

Landstingsrevisionen

Landstingsstyrelsen

Granskning av Landstingets styrning av läkemedelsförskrivning

Landstingets revisorer har, med hjälp av sakkunnigt biträde, granskat landstingets styrning av läkemedelsförskrivning. Syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställer att styrningen av läkemedelsförskrivningen sker på ett ändamålsenligt sätt.

Resultatet av granskningen framgår av bifogad granskningsrapport ”Landstingets styrning av läkemedelsförskrivningen”, daterad november 2012, som härmed överlämnas.

Revisorernas bedömning

Revisorernas sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen i många delar säkerställer att styrningen av läkemedelsförskrivningen sker på ett ändamålsenligt sätt. Beträffande läkemedel för äldre är den övergripande bedömningen att styrningen ännu inte fått avsedd effekt.

Styrningen bedöms dock kunna utvecklas framför allt genom att företrädare för läkemedelskommittén i större utsträckning tar en dialog om förändrad läkemedelsförskrivning med läkarna på vårdcentralerna

Den övergripande bedömningen grundar sig på nedanstående resultat och bedömningar.

- Det finns tydliga och mätbara mål för läkemedelsförskrivningen. Målen är även kända och uppfattas som relevanta av läkarkåren
- En mängd åtgärder vidtas som leder till en bromsad kostnadsutveckling och en god läkemedelsanvändning

- Det finns strategier i form av ett balanserat styrkort, samt handlingsplaner för läkarkommitténs arbete. Däremot saknas en struktur för uppföljning och återkoppling vad gäller strategierna och målen
- Läkemedelskommittén har den legitimitet som krävs för att påverka förskrivningen.
- Läkemedelskommitténs och läkemedelssektionens stöd till verksamheterna är i stort sett bra. Från verksamheterna efterfrågas dock ett mer utåtriktat och uppsökande arbetssätt. En vidareutveckling kan ske av stödet för att förändra läkemedelsförskrivningen
- Uppdraget för läkemedelsgrupperna/råden på respektive sjukvårdsområde uppfattas som oklart i förhållande till läkemedelskommitténs uppdrag
- Läkemedelskommittén tar årligen fram förskrivningsmål för att följa upp läkemedelsanvändningen. Resultatet av förskrivningsmålen indikerar att utvecklingen inom vissa läkemedelsområden går åt rätt håll, men att det kommer att ta tid innan måluppfyllelse nås. Resultaten vad gäller läkemedel för äldre är inte tillfredsställande. Landstinget i Jönköping har, i jämförelse med övriga landsting, en hög andel äldre med många mediciner och en markant högre andel äldre med olämpliga läkemedel. En gemensam handlingsplan gällande äldre och läkemedel finns för landstinget och kommunerna i länet.
- Andelen patienter med polyfarmaci i den medelålders befolkningen och bland barn och unga i landstinget är okänd i landstinget.
- Återrapportering av insatser och måluppfyllelse sker till landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige i samband med delårsrapport och årsredovisning. Fullmäktige får en återkoppling av resultatet från de öppna jämförelserna. Styrelsen och fullmäktige bedöms därmed få en tillfredsställande rapportering av utfallet. En utveckling kan dock ske av återrapporteringen av effekterna av de insatser som vidtagits och vilken utsträckning de leder till att målen uppnås.

Revisorernas rekommendationer

Revisorerna rekommenderar

- att läkemedelskommitténs reglemente, som är från år 2003, snarast revideras samt att en översyn av reglementet därefter görs i samband med nya mandatperioder

- att styrningen av läkemedelsförskrivningen till äldre vidareutvecklas för att minska andelen med olämpliga läkemedel samt så långt möjligt även andelen med polyfarmaci
- att området polyfarmaci vad gäller i synnerhet barn men även medelålders uppmärksammas, för att få en samlad kunskap om omfattningen och därmed eventuella behov av åtgärder
- att styrningen av förändringar i läkemedelsförskrivningen vidareutvecklas, genom att läkemedelskommitténs dialog med framför allt vårdvalsverksamheterna ytterligare intensifieras vad gäller terapival
- att läkemedelskommitténs arbete och resultat sammanställs i en årlig verksamhetsberättelse som tillställs landstingsstyrelsen
- att uppföljningen av läkemedelskommitténs arbete, utifrån strategier och mål, utvecklas.

Frågor till landstingsstyrelsen

- Vilken bedömning gör landstingsstyrelsen av följsamheten till de mål som läkemedelskommittén upprättat?
- Hur ser landstingsstyrelsen på det resultat landstinget i Jönköping har beträffande läkemedelsförskrivningen till äldre?
- Vilka åtgärder avser landstingsstyrelsen vidta för att förbättra resultatet vad gäller läkemedel för äldre?
- Hur ser landstingsstyrelsen på att andelen patienter med polyfarmaci i den medelålders befolkningen och inte minst bland barn och unga uppges vara okänd i landstinget? Avser landstingsstyrelsen vidta några åtgärder för att förändra detta mot bakgrund av ändringen i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshanteringen i hälso- och sjukvården?
- Vilka åtgärder kommer landstingsstyrelsen i övrigt att vidta till följd av granskningens resultat och revisorernas rekommendationer?

Svar från landstingsstyrelsen

Revisorerna önskar senast 2013-04-26 svar på ovanstående frågor.

Doris Johansson
Ordförande

Arnold Carlzon
Vice ordförande

Revisionsrapport

Landstingets styrning av läkemedelsförskriv- ningen

Landstinget i Jönköpings län

Jean Odgaard, Cert.
kommunal revisor
November 2012



Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Uppdrag och revisionsfråga	5
1.3. Metod och genomförande	5
2. Utgångspunkter	7
3. Granskningsresultat	8
3.1. Inledning	8
3.2. Organisation	8
3.3. Styrning och uppföljning av läkemedelsförskrivningen	10
3.3.1. Mål	10
3.3.2. Strategier	10
3.3.3. Styrning	11
3.3.4. Åtgärder för en förändrad förskrivning	14
3.3.5. Resultat per september 2012	16
3.4. Polyfarmaci/multimedcinering	16
3.5. Åtterrapporering till styrelse och fullmäktige	17
4. Analys och revisionell bedömning	19

Sammanfattning

På uppdrag av revisorerna i Jönköpings läns landsting har PwC granskat om landstingsstyrelsen säkerställer att styrningen av läkemedelsförskrivning sker på ett ändamålsenligt sätt?

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Kartläggning har skett av landstingets organisation, riktlinjer och relevanta dokument för styrning och uppföljning av läkemedelsförskrivning. Intervjuer har genomförts med hälso- och sjukvårdsdirektör och företrädare från Läke-medelskommittén. Vidare har företrädare från Jönköpings- och Värnamo sjukhusområden samt länets vårdvalsverksamhet intervjuats.

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen i många delar säkerställer att styrningen av läkemedelsförskrivningen sker på ett ändamålsenligt sätt. Det finns tydliga mål för läkemedelsförskrivningen. Styrningen kan framför allt utvecklas genom att företrädare från läke-medelskommittén i större utsträckning tar en dialog om en förändrad läkemedelsförskrivning med läkarna inom vårdvalsverksamheten. Styrningen vad gäller läkemedel för de äldre har ännu inte fått avsedd effekt.

