

# Årsrapport 2013/2014

Lægemeddel-  
komitéen  
– medicin med mening



DEN REGIONALE LÆGEMIDDELKOMITÉ

REGION  
SJÆLLAND



– vi er til for dig



# Indhold

- 5 Forord
- 6 Den regionale Lægemiddelkomite**
- 6 Kommissorium for LMK
- 7 Medlemmer LMK
- 14 Kommissorium LMK-udvalg
- 15 Rationel farmakoterapi i Region Sjælland**
- 16 Rekommandationer
- 16 Implementering og formidling
  - 16 Primærsektor
  - 17 Sekundærsektor
- 19 LMK-konferencer 2013 og 2014
- 19 Lægemiddelforbrug
- 23 Udbud af lægemidler via AMGROS
- 26 Særligt dyr medicin
  - 26 Medicinpulje
  - 26 RADS
  - 27 KRIS
- 33 Hjælp til forbrugsstyring
- 33 Indsatsområder
- 38 Bilag**

---

LMK årsberetning 2013/2014 er udarbejdet af LMK sekretariatet og godkendt af LMK.  
Redigering afsluttet 25. marts 2015.

E-mail: [rs-lmk@regionsjaelland.dk](mailto:rs-lmk@regionsjaelland.dk)

INTRANET: [intra.regionsjaelland.dk/lmk](http://intra.regionsjaelland.dk/lmk)

INTERNET: [www.regionsjaelland.dk/lmk](http://www.regionsjaelland.dk/lmk)

**Redaktion:**

Ansvarshavende redaktør: Teis Andersen, vicedirektør, dr. med,  
Roskilde og Køge sygehuse, formand for LMK

Redaktør: Mikala Vasehus Holck, cand. pharm., klinisk farmaceut,  
Sygehusapoteket Region Sjælland, LMK sekretariatet

Artikler: Gert Ellegaard, journalist, Kommunikation, Region Sjælland

Lay-out: Michael Larsen, grafiker, Kommunikation, Region Sjælland



# Forord

Lægemedelområdet er et af de felter, hvor sundhedsvæsenet udfordres i disse år. Der er fremkommet nye og væsentlige behandlingsmuligheder for vore patienter, men lægemidlerne er samtidigt oftest særdeles kostbare. Når lægemiddelområdet sætter regionens økonomi under pres, bliver det dobbelt vigtigt at sikre, at lægemidlerne anvendes med respekt for både den sundhedsvidenskabelige faglighed og for omkostningerne.

Det er Den regionale Lægemedelkomites opfattelse, at Region Sjælland står ganske godt rustet til at håndtere den forestående udvikling på lægemiddelområdet, fordi der i regionen over de senere år er etableret faste strukturer og en systematik, der på den ene side gør det muligt at sikre patienterne opdaterede behandlingstilbud og på den anden side understøtter en rimelig styring af den kompleksitet, som lægemiddelbehandling udgør.

Denne Årsrapport fra Den regionale Lægemedelkomite for årene 2013 og 2014 forsøger at give et indblik i netop de komplekse sammenhænge og samtidigt i det arbejde, som Den regionale Lægemedelkomite varetager for at fremme rationel lægemiddelanvendelse i regionen. Årsrapporten tegner linjer fra det regionale arbejde til de nationale fora, der på landsplan arbejder for at sikre ensartethed, faglighed og økonomi i behandling med lægemidler.

Den regionale Lægemedelkomite er i sig selv en ganske stor »organisation i organisationen« – mere end 150 medarbejdere er engagerede i arbejdet for at sikre, at alle nødvendige kompetencer kommer i spil. Der er al mulig grund til at takke alle, der har bidraget til arbejdet i Lægemedelkomiteen, både klinikere og medarbejdere på Sygehusapoteket og i Lægemedelenheden.

Den regionale Lægemedelkomite vil også gerne takke de tværgående funktioner, der har hjulpet os især med formidlingsopgaver. Det gælder særligt hjælp til gennemførelse af de årlige konferencer, hvor Kommunikation og Center for Udvikling og Kompetence har ydet uvurderlige bidrag, og det samme gælder Kommunikations deltagelse i udarbejdelsen af denne Årsrapport.

Et kig i krystalkuglen for 2015 og 2016 viser, at der vil ske meget væsentlige ting på lægemiddelområdet.

Den nye sundhedsplatform vil komme til at kræve en betydelig indsats – for dernæst i de efterfølgende år at give store fordele for bl.a. sikkerheden i lægemiddelbehandling. Sundhedsplatformen vil - også på lægemiddelområdet - forudsætte et tæt samarbejde med Region Hovedstaden, herunder deres lægemiddelkomite.

Det økonomiske pres fra især nye lægemidler vil vokse og påkalde sig politisk opmærksomhed. Samtidigt indebærer introduktion af nye lægemidler et ekstra behov for faglig opmærksomhed på såvel kendte som uventede bivirkninger.

Endeligt skal der fortsat være fuld opmærksomhed på til stadighed at have opdaterede og hensigtsmæssige generelle retningslinjer for håndtering af lægemidler, helt fra de forlader Sygehusapoteket, til de bliver givet til patienten. Hver enkelt medarbejder skal kende og efterleve disse retningslinjer i den travle hverdag af hensyn til patientsikkerheden. Til syvende og sidst er det patienten, det hele handler om.

*Teis Andersen*

dr. med., formand for Den regionale Lægemedelkomite

# Den regionale Lægemiddelkomite

Den regionale Lægemiddelkomite (LMK) for Region Sjælland dækker både primær- og sekundærsektor og både de somatiske sygehuse og Psykiatrien. LMK er organiseret med tilhørende faglige udvalg (i alt 24). LMK refererer til Sundhedsforum, som ledes af Direktionen for Region Sjælland.

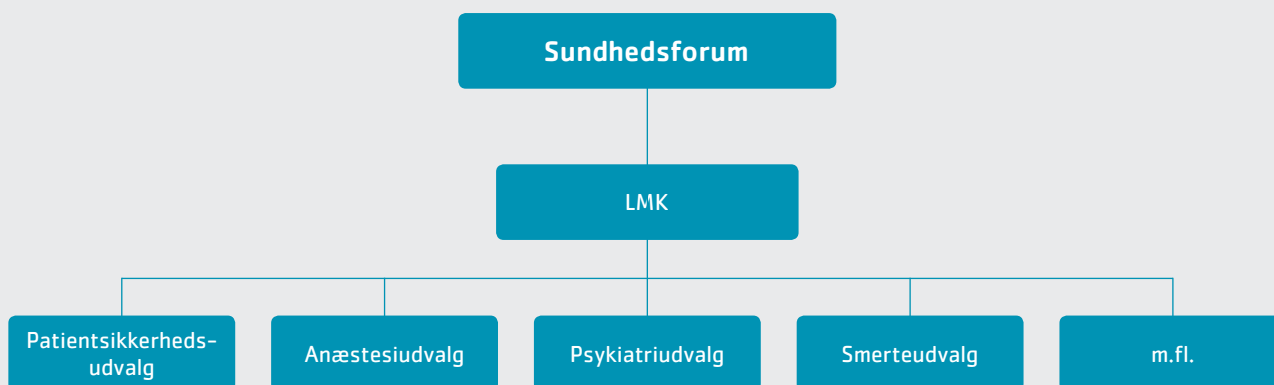


Fig. 1 Organisering af LMK og LMK udvalg

## Kommissorium for LMK

Formålet med LMK er at sikre rationel lægemiddelbehandling på sygehusene i Region Sjælland, i overgangen mellem primær- og sekundærsektor og i almen praksis. LMK skal bidrage til at skabe sammenhæng og sikkerhed i den medicinske behandling til gavn for både patient og samfund. Den fulde ordlyd af Kommissorium for Den Regionale Lægemiddelkomite i Region Sjælland er tilgængelig på intranettet.

LMK træffer beslutning om rekommandationer af lægemidler i Region Sjælland. Beslutningerne bliver efterfølgende implementeret på regionens sygehuse af Sygehusapoteket og i primærsektoren af Lægemiddelenheden under Kvalitet og Udvikling. Sekretariatsfunktionen i LMK bliver varetaget af Sygehusapoteket.

## Medlemmer LMK

LMK har 14 medlemmer, der på forskellig vis repræsenterer både primær- og sekundærsektor. Medlemmerne er udpeget af ledelsessystemet.

