

Granskning av Läkemedelskommittén i Landstinget Dalarna

Sammanfattning av huvudrapport 2004-09-23

Förord

Revisorskollegiet i Landstinget Dalarna har gett BDO Consulting Group i uppdrag att granska Läkemedelskommittén i landstinget. Uppdragets syfte är att granska och vid behov lämna förslag till utveckling av Läkemedelskommitténs sammansättning, organisation och arbetssätt och dess förutsättningar att stödja och påverka läkarnas läkemedelsförskrivning i Landstinget Dalarna. Granskningen baseras på dokumentationsstudier och intervjuer med företrädare för landstingsledningen och Läkemedelskommittén. Jämförelser görs med läkemedelskommittéer i riket generellt samt inom jämförbara landsting.

I ett första steg har en granskning av Läkemedelskommitténs genomförts med fokus på i huvudsak följande områden

- Organisatorisk ställning.
- Självständighet gentemot verksamheterna.
- Mandat och stöd från Landstingsstyrelsen.
- Resurser och budget.
- Råd och riktlinjer för läkemedelsförskrivning och läkemedelshantering.
- Marknadsföring av råd och riktlinjer.
- Utbildning och information till förskrivare
- Utbildning och information till patienter och allmänheten

Avrapportering av granskningens första steg har gjorts till Revisorerna 2004-06-08. Efter den avrapporteringen har beslutats att genomföra också steg två enligt tidigare redovisat granskningsförslag. I steg två inriktas granskningen i första hand på

- Läkemedelsförskrivningen i kommuner och närsjukvårdsområden i Dalarna.
- Förskrivande läkares följsamhet gentemot Läkemedelskommitténs rekommendationer.
- Patienternas följsamhet gentemot läkarens ordinationer.

Resultatet av granskningens steg två redovisas i en utförlig underlagsrapport som beskriver förskrivningsmönster och följsamhet gentemot Läkemedelskommitténs mål för fem läkemedelsgrupper vid vårdcentraler, sjukhus och en grupp privatpraktiserande läkare.

Materialet i underlagsrapporten har sammanfattats i en huvudrapport som inte innehåller detaljuppgifter om respektive läkemedelsgrupp utan fokuserar på det samlade förskrivningsmönstret för samtliga grupper.

I det här dokumentet presenteras en sammanfattning av huvudrapporten med ytterligare koncentration av innehållet och fokus på vårdcentralernas förskrivningsmönster och följsamhet gentemot Läkemedelskommitténs mål.

De rekommendationer som redovisas i slutet av rapporten är identiska med motsvarande avsnitt i underlagsrapporten och huvudrapporten. De baseras på materialet i underlagsrapporten samt på de slutsatser och rekommendationer som granskningens första steg givit anledning till.

Metod och angreppssätt

Läkemedelskommitténs mål och rekommendationer

I vår analys har vi valt att följa den indelning i målområden som Läkemedelskommittén tillämpar. Specifika mål har satts upp för förskrivningen av nedanstående fem grupper av läkemedel:

Läkemedelsgrupp <i>Behandlingsområde</i>	Mål
Statiner <i>Höga blodfettsvärden</i>	Andelen simvastatin av total statinanvändning skall öka till 80 procent av DDD ¹ .
Betablockerare ² <i>Högt blodtryck, ischemiska hjärt-kärlsjukdomar</i>	Andelen atenolol av summan atenolol och metoprolol skall öka till 70 procent av DDD.
Protonpumpshämmare ³ <i>Mag- och tarmsjukdomar</i>	Antal DDD av protonpumpshämmare skall minska med 10 procent.
SSRI ⁴ <i>Depressioner</i>	Andelen citalopram av total SSRI användning skall öka till 60 procent av DDD
NSAID ⁵ <i>Smärtlindring vid inflammatoriska tillstånd</i>	Andelen coxiber av total NSAID-användning skall minska till 15 procent av DDD.