Den sammanfattande bedömningen baseras på iakttagelser och bedömningar för respektive delfrågor.

Är organisation och ansvar för arbetet med läkemedelsfrågor ändamålsenligt och tydligt?

Organiseringen av läke-medelskommittén inom landstingets linjeorganisation uppfattas inte vara ett problem när det gäller dess ställning som oberoende rådgivningsorgan inom läke-medelsområdet. Läke-medelskommitténs reglemente är från år 2003. Vi rekommenderar att en översyn av reglementet bör ske av styrelsen vid ny mandatperiod för att tillförsäkra aktualitet.

Av granskningen framgår att läke-medelskommittén har den legitimitet som krävs för att påverka förskrivningen. Verksamheterna efterlyser dock ett mer utåtriktat och uppsökande arbetssätt.

Det finns en otydlighet vad gäller läke-medelsgruppernas uppdrag i förhållande till läke-medelskommittén.

Hur sker styrning av läkemedelsförskrivningen? Finns tydliga och mätbara mål och strategier för läkemedelsförskrivningen? Hur sker uppföljning? Är mål och strategier kända i organisationen?

Styrningen av läke-medelsförskrivningen sker på olika sätt. Det finns tydliga och mätbara mål för läke-medelsförskrivningen. Av genomförd granskning framgår också att dessa är kända och uppfattas som relevanta inom läkarkåren.

Det finns strategier i form av ett balanserat styrkort samt handlingsplan för läkemedelskommittén. Det saknas i nuläget en struktur för uppföljning och återkoppling vad gäller läkemedelskommitténs strategier och mål. På förvaltnings- och verksamhetsnivå finns begränsat med strategidokument kopplat till läkemedelsförskrivning.

Av granskningen framgår att den enskilde förskrivaren påverkas genom kunskapsstyrning. Vi menar att styrningen av läkemedelsförskrivningen kan utvecklas genom att landstingsstyrelsen genom läkemedelskommittén i ökad utsträckning tar dialogen vad gäller terapival inom framför allt vårdvalsverksamheten. Ett sådant arbete sker idag. Vi menar att detta inte har genomförts i tillräcklig utsträckning utan behöver utvecklas och intensifieras.

Resultat av förskrivningsmål per september 2012 indikerar att utvecklingen för vissa läkemedelsområden går åt rätt håll. Det kommer dock att ta tid innan målfyllelse uppnås. Resultat vad gäller läkemedel för de äldre är fortfarande inte tillfredsställande.

Hur uppmärksammas och hanteras risker vid polyfarmaci/ multimediering?

Av granskningen framgår att polyfarmaci för äldre är uppmärksammat i organisationen. Det är rimligt då landstinget i jämförelse med övriga riket har en hög andel äldre med många mediciner, och en markant högre andel äldre med olämpliga läkemedel. Området finns också med som ett av förskrivningsmålen år 2012. Det finns en handlingsplan för äldre och läkemedel tillsammans med länets kommuner.

När det gäller övriga åldersgrupper har polyfarmaci inte uppmärksamats som ett problem i landstinget. Förekomsten anses vara begränsat till patienter med flera diagnoser, patienter med smärtproblematik samt psykiatripatienter. PwCs granskning ger heller inget underlag för att det skulle vara ett problem. Andelen patienter med polyfarmaci i den medelålders befolkningen och bland barn och unga i landstinget är idag okänd.

Mot bakgrund av att t ex antalet potentiella läkemedelsinteraktioner ökar exponentiellt med antalet läkemedel och att socialstyrelsen i nu gällande föreskrift anger att vårdgivare ska erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enkel läkemedelsgenomgång kan det finnas anledning att ta reda på hur stor omfattning av polyfarmaci är i alla åldersgrupper. Vi rekommenderar därför att ett sådant underlag tas fram och analyseras.

Är stödet till verksamhetscheferna tillräckligt när det gäller läkemedelsfrågor?

Av granskningen framgår att läkemedelskommittén och läkemedelssektionen utgör ett gott stöd till länets verksamhetschefer. Vår bedömning är att stödet till verksamhetscheferna i stort sett har varit bra. Verksamhetscheferna har regelbundet fått uppföljningsstöd avseende förbrukning av läkemedel. Vad som kan utvecklas är stödet för att förändra läkemedelsförskrivningen. Detta har fungerat genom exem-

pelvis strategier vad gäller antibiotikaförskrivning. Vidare är det viktigt att skapa förutsättningar för den medicinske rådgivaren då verksamhetschefen inte är läkare.

Sker det en tillfredsställande återrapportering av insatser och måluppfyllelse till styrelse och fullmäktige?

Återredovisning till styrelse och fullmäktige sker i form av delårsrapport och årsredovisning. Företrädare för läkemedelskommittén ger även vid behov muntlig rapportering till landstingsstyrelsen och planeringsdelegationen. Fullmäktige ges årligen en återkoppling vad gäller resultaten från de öppna jämförelserna.

Vår uppfattning är att fullmäktiges mål avseende läkemedelskostnader och indikatorer i öppna jämförelser redovisas på ett tillfredsställande sätt. Någon återrapportering av måluppfyllelse avseende miljöaspekter för läkemedel kommer dock inte att ges.

Vi bedömer att landstingsstyrelsen och fullmäktige får en tillfredsställande rapportering av utfallet. Det som kan utvecklas är återrapportering av effekterna för de insatser som har vidtagits och i vilken utsträckning dessa insatser leder till önskvärd måluppfyllelse. Läkemedelskommitténs arbete och resultat bör därför sammanställas i en årlig verksamhetsberättelse och tillställas styrelsen.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Läkemedel är den helt dominerande terapiformen inom hälso- och sjukvården och för många individer en livsnödvändig del av vardagen. Läkemedel används bland annat för att förebygga, bota och lindra sjukdom. En förutsättning för att förskrivningen av läkemedel sker ändamålsenligt är att förskrivaren har god kunskap om de läkemedel finns och hur de bör användas. Läkemedel representerar i Sverige idag ca 13 % av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna och en lika stor kostnadsandel bedöms läkemedelsrelaterade problem medföra, t ex inläggningar på sjukhus som är primärt orsakas av läkemedelsbiverkningar eller läkemedelsinteraktioner.

Samtidig användning av olika läkemedel, sk polyfarmaci eller multimedcinering, är en rationell terapi med odiskutabla fördelar för många individer, men är också en välkänd riskfaktor för patienter hälsa pga ökad risk för potentiella biverkningar, läkemedelsinteraktioner och avtagande följsamhet till läkemedelsordination. Vanligtvis anges fem eller fler läkemedel som ett gränsvärde för klinisk relevant polyfarmaci och tio eller fler brukas som gränsvärde för ”extrem” eller ”överdriven” polyfarmaci.

