistgruppen, der skulle forholde sig til forbruget af SSRI, kom ikke nærmere en forklaring på, hvorfor forbruget i Region Midtjylland er så stort, og derfor er specialistgruppen blevet bedt endnu engang om at vurdere det. Gruppen er også blevet bedt om at komme med forslag til nedtrapning af SSRI-patienter.

2.6 Morfin/oxycodon

Målet for forbruget i DDD af morfin i forhold til summen af morfin og oxycodon blev sat til 80 %, både af faglige men også af økonomiske grunde og allerede i slutningen af 2011 var flere hospitaler tæt på at nå målet. Indsatsen er fortsat i 2013, selv om prisen nu er mere ensartet. Der er et større misbrugspotentiale ved anvendelse af oxycodon i forhold til morfin, hvilket var udmeldingen fra specialistgruppen for smerter i 2013, hvorfor man fortsætter mod at nå målet på 80%.



Figur 1. Morfin/(morfin + oxycodon) fra 2. kvartal 2008 til 4. kvartal 2013

Hospitalssektoren er med sine ca. 75 % tæt på målet, men også her er der betydelig variation, idet især en enkelt ortopædkirurgisk afdeling har været tilbageholdende med at tage anbefalingerne til sig. Der har været rettet henvendelse til afdelingen om at tilpasse sig anbefalingerne.

2.7 Rekommandationsliste og Basisliste

Den regionale Rekommandationsliste, som er en samling af anbefalede lægemidler til brug i hospitalssektoren, bliver sammensat efter indstilling fra møderne i efteråret i RLK's specialistgrupper. Herefter bliver der fra Den Regionale Rekommandationsliste

anbefalet ét basislægemiddel indenfor de store hovedgrupper af lægemidler til praksissektorens Basislisten.

Den regionale Rekommandationsliste kan findes på <http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Lægemidler/Forord%20og%20rekommandationsliste%202014.pdf> og Basislisten på www.basislisten.dk

3 Særlige indsatsområder hospitalssektor

3.1 Revision af medicineringsretningslinjer – 15 stk.

Gennem 2012 er der sket en omfattende revision af en større samling medicineringsretningslinjer i en arbejdsgruppe med lægefaglig direktør Claus Thomsen som formand for den gruppe, der er nedsat af RLK. Efter endt revision i sommeren 2012 kom der en ny version af Den Danske Kvalitets Model (DDKM version 2), hvorefter retningslinjerne måtte gås igennem på ny. Arbejdet blev afsluttet januar 2013.

3.2 Harmonisering af akutmæsser/hjertestopkasser

Efter et lokalt forlæg om akutmæsser er der etableret ensartede kasser i regionens hospitaler medio 2013. Den opgave er løst i RLK's arbejdsgruppe for akutmæsser.

4 Særlige indsatsområder praksissektor

4.1 Benzodiazepiner

	1. halvår 2011	1. halvår 2012	1. halvår 2013
Langtidsbrugere (antal): 180 DDD og derover ("mindst 1 om dagen")	9.248	8.825	8.207
Storbrugere og langtids- brugere (antal): 1080 DDD og derover ("mindst 6 om dagen")	98	89	66
Patient med det højeste forbrug (DDD)	6.200	7.000	3.340

Forbruget af benzodiazepiner falder fortsat, men der er stadigvæk i praksissektoren mange patienter, der er langtidsbrugere (mindst 1 DDD om dagen) og patienter, der får store mængder af benzodiazepiner (6 DDD og derover). Kontakt til disse patienters læger i foråret 2013 har resulteret i følgende:

Tabel 1. Antal af langtidsbrugere samt antal af langtidsbrugere og storbrugere af benzodiazepiner over 1. halvårene i 2011, 2012 og 2013. Desuden antal DDD for de patienter, der fik de højeste doser i 1. halvårene 2011, 2012 samt 2013.

4.2 ADHD-medicin

Region Midtjylland har fortsat landets højeste forbrug af metylphenidat, og forbruget er dobbelt så stort pr. indbygger sammenlignet med den region, der har det mindste forbrug i Danmark.

