



13-05-2016

Sag nr. 15/1888

Dokumentnr.

Thomas Birk Andersen

Jeppe Hedegaard Munch

Tel. 3529 8270

E-mail: Tad@regioner.dk

Spør 2 - Økonomistyringen af sygehusmedicin

1. Indledning

Regeringen og Danske Regioner var i økonomiaftalen for 2016 enige om, at der er brug for et forstærket fokus på medicinområdet, hvorfor man besluttede at nedsætte en arbejdsgruppe, som har haft til opgave at kortlægge og komme med anbefalinger vedrørende den overordnede styring af medicinområdet.

På den baggrund har en overordnet styregruppe bestående af Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Erhvervs- og Vækstministeriet gennemført fire analyser, som belyser området for sygehusmedicin.

Dette notat omfatter den ene af de fire analyser – Økonomistyringen af sygehusmedicin.

Her foretages en beskrivelse og analyse af de regionale modeller for allokering af ressourcer til sygehusmedicin, herunder i hvilket omfang der er overensstemmelse mellem finansierings- og beslutningsansvar.

Herudover foretages en beskrivelse og vurdering af implementeringen, monitoreringen og opfølgningen på behandlingsvejledningerne fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS).

Desuden inddrager analysen en række elementer på dataområdet, da data er en forudsætning for monitorering og opfølgning.

Analysen, som har bygget videre på eksisterende kortlægninger, er gennemført af en arbejdsgruppe med Danske Regioner som formand og med deltagelse af repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Erhvervs- og Vækstministeriet.

Analysen afdækker følgende 4 temaer:

1. Budgetansvar
2. Hvilke data er til rådighed
3. Medicinlister
4. RADS – opfølgning og monitorering

Ad 1) I afsnittet vedrørende budgetansvar er det indledningsvist beskrevet, hvad en budgetmodel skal kunne rumme, og hvilke overvejelser der ligger til grund for indretningen af budgetmodellerne. Der er desuden redegjort for regionernes budgetmodeller, hvor fire regioner har budgetansvaret placeret på regionsniveau med automatisk kompensation (kompensationsgraden varierer mellem regionerne) for lægemidler optaget på regionernes medicinlister, mens den femte region omvendt ikke har automatisk kompensation fra region til sygehus. Endelig er der en beskrivelse af sammenhæng mellem budgetmodeller og RADS-vejledninger, samt hvordan der budgetteres og følges op på sygehusenes medicinforbrug.

Ad 2) I afsnittet om data beskrives de datakilder, der findes i dag, og begrænsningerne ved disse. Der redegøres blandt andet for, at de datakilder, der findes i dag, primært består af udgiftstal – dvs. hvor mange penge er der brugt på forskellige lægemidler mv. Det beskrives herefter, hvorfor data dermed ikke er særligt velegnede til en mere tæt økonomistyring og monitorering af eksempelvis retningslinjer fra RADS, samt hvad der er behov for af data for at opnå bedre styring. Dette er baggrunden for, at der er igangsat et dataprojekt i regi af Danske Regioner, der skal tilvejebringe data på individniveau, og som kan kobles med de øvrige tilgængelige sundhedsdata, der kendes i dag. Dataprojektet beskrives i bilag 2.

Ad 3) I afsnittet beskrives, hvordan regionerne i forskelligt omfang anvender medicinlister i forhold til styring af ibrugtagning og medicinanvendelse. Det beskrives hertil, hvordan lægemidler godkendt af Koordinationsrådet for Ibrugtagning af Sygehusmedicin (KRIS) og RADS optages automatisk på medicinlister samt hvilke kriterier, der ligger til grund for vurderingen.

Ad 4) I afsnittet vedr. RADS opfølgning og monitorering følger en kort beskrivelse af RADS samt en mere detaljeret beskrivelse af, hvordan hver enkelt region monitorerer og implementerer RADS behandlingsvejledninger og rekommandationer.

2. Budgetmodellerne

Side 3

2.1 budgetansvar

Med budgetansvar menes der, hvilket organisatorisk niveau der i sidste ende er ansvarlig for at afholde udgiften til sygehusmedicin. Budgetansvaret kan placeres på forskellige organisatoriske niveauer, hvilket også er tilfældet i regionerne. Der ligger en række overvejelser til grund for placeringen af budgetansvaret. Nedenfor beskrives nogle af de principielle overvejelser og hensyn, som de forskellige budgetmodeller forsøger at tage højde for og adressere.

Overordnet set kan der opstilles en række generelle budgetstyringshensyn:

1. Effektiv ressourceallokering
2. Sammenfald mellem beslutnings- og finansieringsansvar
3. Undgå for stor risiko på lokalt niveau

Herudover vil der særskilt indenfor sygehusmedicin være et selvstændigt hensyn til, at budgetmodellen er med til at understøtte implementering af vejledninger fra RADS.

Ad 1. 'Effektiv ressourceallokering'

Ligesom på alle andre områder skal der indenfor sygehusmedicin tilstræbes en effektiv ressourceallokering. Da området for sygehusmedicin er præget af store udsving i form af nye lægemidler, patentudløb og nye retningslinjer, er det overordnede mål at sikre effektiv anvendelse af ressourcerne. Blandt andet derfor anvendes der typisk takststyringsmodeller til allokering af midlerne fra region til sygehuse.

Ad 2. 'Sammenfald mellem beslutnings- og finansieringsansvar'

Ud fra en økonomisk betragtning vil det typisk tilstræbes, at budgetansvaret er placeret der, hvor beslutningerne med udgiftsmæssig konsekvens træffes. Det vil sige på de enkelte afdelinger. Ud fra en ren økonomisk betragtning skulle det således være fordelagtigt at placere budgetansvaret på afdelingsniveau, således at afdelingernes budgetter kun kompenseres, såfremt anvendelsen af medicin er i overensstemmelse med de gældende retningslinjer (primært fra RADS). Vedrørende anvendelsen af lægemidler, der ikke er omfattet af eksempelvis RADS vejledninger, bør budgetansvaret ud fra en økonomisk betragtning tilstræbes at være entydigt afdelingens. Hvis der i første omgang ses bort fra de datamæssige problemstillinger vedrørende en aktiv økonomisk styring på baggrund af RADS vejledninger, som beskrives

senere, er der dog også nogle andre overvejelser, der gøres inden budgetmodellen indrettes sådan.

Side 4

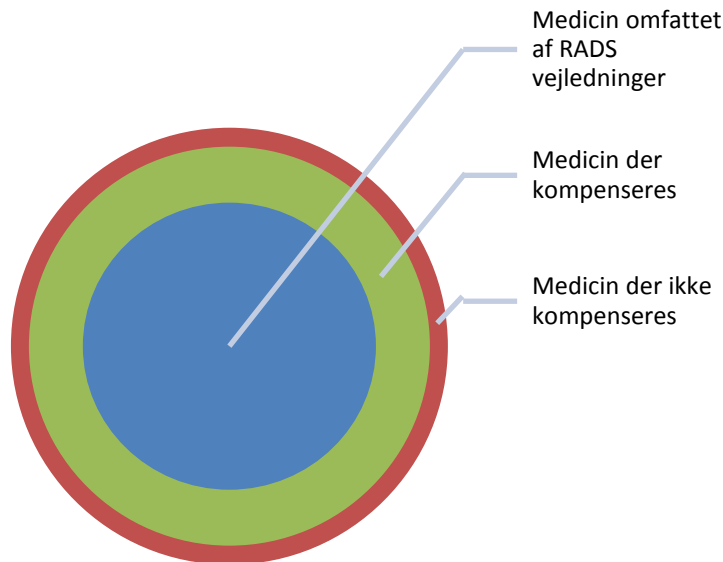
Ad 3. 'Undgå for stor risiko på lokalt niveau'

Derudover kan der være et hensyn til at mindske risikoen på afdelingsniveau, så den enkelte afdeling ikke påvirkes i betydeligt omfang af fx patentudløb eller introduktion af et nyt, dyrt lægemiddel. Det kan være særligt relevant ift. sygehusmedicin, fordi udgifterne typisk vil være præget af forhold som ligger uden for den enkelte afdeling eller sygehus' kontrol fx patentudløb, nye retningslinjer mv.