I Sverige är andelen individer med multimedcinering relativt sett hög i alla åldrar. Under ett år i Sverige får ca 2,3 miljoner individer (24 % av befolkningen) fem eller flera olika receptförskrivna läkemedel, och 0,8 miljoner individer (9 % av befolkningen) 10 eller fler olika receptförskrivna läkemedel. Av Sveriges befolkning har 30 % av kvinnorna och 19 % av männen fem eller flera läkemedel och 2/3 av individerna med fem eller fler läkemedel och hälften av individerna med 10 eller fler läkemedel är under 70 år¹. Multimedcinering kan därför betraktas som en riskfaktor för patienter i alla åldersgrupper. Den största ökningen av andelen individer med samtidig användning av fem eller fler läkemedel uppvisade barn och unga i åldersgruppen 10-19 år.²

Styrning av läkemedelsförskrivningen i vården är en komplex fråga för ett landsting att hantera och det finns betydande risker involverade vid en bristande styrning.

Några av dessa risker anges nedan:

- Förskrivarens val av icke rekommenderade läkemedel som ligger utanför den vetenskapliga basen kan äventyra patientsäkerheten och kan även få negativa ekonomiska konsekvenser.
- Nya och dyra läkemedel kan introduceras utan någon kontroll av ändamålsenligheten.

¹ Dispensed drugs and multiple medications in the Swedish population: an individual-based register study. (Hovstadius, Åstrand, Petersson, BMC Clin Pharmacol. 2009 May 27:9:11.

² Increased polypharmacy – an individual based study of the Swedish population 2005-2008. (Hovstadius, Hovstadius, Åstrand, Petersson. BMC Clin Pharmacol, 2010 Dec 2:10:16, The development of polypharmacy among adolescence in Sweden 2005-2010 (Hovstadius)

- En okontrollerad kostnadsutveckling av läkemedel innebär också att annan sjukvård kan komma att prioriteras bort.

Enligt Öppna jämförelser har länet i en nationell jämförelse en hög andel äldre med fler än tio läkemedel. Landstinget har valt att särskilt följa upp några utvalda läkemedel och läkemedelsgrupper och har då satt upp sju kriterier för en ”bra läkemedelsanvändning”. Målet är att förbättra graden av över- och underförskrivning, miljöpåverkan med mera.

För år 2011 nåddes ett av sju kriterier. Mot bakgrund av detta har landstingets revisorer beslutat sig för att granska styrningen av läkemedelsförskrivningen.

1.2. Uppdrag och revisionsfråga

Revisionsfråga

Säkerställer landstingsstyrelsen att styrningen av läkemedelsförskrivningen sker på ett ändamålsenligt sätt?

Följande delfrågor skall ge svar på den övergripande revisionsfrågan:

- Är organisation och ansvar för arbetet med läkemedelsfrågor ändamålsenligt och tydligt?
- Hur sker styrning av läkemedelsförskrivningen? Finns tydliga och mätbara mål och strategier för läkemedelsförskrivningen? Hur sker uppföljning? Är mål och strategier kända i organisationen?
- Hur uppmärksammas och hanteras risker vid polyfarmaci/multimedicingering?
- Är stödet till verksamhetscheferna tillräckligt när det gäller läkemedelsfrågor?
- Sker det en tillfredsställande återrapportering av insatser och måluppfyllelse till styrelse och fullmäktige?

1.3. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer.

Kartläggning har skett av landstingets organisation, riktlinjer och relevanta dokument för styrning och uppföljning av läkemedelsförskrivning.

Intervjuer har genomförts med landstingets hälso- och sjukvårdsdirektör samt företrädare från landstingets läkemedelskommitté i form av ordförande, sekreterare, läkemedelsstrateg och ekonom. Vidare har intervju genomförts med sjukvårdsdirektören för Jönköpings sjukvårdsområde.

Med syfte att spegla styrningen av läkemedelsförskrivningen samt för att diskutera hur landstinget har uppmärksammat potentiella risker vad gäller polyfarmaci/multimedicing för barn- och ungdomar samt den medelålders befolkningen har intervjuer genomförts med verksamhetsföreträdare inom primärvård och specialiserad vård.

Intervjuer har genomförts med verksamhetscheferna för medicinkliniken på Ryhov och Värnamo sjukhus. Vidare har verksamhetschef och biträdande verksamhetschef för barn- och ungdomsmedicinska kliniken på Ryhov samt verksamhetschef på barn- och ungdomsmedicinska mottagningen i Värnamo intervjuats. Inom vårdvalsverksamheten har intervjuer genomförts med verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga från sex vårdvalsenheter (Gislaveds vårdcentral, Gislehällsan, Läkarhuset i Jönköping, Väster vårdcentral Värnamo, Sävsjö vårdcentral och Bodafors vårdcentral).

Granskningen har genomförts av Jean Odgaard, PwC. Avsnitt om polyfarmaci har sakgranskats av universitetslektorn i läkemedelsinformatik, fil dr Bo Hovstadius (Linnéuniversitet).

Rapporten har sakgranskats av berörda tjänstemän.

2. Utgångspunkter

Lagen om läkemedelskommittéer (1996:1157) reglerar att en läkemedelskommitté genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt skall verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget. Rekommendationerna skall vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet.

När det gäller området multimedicingering och polyfarmaci har Socialstyrelsen år 2012 gjort en ändring³ vad gäller föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården. I denna anges att en vårdgivare ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerad minst fem läkemedel en ”enkel läkemedelsgenomgång” (se förklaring nedan) vid besök hos läkare i öppen vård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård och inflyttning i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Patienterna som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 18 § hälso- och sjukvårdslagen.

Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enkel läkemedelsgenomgång. Detta har relevans oavsett patientens ålder.

Vid en ”enkel läkemedelsgenomgång” ska det med utgångspunkt i tillgänglig dokumentation och patientens egna uppgifter så långt möjligt kartläggas vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför, vilka av dessa läkemedel patienten använder samt vilka övriga läkemedel patienten använder. Läkaren ska kontrollera om läkemedelslistan är korrekt samt göra en bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker.

³ SOSFS 2012:9

3. Granskningsresultat

3.1. Inledning

Av Öppna jämförelser framgår att Jönköpings läns landsting har relativt riket låga läkemedelskostnader. År 2010 uppgick justerad läkemedelskostnad per invånare till 1 703 kronor (jmf riket, 1 773 kronor). Tendensen håller i sig och per september 2012 är kostnaden per invånare fjärde lägst i Sverige. Även när det gäller rekvisitionsläkemedel är kostnaderna något lägre än riksgenomsnittet.

När det gäller indikatorer gällande läkemedelsbehandling pekar dessa åt olika håll. För de indikatorer som avser läkemedelsbehandling för de äldre redovisas följande resultat för landstinget:

- Andelen äldre som har tio eller fler läkemedel uppgår till 12,7 %, vilket är något högre än riksgenomsnittet (12,1 %).
- Andelen äldre i befolkningen med minst ett av fyra olämpliga läkemedel är markant högre än riksgenomsnittet (14,1 % jmf med 11,9 %).
- För andelen äldre med riskfyllda läkemedelskombinationer är andelen i landstinget något lägre än riksgenomsnittet (2,4 % jmf med 2,6 %).