Der foreligger kun behandlingsvejledning for børn, som i øvrigt er under revision i Sundhedsstyrelsen (er dog netop sendt i høring). En behandlingsvejledning for voksne ser først dagens lys senere. Af disse årsager er det ikke muligt at stå fast på en øvre dosis, som man kan monitorere, men lokale speciallæger har udtalt, at en dosis på over 200 mg /dag næppe giver bedre behandling. Derfor blev der i efteråret 2013 sendt et brev til læger med patienter, der får over 200 mg/dag, med mulighed for at konferere med den speciallæge, der havde påbegyndt behandlingen. Brevet blev afsendt til 13 alment praktiserende læger med hver én patient og til 1 praktiserende speciallæge med 3 patienter. Indsatsen var afstemt med PLO-Midtjylland.

4.3 Astma/KOL

Den Regionale Lægemedelkomité har bedt specialistgruppen vurdere forbruget af lægemidler, se på inhalatorer og komme med forslag til indsatsområder i både primær- og sekundærsektoren.

Specialistgruppen har gennemgået forbruget af medicin i gruppe R, og der er et stort forbrug af inhalationssteroider til ældre – både i form af rene inhalationssteroider og kombinationspræparater. Desuden er der et stort forbrug af montelukast til ældre. Begge dele anses for uhensigtsmæssigt, så specialistgruppen foreslår, at der gøres en indsats for igen at sætte fokus på diagnostik og behandling af KOL og Astma.

Indsatsen planlægges primo 2014 i samarbejde mellem medicinteamet og specialistgruppe for astma/KOL.

4.4 Antibiotika

Der er et stigende forbrug af bredspektret antibiotika i Region Midtjylland, selv om der generelt set er et lavt forbrug af antibiotika i praksissektoren. Praksisanalysegruppen vil formidle data til specialistgruppen for infektionsmedicin, og der planlægges en indsats ift. udmelding fra specialistgruppen.

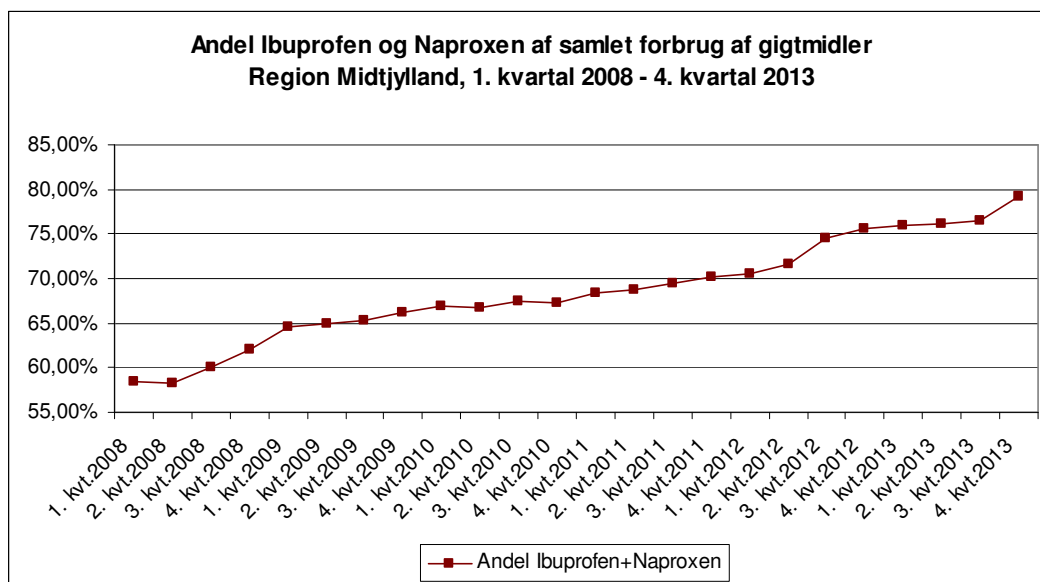
Der udsendes BOB-rapporter² med makrolider og bredspektret penicillin.