Urval av enheter för analys

Det blir lättare att arbeta med Läkemedelskommitténs statistiska material om uppgifterna sorteras och grupperas efter vikt och jämförbarhet. Landstingets 34 vårdcentraler är en naturlig sådan grupp. De står för en stor andel av receptförskrivningen av läkemedel och är generellt sett jämförbara när det gäller patientunderlaget. En annan naturlig och intressant grupp för redovisning är sjukhusen.

I tabellen nedan redovisas hur förskrivningen av läkemedel inom de fem grupper som Läkemedelskommittén formulerat mål för fördelar sig på olika verksamheter inom landstinget

¹ DDD, definierad dygnsdos, är en teknisk måtenhet som möjliggör jämförelser av läkemedelsförskrivning över tid och mellan områden.

² Betablockerare minskar puls och blodtryck. Det gör att hjärtat arbetar lugnare och mer effektivt.

³ Protonpumpshämmare minskar saltsyraproduktionen i magsäcken.

⁴ SSRI står för "selective serotonin re-uptake inhibitor". Preparaten verkar genom att långsamt återställa nivåerna av en specifik signalsubstans, serotonin, i hjärnan. SSRI-preparat används förutom vid depression även vid paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom, vissa nervösa besvär, bulimi och posttraumatiskt stressyndrom.

⁵ NSAID (*Non-Steroid Anti-Inflammatory Drugs*) Icke steroidbaserade anti-inflammatoriska läkemedel.

Förskrivning av fem grupper av läkemedel inom Landstinget Dalarna januari-maj 2004

Enhet	Läkemedelskommitténs målområden						
	Statiner	Beta-blockerare	Protonpumps-hämmare	SSRI	NSAID	Summa	
	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	Procent
Vårdcentraler	2 101 898	1 249 262	806 217	1 011 674	874 135	6 043 185	62,5
Sjukhus	912 655	297 292	208 966	69 681	57 625	1 546 220	16,0
Övriga	412 632	163 125	276 426	666 199	567 258	2 085 639	21,6
Totalt	3 427 184	1 709 679	1 291 609	1 747 555	1 499 017	9 675 044	100,0

Vårt urval omfattar sammanlagt 34 vårdcentraler och fyra sjukhusenheter⁶ av totalt 110 enheter i Läkemedelskommitténs redovisning. Trots det begränsade antalet enheter omfattar urvalet drygt 80 procent av den totala förskrivningen. Gruppen övriga omfattar således enheter med rätt liten förskrivning av läkemedel och lämpar sig därmed inte för närmare analys. Där finns dock en del iakttagelser av intresse som det finns skäl att återkomma till.

Frågeställningar i granskningen

Med utgångspunkt i vad som redovisats i det föregående kan vi formulera ett antal frågeställningar för den fortsatta analysen:

Förskrivning av läkemedel

- Vilka skillnader i förskrivning av läkemedel föreligger mellan områden och enheter i Dalarna?
- Vilka sakliga grunder finns för observerade skillnader?
- Går det att finna någon samvariation mellan sjuklighet eller dödlighet och förskrivning av läkemedel vid jämförelser mellan kommuner eller andra geografiska områden?

Val av preparat

- Vilka skillnader finns mellan olika enheter när det gäller följsamhet gentemot Läkemedelskommitténs rekommendationer?
- Vilka sakliga grunder finns för observerade skillnader?

Läkemedelsförskrivning i Landstinget Dalarna

Landstinget Dalarna jämfört med riket

I tabellen nedan redovisas en sammanställning av uppgifter om förskrivning av läkemedel inom Läkemedelskommitténs fem målområden mätt i DDD per tusen invånare och dag⁷ år 2003 i Landstinget Dalarna jämfört med riket. Statistiken från Apoteket AB är oftast mindre detaljerad än den som redovisas av Läkemedelskommittén i Landstinget Dalarna. Siffrorna i tabellen nedan är därför inte direkt jämförbara med uppgifter från Läkemedelskommittén. De ger dock en bra grund för jämförelser mellan landstinget och riket.