För flertalet av övriga indikatorer har landstinget goda resultat i en nationell jämförelse. Det gäller förekomst av antibiotikabehandling, penicillinbehandling av barn med luftvägsantibiotika, kombinationspreparat vid astma och uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling.

3.2. Organisation

Läkemedelskommitté

I landstingets reglemente för läkemedelskommittén från år 2003 framgår hur ledmötena utses samt etiskt förhållningssätt. Som läkemedelskommitténs huvuduppgifter anges att:

- Vidmakthålla riktlinjer för en på vetenskaplig grund baserad rationell läkemedelsanvändning.
- Biträda inköpsavdelningen i upphandling av läkemedel och ge råd om preparatval ”rådgivande listan”.
- Bedriva och stödja utbildning och utvecklingsprojekt för en rationell läkemedelsanvändning.

Läkemedelskommittén är ett renodlat stabsorgan underställt landstingsdirektören. Av reglementet framgår att landstingsdirektören utser ledamöter med representanter från de olika sjukvårdsområdena, privatläkarkåren och landstingets ekonomiavdelning. Till kommittén adjungeras representanter för apotek i länet och för den

kommunala sjukvården, samt vid behov annan kompetens. Ledamöternas mandat omprövas vart fjärde år. Läkemedelskommittén och läkemedelssektionen har ett gemensamt arbetsutskott som sammanträder 1-2 veckor före varje kommittémöte.

Läkemedelssektionen

Inom landstingets hälso- och sjukvårdsavdelning finns en läkemedelssektion. Sektionens har sitt fokus på förbättring och utveckling inom områdena läkemedel och äldre, patientsäkerhet inom läkemedelsområdet, dyra läkemedel, IT och läkemedel, läkemedelsförsörjning samt klinisk farmaci. Läkemedelssektionen leds av en sektionschef, tillika sekreterare i läkemedelskommittén, och består av farmaceuter, en läkemedelsstrateg samt en forskningssjuksköterska. För landstingets Fakta arbete ingår en distriktsläkare och en administratör. Farmaceuterna har sina arbetsplatser utlokaliserade till respektive sjukvårdsområde.

Budgetgrupp läkemedel

En länsgemensam grupp, bestående av ekonom från Läkemedelskommittén samt ekonomer från förvaltningar, arbetar med budget och uppföljning i länet. I gruppen ingår också ordförande, sekreterare och inköpare från Läkemedelskommittén. Syftet med gruppen är att sprida och verkställa centrala beslut, lära av varandra samt minska dubbelarbete.

Läkemedelsgrupper

Inom respektive sjukvårdsområde finns lokala läkemedelsgrupper/råd. Dessa arbetar med den lokala styrningen och uppföljningen genom regelbundna läkemedelsdialoger. Läkemedelsgrupperna består många gånger av samma personer som i läkemedelskommittén. Detta upplevs, från kommitténs sida, inte vara ett problem, utan snarare en fördel, då det anses effektivare.

Iakttagelser

Av intervjuer med olika företrädare inom landstinget framgår att läkemedelskommittén har den legitimitet som krävs för att påverka förskrivningen. Läkemedelskommittén vänder sig till primärvården och slutenvården. Det är primärvården som står för huvuddelen av förskrivningen I slutenvården vänder sig kommittén särskilt vad gäller förskrivning av sjukhusspecifika öppenvårdsläkemedel samt av rekvisitionsläkemedel.

Organiseringen av läkemedelskommitténs inom landstingets linjeorganisation uppfattas inte vara ett problem när det gäller dess ställning som oberoende rådgivningsorgan inom läkemedelsområdet. När det gäller rollfördelningen mellan läkemedelskommittén och de lokala läkemedelsgrupperna upplever flera intervjuade att det finns en otydlighet. I exempelvis Värnamo sjukvårdsområdet söker det lokala läkemedelsrådet sin roll. I nuläget arbetar det med att gå igenom förskrivningsmönstret och ta en dialog med verksamhetschef om avvikelser gentemot rekommenderad förskrivning.

Av intervjuerna framgår att stödet till verksamhetscheferna inom sjukvårdsområdena uppfattas vara tillräckligt. Detta gäller såväl från läkemedelskommittén som från läkemedelssektionen och dess farmaceuter. Flera företrädare uppger att läkemedelskommittén har blivit mer aktiva i sitt arbete under senare år.

Av intervjuerna med vårdvalsenheterna framgår att i det fall verksamhetschefen inte är läkare är denne beroende av den medicinske rådgivarens intresse och engagemang. Flera verksamhetschefer efterlyser också en ökad dialog med läkemedelskommittén angående förskrivningen.

3.3. Styrning och uppföljning av läkemedelsförskrivningen

3.3.1. Mål

I budget för år 2012 finns mål angivna inom läkemedelsområdet:

- Läkemedelskostnaden per invånare ska vara i nedre kvartilen bland länen.
- För 20 % av indikatorerna i Öppna jämförelser ska läget förbättras jämfört med föregående år. Här ingår läkemedelindikatorer.

I budget för år 2012 finns även läkemedelsområdet angivet inom området Hållbar utveckling. Här anges att under år 2012 ska flertalet rekommenderade läkemedel ha genomgått en miljöbedömning. Av årsredovisning 2011 framgår att målet att minska förskrivningen av ett antal utvalda läkemedel med 5 procent inte har nåtts. Av intervjuerna med företrädare för läkemedelskommittén framgår att i den nationella läkemedelsstrategin konstateras att det inte finns tillräcklig kunskap beträffande enskilda läkemedelssubstansers miljöpåverkan. I samråd med landstingets miljöchef har därför beslutats att några enskilda läkemedelssubstanser inte kommer att miljöbedömas.

I fullmäktiges mål för år 2011 fanns systemmätetalet Bra läkemedelsanvändning angivet inom området kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning. Fokus på kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning granskades genom följsamhet till ett antal (sju) fastställda kriterier. Fullmäktige har fattat beslut om att kriterierna ska uppnås utan tydligare specificering. Av intervjuer med företrädare för läkemedelskommittén framhålls att målen har varit högt satta.

3.3.2. Strategier

Läkemedelskommittén och läkemedelssektionen arbetar utifrån ett balanserat styrkort med visionen om ”rätt läkemedel till rätt patient till rätt kostnad”. Styrkortet är strukturerat utifrån landstingets styrmodell och utifrån strategiska mål (medborgare - patienter och verksamhet, process/produktion, lärande/förnyelse och ekonomi). För varje strategiskt mål finns framgångsfaktorer angivna. Framgångsfaktorerna mäts genom ett eller flera systemmätetal som i sin tur är målsatta. Det finns en handlingsplan 2012 där aktiviteter anges för hur de målsatta systemmätetalen ska uppnås.