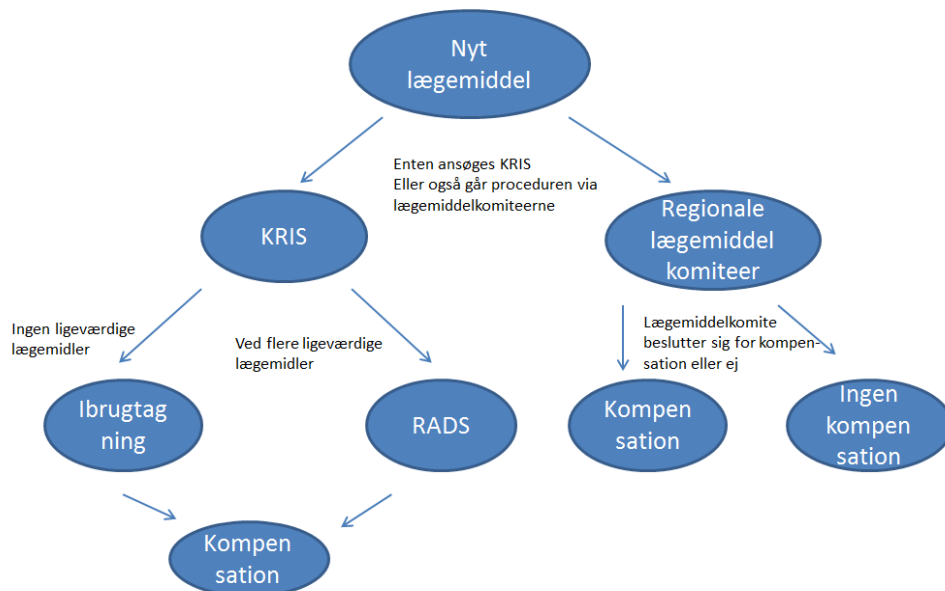
Det er således ud fra de tre generelle hensyn, der er nævnt indledningsvist, at der anvendes takstmodeller som det primære styringsredskab. Samtidig ønsker man af faglige årsager, at vejledninger fra RADS følges. Takstmodellerne sikrer således, at der løbende allokeres ressourcer derhen, hvor udgiften er. Samtidig sikrer de også, at en afdeling ikke kan sidde på et økonomisk råderum, der opstår som følge af et patentudløb eller andre faktorer, som ikke påvirkes af afdelingen selv.

Der ønskes samtidig heller ikke en model, hvor RADS behandlingsvejledninger ikke kan afviges.. . Det kan også skyldes, at patienten ikke responderer på de lægemidler, der indgår i RADS vejledningen, og man derfor i stedet ønsker at gøre brug af enten eksperimentel medicin eller måske et ældre lægemiddel, der ikke længere indgår i vejledningen. En takstmodel, hvor der også kan kompenseres for medicin, der ikke er omfattet af vejledninger fra RADS, sikrer således, at afvigelser fra vejledningerne ikke straffes økonomisk, når der i særlige tilfælde er fagligt behov herfor. Derfor skelnes der også mellem forskellige typer af medicin, som det er illustreret i figur 1. Figur 2 viser, hvordan lægemidler vurderes enten via RADS/KRIS eller via de regionale lægemiddelkomiteer.

Figur 1: Fordeling af lægemidler som kompenseres og ikke kompenseres



Figur 2 – Proces for vurdering af lægemidler



2.2 Budgetmodeller i praksis

Der findes i regionerne en række forskellige modeller for styringen af sygehusmedicin. Der er primært tale om takstmodeller, dvs. modeller, hvor der løbende afregnes i takt med, at udgiften afholdes. Dette princip kendes også fra afregningen af aktivitet i al almindelighed, der er centreret omkring

DRG-systemet. Selvom der er tale om tre typer af modeller, så er der også en række fællestræk for modellerne.

Side 6

1. Fuld kompensation fra region til hospital
2. Delvis (80 pct.) kompensation fra region til hospital
3. Ingen kompensation fra region til hospital

I praksis udmøntes budgetansvaret via ingen, hel eller delvis kompensation i forbindelse med anvendelsen af sygehusmedicin afhængigt af, om det pågældende lægemiddel er anbefalet i regionen og/eller optaget på regionenes medicinliste. Kompensationen fungerer således som en slags budgetallokeringsmodel, hvorigennem budgetansvaret i større eller mindre omfang placeres på enten regions- eller hospitalsniveau.

Model 1 anvendes i Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland. Model 2 anvendes i Region Hovedstaden og model 3 i Region Nordjylland. Der er imidlertid en række nuanceforskelle mellem de regionale modeller. Eksempelvis er kompensation for stigende udgifter ikke udelukket i Region Nordjylland, men der skal søges herom, hvormed der ikke er garanti for, at udgiften refunderes fra regionen. Hvis ikke der gives kompensation fra regionen, er det hospitalet selv, der afholder udgiften. Samtidig findes der en række lægemidler, der ikke kompenseres, og hvor budgetansvaret er på hospitalsniveau. Kompensationsgraderne er vist i tabel 1 nedenfor:

Tabel 1 – Kompensationsgrad fra region til sygehus

Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
80 pct. ¹	100 pct. ²	100 pct. ³	100 pct. ⁴	0 pct. ⁵

¹ Både gældende i opad- og nedadgående retning, hvorved der også korrigeres for mindreforbrug.

² Gælder al medicin optaget på medicinpuljelisten. Øvrig medicin afholdes inden for sygehusets egen driftsramme.

³ Kompensationen omfatter ca. 80 pct. af det samlede medicinforbrug og i praksis næsten hele væksten. Gælder både i opad- og nedadgående retning, men forudsætter efterlevelse af nationale retningslinjer/anbefalinger.

⁴ Gælder både i opad- og nedadgående retning, men forudsætter efterlevelse af nationale retningslinjer/anbefalinger.

⁵ Sygehuset kan anmode om kompensation, såfremt budgettet ikke vurderes at holde.

Som det fremgår af tabel 1, er der forskellige modeller i regionerne. For Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region

Midtjylland gælder det, at kompensationsgraden fungerer i både opad- og nedadgående retning. Dvs. både når udgifterne stiger og falder. For alle fem regioner gælder det ligeledes, at der i forbindelse med budgetlægningen foretages en vurdering af udviklingen i medicinudgifterne. Denne vurdering lægges til grund for budgettet, og udgangspunktet for budgetåret er således ens i alle regioner, selvom der er forskellige modeller for ressourceallokeringen, jf. tabel 1.

I praksis kompenseres hospitalerne for en stor del af væksten i udgifterne til sygehusmedicin i forbindelse med budgetlægningen. Samtidig er der mulighed for at få kompenseret mervækst udover det forudsatte/budgetterede. Den mulighed varierer dog på tværs af regioner og lægemiddelgrupper, som det er illustreret ovenfor i figur 1 og tabel 1.

Selvom der umiddelbart er forskel i budgetmodellerne, så bygger budgettet, for alle regioners vedkommende på en konkret vurdering af udgifterne til sygehusmedicin i det kommende år. I de fleste regioner budgetteres den forventede udgiftsvækst på den centrale medicinkonto i regionen (gældende for den medicin, der er omfattet af kompensation, jf. ovenfor). I Region Nordjylland indregnes den forventede vækst i sygehusenes budgetter. Såfremt forventningerne til sygehusmedicin viser sig at være helt i overensstemmelse med den reelle udgiftsvækst, vil der således ikke være den store forskel på de forskellige budgetmodeller.

Den væsentligste del af budgetrisikoen placeres således centralt og dermed afløftes fra hospitalerne/afdelingerne.

Det betyder dog ikke, at der kan ordineres lægemidler uden skelen til RADS vejledninger mv., idet der foretages en løbende opfølgning på forbruget både ud fra økonomiske og kvalitetsmæssige hensyn, jf. afsnit 5.3.

Som nævnt er der i praksis ikke nævneværdig forskel på budgetmodellerne. Det er således primært, hvis udgifterne til sygehusmedicin omfattet af kompensation stiger mere end forventet, eller hvis stigningen er ujævnt fordelt mellem hospitaler, at der er stor forskel mellem primært Region Nordjyllands budgetmodel på den ene side og de øvrige regionernes budgetmodeller på den anden side. Stiger udgifterne mere end forventet, følger kompensationen automatisk med i de fire regioner, mens der skal ansøges om kompensation i Region Nordjylland.