⁶ Uppgifter om förskrivningen av läkemedel vid Borlänge sjukhus redovisas under vårdcentraler och benämningen Vårdcentralen vid Borlänge sjukhus

⁷ DDD per tusen invånare och dag (DDD/TIND) ger en grov uppskattning av hur stor andel av befolkningen som skulle kunna behandlas med såld mängd läkemedel.

Förskrivning av fem grupper av läkemedel i Landstinget Dalarna repektive Riket 2003

Enhet	Läkemedelskommitténs målområden					
	Statiner	Beta-blockerare	Protonpumps-hämmare	SSRI	NSAID	Summa
	<i>DDDTIND</i>	<i>DDDTIND</i>	<i>DDDTIND</i>	<i>DDDTIND</i>	<i>DDDTIND</i>	<i>DDDTIND</i>
Landstinget Dalarna	78,0	52,1	35,2	56,7	41,3	263,3
Riket	64,9	50,2	34,3	61,1	36,8	247,3

Av tabellen framgår att Landstinget Dalarna redovisar en väsentligt högre frekvens förskrivning av statiner än riket i genomsnitt. För grupperna betablockerare och protonpumpshämmare ligger landstinget relativt nära riksgenomsnittet. För SSRI är frekvensen förskrivningar i Landstinget Dalarna lägre än riksgenomsnittet medan den åter är högre än riksgenomsnittet för NSAID.

Förskrivningsmönster vid vårdcentraler i Landstinget Dalarna

Förskrivning av läkemedel i DDD per tusen invånare och dag vid vårdcentralerna

I statistik från Hälso- och sjukvårdsenheten redovisas befolkningsuppgifter per vårdcentral. Det är därför möjligt att utnyttja Läkemedelskommitténs statistik för att räkna fram DDD per tusen invånare och dag för den period som redovisningen avser. Motsvarande beräkning går inte att göra för sjukhusen eftersom dessa inte har lika klart definierade upptagningsområden.

Granskningsmaterialet redovisas mer detaljerat i huvudrapporten. Av detta framgår att skillnaderna i förskrivning av läkemedel betydande mellan vårdcentralerna i landstinget. Högst total förskrivning redovisar vårdcentralen Fredriksberg och de båda vårdcentralerna i Älvdalens kommun. Vårdcentralen Jakobsgårdarna som redovisar lägst förskrivningstal har en total förskrivning av läkemedel som uppgår till mindre än hälften av förskrivningsfrekvensen i Älvdalen och en tredjedel av frekvensen vid vårdcentralen Fredriksberg.

Orsakerna till dessa skillnader är svårfångade. Vår granskning av materialet ger anledning till slutsatsen att avståndet till sjukhus möjligen har viss betydelse för förskrivningen av läkemedel vid vårdcentralerna men det förklarar långt ifrån de skillnader som framkommer i Läkemedelskommitténs statistik. Detsamma gäller skillnader i åldersstruktur mellan vårdcentralernas upptagningsområden.

De variationer i förskrivningsmönster mellan vårdcentraler och sjukhus som redovisas i tabellen ovan bör enligt vår mening bli föremål för fördjupade diskussioner inom den medicinska professionen. Läkemedelskommitténs terapirekommendationer avser normalfall och ger naturligt utrymme för individuella avvikelser beroende på patientens tillstånd.

Sammansättningen av patientunderlaget kan därför vara en välgrundad anledning till att exempelvis en vårdcentral avviker från genomsnittet för landstinget och utvecklar en egen profil. Vi har också skäl att anta att skillnader i åldersstruktur och avstånd till sjukhus kan ha viss betydelse för förskrivningsmönstret.

Samtidigt finns skäl att uppmärksamma attityder och handlingsmönster hos de förskrivande läkarna. Det kan exempelvis gälla tillämpning av indikationer för insättande av läkemedel eller rutiner och praxis för omprövning av ordinationer. Professionen kontinuerligt bör arbeta med dessa frågor och pröva förutsättningarna att nå fram till en rimlig samstämmighet.