### Medlemmer ved udgangen af 2014:

Teis Andersen, vicedirektør, dr. med., Roskilde og Køge sygehuse (formand)  
Lene Stenbek, farmaceutisk chef, Sygehusapoteket (næstformand)  
Henrik Friis, ledende overlæge, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling  
Inger Bjeldbak-Olesen, sygehusapoteker, Sygehusapoteket  
Susanne Johansen, afdelingssygeplejerske, Onkologisk Afdeling, Næstved Sygehus  
Charlotte Vermehren, lægemiddelkonsulent, Lægemiddelenheden  
Lars Kristian Munck, overlæge, dr. med., Medicinsk Afdeling, Køge Sygehus  
Lisbeth Lund Pedersen, ledende overlæge, Psykiatrien

Niels-Jørgen Løkkegaard, overlæge, Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus  
Stig Ejdrup Andersen, overlæge, ph.d., Klinisk Farmakologisk Enhed  
Jens Due Lomholdt, overlæge, Medicinsk Afdeling, Slagelse Sygehus  
Bettina Gregersen, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge, Osted  
Gitte Madsen, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge, Roskilde  
Trine Toft, ledende klinisk farmaceut, Sygehusapoteket (faglig sekretær)

Indtil 1. juni 2013 var overlæge Gustav From medlem af LMK. I perioden fra 1. juni 2013 til 1. august 2014 var ledende overlæge Jan Christensen medlem af LMK, og indtil 1. oktober 2014 var regional lægemiddelkonsulent Kirsten Schæfer medlem af LMK.



Fig. 2 Fra venstre: Gitte Madsen, Charlotte Vermehren, Lene Stenbek, Lisbeth Lund Pedersen, Inger Bjeldbak-Olesen, Henrik Friis, Niels-Jørgen Løkkegaard, Teis Andersen, Bettina Gregersen, Stig Ejdrup Andersen, Trine Toft og Jens Due Lomholdt  
Ikke med på billedet: Lars Kristian Munck og Susanne Johansen

>> LÆS MERE SIDE 14 >>>



# Den EVIGE læring

Tekst og foto: Gert Ellegaard



Hanne Borch-Christensen: - Nok utopisk at forestille sig, at vi helt kan undgå menneskelige fejl.

Et stykke arbejde, der handler om at gøre det bedre næste gang. Og næste gang. Og næste gang...

Den kendte tv-læge Peter Qvortrup Geisling sagde en gang i et interview: - Et sygehus er et sted, hvor medarbejderne tager hænderne op af lommerne, og når mennesker gør det, kan det ikke undgås, at der også bliver begået fejl en gang imellem.

Helt på samme måde udtrykker formanden for Patientsikkerhedsudvalget under LMK, Hanne Borch-Christensen, sig ikke, men meningen er den samme: - Det er nok utopisk at forestille sig, at vi helt kan undgå menneskelige fejl, men vi kan prøve at hjælpe med til at reducere dem. De systemtekniske fejl kan vi til gengæld minimere, og vi bliver glade, hver gang det lykkes.

Måden at gøre det på er gennem læring, læring og atter læring. Blandt andet gennem studier af de utilsigtede hændelser, der nu i mere end ti år er blevet indberettet.

Læringen tager Patientsikkerhedsudvalget med sig i

arbejdet med at kigge medicinrådet og mulighederne for fejl nærmere efter. Udvalget mødes tre-fire gange om året og ser på medicinering i meget bred forstand.

- Lige fra de mere alvorlige hændelser til den anden ende af spektret, hvor man måske er kommet til at give en enkelt pille forkert. Alle hændelser fra samtlige sygehuse i regionen bliver gennemgået. Vi har også et link til praksissektoren gennem den praktiserende læge, der er med i udvalget, forklarer Hanne Borch-Christensen, der selv er riskmanager på Næstved Sygehus.

#### Look-alikes og sound-alikes

- En gang imellem kan it-systemerne forårsage typer af fejl, fordi systemerne ikke »snakker« rigtigt sammen. Kommunikationen i det hele taget er et af de steder, hvor der er risiko for fejl. Selv om vi vil det allerbedste for

patienten, er det ikke sikkert, at vi får kommunikeret det rigtige videre, i overgange til og fra primærsektor.

- Risikoen for fejl er bekymrende, da nogle af de lægemidler, vi bruger, er meget potente og meget farlige. Derfor skal sikkerheden omkring dem være tilsvarende høj, lyder det fra Hanne Borch-Christensen.

Nogle hændelser kan rubriceres under begreberne look-alikes og sound-alikes. To lægemidler kan ligne hinanden, så man kommer til at forveksle dem, eller de kan have næsten enslydende navne, som igen kan forårsage forvekslinger.

- Så kan man komme til at tage fejl, når man står derude i medicinrummet. Vi går naturligvis ind og gør kollegerne opmærksomme på det, ligesom vi også kan gå til lægemiddelproducenterne og opfordre dem til at ændre udseende eller navn, fortæller Hanne Borch-Christensen.

### Vi gør os alle umage

Men hvorfor i det hele taget italesætte et begreb som patientsikkerhed? Ligger det ikke indbygget i det at arbejde på et sygehus?

- Jo, det gør det da, og jeg er sikker på, at alle medarbejdere i regionens sundhedsvæsen hver eneste dag tager på arbejde med den hensigt at ville gøre det bedste for patienterne. Vi gør os umage for at gøre det rigtige, på den rigtige måde og på det rigtige tidspunkt for patienterne. Det ligger hele tiden i baghovedet på os, det er det, vi er uddannet til.

- Men indimellem er der måder at arbejde på – eller strukturer – der gør, at det kan være vanskeligt at være helt sikker på, at man nu også handler korrekt hver eneste gang. Som for eksempel i overgangene mellem sektorerne eller i forbindelse med de eksempler, jeg nævnte lige før.

- Vi holder øje med bestemte ting omkring de utilsigtede hændelser og tjekker, om der er mønstre og tendenser, som vi skal forholde os til. Det er én lang læreproces, hvor formålet hele tiden er at gøre det bedre næste gang, siger udvalgsformanden.

### Pixi-vejledninger

Som speciallæge i gynækologi og obstetrik kender Hanne Borch-Christensen selv forholdene i »det virkelige liv«.

- Jeg ved, hvordan det er at stå klokken 2 om natten

med mange patienter, travlhed og kun få folk på arbejde. Det er en fordel for mig i mange sammenhænge i mit nuværende arbejde som riskmanager og i forbindelse med arbejdet i Patientsikkerhedsudvalget, synes jeg. Eksempelvis ved jeg, at det som kliniker af og til kan være svært at følge med i de opdateringer, der kommer på OPUS Medicin, regionens medicineringssystem.

- Det er et rigtig godt system, som kan meget og hele tiden bliver udviklet. Vi hjælper ved at lave små vejledninger, vi kalder dem selv Pixi-vejledninger, i Sygehusapotekets Nyhedsbreve. Ved hjælp af skærmdumps viser vi, hvordan man kan undgå strukturfejl – og dermed utilsigtede hændelser – ved at benytte systemet rigtigt. Det har vi fået virkelig god feedback på, og på det område har vi haft held med at lære vores kolleger noget.



### Ole Dinesen, afdelingslæge, Hukommelses-klinikken i Psykiatrien i Vordingborg:

- Jeg har tidligere været praktiserende læge, men det ligger efterhånden otte år tilbage, og jeg kan godt mærke, at der er sket meget i løbet af de år. De cases, vi bliver præsenteret for her, er mere komplicerede end dem, vi møder til daglig, så også derfor er det godt at få et brush-up på færdighederne. Jeg er glad for at være med og er bestemt ikke blevet skuffet.

# Topstyring *nødvendig*

..... Akutafdelingen i Holbæk strøg gennem akkrediteringen uden medicinkritiske bemærkninger

Tekst og foto: Gert Ellegaard

Akutafdelingerne har stor bevågenhed i disse år, og afdelingen på Holbæk Sygehus er ingen undtagelse. Både ved den første akkrediteringsproces i 2011 og ved den næste i 2014 fik afdelingen mange besøg af surveyorerne, men gled hver gang igennem uden bemærkninger af nogen art, heller ikke på medicinområdet. Første gang kom surveyorerne forbi syv gange, næste gang »nøjedes« de med fem besøg.