2.3 Sammenhæng mellem RADS vejledninger og budgetmodellerne

Side 8

RADS vejledningerne skal bidrage til at sikre bedre behandling og ensartethed i anvendelsen af sygehuslægemidler.

Overordnet set er der ikke en direkte kobling mellem RADS vejledningerne og budgetmodellerne.

Dette er dog ikke ensbetydende med, at RADS vejledningerne ikke tillægges vægt i forbindelse med budgetstyringen. Dels vurderes RADS vejledningernes økonomiske betydning i forbindelse med vurderingen af budgettet, dels holdes afdelingerne i to regioner (Region Midtjylland og Region Syddanmark) specifikt op på, om vejledninger fra RADS er overholdt. Hvis det ikke er tilfældet, sker der ikke fuld kompensation til afdelingen for medicinudgifterne. Grundet manglende data, er det dog svært at gennemføre denne model fuldt ud.

I de øvrige regioner sker der ikke en tilsvarende kobling af overholdelse af RADS vejledninger og den økonomiske kompensation. Der foregår dog løbende opfølgning på overholdelsen af RADS vejledningerne i alle regionerne, hvilket er beskrevet i afsnit 5.3 om RADS vejledningerne.

2.4 Budgettering og opfølgning på sygehus- og regionsniveau

Eftersom budgetansvaret i de fleste regioner primært er placeret på regionsniveau, er det især budgetteringen på regionsniveau, der er interessant. På regionsniveau foregår budgetteringen primært ved at tage udgangspunkt i forventningerne til det igangværende år korrigeret for den forventede udvikling.

I Region Hovedstaden og Region Midtjylland indebærer budgetmodellen, at der korrigeres både i opad- og nedadgående retning. Dvs. at et mindre forbrug på et sygehus eller en afdeling også slår igennem på budgettet.

I Region Sjælland og Region Syddanmark opereres der med en central medicinpulje, hvor hospitalerne kompenseres løbende for de lægemidler, der er optaget på lægemiddellisten. Budgettering på sygehus- og afdelingsniveau betyder således mindre i disse to regioner, herunder gældende for den del af udgifterne, der vedrører lægemidler, der kompenseres fra regionen. Det betyder også, at mindreforbrug og situationer, hvor udgifterne falder på enkelte terapiområder eller afdelinger, automatisk indregnes i regionernes samlede budget. Således tilfalder råderummet regionen, ligesom det er til-

fældet i Region Hovedstaden og i Region Midtjylland. Dette gælder dog ikke de lægemidler, der ikke kompenseres fra regionen.

Side 9

I Region Nordjylland står Aalborg Universitetssygehus som tidligere nævnt for 85 pct. af regionens forbrug af sygehusmedicin. Der er således næsten et 1:1 forhold mellem regionens budget til sygehusmedicin og Aalborg Universitetssygehus' budget til sygehusmedicin. Hermed er vigtigheden af at have medicinbudgettet på regionsniveau også væsentlig mindre. Det bemærkes, at Aalborg Universitetshospital friholder afdelingerne for budgetansvaret, ligesom de øvrige regioner friholder hospitalet. Som beskrevet ovenfor, tages der i Region Nordjyllands budget udgangspunkt i det forventede niveau for indeværende år samt den forventede udvikling for budgetåret. Dermed budgetteres der også på sygehusniveau aktivt med et medicinbudget. Det bemærkes dog, at medicinbudgettet fastlåses, således at et mindreforbrug ikke uden godkendelse fra regionen kan anvendes til andre formål. Ligesom i de øvrige regioner sikres det dermed, at der kan foretages en central prioritering af, hvordan mindreforbrug på sygehusmedicin anvendes.

For medicin, der kompenseres af regionerne, medfører de beskrevne mekanismer således, at mindreforbrug på visse medicintyper er med til at finansiere stigninger på andre medicintyper. Dette indebærer også en løbende reallokering af midler mellem forskellige afdelinger. Mekanismen er gældende i alle fem regioner, dog udtrykt på forskellig vis. Denne mekanisme spiller således også en vigtig rolle for indretningen af budgetmodellen og forklarer også, hvorfor der i høj grad anvendes en model, der kan betragtes som en budgetallokeringsmodel.

2.5 Hvad kompenseres og hvordan

De enkelte regioner har forskellige måder at afgrænse, hvilken medicin der kompenseres. I flere regioner anvendes en såkaldt medicinliste, der er en positivliste over, hvilke lægemidler der kompenseres. I andre regioner, eksempelvis Region Hovedstaden, kompenseres al medicin. I Region Hovedstaden har man besluttet, at medicin, der ikke er anbefalet af enten RADS, KRIS eller Region Hovedstadens lægemiddelkomite, som hovedregel ikke må anvendes i regionen. En afdelingsledelse kan dog søge lægemiddelkomiteen om, at individuel behandling kan tages i betragtning og eventuelt undtagelsesvist tages i brug, såfremt det godkendes af lægemiddelkomiteen. Samtidig skal lægemiddelkomiteen ansøges, førend der søges om godkendelse til eksperimentel behandling i Lægemiddelstyrelsen. Godkendelsen af genuint nyt lægemidler sker via indsendelse af mini-MTV, jf. også afsnit 4.

Som udgangspunkt er det afdelingsledelserne på hospitalerne, der søger regionens lægemiddelkomité om godkendelse. Det sker efter godkendelse fra det respektive hospitals direktion. Ligesom i Region Hovedstaden er der ligeledes ikke en decideret medicinliste i Region Midtjylland.

Kompensationen for godkendt medicin og medicin på medicinlister foregår automatisk, dvs. via forbruget. I Region Midtjylland og Region Syddanmark modregnes manglende efterlevelse af retningslinjer fra RADS og KRIS i kompensationen i det omfang, det er muligt. Den realøkonomiske effekt heraf er dog begrænset grundet manglende muligheder for en præcis monitorering af RADS vejledningerne.

I Region Nordjylland skal der aktivt søges om kompensation for forbrug, udover hvad der er budgetteret med.

Formålet med at have en godkendelsesproces for kompensation af lægemidler og eventuel optagelse på medicinlister er, at man fra regionernes side vil sikre sig, at der er en behandlingsmæssig effekt af lægemidlet, samt at der sikres ensartethed i brugen af lægemidler på tværs af hospitaler.

2.6 Opfølgning på forbrug og styring

Samtlige regioner har en tæt og løbende opfølgning på medicinforbruget, hvor forbruget følges månedligt. Herudover udarbejdes der typisk kvartalsrapporter, hvor der skønnes over den forventede udvikling for hele året. Herudover foretages der også mere dybdegående vurderinger og skøn i forbindelse med budgetlægningen. Der følges således specifikt op på forbruget af sygehusmedicin.

Ved siden af foregår der en særskilt opfølgning vedrørende overholdelse af retningslinjer fra RADS.

Den månedlige og kvartalsvise opfølgning anvendes således især til at vurdere, om budgettet holder, eller om der er mulighed for at omdisponere midler. Herudover er fokus typisk på specifikke lægemidler, idet relativt få lægemidler står for den største del af udgifterne.

Et eksempel på specifik opfølgning på lægemidler er anvendelsen af Remicade og Remsima. Det er således besluttet, at alle patienter skal anvende Remsima fremfor Remicade, hvorfor der er foretaget en tæt opfølgning for at sikre, at der skete den planlagte udfasning af Remicade. Det formodes, at den tætte opfølgning har været med til at sikre, at der er sket en succesfuld

udfasning af Remicade og indfasning af Remsima. Herudover følges nye lægemidler, hvor der forventes væsentlige udgifter med henblik på at vurdere, om udgiftsudviklingen er som forventet.

2.7 Sygehusapotekernes rolle

Sygehusapotekerne spiller en stor rolle i samtlige regioner. Udover at deltage i lægemiddelkomiteerne leverer apotekerne data, medicingennemgange, lagerstyring, journalgennemgang mv.

Apotekets rolle i forhold til lagerstyring består i at sikre, at afdelingerne har den korrekte mængde medicin på lageret. Samtidig kan det også indebære, at apoteket mere håndfast styrer, hvilket specifikt lægemiddel der udleveres. Generelt gælder det, at apotekerne substituerer lægemidler, såfremt nogle lægemidler er ligeværdige men billigere. Apoteket kan også have til opgave at kontakte afdelingen, såfremt der er ordineret et lægemiddel til behandling af en sygdom, hvor lægemidlet ikke er en del af den relevante RADS vejledning.