De observerade skillnaderna kan tyda på undermedicinering i en del fall och övermedicinering i andra. I det första fallet utsätts patienten för en onödig risk att underliggande sjukdomstillstånd förvärras. I det andra fallet finns risk för onödiga biverkningar och onödigt höga kostnader för patienten eller landstinget.

Vårdcentralernas följsamhet gentemot Läkemedelskommitténs mål

Inledningsvis har noterats att läkemedelskommittén formulerat distinkta mål för var och en av de fem läkemedelsgrupper som här är aktuella. Målen innebär att det billigaste av likvärdiga läkemedel skall förskrivas när så är möjligt.

För fyra av läkemedelsgrupperna går det att ur den tillgängliga statistiken utläsa vilken grad av måluppfyllelse som respektive vårdcentral uppnår. Ett undantag är gruppen protonpumpshämmare där målet är att användningen skall minska med tio procent. Det förutsätter tidsserier som inte finns med i nu redovisat material. Granskningsmaterialet redovisas mer utförligt i huvudrapporten.

Tre vårdcentraler uppfyller eller överskrider de mål som formulerats i Läkemedelskommitténs rekommendationer. Dessa är vårdcentralerna i Särna, Lima och Kvarnsveden. Vårdcentralerna i Älvdalen och Leksand når inte upp till 75 procents grad av måluppfyllelse sammantaget. Genomsnittet för samtliga vårdcentraler är omkring 86 procent. Vi kan konstatera att två ytterligheter representeras av de båda vårdcentralerna i Älvdalens kommun.

Det kan finnas mer eller mindre välgrundade skäl till variationer i måluppfyllelse mellan vårdcentralerna. Läkemedelskommitténs mål avser landstinget som helhet och är inte alltid relevanta på arbetsplatsnivå. Vi anser dock i likhet med Läkemedelskommittén att det är relevant att enheterna närmar sig målen och att avvikelser blir föremål för analyser på arbetsplatsnivå.

Målen är som nämnts i den föregående redovisningen huvudsakligen ekonomiskt orienterade. Vi har också funnit att målen ur detta perspektiv är utomordentligt välgrundade. För den förskrivande läkaren bör dock effekten på patientens hälsotillstånd vara avgörande. Först vid lika effekt väljs det billigaste läkemedlet. Vid bedömning av förskrivningen av läkemedel är det därför nödvändigt att också undersöka om relevanta behandlingsmål är uppnådda.

Ett skäl till att inte alltid följa Läkemedelskommitténs rekommendationer uppges vid våra intervjuer vara att läkemedelskostnaderna ofta förändras och att rekommendationerna därmed också får en annan inriktning. Det kan finnas ett motstånd hos förskrivare och patienter att byta läkemedel i takt med frekventa prisvariationer. Byte av läkemedel kan också betyda behov av tätare kontroller av patienten.

Ekonomiska perspektiv på läkemedelsförskrivningen

Kostnader och besparingspotentialer för de fem läkemedelsgrupperna

I tabellen nedan sammanfattas de uppgifter om teoretiska besparingspotentialer som enligt Läkemedelskommitténs statistik kan finnas vid vårdcentraler och sjukhus i Landstinget Dalarna när det gäller förskrivning av läkemedel i de fem grupper som Läkemedelskommittén formulerat mål för. Redovisningen har kompletterats med uppgifter om läkemedelsförskrivningen i den ospecificerade gruppen övriga arbetsplatser.

I tabellen redovisas de faktiska kostnaderna för läkemedelsförskrivningen i landstinget januari-maj 2004 uttryckt i kronor totalt och per DDD. Som jämförelse har gjorts en beräkning av kostnaden för motsvarande mängd läkemedel om förskrivande läkare fullt ut följt Läkemedelskommitténs rekommendationer om billigaste lämpliga läkemedel. Skillnaden mellan faktisk och beräknad läkemedelskostnad utgör en teoretisk besparingspotential.