4.5 NSAID

Ibuprofen og naproxen er de NSAID-produkter, der har den mindst ringe konsekvens for patientsikkerheden. Der har været ført indsatser for at prioritere disse to

² BOB-lister er oversigter over den enkelte praksis' forbrug af medicin på udvalgte områder.

lægemidler frem for andre NSAID-præparater f.eks. gennem kampagner med BOB-rapporter. Målet på 90% (ibuprofen og naproxen) er ikke nået endnu.



Figur 2. Ibuprofen/(Ibuprofen + naproxen) i perioden 1. kvartal 2008 til 4. kvartal 2013

5 Lægemedeludgifter

5.1 Lægemedeludgifter Region Midtjylland

Lægemedeludgifterne i Region Midtjylland har i 2012 og 2013 været:

Omkostninger mio. kr.	2012	2013
Primær sektor (tilskud mio. kr.)	1413	1277
Hospitals-/sekundær sektor (indkøb mio. kr.)	1458	1549
I alt (mio. kr.)	2871	2826

Kilde: Praksisområdet og hospitalsområdet: Region Midtjyllands økonomisystem ØS-indsigt

Tabel 2. Udgifter til tilskud til lægemidler i primærsektoren og udgifter til indkøb af lægemidler i sekundærsektoren.

I Region Midtjylland ses et fald i udgifter til lægemidler fra 2012-2013. Årsagen er primært patentudløb og prisfald som følge af krisen i Sydeuropa, hvilket har åbnet op for yderligere parallelimport.

På hospitalsområdet ses en stigning i udgiften til lægemidler fra 2012 til 2013. En stor del af stigningen skal ses som følge af, at Region Midtjylland har implementeret en række nationalt anbefalede behandlingsvejledninger, herunder særligt fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS).

6 Den Regionale Lægemedielkomite (RLK)

6.1 Kommissorium RLK

Den Regionale Lægemedielkomité har ultimo 2013 fået nyt kommissorium:

Den Regionale Lægemedielkomite i Region Midtjylland nedsættes af og refererer til Strategisk Sundhedsledelsesforum.

Den Regionale Lægemedielkomite har tilknyttet specialistgrupper inden for forskellige terapeutiske områder samt to analysegrupper (hospitals- og praksisanalysegrupperne).

Lægemedielkomitéen arbejder sammen med implementeringsgrupper på hospitalerne og i almen praksis med implementering.

Målsætning

Den Regionale Lægemedielkomite har til opgave at træffe strategiske beslutninger på lægemiddelområdet i Region Midtjylland med henblik på at sikre ensartet og patientsikker brug af lægemidler på hospitaler og på praksisområdet med afvejning af behandlingseffekter, bivirkninger og patientsikkerhed i forhold til økonomi.

Målet er endvidere at sikre ensartet brug af lægemidler i de to sektorer med henblik på sammenhængende patientforløb.

Desuden er målet at initiere og vedligeholde regionale behandlingsvejledninger udarbejdet af specialerådene.

Endvidere skal Lægemedielkomiteen bidrage til effektiv implementering af og opfølgning på nationale og regionale behandlingsvejledninger i samarbejde med klinikere.

I lægemiddelkomitéens arbejde inddrages sundhedsøkonomiske analyser af medicinområdet i det samlede sundhedsvæsen.

Opgaver

Den Regionale Lægemedielkomite har følgende opgaver:

Regionale retningslinjer

I Region Midtjylland skal der være en opdateret fælles regional rekommandationsliste, herunder en regional basisliste som en delmængde af rekommandationslisten.

Der skal være fælles retningslinjer for medicinering på hospitalerne, og der skal være vejledninger i ordination af lægemidler til brug på praksisområdet.

Lægemiddelkomiteen skal udarbejde regionale behandlingsvejledninger i nødvendigt omfang, og komiteen skal sikre deltagelse i udarbejdelse og organisering af nationale retningslinjer via eksempelvis RADS og KRIS.