Medicingennemgang og journalgennemgang sker med henblik på at undersøge, om der er sket medicineringsfejl, eller om der er patienter, der får kombinationer af lægemidler, som giver interaktioner i form af fx reduceret effekt eller flere bivirkninger som følge af, at kombinationen anvendes. Formålet er, i samarbejde med den behandlingsansvarlige læge, at få justeret behandlingen. Dette er selvsagt et stort arbejde, der ikke gennemføres for alle patienter. Selvom medicin- og journalgennemgang kan have økonomisk betydning, gennemføres arbejdet primært ud fra et fagligt hensyn. Der vil dog oftest være sammenfald mellem faglige og økonomiske aspekter.

3. Data

Der er overordnet set flere formål med at have adgang til data om sygehusmedicin. For det første er der behov for, som en del af økonomiopfølgningen, at følge op på udgifterne til sygehusmedicin svarende til den udgiftsopfølgning, der sker på andre udgiftsområder. For det andet følges der op på selve behandlingen og kvaliteten af denne. Eksempelvis om patienten får lægemidler, der ophæver effekten af hinanden og om retningslinjerne fra RADS bliver overholdt. Hertil kommer formål som patientsikkerhed, forskning og udvikling af nye behandlingsformer.

Regionerne oplyser følgende vedr. regionernes egen status for data til rådighed på området:

Der er i dag en række datakilder, der i større eller mindre grad egner sig til ovenstående. De mest anvendte programmer er Apovision, BiWeb og OPUS medicinmodul. Apovision og BiWeb muliggør træk af data vedrørende mængde (økonomi og DDD) fordelt på lægemidler, på hospitals-, afdelings- og afsnitsniveau. Dvs. ikke på individniveau og ikke koblet til diagnose. Dette kræver manuel gennemgang af journaler.

En anden datakilde er EPM (elektronisk patient medicinerings-modul) data. Heri kan findes oplysninger vedrørende ordineret, dispenseret og administreret medicin på individniveau. Data er dog svært tilgængeligt og usystematiseret. Det kræver derfor stor indsigt at anvende data, ligesom data skal kunne kobles til data om diagnose, procedurer, prøvesvar mv., for at kunne anvendes aktivt som styringsværktøj.

Med udgangspunkt i de data, der er til rådighed, forsøges det at anskueliggøre og anvende data bedst muligt. Der er blandt andet eksempler fra Region Midtjylland på, at der via ledelsesinformationssystemet og visualiseringsværktøjet Tableau udarbejdes konkrete rapporter, der anskueliggør besparelserne i forbindelse med udfasningen af Remicade og indfasningen af Remsima. I Region Syddanmark er der forsøg med, via et SAS-program der kan tekstgenkende, at koble medicindata fra Apovision og BiWeb på individniveau.

Kendetegnende for datamulighederne i dag er, at der er flere kilder, der kan være svære at koble. Dernæst at output ikke som udgangspunkt er standardiseret, og at løsningerne i vid udstrækning er håndholdte. Manglen på systematisk data, der kan opgøres på krypteret individniveau og som kan kobles til diagnoser og andre relevante informationer, samt data på en let tilgængelig måde, er således den væsentligste barriere for en videreudvikling af økonomistyringen og monitoreringen af RADS vejledninger.

På dataområdet er der således behov for, at det bliver nemmere at tilvejebringe oplysninger om medicinforbrug, -ordination, -dispensering, -administration, -udlevering, -seponering mv. Herudover er der behov for, at data kan kobles til data fra Landspatientregistret mv., så der også opnås viden om diagnose, komorbiditet, sygeforløb og andre journaloplysninger.

De beskrevne problemstillinger gør det indtil videre vanskeligt at monitorere en del af RADS vejledninger og vanskeliggør en mere detaljeret opfølgning. Ydermere vanskeliggør manglende data kvalitets- og forbedrings-

arbejdet vedrørende medicinering. Til brug for mere aktiv økonomistyring, planlægning og kvalitetsudvikling er det centralt, at der skabes grundlag for, at der kan trækkes ovennævnte data på flere niveauer og til de relevante formål. Regionerne har på den baggrund igangsat et projekt, der skal tilvejebringe et IT-system jf. bilag 2

Tilgængelighed af ovenstående data vil muliggøre en mere aktiv styring via benchmarks, analyser af mulighederne for at reducere spild, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. Ovenstående data vil ligeledes muliggøre væsentlig bedre monitorering af RADS vejledninger. Som det er i dag, er data mest anvendelig til at følge forbruget og udgifterne, men kan altså kun i meget begrænset omfang bruges til mere aktiv styring og til at vurdere kvaliteten i behandlingen.

4. Regionernes medicinlister

Medicinlister indeholder anbefalet medicin og kan hermed anvendes som et redskab til at vurdere, hvornår der ydes kompensation for medicinforbrug fra regionen. I flere regioner arbejdes der med egentlige medicinlister, mens der i andre regioner ydes kompensation til al anbefalet medicin. I nogle regioner anvendes medicinlisterne som en del af refusionsmekanismen, hvor kun medicin optaget på medicinlisten refunderes. I andre regioner har medicinlisten ikke samme styrende rolle. Godkendelse af nye lægemidler varetages af de regionale lægemiddelkomiteer.

Det bemærkes, at der pågår en proces i regi af Sundheds- og Ældreministeriet vedrørende regionale procedurer for lægemidler, der ikke er standardbehandling, jf. sundheds- og ældreministerens svar på SUU alm. del – spm. 411.

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden arbejdes der ikke som sådan med en medicinliste i form af en positivliste, hvor kun medicin på den liste refunderes. Per 1. februar 2016 er der indført en ny model, hvor alle genuint nye lægemidler og eksperimentel medicin, der ikke er anbefalet i regi af RADS eller KRIS, skal godkendes af regionernes lægemiddelkomité, før lægemidlet kan anvendes på afdelingerne. Der er som udgangspunkt således ikke en minimumsgrænse for, hvilke lægemidler der skal ansøges og godkendes før brug. Ansøgning om godkendelse af et lægemiddel indsendes af afdelingsledelserne efter godkendelse fra det respektive hospitals direktion.

Den Regionale Lægemedielkomité foretager ved hver takstperiode en faglig vurdering af alle nye lægemidler i taksten. Vurderingen har betydning for, hvilke lægemidler der kræver en ansøgning fra afdelingerne og hvilke lægemidler, som Lægemedielkomitéen umiddelbart kan godkende anvendelsen af. Proceduren er iværksat for at skabe ens praksis for ibrugtagning af nye lægemidler på tværs af specialer og hospitalerne og for at sikre, at lægemidler som afvises af KRIS ikke allerede har etableret et forbrug på hospitalerne, når KRIS' afgørelse foreligger.

De genuint nye lægemidler og eksperimentelle lægemidler, som kræver afdelingernes ansøgning til Lægemedielkomitéen, kræver, at afdelingerne udfylder et ansøgningskema og en mini-MTV svarende til den ansøgning og mini-MTV, som kræves af KRIS.

Proceduren er ikke indført med henblik på at have et nyt styringsværktøj til direkte økonomisk styring, men for at sikre ensartethed på tværs af hospitaler og for at sikre, at et lægemiddel der skal behandles i KRIS, ikke tages i brug, førend KRIS har taget stilling til lægemidlet.

Region Sjælland

I Region Sjælland kompenseres lægemidler, der er optaget på regionens medicinliste. Anvendes et lægemiddel, der ikke er optaget på listen, bærer den pågældende afdeling selv det økonomiske ansvar. Der er således sammenhæng mellem medicinlisten og den medicinpulje, som i praksis udgør budgettet til sygehusmedicin i regionen. Herudover har sygehusene deres egne budgetter, der dækker den medicin, der ikke kompenseres fra regionen.

Med mindre et lægemiddel er godkendt af RADS eller KRIS, skal der udarbejdes en mini-MTV som grundlag for, om lægemidlet kan optages på regionernes medicinliste. Godkendelse af nye lægemidler varetages af regionens lægemiddelkomite. Mini-MTV'en udarbejdes efter Sundhedsstyrelsens vejledning for mini-MTV. Lægemidler godkendt af RADS og KRIS optages ikke automatisk på medicinlisten, men det kræves ikke, at der udarbejdes en mini-MTV for optagelse på listen.