- Vi har da helt sikkert haft en fordel af at være en relativt ny afdeling, som skulle lave en masse retningslinjer for at få det hele op at køre, så vi var opdaterede på alle punkter, men de generelle regionale medicineringsretningslinjer fra LMK har også hjulpet os, siger ledende overlæge Søren W. Rasmussen fra Akutafdelingen i Holbæk.

- For år tilbage var der mange problematikker på netop medicinområdet. Hvordan er det lige, vi gør med den her medicin, og så videre. Der var også usikkerhed om, hvad en medicinafstemning egentlig er, og det samme gjaldt for medicingennemgang og medicinstatus. Her har det været

et gode for os at få de forskellige medicineringsretningslinjer fra LMK, fordi de har været med til at få definitionerne på plads.

## Den nødvendige ensartethed

Søren W. Rasmussen har stået i spidsen for en skadestue eller en akutafdeling i 13 år og husker udmærket, hvordan billedet så ud, da Region Sjælland blev født ved en sammenlægning af de tre tidligere amter, Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt og Roskilde Amt.

- Tingene blev naturligvis udført lidt forskelligt i de tre amter, men efter sammenlægningen var det nødvendigt med en ensartethed i behandlingerne.

- Her er medicineringsretningslinjerne en god måde at få tingene ensrettet på. Med en så stor organisation er det samtidig nødvendigt med en form for topstyring for at sikre, at tingene bliver gennemført, og medicinområdet er ekstremt vigtigt for vores patienter. Der SKAL være fokus på, at de får den rigtige medicin.



*En afslappet tone er med til at få arbejdet på Akutafdelingen i Holbæk til at glide lettere – sammen med de generelle medicineringsretningslinjer fra LMK. Her lidt venskabeligt drilleri mellem ledende overlæge Søren W. Rasmussen og uddannelsessygeplejerske Jytte Mortensen.*





# Når *patientsikkerheden* kommer først...

- • • Lavmolekylært heparin. Næppe blandt de ord, danskerne anvender mest i hverdags samtalerne, men både i Patientsikkerhedsudvalget og i Den regionale Lægemiddelkomite har lavmolekylært heparin fyldt meget

Tekst og foto: Gert Ellegaard

Lavmolekylære hepariner er stoffer, der bruges i forbindelse med antikoagulerende behandlinger, altså til blodfortynding. Region Sjælland har længe kun anvendt ét lavmolekylært heparin til de fleste patientgrupper for at minimere risikoen for fejl.

I forbindelse med nye rekommandationer fra RADS var der pludselig to lavmolekylære hepariner i spil. Og forskellige patientgrupper skulle behandles med hvert sit lavmolekylære heparin og endda i forskellig dosering. Dermed tegnede der sig et scenarie med én dosering til nogle patienter og en anden, med det »gamle« præparat, til andre patientgrupper.

- Det ville betyde, at en del afdelinger skulle have to forskellige lavmolekylære hepariner i medicinrummet. Det, ved vi erfaringsmæssigt, kan give anledning til forvekslinger og dermed medicineringsfejl. Ved at indføre to lavmolekylære hepariner, som RADS anbefalede, ville vi risikere at generere en fejlmulighed af den slags, vi jævnligt er stødt på gennem arbejdet med utilsigtede hændelser, fortæller Hanne Borch-Christensen, riskmanager på Næstved Sygehus og formand for Patientsikkerhedsudvalget.

Så efter moden overvejelse valgte vi i samarbejde med LMK og Antikoagulationsudvalget at holde fast i den måde, vi hidtil havde gjort det på, selv om det ville betyde, at behandlingerne blev en smule dyrere for regionen.

## For lidt og for meget

- Stofferne er så potente, at hvis man giver for lidt, risikerer man, at patienterne får blodpropper, mens de ligger i sengen. De kan blive skadet og i værste fald dø af dem. Og får de for meget, risikerer de yderligere indlæggelser som følge af blødninger, fortsætter Hanne Borch-Christensen, der sammen med sit Patientsikkerhedsudvalg anbefalede Lægemiddelkomiteen, at man ikke ændrede praksis på området.

- Undervejs kom der forslag om måske at trække noget af stoffet ud af nogle af sprøjterne, fordi en type patienter kun skal have en vis mængde enheder, mens andre skal have en anden mængde, men her ved vi også, at den fremgangsmåde vil være risikoadfærd i betænkelig grad. Derfor kunne vi heller ikke anbefale en sådan løsning. Spørgsmålet blev afgjort på et fællesmøde mellem Patientsikkerhedsudvalget, Antikoagulationsudvalget og Den regionale Lægemiddelkomite, hvor resultatet faldt entydigt ud til fordel for patienternes sikkerhed. Ingen unødige risici her, så hellere betale lidt mere for medicinen. LMK gjorde RADS opmærksom på problemstillingen, og det har nu resulteret i, at RADS på nationalt plan fremover anbefaler, at de enkelte afdelinger som udgangspunkt kun har ét lavmolekylært heparin til rådighed i medicinrummet. ●

# – Shh, der arbejdes med medicin!

.....  
Tekst og foto: Gert Ellegaard

Medicinering skal regnes som et højriskoområde,  
og medicinrummene skal ikke bruges som socialt  
mødested, siger to riskmanagers







*Anita Pedersen (tv.) og Dorthe Døhl Poulsen opererer med en »ostemodell«, når de demonstrerer hullerne i overgangene mellem sundhedssektorerne. Huller, som også kræver ekstra opmærksomhed, når det handler om medicinering.*

- Medarbejderne på sygehusene kender medicineringsretningslinjerne fra LMK i forbindelse med medicin på fingrene. De er beskrevet på en god og operationel måde, som er til at forstå, de er nemme at finde frem, og hvis medarbejderne stod i en eksamenssituation, ville de kunne levere en præstation til og med kryds og slange, siger Dorthe Døhl Poulsen, LMK Patientsikkerhedsudvalg, og Anita Pedersen, riskmanagers på Roskilde og Køge sygehuse.

- Virkeligheden er bare nogle gange anderledes, når man står i situationen derude og ikke ved, hvad dagen bringer. Der er travlt, man står måske midt i et vagtskifte og vil gerne hjælpe kollegerne med at kunne gå til normal tid, man overtager måske hinandens medicineringer og får i farten ikke identificeret patienten rigtigt, selv om alle ved, at vi skal identificere patienten, når der gives medicin.

- Eller man står sammen i medicinrummet og falder i snak om biografteren i går – og får fjernet lidt af opmærksomheden fra arbejdet med medicinen. Det er klassiske eksempler, som går igen i de indrapporteringer af utilsigtede hændelser, vi får.

### **Sund kultur**

På det mere generelle plan giver de to riskmanagers indberetningskulturen i Region Sjælland karakteren sund.

Anita Pedersen: - Vi kan se, at indrapporteringerne bliver mere og mere ærlige efterhånden. Der kommer flere detaljer med om de utilsigtede hændelser, end vi oplevede i starten, og medarbejderne bidrager til at synliggøre, hvor det går galt. Det er klart et udtryk for, at vi har en sund kultur på området.

På positivsiden kan også noteres, at der arbejdes på tværs af faggrupper, sektorer og hele regionen for at begrænse antallet af fejl. Og netop medicineringsretnings-

linjer fra LMK har været en stor hjælp i forbindelse med akkrediteringen.

LMK har stort fokus på Patientsikkert Sygehus, hvor to af pakker handler om medicin, herunder højrisikomedicin. Patientombuddet har netop udgivet en rapport med gode råd til, hvordan man kommer videre.

Dorthe Døhl Poulsen: - Der er gang i mange ting på samme tid, og vi oplever en stor lydhørhed ude på afdelingerne i forhold til vores arbejde.

Anita Pedersen: - Og kommunerne er kommet med også, så her har vi endnu en samarbejdspartner. En vigtig samarbejdspartner, for en del af de utilsigtede hændelser sker netop i overgangene mellem sektorerne.

### **Errare humanum est**

En af de mest kendte og citerede sætninger på latin er: Errare humanum est. Det er menneskeligt at fejle, en sætning, som Dorthe Døhl Poulsen med egne erfaringer in mente gerne vil skrive under på:

- Jeg er oprindelig sygeplejerske, og jeg har også begået fejl. Jeg har givet forkert medicin, og de situationer står stadig lysende klart for mig. Ingen af os kommer gennem de her karriereforløb, uden at vi begår fejl, og det skal man være ydmyg over for.