”Det vågne øje” - Monitorering af medicinforbrug i regionen

Medicinforbruget på hospitalerne og praksisområdet overvåges kvartalsvist gennem de to analysegrupper.

Der holdes et særligt øje med medicinforbruget i forhold til rekommandations- og basislister samt i forhold til vedtagne anbefalinger/ retningslinjer og indsatser.

Indsatser på andre konkrete områder

Den Regionale Lægemiddelkomite iværksætter indsatser på andre konkrete områder med henblik på at forbedre kvalitet og økonomi, f.eks. vedr. særlig dyr medicin, sektorovergange, medicingennemgang, afhængighedsskabende medicin samt polyfarmaci.

Rådgivning

Lægemiddelkomiteen rådgiver direktionen, Strategisk Sundhedsledelsesforum, de enkelte hospitaler, praksisområdet, private apoteker og evt. patienter og borgere.

Formidling

Lægemiddelkomiteen udarbejder målrettet formidling om komiteens arbejde. Det indgår heri, at der i forbindelse med implementering af behandlingsvejledninger i hospitaler og på praksisområdet kan afholdes undervisning og efteruddannelsesaktiviteter.

Komiteen udarbejder hvert år en årsrapport til Strategisk Sundhedsledelsesforum.

Samarbejde

Den Regionale Lægemiddelkomite samarbejder regionalt med relevante parter, fx Embedslægeinstitutionen, specialerådene, PLO-Midtjylland, private apoteker, Lederforum for Kvalitet og Klinikforum.

På det nationale niveau samarbejder komiteen med fx Sundhedsstyrelsen, Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF), RADS, KRIS, AMGROS og andre regioners lægemiddelkomiteer.

Lægemiddelkomiteen inddrages i forbindelse med indførelse af IT, fx det Fælles Medicinkort og EPJ.

Sammensætning

Se nedenfor

Der udpeges suppleanter. Ved fravær indkaldes suppleanterne. I forbindelse med særlige sager kan ad hoc inviteres personer med særlig ekspertise, f.eks. formænd for specialistgrupperne, privat apoteker eller repræsentanter fra kommunerne.

Habilitet

Ved 1. møde i Lægemiddelkomiteen skriver det enkelte medlem (eller suppleant) under på, at vedkommende er habil i henhold til Sundhedsstyrelsens "Vejledning om lægers og tandlægers pligt til at søge om tilladelse til at være tilknyttet en lægemiddelvirksomhed". Reglerne gælder alle medlemmer uanset faglig baggrund.

Sekretariat

Nære Sundhedstilbud varetager sekretariatsfunktionen. Opgaven varetages i samarbejde med faglige kompetencer fra Klinisk Farmakologisk Afdeling, Hospitalsapoteket og Sundhedsplanlægning.

Opgaver

Sekretariatet modtager og sagsbehandler alle henvendelser. Sekretariatet arbejder tæt sammen med formanden om udarbejdelse af sagsfremstillinger og dagsorden til Den Regionale Lægemiddelkomites møder.

Sekretariatet understøtter komiteen med bl.a. følgende kompetencer:

- Faglig viden vedr. lægemidler
- Sundhedsøkonomiske kompetencer
- Data- og analysekompetence
- Sekretariats- og formidlingskompetence

6.2 Medlemmer af RLK

Komiteen har 15 medlemmer, der på forskellig vis repræsenterer både primær- og sekundær-sektoren:

Formandskab	
1 cheflæge (udpeget af Direktionen)	Jørgen Schøler Kristensen
Hospitaler, herunder hospitalsapoteker	
1 cheflæge (udpeget af Strategisk Sundhedsledelsesforum)	Claus Thomsen
1 hospitalsapoteker (udpeget af Hospitalsapotekerne)	Henny Jørgensen
Praksisområdet	
1 privatpraktiserende speciallæge (udpeget af FAPS-Midtjylland)	Endnu ikke udpeget
2 praktiserende læger (udpeget af Praksisudvalget)	Margit Højland og Peter Stokvad
Øvrige medlemmer	
1 psykiatrisk speciallæge (udpeget fra Specialistgrupperne)	Sune Straszcek