Av styrkortet framgår att det finns aktiviteter för att mäta följsamhet till riktlinjer från läkemedelskommittén:

- Läkemedelskommittén har inga specifika expertgrupper för läkemedel, utan använder sig av Fakta-organisationen. Uppföljning av rekommenderade läkemedel i Faktadokument sker genom årlig kontakt med Faktagrupsordförande. Respektive grupp ger förslag till rekommenderade basläkemedel.
- Det sker en uppföljning av utvalda dyra läkemedel som används på vissa kliniker (landstingets kvalitetsersättning) inom länet sjukhus. Läkemedlen är framtagna utifrån kriteriet att de är enskilt dyra och används för ett fåtal patienter. Förskrivaren anger att det finns en godkänd indikation för förskrivningen och dokumenterar att uppföljning av patienten sker.
- Rutinen för ordnat införande tillämpas för läkemedel som uppfyller kriterierna.
- Läkemedelskommitténs förskrivningsmål följs upp vad gäller landstingets vårdcentraler. Uppföljningen av läkemedelsmålen sker per tertial.
- Det sker en återkoppling vad gäller Synergiärenden kategoriserat för läkemedel per sjukvårdsområde.

Styrkortet är inte fastställt på någon politisk nivå. Läkemedelskommittén skall heller inte rapportera styrkortet till någon instans.

Det finns inga specifika strategidokument vad gäller läkemedelsförskrivning på förvaltningsnivå. På verksamhetsnivå har exempelvis medicinkliniken på Ryhov tagit fram en läkemedelsplan där specifika läkemedel följs upp.

3.3.3. Styrning

Styrning av läkemedelsförskrivningen sker på många olika sätt. Läkemedelskommittén tar årligen fram en rådgivande läkemedelslista som fastställs i samråd med Fakta-grupperna. Listan upptar läkemedel som rekommenderas för normalpatienten som söker i primärvården och slutenvården. Fakta är ett allmänt kliniskt kunskapsstöd för landstinget och faktadokumentet utgör ett länsövergripande beslutsstöd i det grundläggande medicinska arbetet.

Genom läkemedelsmodulen i landstingets patientjournalssystem (Cosmic) ges förslag på rekommenderade läkemedel beroende på diagnos.

Läkemedelskommittén tar årligen fram förskrivningsmål för att följa upp läkemedelsanvändningen. Dessa mål rör områden som patientsäkerhet, miljö och ekonomi. Av dokumentationen framgår att målen i huvudsak gäller vårdvalsenheter, men vissa gäller även sjukhuskliniker.

För år 2012 har nya mål tagits fram. Utgångspunkten har bland annat varit resultaten från Öppna jämförelser. En del mål finns med sedan tidigare år.

Förskrivningsmål 2012:

Mått	Mål	Kommentar
Pregabalin (Lyrica)	< 3 DDD per tusen invånare och dag	LYRICA används bl.a. för att behandla epilepsi, neuropatisk smärta och generaliserat ångestsyndrom hos vuxna.
Paracetamol dispenserade i Apodos	> 25 % ska vara ett behovsläkemedel	Paracetamol används för tillfällig behandling av feber eller smärttillstånd
Långtverkande bensodiazepiner till 75 år och äldre	< 20 DDD per tusen invånare och dag	Lugnande medel, sömnmedel, antiepileptika
NSAID till åldersgruppen 75 år och äldre	< 30 DDD per tusen invånare och dag	Smärtstillande läkemedel
Ålders och täckningsgradsviktad antibiotikaförskrivning	< 330 recept/1000 invånare	Läkemedel mot bakterier.
Cefalosporiner (1:a, 2:a och 3:e generationen)	Minskning med 10 % jämfört med 2011 i DDD per 100 vård-dagar	En grupp av antibiotika
Andel i befolkningen med 10 eller fler läkemedel. Avser personer 75 år och äldre	Mindre än 17 % (19,2 % för landstinget totalt 2011)	Ingår som mått i Öppna Jämförelser
Andel i befolkningen med 3 eller fler psykofarmaka samtidigt – avser personer 75 år och äldre	Mindre än 5 % (6,1 % för landstinget totalt 2011)	Ingår som mått i Öppna Jämförelser
Propiomazin till åldersgruppen 75 år och äldre	< 34 DDD per tusen invånare och dag	Sömnmedel. Ingår också som indikator i handlingsplanen för Äldre och läkemedel.
Tramadol till åldersgruppen 75 år och äldre	< 13,5 DDD per tusen invånare och dag	Smärtstillande. Ingår också som indikator i handlingsplanen för Äldre och läkemedel.

Ekonomistyrning

Vårdenheter inom vårdval betalar förmånskostnaden för basläkemedel för de som valt vårdenheten oavsett förskrivare. Förmånskostnaden för receptförskrivna läkemedel (basläkemedel) betalas av vårdenheten inom vårdval. Syftet uppges vara att primärvården ska ha huvudansvaret för basläkemedel då de förskriver merparten av dessa läkemedel. Ersättningen är beroende på förra årets utfall. Det blir en sänkning i läkemedelsbudgeten om priserna på nationell nivå sänks.

Av intervjuerna med läkemedelskommittén framgår att fördelningen av läkemedelsbudget för vårdvalsenheterna har skett utifrån samma premisser över hela länet. Detta skapar fokus på vad som förskrivs och inte om hur budgeten är konstruerad. Den ekonomiska uppföljningen sker månatligen.

Inom vårdvalets ersättningssystem finns också kvalitetsmål som rör ålders- och täckningsgradsviktad antibiotikaförskrivning. Vid full måluppfyllelse utbetalas viss ersättning per listad invånare.

Kostnadsansvaret för sjukhusspecifika läkemedel finns inom respektive sjukvårdsområde. Anslaget justeras i nivå med den nationella kostnadsutvecklingen. Av intervjuer med verksamhetsföreträdare för medicinklinikerna kan konstateras att budget är beräknad utifrån historik med viss uppräknig.

Det finns också ett system för kvalitetsersättning inom somatisk och psykiatrisk vård. Sjukvårdsområdenas kvalitetsmål är uppföljning av dyra läkemedel. Alla förvaltningar uppnår detta.

Det finns en rutin för hantering av central budget för nya dyra läkemedel eller läkemedel med vidgade indikationer. Syftet med rutinen är att tidigt fånga upp kostnadsdrivande behandlingsmöjligheter, göra en värdering och prioritering av dess plats i behandlingsarsenalen inkluderande en bedömning av kostnadseffektivitet, anpassa förvaltningarnas läkemedelsbudgetar i och med nya behandlingsmöjligheter samt skapa ett ordnat införande av nya läkemedel i länet. Rutinen innehåller kriterier för disponering av central budget. Läkemedelskommitténs uppgift är att värdera och prioritera inkomna framställningar. Kommittén bevakar också patentutgångar på läkemedel och omfördelar resurser från exempelvis klinik till centralt anslag. Förslag till tilläggsbudget gäller för ett år och fastställs av landstingsdirektören efter samråd i sjukvårdens ledningsgrupp.

Under de senaste åren har ett flertal nya läkemedel lanserats, kostnaderna per patient kan vara stora och har tidigare belastat respektive verksamhet. Tidigare finansieringsmodell har inte fullt ut beaktat de kostnadsökningar som successivt har skett. För år 2012 har bedömts att kostnaderna för sjukhusspecifika läkemedel och rekvisitionsläkemedel ökar med 5 procent, och 18 mnkr har avsatts centralt. År 2012 års resurser är förbrukade och för år 2013 har i förslag avsatts 30 mnkr.