Ydmyghed er en passende attitude over for den knap så kendte fortsættelse af det latinske ordsprog: Sed perseverare turpe, der frit oversat betyder, at det er forkasteligt at fortsætte med fejlene. Og med den ydmyghed som basis har arbejdet med at minimere medicinfejl i Region Sjælland gode forudsætninger for at opnå endnu bedre resultater.

Dorthe Døhl Poulsen: - Overalt er der velvilje over for at drøfte fejlene for at se, hvad vi kan lære af dem. Udgangspunktet er jo altid, at ingen begår fejl med vilje, og at der er åbenhed over for, hvordan vi kan gøre det bedre. ●

# Kommissorium LMK-udvalg

LMK har 24 faglige udvalg med ca. 150 medlemmer. De fleste udvalg varetager et terapiområde, der svarer til et speciale, fx Neurologiudvalget og Psykiatriudvalget. Enkelte udvalg går på tværs af specialerne (Antikoagulationsudvalget og Patientsikkerhedsudvalget).

Den primære opgave for udvalgene er at udarbejde forslag til lægemiddelrekommandationer med tilhørende standardordinationer og -regimer i det elektroniske medicineringsystem OPUS Medicin. Rekommandationerne fastlægges ud fra principperne om rationel farmakoterapi. Den fulde ordlyd af de enkelte kommissorier kan ses på intranettet:

Kommissorium for udvalg, Kommissorium for Patientsikkerhedsudvalg og Kommissorium ad hoc Pædiatriudvalg.

## LMK har følgende faglige udvalg:

- Antikoagulation
- Anæstesi
- Blodprodukter
- Dermatologi
- Endokrinologi
- Ernæring(parenteral)
- Gastroenterologi
- Gynækologi og Obstetrik
- Infektionssygdomme
- Intensiv og væske
- Kardiologi og hypertension
- Lungemedicin og allergologi
- Nefrologi
- Neurologi
- Onkologi/hæmatologi
- Patientsikkerhed
- Psykiatri
- Pædiatri - ad hoc
- Radiologi
- Reumatologi
- Smerte
- Urologi
- Øjensygdomme
- Øre-Næse-Hals

Udvalgene er sammensat med fagpersoner fra sygehuse og primærsektor og en eller to kliniske farmaceuter fra Sygehusapoteket som tovholdere. Ved udvælgelse af klinikerne tilgodeses, at mindst ét af udvalgets medlemmer samtidigt er medlem af relevant Sundhedsfagligt Råd. De repræsentanter, som Region Sjælland har udpeget til et RADS (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin) fagudvalg, er også tilknyttet relevant LMK udvalg som ad hoc medlem.

Medlemmer af de enkelte udvalg kan ses på intranettet.

De kliniske farmaceuter, som er tovholdere for et LMK-udvalg, er bla. ansvarlige for, at der i udvalget bliver taget højde for udbuddene fra Amgros, og at forbruget bliver fulgt løbende i overensstemmelse med behandlingsvejledninger og rekommandationer fra RADS.

Arbejdsgangen mellem LMK og udvalgene bygger primært på sagsfremstillinger, som udvalgene udarbejder med henblik på godkendelse i LMK. Når sagsfremstillingerne er godkendt af LMK, er udvalget ansvarlig for, at beslutningerne bliver implementeret i regionen via Sygehusapoteket og Lægemedlenheden.





*Sygehusapoteket, nervecentret som sikrer forsyningen af lægemidler til alle regionens sygehuse.*

# Rationel farmakoterapi i Region Sjælland

LMK er med til at sikre rationel lægemiddelbehandling på sygehusene, i Psykiatrien, i overgangene mellem primær- og sekundærsektor og i almen praksis. LMK bidrager også til at skabe sammenhæng og sikkerhed i den medicinske behandling til gavn for patient og samfund.

For at sikre rationel lægemiddelbehandling på sygehusene i Region Sjælland, i almen praksis og i overgangene mellem primær- og sekundærsektor, udarbejder LMK en rekommandationsliste, der omfatter alle de lægemidler, der anbefales til generel behandling. LMK har på et overordnet niveau fælles rekommandationer for de lægemidler, der bliver anvendt i både primær- og sekundærsektoren.



## Rekommandationer

LMK rekommanderer lægemidler ud fra en samlet vurdering af forholdet mellem effekt på den ene side og bivirkninger og pris på den anden. Øvrige forhold som patientsikkerhed og holdbarhed og opbevaring bliver vurderet i det omfang, det er relevant. Ved valg af lægemiddel tilstræber LMK, at der inden for det enkelte terapeutiske område kun vælges ét lægemiddel blandt eventuelt flere analoge (fx én protonpumpe-hæmmer).

Rekommandationerne i Region Sjælland er i overensstemmelse med Den nationale Rekommandationsliste fra Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF). Rekommandationerne bliver dog finjusteret og vurderet rationelle at anvende i både primær- og sekundærsektoren for de områder, hvor lægemidlerne anvendes i begge sektorer.

Forbruget af rekommanderede lægemidler på de somatiske sygehuse og i Psykiatrien udgjorde i både 2013 og 2014 ca. 50 % af det samlede forbrug af lægemidler. At kun 50 % af forbruget er på rekommanderede lægemidler hænger sammen med, at de lægemidler, der anvendes inden for et snævert terapeutisk område, ikke bliver rekommanderet, men i stedet udelukkende kan blive optaget i standardsortimentet på relevante sygehusafsnit fx cytostatika og biologiske lægemidler. I både 2013 og 2014 udgjorde lægemiddelforbruget fra de kliniske afsnits standardsortimenter 90 % af det samlede forbrug målt i Definerede Døgn Doser (DDD), opgjort samlet for hele regionen. Det høje forbrug af lægemidler i standardsortiment illustrerer, at afsnittene i udtalt grad følger rekommandationer og anbefalinger fra LMK.

## Implementering og formidling

Rekommandationer fra LMK bliver formidlet til primær- og sekundærsektor ved hjælp af forskellige tiltag.

### PRIMÆRSEKTOR

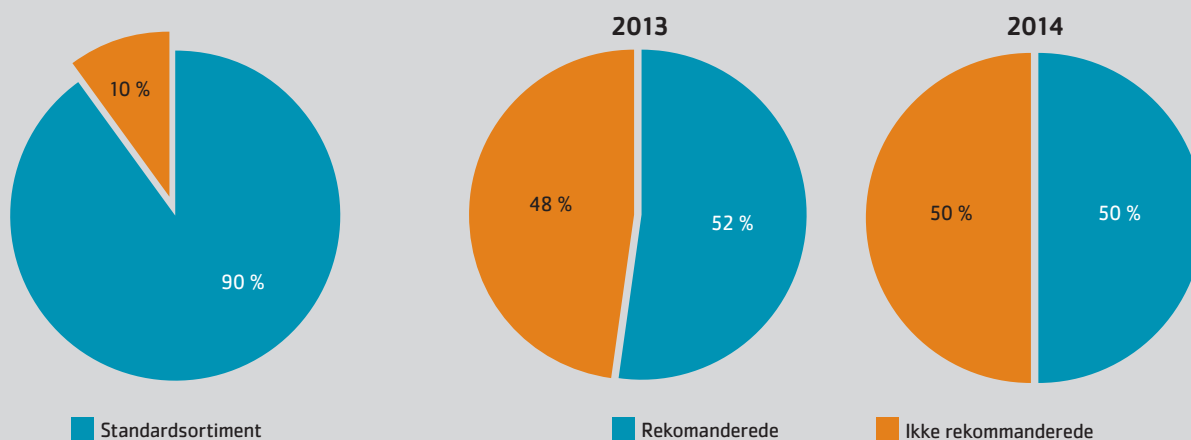
Lægemedlenheden under Kvalitet og Udvikling i Region Sjælland varetager formidling af lægemiddelanbefalinger i primærsektoren på flere måder.

### Basislisten.dk

Basislisten er primærsektorens rekommandationsliste og ligger på sundhed.dk. Listen indeholder i øjeblikket rekommandationer på 20 lægemiddelområder af særlig relevans for primærsektoren, og det vurderes løbende, om nye områder bør inkluderes. Indholdet på Basislisten opdateres regelmæssigt.