Region Syddanmark

I Region Syddanmark anvendes medicinlisten ligeledes som udgangspunkt for compensation til hospitalerne/afdelingerne. Medicinlisten er opgjort på ATC-kode-niveau og nye præparater er derfor ofte automatisk omfattet, fordi ATC-koden i forvejen står på listen. Såfremt et hospital ønsker, at li-

sten skal udvides med en ekstra ATC-kode, sendes en ansøgning med mini-MTV til regionen. Det er ikke en forudsætning, at lægemidlerne har været behandlet i, eller er godkendt af RADS og KRIS, men der vil typisk stilles større krav til dokumentationen, såfremt det ikke er tilfældet. Regionen modtager cirka 3-5 ansøgninger om året.

Region Midtjylland

Modellen i Region Midtjylland minder om den i Region Hovedstaden. Såfremt der skal kompenseres for anvendelsen af et lægemiddel, skal den regionale lægemiddelkomité godkende anvendelsen af lægemidlet. Hvis ikke lægemidlet er godkendt, har hospitalet/afdelingen selv budgetansvaret. Hospitalet/afdelingen skal orientere regionen om anvendelsen af lægemidler, der enten koster over 250.000 kroner om året per patient, eller som har et samlet volumen (pris per år x antal patienter) på over 500.000 kroner om året. Dette uagtet om der søges om at få optaget lægemidlet på medicinlisten. Varslingen til regionen sker således ud fra et hensyn om at sikre en koordineret ibrugtagning i regionen samt muligheden for at kunne varsle andre regioner om anvendelsen af lægemidlet. For at et lægemiddel med omsætning på over 250.000 kroner per patient, eller 500.000 kroner i alt, kan optages på medicinlisten, skal der udarbejdes en mini-MTV, forud for at lægemiddelkomiteen tager stilling til, som lægemidlet skal finansieres af regionen. Ansøgningen indsendes af de relevante afdelinger.

Region Nordjylland

I Region Nordjylland anvendes medicinlisten ikke direkte som udgangspunkt for den økonomiske styring, idet budgetansvaret er på hospitalsniveau. Der arbejdes med to typer af lister; Rekommandationslisten og standardsortimentet. Rekommandationslisten udgøres af lægemidler til standardbehandling og basisbehandling inden for alle specialer. Der angives i listen 1. valg, der er baseret på effekt og patientsikkerhed. For ligeværdige lægemidler er det billigste 1. valg.

Herudover findes lister med standardsortimenter. Listerne er specialespecifikke og udformes af ledende overlæger, farmakologer og sygehusapoteket. Rekommandationslisten er således en delmængde af standardsortimentet. Lægemidler godkendt i RADS og KRIS optages automatisk på de relevante lister.

5. RADS – opfølgning og monitorering

I dette afsnit findes en kort beskrivelse af RADS samt en mere detaljeret beskrivelse af, hvordan hver enkelt region monitorerer og implementerer RADS behandlingsvejledninger og rekommandationer.

5.1 Generelt om Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS)

Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) har siden 2010 nedsat fagudvalg med nogle af landets førende læger udpeget af de videnskabelige selskaber og regionerne, som udarbejder behandlingsvejledninger for dyr sygehusmedicin, der bl.a. har til formål at sikre ensartethed i behandlingen på tværs af regioner og sygehuse. De godkendte behandlingsvejledninger indgår som en del af Amgros' udbudsgrundlag. Dermed kan behandlingsvejledningerne være med til at konkurrenceudsætte lægemidlerne og sikre bedre priser på lægemidlerne, da tilbudsgiverne kan opnå en større del af det totale marked.

Siden 2012 har RADS ligeledes igangsat og godkendt vejledninger på områder, hvor der kan opnås bedre kvalitet i anvendelsen, og hvor der vurderes at være behov for at opnå fælles regional konsensus (såvel primær som sekundær sektor).

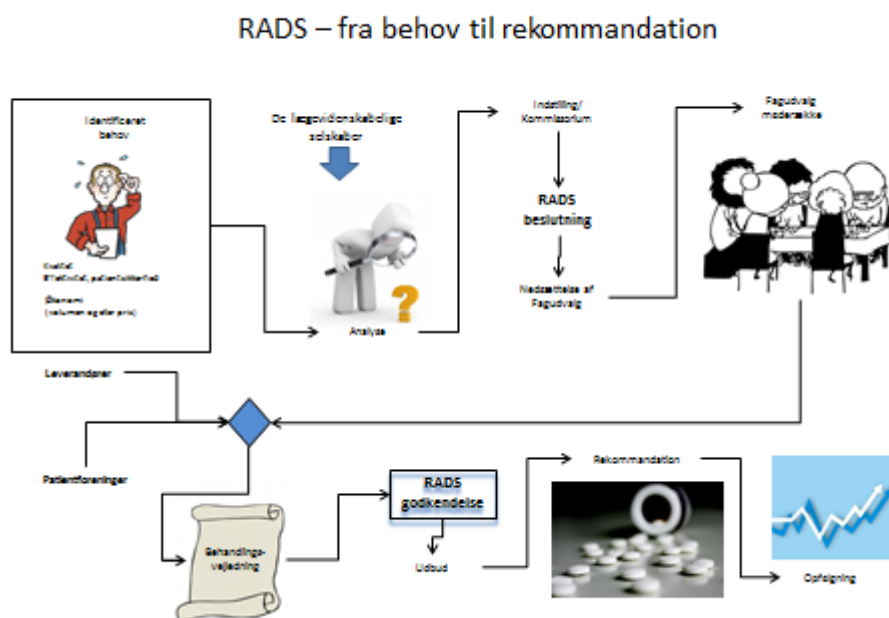
Det tager ca. 6-8 måneder at udarbejde en ny behandlingsvejledning. Behandlingsvejledninger revurderes løbende, når der kommer ny viden eller efter ca. 3 år. En revurdering tager ca. 2-4 måneder. Herudover opdateres vejledningerne, når der kommer nye lægemidler på markedet. Det tager op til 3 måneder at opdatere en behandlingsvejledning.

I behandlingsvejledningerne tages der stilling til, om lægemidler inden for samme behandlingsområde er ligeværdige, eller om de skal være 2. eller 3. valg. For at kunne ligestille lægemidler fastslår RADS derfor, hvorfor patienten vil have gavn af en medicinsk behandling og beskriver præcist, hvilke patientgrupper den pågældende behandling er relevant for.

Når behandlingsvejledningerne er godkendt af RADS, sendes de til Amgros, som lægger dem til grund for udbuddet af de omhandlede lægemidler. Når udbuddet er afholdt, og der er fundet en eller flere vindere, opdateres behandlingsvejledningerne med rekommandationer. Behandlingsvejledningen med de tilhørende rekommandationer fremsendes til regionerne, som har ansvaret for implementering og opfølgning.

Den samlede RADS proces er illustreret i figur 3 nedenfor.

Figur 3: RADS processen



RADS har siden 2010 nedsat 47 fagudvalg. 38 af disse fagudvalg har i 2015 enten skrevet en ny behandlingsvejledning, foretaget en revurdering eller opdateret en eksisterende vejledning. Behandlingsvejledningerne omhandler mere end 220 lægemidler. Arbejdet påvirker sygehuslægemidler med en omsætning på cirka 4 milliarder kroner.

RADS' behandlingsvejledninger har givet mulighed for at opnå bedre lægemiddelpriser, da vejledningerne giver mulighed for at konkurrenceudsætte lægemidler i samme terapeutiske klasse (analog medicin) gennem udbud. Vejledningerne har dog også medført merudgifter for nogle lægemidler, da RADS i nogle tilfælde har tilføjet nye og dyrere lægemidler til behandlingen af patientgrupper, eller fordi RADS har anbefalet at udbrede behandlinger til større patientgrupper eller at igangsætte behandlinger på et tidligere tidspunkt.

5.2 Fastsættelse af efterlevelseskriterier

For hver vejledning opstiller RADS en model for monitorering af behandlingsvejledningens effekt. Den monitorerer RADS i forhold til et pejlemærke (tidligere målopfyldelse), som er indikation for afdelingernes efterlevelse af behandlingsvejledningerne. Et pejlemærke for en behandlingsvejledning er således en indikation på den adfærdsmæssige forandring, som

RADS forventer ved implementering af rådets anbefalinger. Det bemærkes, at pejlemærker således kan ændre sig over tid.