1 medicinsk speciallæge (udpeget fra Specialistgrupperne)	Jens Møller
1 anæstesiologisk speciallæge (udpeget fra Specialistgrupperne)	Michael Lindhart Rasmussen
1 klinisk farmakolog (fra Klinisk Farmakologisk Afdeling)	Eva Aggerholm Sædder
1 hospitalsfarmaceut (udpeget af Hospitalsapotekerne)	Trine Bjerregaard
1 regional lægemiddelkonsulent (udpeget af Nære Sundhedstilbud)	Ann Johnsen/Birgit Toft
1 repræsentant fra direktionen (Udpeget af Direktionen)	Christian Boel
1 repræsentant fra Sundhedsplanlægning (udpeget af Sundhedsplanlægning)	Flemming Bøgh Mikkelsen
1 repræsentant fra Nære Sundhedstilbud	Birgitte Haahr

6.3 Rekommandationslister

Rekommandationslisten

Region Midtjylland har en omfattende rekommandationsliste over lægemidler, som i udgangspunktet er beregnet for hospitalerne til brug ved valg af præparater til en ukompliceret patient ved nyordination, og hvor substitution er relevant.

Basislisten

Derudover har vi Basislisten, som er et begrænset udvalg af lægemidler fra Rekommandationslisten og beregnet for brug i almen praksis som et let tilgængeligt og overskueligt hjælpemiddel i det daglige kliniske arbejde.

Basislisten er et redskab primært til brug ved nyordinationer, eller hvis man ønsker at ændre til en mere rationel behandling (billigste præparat blandt virkningsmæssigt ligeværdige).

Der er generelt kun anført 1 præparat for hver gruppe på listen.

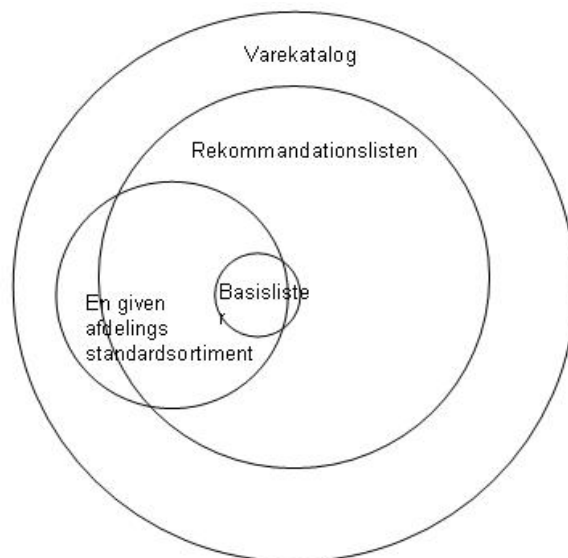
Basislisten er tilgængelig på <http://www.basislisten.dk/Midtjylland/>

De praktiserende læger har i de fleste elektroniske lægemiddelsystemer mulighed for at gå direkte til basislisten. Basislisten indeholder links til relevante behandlingsvejledninger.

Standardsortimentslister

De enkelte afdelingers sortiment er sammensat af en delmængde fra Rekommandationslisten for hospitalerne, suppleret med lægemidler der er karakteristiske for afdelingens speciale.

Den indbyrdes relation mellem en hospitalsafdelings standardsortiment, basislisten, rekommandationslisten og varekatalog er illustreret skematisk på figuren nedenfor:



Den indbyrdes relation mellem en hospitalsafdelings standardsortiment, basislisten, rekommandationslisten og varekatalog.

7 Specialistgrupper og ny organisation

7.1 Specialistgrupperne

RLK's specialistgrupper har været igennem en omfattende ændring i 2013, og der er netop ved årets udgang udarbejdet nyt kommissorium for både Lægemiddelkomiteen og de tilhørende specialistgrupper. Der har i 2013 været nedsat en arbejdsgruppe, der skulle komme med forslag til organisering af specialistgrupperne.