Av intervjuerna med företrädare från sjukvårdsområdena framgår att de etiska frågorna vad gäller nya och dyra läkemedel är problematiska. Styrningen av dessa läkemedel sker många gånger på nationell nivå. Förskrivningen av dessa nya och dyra läkemedel är oftast begränsad till ett fåtal läkare som berörs.

3.3.4. Åtgärder för en förändrad förskrivning

En rad olika åtgärder vidtas för att förändra förskrivningen i enlighet med förskrivningsmål m.m. Läkemedelskommittén genomför analyser av förskrivningen. Genom läkemedelsgrupperna genomförs läkemedelsdialoger med samtliga verksamheter inom de tre sjukvårdsområdena. Inom Jönköpings sjukvårdsområde träffar läkemedelsstrateg tillsammans med ekonom och farmaceut representanter för verksamheten/erna för att diskutera ekonomi och patientsäkerhet.

Läkemedelskommittén tillhandahåller ett material som respektive vårdvalsenhet ges förutsättningar att analysera. Tanken är att det är distriktsläkaren som är huvudansvarig för förskrivningen av basläkemedel. Läkemedelskommitténs läkemedelsstrateg besöker vårdvalsenheter för att diskutera förskrivningen. Vid vårdvalsforum gavs information till alla vårdenheter om vilken information som finns att tillgå. Av tids- och resursskäl har endast en mindre andel vårdcentraler besökts under 2012. I dessa diskussioner har fokus varit äldre och läkemedel.

Det pågår insatser för att förändra förskrivningsmönster. Exempelvis har antibiotikaförskrivningen analyserats och vårdvalsenheter med hög förskrivning har identifierats. Under våren 2012 genomfördes ett möte där hälso- och sjukvårdsdirektören tillsammans med Läkemedelskommittén bjöd in identifierade vårdcentraler för en dialog om förskrivningen. Vårdvalsenheterna fick också i uppdrag att ta fram en handlingsplan för hur förskrivningen förändras.

Under hösten genomförs en informationskampanj till allmänheten på temat ”antibiotika bara när det behövs”. Vårdcentralerna Bra Liv, Landstingets 31 vårdcentraler, satsar, i samverkan med läkemedelskommittén, drygt 800 000 kronor på kampanjen som ges i TV 4 och TV 7 samt i Jönköpings biosalonger. En längre film visas i väntrummen med information om vid vilka diagnoser antibiotika behövs och vid vilka infektioner man kan klara sig utan.

Läkemedelskommittén och folkhälsoavdelningen har tidigare arbetat med olika typer av kampanjer gentemot allmänheten för att nå landstinget mål för bra läkemedelsanvändning. För något år sedan genomfördes exempelvis ”Må bra utan piller” med syfte att hitta alternativ till läkemedel. Uppföljning har genomförts vad gäller effekter på förskrivning av paracetamol och bensodiazepiner.

Det genomförs olika utbildningsinsatser inom läkemedelsområdet i landstinget. Dessa arrangeras av Läkemedelskommittén eller Fakta-grupperna.

Enligt Lag (1996:1156) om receptregister § 3 punkt 5 ska enskilda förskrivare och verksamhetschefer kunna få rapporter om sitt förskrivningsmönster s.k. förskrivningsprofil. Informationen ska kunna användas för medicinsk uppföljning av den egna läkemedelsförskrivningen. Apotekens Service AB har en lagstadgad skyldighet att

tillhandahålla förskrivningsprofiler till de enskilda förskrivare och verksamhetschefer som så önskar. Landstinget har nu själv tillgång till detta via Cosmic/Diver.

Landstinget har tagit fram lokala riktlinjer vad gäller samverkansformer mellan läkemedelsföretag och den offentliga sjukvården och dess medarbetare. Denna bygger på den centrala överenskommelse som SKL:s styrelse har fattat beslut om. Riktlinjerna reglerar bisysslor och andra engagemang gentemot läkemedelsindustrin såsom deltagande i Advisory board, föredrag och kliniska läkemedelsprövningar.

Iakttagelser

Av intervjuerna med verksamhetsföreträdare framgår att fastställda läkemedelsmål uppfattas som rimliga, relevanta och angelägna utifrån ett patientperspektiv. Målen är också kända inom läkarkåren. Det framförs dock synpunkter på att det saknas vetenskaplig grund för i hur stor utsträckning målen ska uppnås. Vidare uppges det vara en brist att det saknas en bakgrundsdiskussion kring val av rekommenderade läkemedel.

Företrädare för vårdvalsenheterna menar att det är svårt att fokusera på alla mål på en gång. För att påverka läkarnas förskrivning är kunskap avgörande och ”pekpin-nar” fungerar i begränsad utsträckning. Ekonomi är ett trubbigt instrument som i viss mån kan påverka. När det gäller förskrivningsmål ges löpande återkoppling avseende resultat i förhållande till övriga vårdvalsenheter. När det gäller rekommenderade läkemedel efterlyses en återkoppling av förskrivningen. Vårdvalsenheterna efterfrågar en ökad dialog med läkemedelskommittén om läkemedelsförskrivningen. Företrädare för kommittén borde i större utsträckning söka upp förskrivarna och aktivt diskutera förskrivningen med kunskap som bas.

Samtliga intervjuade vårdvalsenheter har arbetat aktivt med förskrivning av antibiotika. Här uppges nytta för patienten och ekonomiska incitament ge effekt. Landstingets förskrivningsmål upplevs dock vara svårt att nå. Ett annat problem som framförs av några företrädare är att en generösare förskrivning av antibiotika uppges vara ett konkurrensmedel när det gäller listning av patienter.

Det uppges finnas svårigheter med att ändra tidigare förskrivna läkemedel. Företrädare för slutenvården menar att de kan få kritik, både för att de gör för lite och för mycket. Beroende på korta vårdtider och att vårdgivare inom slutenvården inte känner patienten förväntas primärvården svara för exempelvis utsättning av läkemedel. Samarbetet mellan vårdnivåerna kan utvecklas. Exempelvis medicinkliniken på Ryhov uppger att det saknas kontaktpersoner eller forum för att föra en dialog med primärvården om detta område.

Företrädare för vårdvalsenheterna menar att det är svårt att ändra den förskrivning som satts in på sjukhusen. De läkemedel som är svåra att ändra kommer framförallt från medicin, psykiatri och smärtenhet. Det finns möjlighet att ta en diskussion med patienten om förändring i samband med årskontroller.

Av intervjuerna med verksamhetscheferna framgår att den rekommenderade läkemedelslistan följs i allt väsentligt. När det gäller basläkemedel på recept är Fakta och

nationella riktlinjer styrande i framtagande av rek-listan. Då det sker en avvikelse gentemot givna rekommendation bör orsak till detta kommenteras i patientjournal. Detta sker i varierande utsträckning. Intervjuade verksamhetschefer har endast i begränsad utsträckning tagit fram förskrivningsmönster på individnivå inom sina enheter. Det har inte bedömts vara angeläget.