Side 18

RADS følger forandringen af de enkelte afdelingers forbrug af medicin, der er omfattet af vejledningerne. Det er gruppen af specialister under RADS' fagudvalg, som ud fra deres kendskab til patientsammensætningen opstiller forslag til relevante indikatorer for, hvordan ændringen bør slå igennem. Det er RADS, der godkender pejlemærket og den dynamik, som implementeringen skal følge. Med den nye monitoreringsmodel, som er beskrevet i bilaget, vil der blive endnu bedre mulighed for at følge op på, hvordan regionerne efterlever behandlingsvejledningerne og de tilhørende rekommandationer.

5.3 Implementering og monitorering af RADS' behandlingsvejledninger

5.3.1 RADS monitorering

Implementering af og opfølgning på RADS behandlingsvejledninger sker i regionerne. RADS yder dog support til denne opgave ved at monitorere efterlevelsen af RADS lægemiddelrekommandationer. Det sker ved at levere kvartalsvise rapporter og dataark over lægemiddelforbruget inden for de pågældende terapiområder, hvor det er muligt at fremskaffe relevante data og vurderes at give værdi. Målgruppen for rapporter og data er regionsledelsen, de regionale analysegrupper og de regionale lægemiddelkomitéer.

Monitoreringsrapporterne, som udsendes af RADS, giver regionerne mulighed for at følge forbruget på tre niveauer:

- *På landsplan.* Landsrapporten giver et hurtigt overblik over regionernes målopfyldelse inden for det relevante terapiområde samt i forhold til hinanden i det monitorerede kvartal (øjebliksbillede).
- *På regionalt niveau.* Regionsrapporterne giver et overblik over udviklingen i regionens forbrug i forhold til den adfærd som RADS ønsker at styrke gennem behandlingsvejledningen.
- *På afdelingsniveau.* RADS udsender en samlet datapakke til regionerne, som de kan anvende til at analysere forbruget afdelings-specifikt. Denne analyse tager hensyn til de lokale strukturelle forskelle fx specielle sammensætninger af patientpopulationen.

RADS' monitoreringsrapport er ændret pr. 4. kvartal 2015. Den nye rapporteringsform er resultatet af en større analyse af regionernes behov og ønsker på området. De nye monitoreringsrapporter fastlægger ikke længere afde-

lingsspecifikke mål i den centrale monitorering. I stedet modtager regionernes "RADS analyseenheder" de detaljerede filer med bl.a. datagrundlag på afdelingsniveau til brug for nærmere analyse efter behov.

Da der er tale om en gradvis udrulning af den nye monitoreringsform, indeholdt den omtalte monitorering for 4. kvartals 2015 i første omgang data for terapiområderne G-CSF, hepatitis C, multipel sklerose og medicinsk behandling af psykotiske tilstande. Monitoreringsrapporterne udvides i den kommende tid. Udvidelsen vil ske hvert kvartal og være en følge af, hvilke fagudvalg som for tiden arbejder med de respektive vejledninger.

RADS' behandlingsvejledninger retter sig mod en standardbehandling, hvilket også afspejler sig i beregningerne af behandlingsmålene i vejledningerne. Det er derfor klart, at afvigelser fra behandlingsmålene kan forekomme, da patientgrundlaget for de enkelte afdelinger og regioner er forskelligt. Derved er det ikke den samme andel af patienter, der skal tilbydes standardbehandling. Da de tilgængelige data for monitorering bygger på forbrugsdata, dvs. tilgangen af lægemiddel til afdelingerne, vil markedssituationen, som eksempelvis restordreforhold, hvor afdelingerne vil være nødsaget til at anvende andre lægemidler end de rekommanderede og andre ekstraordinære indkøb, påvirke det aktuelle pejlemærke.

5.3.2 Hvordan håndteres vejledningerne regionalt?

Efter regionerne har modtaget RADS' behandlingsvejledning, tilpasser enkelte regioner vejledningen, så den passer til de regionale instrukser. Nedenfor følger en gennemgang af, hvordan tilpasningen eventuelt finder sted i hver enkelt region.

Region Hovedstaden

Som hovedregel oversætter regionen ikke behandlingsvejledninger/rekommandationer.

Region Sjælland

Det er de enkelte faglige udvalg under Den Regionale Lægemiddelkomité, som har til opgave at vurdere, hvordan RADS behandlingsvejledninger bedst implementeres, herunder vurdere eventuelle konsekvenser for regionen med hensyn til økonomi, patientsikkerhed og medicinhåndtering. Det faglige udvalg udarbejder en implementeringsplan, herunder en formidlingsstrategi, som bliver endeligt godkendt af Den Regionale Lægemiddelkomité.

Region Nordjylland

Der udarbejdes et følgenotat til behandlingsvejledningen og/eller lægemiddelrekommandationen. Der sker imidlertid ikke en egentlig oversættelse af behandlingsvejledningen/lægemiddelrekommandationen, da der er en forventning om, at materialet, som er udarbejdet af RADS, umiddelbart kan anvendes. De lægefaglige specialer står selv for at opdatere deres behandlingsinstrukser i henhold til vejledningerne.

Region Midtjylland

Som hovedregel oversætter regionen ikke behandlingsvejledninger/rekommandationer.

Region Syddanmark

Det regionale lægemiddelteam mødes ca. 1 gang hver måned med de klinisk farmakologiske speciallæger fra Odense Universitetshospital for at gennemgå de senest indkomne behandlingsvejledninger og rekommandationer. Det beslutes her, om et fagområde kræver særlig opmærksomhed, dvs. et vil sige om der skal tilknyttes en model med efterlevelsesmål, monitorering og eventuel økonomimodel. Den overordnede ledelsesmæssige godkendelse af modellen vil så efterfølgende komme fra Lægemiddelrådet/Medicinsk Task Force¹. Lægemiddelteamet vil i samarbejde med de kliniske farmakologer udarbejde modellen og varetage den praktiske formidling til sygehusledelserne.

5.3.3 Regional implementering af RADS behandlingsvejledninger

Implementeringen af RADS behandlingsvejledninger afhænger af lokale forhold. Regionernes implementeringsplan er beskrevet nedenfor.

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden implementeres RADS behandlingsvejledninger af den regionale lægemiddelkomité. Alle vejledninger implementeres i samarbejde med klinikerne på sygehusene via de sundhedsfaglige råd.

Implementering af simple RADS vejledninger (fx ved få lægemidler, overskuelige lægemiddelkaskade, lille patientgruppe eller hvor lægemiddelkaskaden allerede er implementeret uden problemer) foregår som regel via

¹ Medicinsk Task Force har til formål at imødegå de stigende sygehusmedicinudgifter. Task Forcen består af en lægelig direktør fra hver region fra hver af Region Syddanmarks sygehuse samt repræsentanter fra sygehusapotekerne og fra regionen.

mailkorrespondance imellem lægemiddelkomitéens sekretariat og det sundhedsfaglige råds formand/næstformand. Der orienteres om vejledningen, ikrafttrædelsesdato, link til RADS vejledning i dokumentstyringssystem og det afklares, om RADS vejledningen rummer udfordringer i forhold til implementering.

Hvis der ikke er problemer i forhold til ovenstående, er processen afsluttet. Det enkelte sundhedsfaglige råd sørger selv for at orientere videre ud på de enkelte hospitaler/afdelinger.

Implementering af mere komplicerede RADS vejledninger foregår som oftest ved et møde imellem lægemiddelkomitéens sekretariat, sygehusapoteker og det sundhedsfaglige råd. Her afklares implementering, evt. differentieret ud på særlige patientgrupper, evt. nødvendighed af specielle regionale aftaler, monitoreringsmål og auditering i forhold til overholdelse af de indgåede vejledninger. I nogle tilfælde orienterer det sundhedsfaglige råd de enkelte hospitaler/afdelinger. I andre tilfælde skriver den regionale lægemiddelkomité rundt til alle de involverede afdelinger.

I alle tilfælde – dvs. både for simple og komplicerede RADS vejledninger – orienteres de lokale lægemiddelkomitéer rundt på hospitalerne samt farmaceuterne i klinisk farmaci, når der er nye RADS vejledninger til implementering. Sidstnævnte hjælper til med implementering ude på de kliniske afdelinger. Som hovedregel ændrer sygehusapotekets dataafdeling ved nye vejledninger standardsortimentet medicinbestillingsprogrammet Online2 og EPM, så de enkelte hospitaler ikke selv skal håndtere denne arbejdsopgave.