Denna kan beräknas till omkring 20-30 procent av den faktiska förskrivningskostnaden. För hela landstinget kan det finnas en besparingspotential om cirka 24 miljoner kronor per år för de fem läkemedelsgrupperna som kan uppnås om Läkemedelskommitténs rekommendationer följs fullt ut.

Förskrivning av läkemedel totalt för fem läkemedelsgrupper i Landstinget Dalarna januari-maj 2004

Faktisk förskrivning och förskrivning beräknad efter Läkemedelskommitténs mål och rekommendationer

Arbetsplatser	Statiner	Beta-blockerare	Protonpumpshämmare	SSRI	NSAID	Faktisk förskrivning Kronor		Förskrivning enligt mål Kronor		Besparingspotential	
	Mål 2,22 kr/DDD Kronor	Mål 2,54 kr/DDD Kronor	Mål 8,40 kr/DDD Kronor	Mål 3,60 kr/DDD Kronor	Mål 3,00 kr/DDD Kronor	Totalt	per DDD	Totalt	per DDD	Kronor	Procent av förskrivning
Vårdcentraler	6 242 033	3 905 429	7 264 476	4 772 731	4 757 030	26 941 701	4,42	21 136 043	3,47	5 805 657	21,5
Sjukhus	2 601 917	1 089 989	1 696 503	294 689	258 476	5 941 574	3,84	4 960 970	3,21	980 605	16,5
Övriga	2 094 394	504 426	2 326 348	3 761 839	1 814 848	10 501 855	5,22	7 495 766	3,72	3 006 089	28,6
Summa	10 938 345	5 499 844	11 287 327	8 829 260	6 830 354	43 385 130	4,48	33 592 779	3,47	9 792 351	22,6
Besparingspotential för helår										23 514 527	

I vår rapport från granskningens första steg noterades att läkemedelskostnaderna har ökat kontinuerligt och kraftigt under de senaste 10-15 åren och uppgår nu till cirka 15 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden. När sjukvårdshuvudmännen övertar det fulla ansvaret för dessa kostnader finns risk för att en fortsatt ökning successivt kan komma att tränga undan andra uppgifter inom hälso- och sjukvården. Även om en viss dämpning av kostnadsutvecklingen skett på senare tid finns betydande risk för framtida problem. Enligt beräkningar från Landstingsförbundet innebär fem procents kostnadsökning för läkemedlen att kostnaderna ökar snabbare än landstingens skatteintäkter.

Samtidigt finns en betydande besparingspotential. Man kan räkna med att felaktig användning av läkemedel kostar 15-20 miljarder kronor årligen i Sverige⁸. Läkemedelskommittén i Landstinget Dalarna bedömer att läkemedel varje år kasseras för minst 50 miljoner kronor i landstinget.

Stora besparingar och bättre vård skulle kunna åstadkommas med bättre läkemedelsförskrivning där större följsamhet gentemot Läkemedelskommitténs mål är en väsentlig del. Det är dock inga vinster som är lätta att realisera. Det handlar om ett långsiktigt, systematiskt och tålmodigt arbete som bland annat innefattar viktiga förändringar i beteenden och kultur.

Läkares och patienters följsamhet gentemot mål och ordinationer

Läkares relationer till läkemedelskommittéer

Nepi⁹ har i en studie¹⁰ undersökt läkares relationer till läkemedelskommittéer samt attityder och faktisk förskrivning av läkemedel. Enkätresultaten var mycket positiva ur kommittéernas och landstingens synvinkel. Hela 90 procent angav att de följde kommitténs rekommendationslista och ungefär lika stor andel att de kände till rekommendationerna och hade stort eller mycket stort förtroende för sin kommitté. Motiven till kommittéernas rekommendationer var kända av 77 procent. Kännedom om motiven för rekommendationerna angavs vara viktig för följsamheten.