Region Sjælland tilstræber fælles rekommandationer for de lægemidler, der bliver anvendt i både primær- og sekundærsektoren. Rekommandationer på sygehusene vil således indgå i anbefalingerne på Basislisten. Da primærsektoren ikke er bundet af fælles indkøb via Amgros som sygehusene, er der typisk flere valgmuligheder på Basislisten end på sygehusets rekommandationsliste. Ved markante prisændringer og patentudløb vil anbefalingerne på Basislisten blive ændret, mens sygehusene generelt afventer næste udbudsrunde i Amgros. Der foretages månedligt pristjek for lægemidler angivet på Basislisten.

### Lægemiddelforbrug i DDD i Region Sjælland 2013 og 2014



Figur 3 Lægemiddelforbruget for 2013 og 2014 i DDD af lægemidler som er i standardsortiment og lægemidler som er rekommanderede

Kilde: Sygehusapoteket (ApoVision)



De praktiserende læger kan tilgå Basislisten direkte fra deres elektroniske ordinationssystemer. I OPUS Arbejdsplads er der direkte link til sundhed.dk, hvorfra lægerne på sygehusene kan finde Basislisten.

#### »De 12 bud«

Som led i den fælles indsats for rationel behandling har Den regionale Lægemedelkomite har udarbejdet 12 korte og klare bud for valg af lægemidler inden for udvalgte større terapiområder, som er meget benyttede i både primær- og sekundærsektoren. Rationelt valg af lægemidler er alle afstemt med anbefalinger fra Institut for Rationel Farmakoterapi.

»De 12 Bud« revideres løbende og er blandt andet tilgængelige på basislisten.dk og udsendes elektronisk til praktiserende læger via PraksisInfo. Sygehusene bliver i Sygehusapotekets Nyhedsbrev orienteret om »De 12 Bud«. Desuden er »De 12 Bud« tilgængelige på LMKs intranet.

#### Udsendelse af statistisk materiale

Lægemedelforbruget overvåges løbende, og Lægemedelheden følger op på udskrivning af medicin i primærsektoren og ved sektorovergange, herunder ambulante forløb. Hvert kvartal fremsendes lægemiddel-

forbrugsstatistikker på udvalgte indsatsområder til de praktiserende læger og til sygehusafdelingerne. Halvårligt modtager alle praksis i regionen informationer om antallet af polyfarmacipatienter tilknyttet praksis samt oversigter over disse.

#### PraksisInfo

Lægemedelheden formidler budskaber fra bla. LMK til de praktiserende læger via »PraksisInfo«.

## SEKUNDÆRSEKTOR

Sygehusapoteket varetager formidling og implementering af anbefalinger fra LMK i sekundærsektoren ad flere kanaler.

#### OPUS Medicin

På de somatiske sygehuse og i Psykiatrien er rekommandationerne via OPUS Medicin tilgængelige for den ordinerende læge direkte i ordinationsøjeblikket. Ordination af de rekommanderede lægemidler understøttes også af tilhørende standardordinationer (SO) og standardregimer (SR). Sygehusapotekets kliniske farmaceuter udarbejder og vedligeholder SO og SR ud fra anbefalingerne fra LMK.



SO og SR gør det lettere for lægen at ordinere det rigtige. De kliniske farmaceuter er ansvarlige for kvalitetssikring og oprettelse og vedligehold i OPUS Medicin.

Sygehusapoteket medvirker til at fremme brug af SO/SR og korrekt brug af OPUS Medicin i forhold til nye funktionaliteter, bla. ved opdatering af undervisningsmateriale til nyansatte læger og sygeplejersker.

### Medicinservice

Sygehusafsnit, der har indgået aftale med Sygehusapoteket om medicinservice, får blandt andet hjælp til at fremme ordination af rekommanderede lægemidler. Farmakonomer kan ved deres daglige gennemsyn af patienternes medicin i OPUS Medicin, ud fra fastlagte retningslinjer, stille forslag om ændring af et ikke-rekommanderet lægemiddel til et analogt rekommanderet lægemiddel hos konkrete patienter.

### Standardsortimenter

Hvert afsnit på sygehusene i Region Sjælland har et individuelt tilpasset standardsortiment af lægemidler. Standardsortimentet er sammensat af rekommanderede lægemidler og lægemidler, der alene er anbefalet til det specifikke afsnits patientgrupper. Lægemidler, der alene er anbefalet til udvalgte specialer, kan udelukkende optages i de relevante afsnits standardsortiment.

Sygehusapoteket er ansvarlig for at vedligeholde og fagligt vurdere standardsortimentet på det enkelte afsnit på sygehusene. Vurderingen sker ud fra anbefalinger fra LMK og i samarbejde med afsnittene og ledende overlæger.

Ved ændring af anbefalinger fra LMK bliver standardsortimenterne tilrettet, og samtidig bliver klinikken orienteret i form af skriftlig information fra de kliniske farmaceuter. Hvis det kliniske afsnit ønsker

nye lægemidler oprettet i standardsortiment, kan rekommanderede lægemidler optages umiddelbart. Ved ønske om optagelse i standardsortimentet af et lægemiddel, der ikke er rekommanderet, sammenholdes med anbefalingerne fra LMK, og på den baggrund får afsnittet information om, hvorvidt lægemidlet kan optages eller ej. Ved ønske om optagelse af lægemidler, der ikke tidligere er vurderet af LMK, iværksætter kliniske farmaceuter på Sygehusapoteket en vurdering i relevant LMK udvalg.

Lægerne på sygehusene kan i ordinationsøjeblikket se i OPUS Medicin, om lægemidlet er i afsnittets standardsortiment, og om det er rekommanderet.

### Nyhedsbrev fra Sygehusapoteket

Sygehusapoteket formidler løbende nye anbefalinger og aktuelle indsatsområder fra LMK til de kliniske afsnit via Sygehusapotekets Nyhedsbrev. Sygehusapotekets Nyhedsbrev bliver udsendt elektronisk til ansatte på sygehusene i somatikken og Psykiatrien.

### Intranet

Oplysninger om LMK og arbejdet i LMK findes på Region Sjællands intranet. LMK sekretariatet administrerer og vedligeholder informationerne på intranettet. På intranettet ligger Information om Lægemiddelkomiteen (medlemmer, referater, udvalg og årsrapporter). Desuden findes information om love og retningslinjer, mere end 30 links til bl.a. Basislisten, pro.medicin.dk og interaktionsdatabasen, information om indmelding af bivirkninger til Sundhedsstyrelsen, LMKs 12 bud ved valg af lægemiddel og receptskrivning, rekommandationslisten og information fra LMKs årlige konferencer inkl. undervisningsmateriale til brug i afdelingerne.



# LMK-konferencer 2013 og 2014

Den regionale Lægemedielkomite afholder årligt tværfaglige konferencer. I 2013 var overskriften »Metabolisk syndrom og patient empowerment«, og i 2014 var emnerne »Antikoagulation og behandling af angst og uro«.

Konferencerne henvendte sig til både primær- og sygehussektor og til både psykiatri og somatik.

Program, præsentationer og øvrigt materiale fra konferencerne er tilgængeligt på LMKs intranet - eksterne kan rekvirere materiale fra konferencerne ved kontakt til LMK sekretariatet.

I forlængelse af konferencerne udarbejdes desuden undervisningsmateriale, som ansatte i Region Sjælland kan hente på intranettet og let bruge til fx undervisning og dialog på afdelingen.

[Se billedreportagen](#)

[fra 2014-konferencen på side 20-21.](#)



## Samlede medicinudgifter 2012-2013-2014

MIO. KRONER

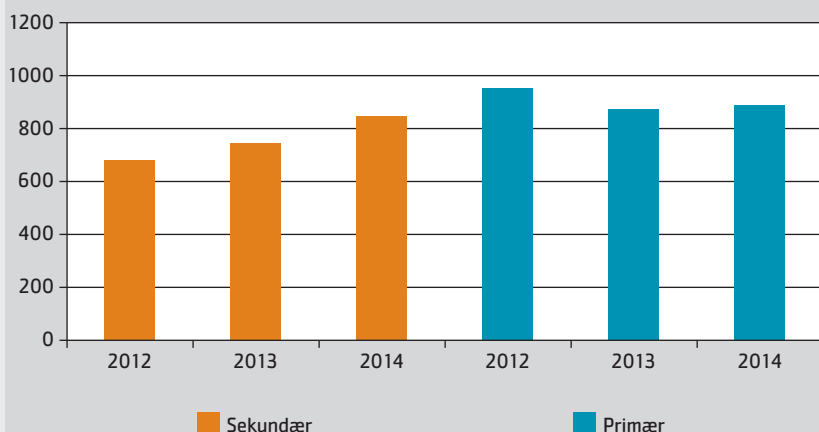


Fig. 4

Udgifter (mio. kr.) til medicin i Region Sjælland i primær- og sekundærsektoren 2012, 2013 og 2014. Tallene dækker alene over medicinsk behandling foretaget i Region Sjælland

Kilde: Koncern Økonomi (Oracle) og Sygehusapoteket (ApoVision)

## Lægemedel- forbrug

I Region Sjælland var de samlede nettoudgifter til sygehusene i 2014 på 10,1 mia. kr., hvoraf udgifterne til medicin anvendt på regionens egne sygehuse udgjorde 853 mio. kr. (8 %).