Specialistgrupperne er nu etableret efter terapeutiske områder, og listen nedenfor viser navnene på de nye specialistgrupper:

Gastroenterologi	Knogler og mineraler
Diabetes	Smerter
Koagulation	Psykiatri
Blodmangel	Astma/KOL
Kardiovaskulære system	Sanseorganer
Dermatologi	Reumatologi
Hormoner	Neurologi
Infektionssygdomme	Geriatrici

Desuden er der fire områder, som kun har en formand/kontaktperson, og som RLK kan kontakte, hvis der opstår behov for det. De fire områder er: Cancer, Anæstesi, Røntgen og Gynækologi.

Endelig er der for tiden tre arbejdsgrupper:
Medicineringsretningslinjer, Akutkasser og Sektor-overgange.

7.2 Nyt kommissorium for specialistgrupperne

Den Regionale Lægemiddelkomité's arbejde suppleres af regionale specialistgrupper inden for de terapeutiske hovedområder (efter indikationer). Specialistgrupperne er grupper, der inviteres og involveres i komiteens arbejde med bl.a. lægemiddelrekommandationer, vejledninger og forslag til indsatser på lægemiddelområdet, både på hospitals- og praksisområdet.

Specialistgrupperne er bredt sammensatte, så de dækker arbejdet både i primær- og sekundærsektoren.

Udover specialistgrupper kan der etableres særlige arbejdsgrupper, som ikke er nedsat på baggrund af terapiområder, men kan være tværgående, fx arbejdsgruppen for medicineringsretningslinjer.

Sammensætning

Specialistgrupperne sammensættes, så der sikres repræsentation fra relevante specialer og sektorer, bilag 1.

Specialist- og arbejdsgrupperne kan have deltagere med andre særlige indsigter og kan invitere specialister til særlige opgaver.

Den enkelte specialistgruppe sammensættes af:

- Min. 3 speciallæger fra de involverede specialer med interesse i lægemiddelområdet udpeget af specialerådene. Min. 1 skal være medlem af specialerådet.
- 1 praktiserende læge udpeget af PLO-Midtjylland (gerne praksiskonsulent) til de grupper, hvor det er relevant. I nogle af grupperne kan det være relevant, at den praktiserende læge alene deltager ad hoc.
- 1 klinisk farmakolog fra Klinisk Farmakologisk Afdeling
- 1-2 farmaceuter fra Hospitalsapoteket
- 1 regional lægemiddelkonsulent fra Nære Sundhedstilbud, hvor det er relevant

Formandskabet

Formanden i en specialistgruppe udpeges af Den Regionale Lægemiddelkomite blandt de lægelige medlemmer i specialistgruppen. Næstformand er den kliniske farmakolog.

Sekretariatsfunktion

Den Regionale Lægemiddelkomité's sekretariat varetager sekretariatsfunktionen for specialist- og arbejdsgrupperne efter en samarbejdsaftale mellem Nære Sundhedstilbud og Hospitalsapoteket. Specialistgruppernes korrespondance og ydelser, herunder datafremstilling, skal være ensartede.

Der kan holdes formøder mellem formand, klinisk farmakolog og farmaceut fra hospitalsapotek efter behov.

Sekretariatet sikrer den fornødne aktivitet og dataunderstøttelse i specialistgrupperne.