Mer än hälften av allmänläkarna sade sig känna ansvar för läkemedelskostnaderna, men det fanns ingen korrelation mellan angiven omfattning av sådant ansvar och svaren på attitydfrågorna. Allmänläkarnas attityder till fyra ekonomiskt viktiga läkemedel (Seloken ZOC, Tenormin, Losec, Lanzo) undersöktes särskilt i enkäten. Erhållna data jämfördes med den faktiska förskrivningen av

⁸ ABLA II. Rapport från Arbetsgruppen för Bättre Läkemedelshandling. Bakom denna grupp står företrädare för Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförning, Landstings- och Kommunförbunden, Apoteket AB, Apotekar societeten samt stiftelsen NEPI (Nätverk för Läkemedelsepidemiologi)

⁹ Nätverk för Läkemedelsepidemiologi

¹⁰ Läkares relationer till läkemedelskommittéer. Attityder och faktisk förskrivning Arne Melander och J. Lars G. Nilsson

dessas medel från samtliga läkare. Resultaten visade mycket stora skillnader mellan angivna attityder och faktisk förskrivning.

I 12 landsting angav läkarna att de vid hypertoni föredrog Tenormin framför Seloken ZOC, men inte i något landsting var den faktiska förskrivningen av Tenormin påtagligt större än för Seloken ZOC. Tvärtom: Seloken dominerade i 9 av dessa 12 landsting. I 18 av 20 redovisade landsting sade sig läkarna föredra Lanzo framför Losec men i samtliga landsting förskrev man Losec i mycket större utsträckning än Lanzo.

Det finns enligt Nepi troligen flera förklaringar till dessa påtagliga skillnader mellan redovisade attityder och faktisk förskrivning. Industrins marknadsföring av läkemedel syftar i stor utsträckning till att skapa "förformulerade behandlingsalternativ" hos förskrivarna, för att marknadsförarens läkemedel "skall sitta i ryggmärgen och i pennan". I förskrivningsögonblicket bidrar detta, sammantaget med tidsbrist och patienters förväntan, önskemål och motstånd mot preparatbyte, till en mindre rationell hållning än man uppger när man tillfrågas i enkät. En bidragande orsak är också att flertalet förskrivare har bristfällig information om de faktiska kostnadskonsekvenserna av olika förskrivningsalternativ.

Läkarnas attityder till det vid tidpunkten för enkäten ännu inte lanserade medlet Nexium undersöktes också. Det visade sig att majoriteten av allmänläkarna hade en bestämd uppfattning om medlet, trots att det ännu inte börjat marknadsföras eller blivit kommenterat av läkemedelskommittén. Detta understryker enligt Nepi vikten av att kommittéerna så tidigt som möjligt gör en bedömning av nya läkemedel, särskilt av dem med stor försäljningspotential.

Om läkemedelskommittéerna vill nå samma framgång som de kommersiella aktörerna kan de överväga att nyttja samma metod som dessa, i stället för att som i dag lita till en stegvis rationell tankeprocess, som inte alltid tillämpas vid läkemedelsvalet. Kommittéerna och landstingen måste också höja sin profil mot förskrivarna och ge dessa bättre medicinska och ekonomiska motiv att förskriva de rekommenderade medlen. Härvid kan man ha nytta av realistiska pris- och kostnadsjämförelser av det slag som Nepi publicerar.

Vid våra intervjuer framkommer en bild som tämligen väl stämmer överens med vad Nepi funnit. Läkemedelskommitténs rekommendationer anses som praktiskt användbara men tillför inget egentligt nytt. Vår granskning visar på betydande variationer i förskrivningsmönster och måluppfyllelse mellan arbetsplatser i läkemedelsstatistiken.