Region Sjælland

Implementering på sygehusene sker ved, at sygehusapoteket udsender informationsbrev til afdelingsledelserne. Herudover er der indlæg i Sygehusapotekets nyhedsbrev, hvis RADS rekommandationer omfatter mange specialer og/eller mange patientgrupper. Der sker tilpasning af standardsortimentet på de enkelte afsnit og standardordinationer i den elektroniske patientjournal (EPJ), så de er i overensstemmelse med rekommandationer fra RADS. Der udarbejdes på udvalgte områder noter til lægen i EPJ med forslag om ændring af et ikke rekommanderet lægemiddel til et analogt rekommanderet lægemiddel.

Herudover fremsendes behandlingsvejledninger med rekommandationer til det relevante Sundhedsfaglige Råd med henblik på implementering i regionale retningslinjer/behandlingsvejledninger.

Region Nordjylland

Side 22

Region Nordjyllands implementering afhænger af den enkelte vejledning. Der skelnes mellem 3 typer af vejledninger og i alle tilfælde udarbejdes et implementeringsbrev med oplysninger om den konkrete vejledning (i tilfælde af, at det er en opdateret vejledning, indgår endvidere, hvad der er ændret fra den tidligere udgave) samt om økonomisk betydning, hvis det skønnes relevant.

Hvis der er tale om en behandlingsvejledning, som dækker en enkelt eller få afdelinger, sendes RADS materialet ud sammen med en kort besked. Der følges op med dialog pr. mail, telefon eller personlig henvendelse til den ledende overlæge fra klinisk farmakologisk enhed.

I de tilfælde, hvor der er vejledninger, som rammer lidt flere afdelinger, afholdes der et implementeringsmøde (hvis det skønnes relevant), hvor repræsentanter fra de relevante afdelinger mødes med Klinisk Farmakologisk enhed og eventuelt sygehusapoteket for at drøfte tiltag i forhold til implementering og eventuelt, hvordan vejledningen monitoreres.

Endelig gælder det, at for de vejledninger, som omfatter mange rekommandationer, vil implementering og nødvendige tiltag blive drøftet i specialistgrupper. Her drøftes ligeledes monitorering.

Derudover er der tilretning af standardsortimenter på de enkelte afsnit, evt. rekommandationsliste og basisliste samt standardordinationer og standardregimer i medicinmodulet i forhold til gældende RADS lægemiddelrekommandationer.

Generelt gælder det, at opfølgning på efterlevelse af vejledning hovedsageligt sker i dialog med ledelsen.

Region Midtjylland

Ved nye eller opdaterede behandlingsvejledninger fra RADS vurderes det, om der kommer en supplerende lægemiddelrekommandation.

I tilfælde, hvor behandlingsvejledningen ikke suppleres med en lægemiddelrekommandation, vurderes det, om vejledningen skal udsendes sammen med et implementeringsbrev, samt om der eventuelt skal afholdes et implementeringsmøde.

Når der kommer en supplerende lægemiddelrekommandation, vurderes det, om der er behov for et implementeringsmøde og/eller behov for kontakt til afdelingerne med hensyn til budgettering. Formålet med at afholde implementeringsmøder er bl.a. at afklare rækkefølgen i valg af lægemidler, lægemiddel målopfyldelse, hastighed for implementering, metode for monitorering mv.

Der udfærdiges i de fleste tilfælde et implementeringsbrev, som fremhæver rekommandationerne, forventningen om målopfyldelse, og hvordan der monitoreres i tilfælde af patientspecifik monitorering. Patientspecifik monitorering betyder, at afdelingerne skal notere i et skema, hvor mange patienter der sættes i behandling med hvilke lægemidler. Skemaet indsendes til regionen enten hver måned, hvert kvartal eller hvert halve år afhængigt af kompleksiteten af vejledningen. Den patientspecifikke monitorering vælges primært ved særligt økonomitunge vejledninger, som ikke kan monitoreres på andre måder.

Ansvar for implementering og målopfyldelse ligger hos de enkelte hospitaler, herunder afdelingsledelserne. Hospitalsapoteket er behjælpeligt med at ændre standardordinationer i medicinmodulet EPJ og sortiment på afdelingerne, således at det tilpasses RADS.

Region Syddanmark

Sygehusene/afdelingerne er selv ansvarlige for implementeringen af RADS-vejledningerne. Sygehusene har metodefrihed i deres arbejde med implementering. Typisk løses opgaven i samarbejde mellem sygehusapotekerne og de relevante kliniske afdelinger. Det er regionens erfaring, at stærkt ledelsesmæssigt fokus (fra sygehusdirektionen) er vigtigt for at sikre en hurtig implementering. Dette gælder særligt på fagområder, hvor der blandt klinikerne ikke er 100 pct. opbakning til RADS' behandlingsvejledninger/rekommandationer.

5.3.4 Hvordan følger regionerne via monitorering op på implementeringen af RADS vejledninger

RADS sekretariatet fremsender monitoreringsrapporter til regionernes ledelsessystem og regionernes lægemiddelkomitéer, som efter behov følger op i forhold til de enkelte afdelinger.

Region Hovedstaden

Region Hovedstaden følger på baggrund af RADS vejledninger op i forhold til afdelingerne. I visse situationer suppleres RADS monitoreringsvejled-

ninger med monitoreringsrapporter udarbejdet af Region Hovedstaden selv. Sidstnævnte kan fx være i tilfælde, hvor man ønsker rapporterne oftere end én gang i kvartalet, eller hvis der er områder, som RADS ikke monitorer. Region Hovedstadens egen monitorering sker ud fra de monitoreringsmål, der er aftalt i RADS, men også ved blot at ”følge forbruget” i de vejledninger, hvor der ikke er defineret monitoreringsmål. Når forbruget følges, ses der efter tendenser i forbrugsmønstret, som ikke stemmer overens med RADS rekommandationerne. Hyppigheden af Region Hovedstadens monitoreringer varierer afhængigt af eksempelvis, om der er ændringer i førstevalg, eller om man er bekendt med, at implementeringen er problematisk. Hyppigheden varierer fra hver måned til én gang årligt.

De fleste RADS vejledninger monitoreres ud fra forbrugstal på lægemidler. Nogle RADS vejledninger monitoreres på patientniveau ude på de enkelte afdelinger, hvor det noteres, hvor mange nye patienter der er sat i behandling igennem det sidste halve år, hvilket lægemiddel de er sat i behandling med, og hvis der er sket skift fra ét lægemiddel til ét andet, hvad der er skiftet fra og til.

I de tilfælde, hvor det konstateres, at der er problemer i forbindelse med implementering af en RADS vejledning, kontaktes den lokale lægemiddelkomité på hospitalet. De tager en dialog med afdelingen. Herudover drøftes implementering og monitorering med de sundhedsfaglige råd.

Region Sjælland

Lægemiddelkomitéen er overordnet ansvarlig for løbende at intervenere på lægemiddelforbrug og rekommandationer omfattet af RADS behandlingsvejledninger.

Som led i monitorering af efterlevelsen af RADS behandlingsvejledninger er de enkelte faglige udvalg under Lægemiddelkomitéen ansvarlige for løbende at vurdere, om RADS behandlingsvejledninger bliver efterlevet og foretage eventuel intervention.

Hvis der er afvigelser i forhold til anbefalinger fra RADS:

Ved intervention bliver det undersøgt og vurderet, hvorfor en afdeling ikke efterlever RADS behandlingsvejledning med efterfølgende opfordring til afdelingen om at efterleve RADS vejledningen.

Ved manglende efterlevelse af RADS behandlingsvejledning, skal Lægemiddelkomité-udvalget med en sagsfremstilling orientere Lægemiddelkomitéen om afvigelser, hvis det har væsentlig økonomisk eller terapeutisk betydning

Hvis afdelingerne fortsat ikke efterlever RADS behandlingsvejledning, tager Lægemiddelkomitéen kontakt til sygehusledelsen.