Opgaver for specialistgrupperne

- Anbefaler sortiment (rekommandationer) på et rationelt, patientsikkert og økonomisk grundlag koordineret med EU-licitationer, der hvor der ikke er nationale anbefalinger såsom RADS, KRIS eller Nationale vejledninger.
- Specialistgrupperne kan selvstændigt tage initiativer og komme med forslag til indsatser på lægemiddelområdet og forelægge for RLK.
- RLK kan bede specialistgrupperne om at forholde sig til et lægemiddel, en mediebegivenhed eller et andet forhold, der vedkommer sygdomsområdet.
- Specialistgrupperne kan inddrages i implementeringsmøde omkring RADS- og KRIS-vejledninger.
- Vurderer nye lægemidler og behandlinger i forhold til nuværende.
- Gennemgår og kommenterer mini MTV'er.
- Forholde sig til og kommenterer forbrugsmønstre på præparater i det givne terapeutiske område, både i primær- og sekundærsektoren, med henblik på rationel farmakoterapi.
- Drøftelse i specialistgrupperne af de to analysegruppers forbrugsrapporter (særligt hvor der er resultater af indsatser, der bl.a. er initieret af specialistgrupperne)
- Medvirker til udarbejdelse af og vedligeholdelse af behandlingsvejledninger fra specialerådene.
- Inddrager rapporter om utilsigtede hændelser i sortimentsvurderingerne.
- Inddrager viden om bivirkninger i sortimentsvurderingerne

Mødefrekvens

Specialistgrupperne mødes 1-2 gange årligt, bl.a. til en drøftelse af forbrugsanalyser og udarbejdelse af forslag til Den Regionale Rekommandationsliste og basisliste. Hvis det af formandskabet skønnes relevant kan der afholdes flere møder til bl.a. det løbende arbejde med at overvåge og justere lægemiddelområdet (se opgavelisten ovenfor). Opgaver kan også løses via mail.

Formanden og næstformanden kan løbende vurdere, om opgaver skal løses ved, at hele specialistgruppen skal involveres eller om opgaven kan løses af formandskabet. Der kan etableres undergrupper efter behov.

Habilitet

Ved 1. møde i en specialistgruppe skriver det enkelte medlem under på, at vedkommende er habil i henhold til Sundhedsstyrelsens "Vejledning om lægers og

tandlægers pligt til at søge om tilladelse til at være tilknyttet en lægemiddelvirksomhed". Reglerne gælder alle medlemmer uanset faglig baggrund.

Kommunikation mellem RLK, specialistgrupper og specialeråd

Referat af RLK-møder tilsendes formændene for specialistgrupperne. I tilfælde af, at dagsordenspunkter til RLK-møder vedrører en specialistgruppe, inviteres formanden for den pågældende specialistgruppe til at deltage i RLK-mødet.

Udarbejdelse af materiale i en specialistgruppe, f.eks. data og udtalelser, sendes til formanden i de specialeråd, som har medlemmer i den pågældende specialistgruppe.

Implementering

De enkelte hospitalsledelser og Nære Sundhedstilbud har ansvaret for at implementere beslutninger fra Den Regionale Lægemiddelkomite og at følge op på igangsatte initiativer.

De indsatser, der iværksættes af Den Regionale Lægemiddelkomite skal iværksættes i begge sektorer med assistance fra klinikere og implementeringsgrupper (f.eks. lokal lægemiddeludvalg, kvalitetsråd, medicinteam, praksiskonsulenter etc.).

Sekretariatsbetjening af specialistgrupperne

Specialistgrupperne sekretariatsbetjenes af RLK-sekretariatet, som skal sikre, at der ydes kvalitet, fremdrift og kontinuitet i specialistgrupperne. RLK-sekretariatet, der kan eksistere på flere matrikler, må koordinere indbyrdes for at aftale arbejdsflader og lægge strategier. Det er særligt vigtigt at koordinere ift. RLK's to analysegrupper. RLK-sekretariatets farmaceuter, farmakonomer og sekretærer varetager de daglige sekretariatsopgaver og betjener sig i øvrigt af klinisk farmakolog og specialkonsulenter i den udstrækning, der er behov for det. RLK-sekretariatet organiseres efter aftale mellem Nære Sundhedstilbud og Hospitalsapoteket og i øvrigt efter de behov, som RLK og specialistgrupperne har.

Der skal udarbejdes standardmateriale (skabeloner) til dagsorden, referater, data/statistik, og der skal i øvrigt sikres en ensartet sekretariatsbetjening af specialistgrupperne.