Ett problem som tas upp i intervjuerna är förutsättningarna för Läkemedelskommittén att nå ut med sin information till förskrivarna. Informationsflödet är stort på vårdcentralerna. Läkemedelskommittén kommer in som en av många om den över huvud taget kommer in. Vi ser här ett behov av förstärkta resurser inom Läkemedelskommittén för informationsspridning.

Patienternas följsamhet gentemot läkarens ordinationer

Begreppet följsamhet i detta sammanhang innebär i vilken grad en person i sitt beteende följer ordinationen från läkaren. Dålig följsamhet betyder att patienten inte tar sin medicin som den ordinerats, utan i stället tar för lite av den, för mycket av den eller inte tar den alls. Dålig följsamhet vid medicinanvändning leder till terapimisslyckanden, stora onödiga kostnader och mycket mänskligt lidande.

Upprepade undersökningar visar att mindre än 50 procent av de patienter som står på långtidsmedicinering tar sin medicin på det sätt som föreskrivits i läkarens ordination. En amerikansk undersökning visar att bristande följsamhet till läkemedelsterapi är orsaken till 8-10 procent av alla intagningar på sjukhus och 25 procent av alla intagningar av patienter över 65 år. Brister i följsamhet är orsak till 10-15 procent av de fall som hamnar på intensivvårdsavdelningar.

Tidigare försök att förbättra patienters följsamhet har i allmänhet gett dåligt resultat. Senare tids forskning har visat att samsyn mellan läkare och patient ger en bättre följsamhet och i förlängningen ett bättre behandlingsresultat. Samsyn innebär att läkare och patient uppnår en samstämmighet i sin syn på sjukdom och behandling och är överens om vilken medicin som ska tas, varför den ska tas och hur den ska tas. Om patienten känner sig delaktig i dessa beslut är chansen större att denne tar sin medicin på det sätt som ordinerats.

För att uppnå denna samsyn och på så sätt få en förbättrad följsamhet, behöver läkaren se patienten som en samarbetspartner. Dessutom behöver läkaren också ta reda på patientens kunskap om och inställning till sin sjukdom och försäkra sig om att patienten vet varför och hur ordinerade läkemedel ska användas. Ett utökat samarbete mellan de tre yrkesgrupperna läkare, farmaceuter och sjuksköterskor ökar också möjligheten att stärka patientens medverkan i behandlingen.

Rekommendationer

Den granskning av Läkemedelskommittén i Landstinget Dalarna som genomförts ger sammantaget anledning till följande rekommendationer som i allt väsentligt överensstämmer med de rekommendationer som formulerades i rapporten av granskningen i steg ett:

Övergripande ambitioner och strategier

- Landstingsstyrelsen bör bestämma ambitionsnivåer och övergripande principer för Läkemedelskommitténs arbete.
- Beslutade ambitionsnivåer och omfattning av Läkemedelskommitténs verksamhet bör följas av motsvarande resurser.
- Läkemedelsens behov av adekvata personresurser bör särskilt uppmärksammas.
- Arbetet med lokal läkemedelsbudgetering bör fortsätta.

Läkemedelskommitténs ställning och resurser

- Läkemedelskommittén bör inordnas under Hälso- och sjukvårdsenheten
- Behovet av kapacitet inom Läkemedelskommittén för informationsspridning bör uppmärksammas. Cirka 200 förskrivare i primärvården i Dalarna står för drygt 60 procent av alla DDD och cirka 40 procent av kostnaderna. Dessa utgör en viktig målgrupp som kan vara svår att nå.

Uppföljning och avvikelshantering

- Systemen för uppföljning och avvikelshantering bör skärpas.
- Landstingsdirektören bör uppmuntra förskrivare att alltid använda förskrivarkod samt arbetsplatskod och att regelbundet analysera det egna förskrivningsmönstret.
- Verksamhetschefernas ansvar för uppföljning av kostnader och förskrivningsmönster bör inskräpas av landstingsledningen.
- Läkemedelskommittén bör utveckla och förbättra det underlag för uppföljning och avvikelshantering som erbjuds verksamheterna.