Primærsektorens samlede sygesikringsudgifter for 2014 udgjorde 3,2 mia. kr., hvoraf udgifterne til medicin udgjorde 884 mio. kr. (28 %).

	2012	2013	2014
<b>Primær</b>			
Total forbrug (kr.)	3,25 mia.	3,19 mia.	3,20 mia.*)
Vækst (%)		-1,9 %	0,1 %
Medicinudgift (sygesikringsudgift) (kr.)	955 mio.	866 mio.	884 mio.*)
Vækst (%)		-9,3 %	2,0 %
<b>Sekundær</b>			
Total forbrug (kr.)	10,1 mia.	10,1 mia.	10,1 mia.
Vækst (%)		0,0 %	0,0 %
Medicinudgift (kr.)	684 mio.	747 mio.	853 mio.
Vækst (%)		9,2 %	14,2 %

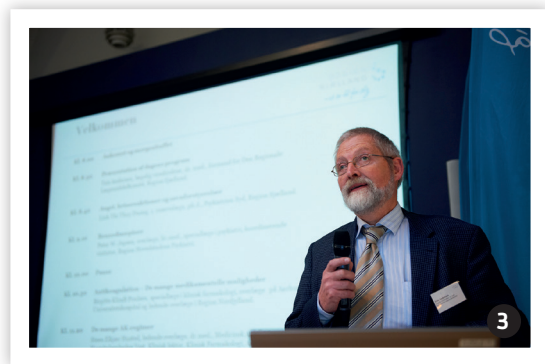
Tabel 1: Tallene dækker alene over medicinsk behandling foretaget i Region Sjælland

Kilde: Koncern Økonomi (Oracle) og Sygehusapoteket (ApoVision)

[>> LÆS MERE SIDE 22 >>>](#)

# KONFERENCEN 2014 I BILLEDER

Tekst og foto: Gert Ellegaard







9



10



12



11



13



14

1. Sørup Herregård var rammen om 2014-udgaven af Lægemiddelkonferencen.
2. Blandt oplægsholderne udefra var ledende overlæge Steen Elkjær Husted fra Hospitalsenheden Vest, Region Midt, som her forbereder sit indlæg om »De mange AK-regimer« sammen med kommunikationskonsulent Sandra Softe Beyer, Region Sjælland.
3. Formanden for Den regionale Lægemiddelkomite, Teis Andersen, dr. med. og lægelige vicedirektor på Roskilde og Køge sygehuse, var vært og guidede deltagerne gennem programmet.
4. Jørn Dalsgaard Nielsen, overlæge og leder af Region Hovedstadens Videnscenter for Antikoagulant Behandling, tog afsæt i temaet: »Når AK-behandlingen skal afbrydes«.
5. Peter W. Jepsen er overlæge, lic.med. og speciallæge i psykiatri i Region Hovedstaden, og han koncentrerede sig om benzodiazepiner i sit oplæg.
6. Hmm, hvad gør vi her? Deltagerne fik lejlighed til at dykke ned i forskellige cases i eftermiddagens workshops.
7. Baggrundspapiret til Case Nr. 1 om en 86-årig patient med KOL, depression og atrieflimren.
8. Fuld koncentration dagen igennem hos deltagerne.
9. Notatteknikkerne blev også testet dagen igennem.
10. Birgitte Klindt Poulsen talte om »Antikoagulation – de mange medikamentelle muligheder«. Klindt Poulsen er speciallæge i klinisk farmakologi, overlæge på Aarhus Universitetshospital og ledende overlæge i Region Nordjylland.
11. Også professor Jakob Kjellberg lagde vejen forbi konferencen. Han er programleder for Sundhed, Kora, og besvarede spørgsmålet »Er nye lægemidler pengene værd?«.
12. »Selvmonitorering og/eller selvbehandling – Sektorovergange» blev håndteret af speciale- og uddannelsesansvarlig overlæge Maja Jørgensen fra Næstved Sygehus (AK-Centret/Centret for Trombose og Hæmostase, Klinisk Biokemisk Afdeling).
13. Omkring 150 deltagere havde taget mod invitationen fra Den regionale Lægemiddelkomite til at bruge en dag på at erhverve mere – og ny – viden.
14. Også Linh Thi Thuy Duong (forrest tv.), 1. reservelæge og ph.d. ved Psykiatrien Syd, bidrog som intern ekspert både med oplæg om angst, krisereaktioner og søvnforstyrrelser og som leder af en af dagens gruppesessioner.



De samlede totale udgifter i sekundærsektoren er ikke steget fra 2012 til 2014. Til gengæld er udgifterne til medicin steget med ca. 25 % fra 2012 til 2014. Væksten i medicinudgifterne skyldes de stadigt dyrere medicinske behandlingstilbud, hvor det enkelte nye lægemiddel, der bliver introduceret på markedet til fx behandling af onkologiske og hæmatologiske sygdomme (se figur 5) og hepatitis C, er blevet markant dyrere pr. patientbehandling. En anden væsentlig faktor til de stigende medicinudgifter er som følge af hjemtag af blandt andet hæmatologiske patienter til regionen.

### Eksempler på introduktionspriser for udvalgte kræftlægemidler

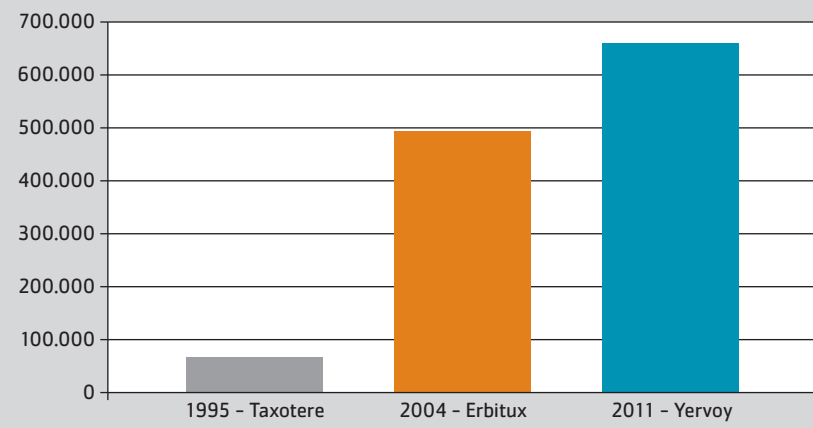


Fig. 5: Eksempler på introduktionspriser for udvalgte lægemidler til behandling af cancer  
Pris pr. gennemsnitlig behandlingsforløb ved introduktion i 2013-priser

Kilde: Amgros

### Markedsfordeling i Danmark mellem primær- og sekundærsektor

(mio kr., AIP)