Faglige opgaver for RLK-sekretariatet

- Formulerer opgaver og spørgsmål fra RLK til behandling i specialistgrupperne – med svarfrist - f.eks. om forbrug, rekommandationsliste, basisliste, nationale og regionale retningslinjer.
- Sikrer, at de enkelte specialistgrupper får tilsendt høringer og nødvendigt datagrundlag fra analysegrupperne og sekretariatet vedr. rekommandationer mm.
- Indkalder formænd for specialistgrupperne til RLK-møder, hvis der er relevante emner.

- Sender RLK-dagsorden, referat, kvartalsrapporter samt andre relevante informationer til formændene for specialistgrupperne.
- Følger op på, at opgaver i specialistgrupperne løses til tiden, så den fornødne fremdrift kan opnås.
- Koordinerer arbejdet mellem specialistgrupperne, så f.eks. rekommandationslisten og basislisten sammensættes rettidigt og tilfredsstillende.
- Implementerer eller medvirker til implementering af anbefalinger og vejledninger udarbejdet af specialistgrupperne eller specialerådene.

Koordinerende opgaver

- Koordinerer udpegning af læger fra specialerådene til specialistgrupperne og sørger for, at grupperne har de nødvendige medlemmer.
- Koordinerer årshjul/strategier med gruppernes kliniske farmakologer og farmaceuter ca. 2 gange årligt eller ved behov.
- Sikrer, at det tværsektorielle aspekt er inddraget i anbefalinger og vejledninger.
- Kvalitetssikrer udmeldinger og resultater fra specialist- og arbejdsgrupperne (er opgaven løst, er målet nået etc.) til videreformidling til RLK rettidigt og i en passende form.

Formidlingsopgaver

- Har overblik over, hvad der sker i specialistgrupperne.
- Formidler resultater opnået i specialistgrupper til f.eks. ledelser, kvalitetsorganisationer, analysegrupper, hospitalsapoteker, medicinteam, specialeråd og praksisudvalg.
- Udsender og formidler rekommandationsliste og basisliste.
- Arrangerer undervisning af hospitalspersonale ved behov i samarbejde med hospitalernes kvalitetsorganisationer.
- Formidler og initierer undervisning i forhold til praksissektoren i samarbejde med de regionale lægemiddelkonsulenter i Nære Sundhedstilbud.

Proaktivitet

- Inspirerer til, at specialistgrupperne agerer proaktivt og formulerer egne opgaver.
- Skaber opmærksomhed omkring specialistgrupperne.

- Inviterer til årligt dialogmøde mellem RLK og formændene for specialistgrupperne for at drøfte kommende opgaver og strategier.

8 Kommende opgaver i RLK

Arbejdet i RLK's to analysegrupper med fokus på økonomi og kvalitet vil have høj prioritet i 2014.

Der arbejdes fortsat på at forbedre kvaliteten af kvartalsrapporterne, som er opdelt i en rapport om hospitalsforbruget og en rapport om forbruget i praksissektoren. Arbejdet i RLK i 2014 vil gå ud på at

- implementere yderligere nye behandlingsvejledninger fra RADS og KRIS
- løbende iagttage faktorer med indflydelse på lægemiddelforbruget, f.eks. tilskudsændringer og patentudløb
- videreudvikle samarbejdet med specialistgrupper og specialeråd om behandlingsvejledninger
- initiere samarbejde med privatpraktiserende speciallæger i psykiatri
- fokus på udvalgte temaer til møderne i RLK
- videreudvikle samarbejdet med embedslægen omkring afhængighedsskabende medicin
- planlægge og etablere mere effektiv indberetning af bivirkninger
- fokusere på rationel farmakoterapi, herunder polyfarmaci, overmedicinering af afhængighedsskabende lægemidler og seponering
- udarbejde vejledning mm. om dosisdispensering
- udarbejde vejledning i ordination af lægemidler i praksissektoren
- formidle Lægemiddelkomiteens arbejde