3.3.5. Resultat per september 2012

Av läkemedelskommitténs förskrivningsmål år 2012 kan följande konstateras per september månad:

- När det gäller kvalitetsmålet som rör ålders- och täckningsgradsviktad antibiotikaförskrivning hade 27 av länets 52 vårdvalsenheter nått halv ersättning per invånare eller mer. Tio enheter hade nått full ersättning. Det har varit en positiv utveckling i jämförelse med årets början, då 23 enheter av 52 hade nått halv ersättning och endast fyra enheter hade nått full ersättning.
- När det gäller pregabalin (Lyrica) är användningen i landstinget fortfarande bland de högsta i riket.
- För smärtstillande läkemedel (NSAID) har resultatet förbättrats under året men ligger fortfarande långt ifrån målet.
- För polyfarmaci, eller personer 75 år och äldre med 10 eller fler läkemedel når landstinget inte målet och har också sämre resultat än riket. Endast 11 av länet vårdvalsenheter når landstingets målsättning.
- När det gäller andel av 75 år och äldre som använder 3 eller fler psykofarmaka samtidigt når landstinget inte målet. Endast 9 av länet vårdvalsenheter når målet.

Ett antal indikatorer rörande olämpliga läkemedel⁴ till äldre har förbättrats i jämförelse med föregående år.

3.4. Polyfarmaci/multimedcinering

Av intervjuerna med landstingets läkemedelskommitté framgår att när det gäller förekomst av polyfarmaci bland äldre har landstinget arbetat målmedvetet under ett antal år. Problemet har uppmärksamrats genom att läkemedelsmål har förändrats. Det finns också en handlingsplan för äldre och läkemedel tillsammans med länets kommuner.

När det gäller förekomst av polyfarmaci inom övriga åldersgrupper har inte läkemedelskommittén vidtagit åtgärder i samma utsträckning. Det är inte identifierat som ett problem på landstingsövergripande nivå. Riskerna med polyfarmaci uppges också vara väl känt bland förskrivarna i vården.

Det finns därför idag ingen kunskap om hur stor förekomsten av polyfarmaci i övriga åldersgrupper är. I jämförelse med åldersgruppen äldre finns det heller ingen

⁴ Exempelvis sömnmedel och smärtstillande läkemedel.

tydlig konsensus kring vilka potentiella problem som är förknippade med polyfarmaci för andra åldersgrupper. Den förekomst av polyfarmaci som finns anses bestå av kroniskt sjuka patienter med flera diagnoser.

Företrädare för barnsjukvården menar att polyfarmaci inte är ett område som har uppmärksammats. Under perioder har exempelvis barn som är tidigt födda, cancerbehandlingar och barn med hjärtsjukdomar många läkemedel. Dessa har då oftast endast en läkarkontakt. Den stora ökningen av polyfarmaci nationellt i åldersgruppen 10-19 år har inte uppmärksammats i länet.

Företrädare för medicinklinikerna menar att det framför allt är gruppen äldre som förknippas med polyfarmaci. Det handlar mycket om att medvetandegöra risker med många läkemedel för den enskilde förskrivaren. I journalsystemet ges också information om antalet läkemedel för patienten.

Företrädare för vårdvalsenheterna menar att de mycket sällan ser barn med många läkemedel. När det gäller den medelålders befolkningen handlar det om patienter med flera diagnoser (exempelvis hjärt-/kärlsjukdom och diabetes) och patienter med en smärtproblematik. Psykiatripatienter framhålls också som en grupp med flera läkemedel. En bidragande orsak uppges vara att det finns riktlinjer och behandlingsmål för olika sjukdomar, vilket innebär att patienten med flera olika sjukdomar "regelmässigt" också får många olika läkemedel.

3.5. Återrapportering till styrelse och fullmäktige

Återredovisning till styrelse och fullmäktige sker i form av delårsrapport och årsredovisning. Företrädare för läkemedelskommittén ger även vid behov muntlig rapportering till landstingsstyrelsen och planeringsdelegationen.

Landstingsfullmäktige får årligen en presentation av resultaten i de Öppna jämförelserna. Här redogörs exempelvis för utvecklingen vad gäller polyfarmaci och neuroleptika för de äldre.

I årsredovisningen för år 2011 redovisas förbättringsområden inom läkemedelsbehandling vad gäller Öppna jämförelser. Här konstateras bland annat att andelen äldre med tio eller fler läkemedel har ökat. Vidare är andelen äldre med läkemedel som bör undvikas till äldre näst högst i landet. Av redovisningen framgår också att antalet antibiotikarecept har minskat. Det sker också en redovisning av kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning. Här framgår att landstinget har näst lägst kostnad per invånare i landet.

Landstinget har satt upp sju kriterier för en bra läkemedelsanvändning. Av denna redovisning framgår att endast ett av sju kriterier nåddes. Av redovisningen framgår att några av övriga kriterier är på väg att uppnås, och vid en jämförelse med riket så når landstinget bättre eller lika bra resultat för samtliga kriterier utom för ett.

I den andra delårsrapporten för år 2012 framgår att arbetet med handlingsplanen för äldre och läkemedel pågår enligt plan. Läkemedelskostnaden är den fjärde lägsta i landet per invånare. Läkemedelssektionen på Folkhälsa och sjukvård sammanstäl-

ler årligen en lägesrapport där genomförda uppgifter sammanställs. Läkemedelskommitténs arbete redovisas i form av protokoll. Någon verksamhetsberättelse från Läkemedelskommittén sammanställs inte och har heller inte efterfrågats.

4. *Analys och revisionell bedömning*

Analys

En förutsättning för en ändamålsenlig förskrivning av läkemedel är en välutbildad förskrivare. Utveckling av nya läkemedelsterapier sker kontinuerligt och behovet av ny kunskap genom producentobunden utbildning och rekommendationer är direkt avgörande för en ändamålsenlig förskrivning.

Styrningen i landstinget sker genom tre typer av styrning, kunskapsstyrning samt verksamhets- och ekonomistyrning. Med *kunskapsstyrning* avses att styra en ändamålsenlig läkemedelsförskrivning genom de aktiviteter som läkemedelskommittén och Fakta-organisationen vidtar i form av rekommendationer och att tillhandahålla information, kunskapsunderlag, utbildning mm till förskrivaren. Det finns också en extern kunskapsstyrning som utövas av exempelvis Socialstyrelsen genom nationella riktlinjer eller de kunskapssammanställningar som SBU tillhandahåller. *Verksamhetsstyrning* sker i form av förskrivningsmål och uppföljning vilken ska stärka följsamheten till rekommendationerna och skapa en generell kostnadsmedvetenhet. Vidare finns en *ekonomistyrning* i form av ett decentraliserat budgetansvar och kvalitetsmål för förskrivning inom såväl slutenvård som för vårdvalsverksamheten.

Sjukvårdens kostnader bestäms i hög grad i den enskilda vårdsituationen och där av läkare, sjuksköterska och andra medarbetare. Konsekvensen härav blir att verksam styrning måste nå läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal i de enskilda vårdsituationerna. Denna granskning visar att ledarskapets betydelse inte fullt ut har uppmärksamats. Exempelvis har uppföljning på förskrivarnivå i stort sett inte tillämpats av verksamhetscheferna.