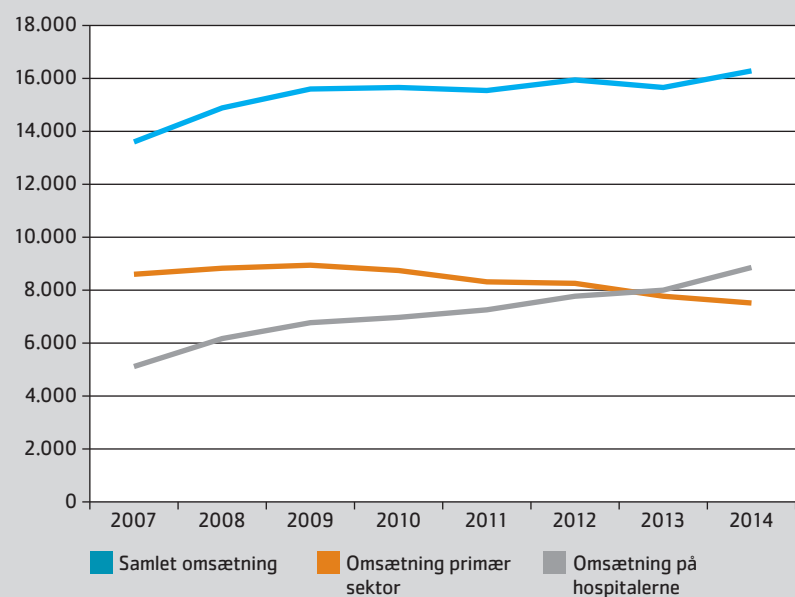


Fig. 6: Udgifter (mio. kr.) til medicin totalt for hele Danmark i primær- og sekundærsektoren 2007-2014

Kilde: Amgros

Fra 2012 til 2013 har den gennemsnitlige indlæggelsestid og antal indlæggelser i somatikken udviklet sig, så der er kortere indlæggelsestid (-5,7 %) og tilnærmelsesvis samme antal indlæggelser (-0,5 %). Psykiatrien har i samme periode haft samme gennemsnitlige indlæggelsestid men flere indlæggelser (+7,5 %). Fra 2013 til 2014 har den gennemsnitlige indlæggelsestid og antal indlæggelser i somatikken fortsat udviklet sig, så der er kortere indlæggelsestid (-4,5 %) men flere indlæggelser (+9,9 %). Psykiatrien har i samme periode haft en længere gennemsnitlig indlæggelsestid (+ 6,3 %) men færre indlæggelser (- 9,3 %).

I den samlede periode fra 2012 til 2014 har der været en stigning i medicinudgifterne i sekundærsektoren på 25 %. Den væsentligste årsag til, at medicinudgifterne i sekundærsektoren er steget trods faldende antal senge-dage for somatiske patienter, er for en stor del anvendelse af mere intensiv medicinsk behandling med nye og dyrere lægemidler, hvoraf en betydelig del foregår ambulant.

## Udbud af lægemidler via AMGROS

AMGROS varetager udbud af lægemidler for Region Sjælland og de øvrige regioner i Danmark. Resultaterne af disse udbud tilgår Sygehusapoteket og indgår i vurderingen, når LMK skal vælge regionale rekommandationer af analoge præparater.



### Signe Jensen, praktiserende læge, Slagelse:

- Programmet i dag rummer flere emner, der er vigtige for mig, og især har jeg glædet mig til at høre mere om AK-behandlinger og psykofarmakologien. Jeg er kommet for at blive lidt klogere, og nu, når jeg er her, har jeg bemærket, at der er mange forskellige faggrupper repræsenteret. Det havde jeg ikke spekuleret så meget på forinden, for det er første gang for mig, men jeg ser det som en god mulighed til at »få sat ansigter på« og til at blive bedre til at samarbejde.

### Antal indlæggelser og gennemsnitlig indlæggelsestid

	2012		2013		2014	
	Somatik	Psykiatri	Somatik	Psykiatri	Somatik	Psykiatri
Antal indlæggelser	217.879	7.594	216.728	8.164	238.192	7.405
Gennemsnitlig indlæggelsestid (dage)	2,9	16,0	2,7	16,0	2,6	17,0
Total antal senge-dage (dage)	630.429	121.504	599.525	130.624	603.768	125.885

Tabel 2: Indlæggelser og indlæggelsestider

Kilde: Økonomi- og Planlægningsafdelingen, Holbæk Sygehus; Kvalitet og Uddannelse, Næstved/Slagelse/Ringsted Sygehus; Økonomi-Plan, Roskilde/Køge Sygehuse, Økonomi og Planlægning, Nykøbing F Sygehus; Analyse og udvikling, Psykiatrien

>> LÆS MERE SIDE 26 >>>



# Fra kaos til orden

*Ledende overlæge Lars Møller Pedersen og sygeplejerske Nana Gammelgaard Stæhr holder en fagligt stringent linje for anvendelsen af de dyre lægemidler.*



KRIS har betydet en mere regelret proces, vurderinger på fagligt højt niveau, stabilitet på økonomien og større gennemskuelighed omkring ny medicin på sygehusene

Ledende overlæge Lars Møller Pedersen fra Hæmatologisk Afdeling på Roskilde Sygehus husker udmærket, hvordan parforholdet mellem sygehuse og nye lægemidler var, før Koordineringsrådet for Ibrugtagning af Sygehusmedicin (KRIS) blev oprettet for tre år siden.

- De nye lægemidler i behandlingerne blev introduceret meget forskelligt fra sted til sted, og på nationalt niveau skete tingene ofte lidt tilfældigt. Typisk kunne det foregå på den måde, at en af de mere tunge fagpersoner på en afdeling gik til ledelsen med et ønske om at indføre ny medicin, fordi han eller hun havde erfaret, at det havde man gjort andre steder, mindes Lars Møller Pedersen.

- På mit eget område kan jeg for eksempel huske, da MabThera® kom frem omkring årtusindeskiftet. Det er en meget dyr, men stadigvæk meget anvendt kræftmedicin. Det blev håndteret vidt forskelligt rundt om i landet, og der gik flere år, før alle begyndte at bruge det på samme måde. Der var diskussioner i forhold til at tage ny medicin i brug uden at have den nødvendige videnskabelige dokumentation for effekten.

- Med KRIS har vi fået mere »orden i kaos«. Vi har fået sikret den faglige evidens bedst muligt, processen er blevet gjort lettere og mere gennemskuelig, og ikke mindst har vi fået en ensrettet praksis i hele landet. Det er for mig at se et kæmpe fremskridt.

Med KRIS er det også lettere for LMK fagligt at vurdere, hvornår og hvordan ny og dyr medicin skal tages i brug i regionen.

### Fra producent til patient

Når lægemiddelvirksomhederne sender nye produkter på markedet, skal de alle gennem den samme rejse, før de ender ude hos de danske patienter. En rejse med flere indbyggede forhindringer, der alle kan sætte en stopper for turen fra producent til patient. I Danmark ligger første forhindringsmulighed i de fagudvalg under de faglige selskaber, der foretager en vurdering og – eventuelt – indstiller medicinen til godkendelse i KRIS.

- På kræftområdet er fagudvalg delt op efter de såkaldte Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG), hvor vi drøfter den nye medicin på baggrund af data fra alle tilgængelige studier. I udvalgene sidder de fagligt tungeste personer, og det er en del af arbejdet at lave en medicinsk teknologivurdering, en mini-MTV, hvor der gøres rede for den faglige baggrund, fortæller Lars Møller Pedersen.

Mini-MTV'en gennemgår evidensen for at tage det nye middel i brug, ressourceforbruget, økonomien og definerer også, hvad det eventuelt skal erstatte af de hidtidige standardbehandlinger.

Først herefter sendes der en anmodning om at benytte medicinen videre til KRIS, som altså er næste forhindringsmulighed, fordi KRIS har den endelige afgørelse.

### Effektiv ekspedition

De mange og omhyggelige vurderinger er garanter for alle faglige hensyn, og når de er på plads, er ekspeditionen i KRIS relativ hurtig.

- Min oplevelse er, at behandlingen foregår hurtigt. Mødefrekvensen er hyppig, og vi skal ikke gå i halve eller hele år og vente på en afgørelse, men kan nøjes med få måneder, siger Lars Møller Pedersen.

- Og når KRIS-godkendelsen foreligger officielt, er det så op til afdelingsledelsen at bede LMK om at behandle sagen i forhold til finansiering via den regionale Medicinpulje. Her er det så også oplevelsen, at arbejdsgangen er fornuftig og rimelig kort (se side 26).

KRIS foretager den faglige vurdering af nye, dyre lægemidler. Vurderingen fra KRIS gør det lettere for afdelingerne at søge om finansiering via Medicinpuljen og på den måde tage ny og dyr medicin i brug.

- Den forudgående mini-MTV ser også på de økonomiske aspekter, så regionen har mulighed for at vurdere den økonomiske belastning. Når regionen først har godkendt lægemidlet til Medicinpuljen, er det et godt sikkerhedsnet for os, for jeg har svært ved at se, hvordan man skulle økonomistyre, hvis ikke denne helt ustyrlige udgift var taget ud, fortæller Lars Møller Pedersen.