Region Nordjylland

Klinisk Farmakologisk Enhed monitorerer som udgangspunkt alle RADS behandlingsvejledninger/lægemiddelrekommandationer hvert kvartal for at følge op på efterlevelsen for afdelinger i Region Nordjylland uanset, om der er en officiel monitorering via RADS.

For de vejledninger, hvor der ikke monitoreres nationalt, er der for de af vejledningerne, hvor det er muligt, opsat egen regional målsætning for Region Nordjylland. Hvis en afdeling ikke efterlever en behandlingsvejledning tages kontakt til den ledende overlæge for det pågældende speciale.

Væsentlige problemområder drøftes endvidere med klinik- og/eller sygehusledelse og eventuelt den regionale lægemiddelkomité. Hvordan det håndteres afhænger af såvel den konkrete behandlingsvejledning samt af den mulige økonomiske konsekvens.

Region Midtjylland

I forbindelse med planlægning af implementering udarbejdes der samtidig en monitoreringsplan. Det vurderes i den forbindelse, om der kan monitoreres ud fra forbrugstal, som trækkes ud af hospitalsapotekets database, om afdelingerne skal fremsende patientspecifikke opgørelser, eller det ikke er muligt at monitorere. Det vurderes endvidere, hvilke parametre det giver mening at monitorere på samt hvor ofte. Ved nye lægemiddelrekommandationer foretages som opstart monitorering efter hvert kvartal. Monitoreringen foregår uafhængigt af RADS monitoreringen, da denne ofte ikke er helt præcis eller ikke relevant. Samtidig er regionens krav til målopfyldelse ikke altid identiske med RADS', og derfor er regional monitorering nødvendig. Tæt monitorering prioriteres som udgangspunkt, hvor der er tale om store økonomiske gevinster.

Monitoreringsplanen beskriver således, hvordan monitoreringen skal foregå. Analysegruppen foretager derefter monitoreringer i henhold til monitoreringsplanen. Det vurderes, om resultatet af monitoreringen skal afrapportere-

res i forbrugsrapporten. Forbrugsrapporten udsendes hvert kvartal til regionsråd, direktion og hospitalsledelser, samt den regionale lægemiddelkomité.

Ved manglende målopfyldelse vurderes om:

- Der skal tages kontakt til relevante afdelinger for afklaring af årsager.
- Der skal sendes nyhedsbrev til relevante afdelinger med kurve over manglende overholdelse.

Afdelingerne får som udgangspunkt medicinen finansieret 100 pct. af regionen, hvis de overholder RADS nationale behandlingsvejledninger eller regionale behandlingsvejledninger. Når afdelingerne ikke følger vejledningerne, informeres regionshuset om dette af analysegruppen. Administrationen i regionen (Sundhedsplanlægning) beslutter fra sag til sag, om afdelingerne skal have en regning på beløbet, som er anvendt på ”ikke-rekommanderet” medicin. Da afdelingerne i øvrigt har deres eget budget, trækkes beløbet enten ud af driften, eller hospitalsledelsen finder beløbet.

Region Syddanmark

Det Regionale Lægemiddelråd/Medicinsk Task Force har det overordnede ansvar for, at RADS behandlingsvejledninger/rekommandationer bliver fulgt. Lægemiddelrådet/Task Force har derfor på udvalgte RADS fagområder lavet særlige modeller, hvor der er udsendt breve til sygehusene med beskrivelse af efterlevelseshsmål og monitorering. Til de udvalgte fagområder er der endvidere tilknyttet en særlig økonomimodel, hvor udgiftsrefusionen er blevet gjort afhængig af overholdelse af RADS-rekommandationer.

Monitoreringen afhænger af fagområdet og foregår enten på baggrund af salgstal eller ved audit. Monitorering på baggrund af salgstal foretages af en økonomimedarbejder i regionshuset. Audit foretages på sygehusene af de relevante behandlingsansvarlige afdelinger og kan foregå f.eks. ved opslag i kliniske databaser, manuelle opslag i journaler.

Ved manglende målopfyldelse skal sygehusene for de fagområder, hvortil der er knyttet en økonomimodel, selv finansiere merudgiften, der kan tilskrives den manglende målopfyldelse. For fagområderne uden tilknyttet økonomimodel er opfølgningen dialogbaseret.

De kvartalsvise RADS monitoreringsrapporter anvendes ligeledes som et screeningsværktøj til at finde afvigende og uhensigtsmæssige forbrugsmøn-

stre. Rapporterne gennemgås fra regionalt side, og der er flere organisatoriske muligheder for at følge op lokalt, dels ved samarbejde med den regionale kliniske farmakologiske enhed på Odense Universitetshospital, sygehusapotekerne og lægemiddelrådet.

Side 27

5.4 Variation i implementering og efterlevelsen mellem sygehuse

RADS vejledninger er rådgivende, og implementering sker i de enkelte regioner i forhold til de lokale forhold, som er gældende med hensyn til patientsammensætning og klinisk praksis. Der vil være variation i såvel implementering og efterlevelse mellem sygehusene, da der er variationer i patientunderlaget – fx vil forskellig kropsvægt eller sygdomsudbredelse give variationer i forbruget af medicin og dermed forskelligt forløb af implementeringen. Det giver derfor heller ikke umiddelbart mening at sammenligne variationer i implementering og efterlevelse mellem sygehusene. For at regionerne kan analysere disse lokale forhold helt ned på afdelingsniveau, udsender RADS kvartalsvis samlede datapakker på afdelingernes forbrug. Ved hjælp af det lokale kendskab kan regionernes egne analysegrupper forsyne regionsledelserne med informationer om behovet for opfølgning på de enkelte afdelingers adfærd.

Alle regioner har nedsat lægemiddelkomitéer, som på baggrund af faglige vurderinger fra specialistgrupper/speciallægeråd, og under hensyntagen til økonomien, fastlægger sygehusenes generelle lægemiddelsortiment. I samarbejde mellem lægemiddelkomiteerne, sygehusapotekerne og det enkelte afdelingsafsnits overlæger defineres afsnittets standardsortiment, som indeholder de for afsnittet relevante rekommanderede lægemidler og de nødvendige specialepræparater.

I de regionale lægemiddelkomitéer deltager repræsentanter fra bl.a. sygehusledelsen, administrationen, sygehusapotekere, overlæger fra klinisk farmakologiske afdelinger, psykiatrien og praktiserende læger.

Det gennemgående formål med lægemiddelkomitéernes arbejde i regionerne er at sikre den bedst mulige behandling med lægemidler og den mest effektive ressourceudnyttelse på området.

De konkrete opgaver for lægemiddelkomitéerne i regionerne er bl.a. følgende:

- At udarbejde rekommandationer for de lægemidler, som anvendes i regionen ud fra en vurdering af behandlingsmæssig kvalitet og økonomi
- At udarbejde og vedligeholde vejledninger for behandling med lægemidler
- At sikre den fornødne kommunikation af rekommandationer og vejledninger
- At udarbejde forslag til principper og politikker for anvendelse af medicin, herunder særligt brug af nye lægemidler samt implementere nationale anbefalinger fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS)
- At følge udviklingen i brugen af nye lægemidler
- At følge lægemiddelforbruget i regionen generelt
- Sikre overensstemmelse mellem vejledningerne i de to sektorer

Bilag 2: Regionalt projekt om monitorering af medicin

Side 29

Regionerne har i regi af Regionernes Sundheds-it (RSI) igangsat en indsats, som skal etablere bedre muligheder for at følge regionernes forbrug af medicin og udgifter hertil.

Formålet er blandt andet at give regionerne mulighed for at agere proaktivt på udviklingen indenfor medicinområdet gennem et solidt datagrundlag.

Datagrundlaget skal bruges til at lave analyser af, hvordan medicin anvendes og hvilke udgifter, der er forbundet hermed på tværs af afdelinger og regioner. Det vil bidrage til at sikre et faktisk fundament for læring og forbedringer i den kliniske praksis. Endvidere vil indsatsen give et grundlag for at kunne følge op på KRIS' og RADS' retningslinjer for anvendelse af sygehusmedicin. Det er i mange tilfælde ikke muligt i dag. Datagrundlaget ønskes anvendt såvel på afdelingsniveau på sygehusene som på mere aggregeret niveau i regionen og på tværs af regioner, idet det giver mulighed for at samle data til landsdækkende formål.

Projektet er igangsat i april 2016.

Juridisk hjemmelsgrundlag er en forudsætning for realiseringen af projektet.