Det tar tid att förändra förskrivningsmönstret. Många läkemedel skrivs ut för patienter med kroniska sjukdomar. Granskningen visar att förändring av förskrivning främst sker vid årskontroller, exempelvis läkemedelsgenomgångar, av dessa patientgrupper.

Flera företrädare lyfter fram att en förutsättning för att ändra förskrivningen är att tid ges till uppgiften och att det finns en fast läkarbemanning.

Sammantaget kan konstateras att en mängd åtgärder vidtas i landstinget som leder till en bromsad kostnadsutveckling och en god läkemedelsanvändning. Det bör framhållas att läkemedel är ett *medel* för att uppnå målet så god hälsa som möjligt. Det finns *risker* med att formulera en målsättning för hur ett medel ska användas. Landstingets mål om en god vård *kan* påverkas i negativ riktning av restriktioner och målsättningar kring medlen.

Revisionell bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen i många delar säkerställer att styrningen av läkemedelsförskrivningen sker på ett ändamålsenligt sätt. Det finns tydliga mål för läkemedelsförskrivningen. Styrningen kan framför allt utvecklas genom att företrädare från läkemedelskommittén i större utsträckning tar en dialog om en förändrad läkemedelsförskrivning med läkarna inom vårdvalsverksamheten. Styrningen vad gäller läkemedel för de äldre har ännu inte fått avsedd effekt.

Den sammanfattande bedömningen baseras på iakttagelser och bedömningar för respektive delfrågor.

Är organisation och ansvar för arbetet med läkemedelsfrågor ändamålsenligt och tydligt?

Organiseringen av läkemedelskommitténs inom landstingets linjeorganisation uppfattas inte vara ett problem när det gäller dess ställning som oberoende rådgivningsorgan inom läkemedelsområdet. Läkemedelskommitténs reglemente är från år 2003. Vi rekommenderar att en översyn av reglementet bör ske av styrelsen vid ny mandatperiod för att tillförsäkra aktualitet.

Av granskningen framgår att läkemedelskommittén har den legitimitet som krävs för att påverka förskrivningen. Verksamheterna efterlyser dock ett mer utåtriktat och uppsökande arbetssätt.

Det finns en otydlighet vad gäller läkemedelsgruppernas uppdrag i förhållande till läkemedelskommittén.

Hur sker styrning av läkemedelsförskrivningen? Finns tydliga och mätbara mål och strategier för läkemedelsförskrivningen? Hur sker uppföljning? Är mål och strategier kända i organisationen?

Styrningen av läkemedelsförskrivningen sker på olika sätt. Det finns tydliga och mätbara mål för läkemedelsförskrivningen. Av genomförd granskning framgår också att dessa är kända och uppfattas som relevanta inom läkarkåren.

Det finns strategier i form av ett balanserat styrkort samt handlingsplan för läkemedelskommittén. Det saknas i nuläget en struktur för uppföljning och återkoppling vad gäller läkemedelskommitténs strategier och mål. På förvaltnings- och verksamhetsnivå finns begränsat med strategidokument kopplat till läkemedelsförskrivning.

Av granskningen framgår att den enskilde förskrivaren påverkas genom kunskapsstyrning. Vi menar att styrningen av läkemedelsförskrivningen kan utvecklas genom att landstingsstyrelsen genom läkemedelskommittén i ökad utsträckning tar dialogen vad gäller terapival inom framför allt vårdvalsverksamheten. Ett sådant arbete sker idag. Vi menar att detta inte har genomförts i tillräcklig utsträckning utan behöver utvecklas och intensifieras.

Resultat av förskrivningsmål per september 2012 indikerar att utvecklingen för vissa läkemedelsområden går åt rätt håll. Det kommer dock att ta tid innan måluppfyllelse uppnås. Resultat vad gäller läkemedel för de äldre är fortfarande inte tillfredsställande.

Hur uppmärksammas och hanteras risker vid polyfarmaci/ multimediering?

Av granskningen framgår att polyfarmaci för äldre är uppmärksammat i organisationen. Det är rimligt då landstinget i jämförelse med övriga riket har en hög andel äldre med många mediciner, och en markant högre andel äldre med olämpliga läkemedel. Området finns också med som ett av förskrivningsmålen år 2012. Det finns en handlingsplan för äldre och läkemedel tillsammans med länets kommuner.

När det gäller övriga åldersgrupper har polyfarmaci inte uppmärksammats som ett problem i landstinget. Förekomsten anses vara begränsat till patienter med flera diagnoser, patienter med smärtproblematik samt psykiatripatienter. PwCs granskning ger heller inget underlag för att det skulle vara ett problem. Andelen patienter med polyfarmaci i den medelålders befolkningen och bland barn och unga i landstinget är idag okänd.

Mot bakgrund av att t ex antalet potentiella läkemedelsinteraktioner ökar exponentiellt med antalet läkemedel och att socialstyrelsen i nu gällande föreskrift anger att vårdgivare ska erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enkel läkemedelsgenomgång kan det finnas anledning att ta reda på hur stor omfattning av polyfarmaci är i alla åldersgrupper. Vi rekommenderar därför att ett sådant underlag tas fram och analyseras.

Är stödet till verksamhetscheferna tillräckligt när det gäller läkemedelsfrågor?

Av granskningen framgår att läkemedelskommittén och läkemedelssektionen utgör ett gott stöd till länets verksamhetschefer. Vår bedömning är att stödet till verksamhetscheferna i stort sett har varit bra. Verksamhetscheferna har regelbundet fått uppföljningsstöd avseende förbrukning av läkemedel. Vad som kan utvecklas är stödet för att förändra läkemedelsförskrivningen. Detta har fungerat genom exempelvis strategier vad gäller antibiotikaförskrivning. Vidare är det viktigt att skapa förutsättningar för den medicinske rådgivaren då verksamhetschefen inte är läkare.

Sker det en tillfredsställande återrapportering av insatser och måluppfyllelse till styrelse och fullmäktige?

Återredovisning till styrelse och fullmäktige sker i form av delårsrapport och årsredovisning. Företrädare för läkemedelskommittén ger även vid behov muntlig rapportering till landstingsstyrelsen och planeringsdelegationen. Fullmäktige ges årligen en återkoppling vad gäller resultaten från de öppna jämförelserna.

Vår uppfattning är att fullmäktiges mål avseende läkemedelskostnader och indikatorer i öppna jämförelser redovisas på ett tillfredsställande sätt. Någon återrapportering av måluppfyllelse avseende miljöaspekter för läkemedel kommer dock inte att ges.

Vi bedömer att landstingsstyrelsen och fullmäktige får en tillfredsställande rapportering av utfallet. Det som kan utvecklas är återrapportering av effekterna för de insatser som har vidtagits och i vilken utsträckning dessa insatser leder till önskvärd måluppfyllelse. Läkemedelskommitténs arbete och resultat bör därför sammanställas i en årlig verksamhetsberättelse och tillställas styrelsen.

2012-11-20

Jean Odgaard

Uppdragsledare/Projektledare