### Mange – og dyre

Inden for det hæmatologiske speciale kommer der i disse år rigtig mange – og rigtig dyre – nye lægemidler på markedet. Sådan var det ikke før år 2000.

- Gennem flere årtier rykkede tingene sig kun meget lidt i hæmatologien, men i dag ser vi den ene nye medicin efter den anden. Vores viden om sygdommens biologi betyder, at evnen til at udvikle biologiske lægemidler vokser. De er alle sammen et fremskridt i behandlingerne, nogle gange store, andre gange lidt mindre fremskridt, men det koster, betoner Lars Møller Pedersen.

Behandlingerne er dyre. De billigste ligger på omkring 200.000 kr. pr. patient, og i den anden ende af skalaen kan en behandling godt koste en million, eller den kan løbe endnu højere op, hvis der er tale om en livslang behandling.

- Når det er sagt, hører det med, at vi naturligvis har pligt til kun at anvende lægemidlet til de godkendte indikationer. Vi er fagligt stringente, og det er i sidste ende det vigtigste virkemiddel til at sikre, at de dyre medicinudgifter holder sig som forventet.



## Særligt dyr medicin

På landsplan går omkring 75 % af sygehusenes udgifter til ganske få, men dyre lægemidler. Dette gælder også for Region Sjælland (se bilag på side 38). Hovedparten af disse lægemidler er til behandling af cancer, sklerose, hæmatologiske, dermatologiske, og reumatologiske sygdomme og andre sygdomme relateret til immunsystemet. Forbruget af dyre lægemidler stiger støt samtidig med at de enkelte nye lægemidler bliver dyrere og dyrere. Det betyder derfor, at udgifterne til behandling af den enkelte patient også stiger.

At forbruget af dyre lægemidler stiger voldsomt, ses også i Region Sjælland. Fra 2012 til 2013 er andelen af lægemidler, der er finansieret via Medicinpuljen, steget ca. 12 %, og fra 2013 til 2014 er stigningen ca. 18 %.

### MEDICINPULJE

For at sikre, at den enkelte afdeling uden budgetmæssige konsekvenser kan tage ny dyr medicin i brug, er der i 2007 oprettet en Medicinpulje i Region Sjælland. Den fælles Medicinpulje i Region Sjælland finansierer udgifterne til særligt dyre lægemidler - hovedsageligt lægemidler som cytostatika, immunstimulerende og immunsupprimerende lægemidler, botulinumtoksiner, midler til behandling af våd aldersbetinget macula degeneration og hepatitis.



#### Jes Kristiansen, praktiserende læge, Nykøbing Falster:

- Det er rart at blive undervist, uden at det er kommercielt, som det er på medicinalfirmaernes tilbud. Det gør tingene mere troværdige. Jeg har været med på konferencen hver eneste gang, og jeg synes altid, jeg får noget ud af det. Samtidig kan jeg godt lide, at konferencen er regionalt anlagt. I år er det særligt AK-behandlingerne, som interesserer mig. Det er et både aktuelt og relevant tema.

Formålet med Medicinpuljen:

- at indførelse af ny medicinsk behandling ikke er afhængig af den enkelte afdelings økonomi eller budget
- at afdelinger kan tage ny og dyr medicin i anvendelse til nye patientgrupper eller indikationer
- at allerede eksisterende dyre behandlingsformer kan anvendes uden budgetmæssige konsekvenser for afdelingen
- at afdelinger ikke tager ny og dyr medicin i anvendelse uden eksplicit godkendelse i Region Sjælland

Siden slutningen af 2013 har LMK i samarbejde med Sygehusapoteket varetaget den faglige vurdering og sagsbehandling af ansøgninger til Medicinpuljen, herunder formidling af KRIS anbefalinger. Der er etableret procedurer for sagsbehandling og den faglige vurdering af ansøgninger. LMK har i 2013 og 2014 i alt sagsbehandlet 18 ansøgninger mhp. finansiering via Medicinpuljen. Ansøgninger er for de flestes vedkommende blevet aktuelle som følge af regionalt hjemtag af hæmatologiske patienter og/eller på baggrund af anbefalinger fra KRIS.

### RADS

Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) er nedsat af Danske Regioner med det formål at skabe faglig national konsensus om den bedste lægemiddelbehandling på udvalgte kliniske områder. På den måde skal RADS sikre, at alle patienter tilbydes lige adgang til behandling med dyr sygehusmedicin under hensyntagen til rationel farmakoterapi.

LMK er repræsenteret i RADS ved formand for LMK Teis Andersen og sygehusapoteker Inger Bjeldbak-Olesen.

RADS har nedsat en række fagudvalg inden for specifikke terapiområder. RADS fagudvalg udarbejder fælles nationale behandlingsvejledninger og rekommandationer. RADS foretager på denne måde den faglige vurdering på udvalgte terapiområder. LMK er derefter ansvarlig for at implementere og følge op på beslutningerne fra RADS. De enkelte RADS fagudvalg har en lægelig repræsentant fra hver af regionerne. For at sikre konneks til LMK er det i Region Sjælland besluttet, at repræsentanter i RADS fagudvalg også er ad hoc medlem af relevant LMK udvalg.

LMK er ansvarlig for implementering af RADS behandlingsvejledninger og rekommandationer, herunder opfølgning og monitorering af efterlevelsen. Sagsgangen håndteres fra start til slut af LMK Sekretariatet, hvor selve funktionen varetages af Sygehusapoteket. I forbindelse med, at RADS offentliggør nye behandlingsvejledninger og rekommandationer, udarbejder relevant fagligt LMK udvalg en indstilling til LMK med formidlingsstrategi og implementeringsplan, hvorefter LMK foretager den endelige godkendelse. Information om implementering af RADS på sygehusene foretages af Sygehusapoteket, og afdelingsledelserne på sygehusene er herefter ansvarlige

## Medicinforbrug i sekundærsektoren

MIO. KRONER

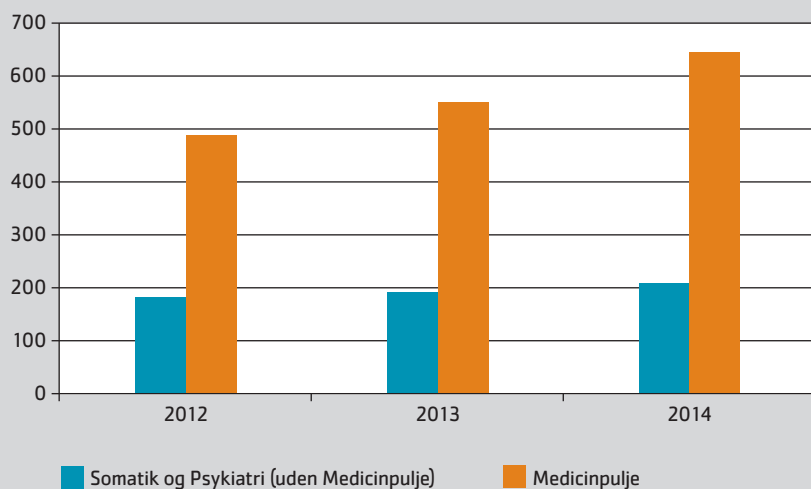


Fig. 7

Grafisk fremstilling af medicinforbrug. Tallene dækker alene over medicinsk behandling foretaget i Region Sjælland. Kilde: Sygehusapoteket (ApoVision) og Koncern Økonomi (Oracle)

for at implementere på selve afdelingerne. De Sundhedsfaglige råd er forpligtede til at følge RADS behandlingsvejledninger og rekommandationer.

Hvis et område desuden har relevans for primærsektoren sker informationen via Lægemedlenheden.

Læs mere om arbejdet og implementering af RADS i Årsrapportens artikel side 32.

Arbejdet i RADS kan følges på Danske Regioners hjemmeside (Sundhed > Medicin > RADS).

### KRIS

Danske Regioner har det overordnede ansvar for på tværs af regionerne at sikre stillingtagen til indføring af ny godkendt kræftmedicin og andre former for sygehusmedicin som generelle behandlingstilbud.

Til at varetage denne opgave har Danske Regioner nedsat Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS). KRIS tager på baggrund af ansøgninger stilling til, om ny godkendt medicin og nye godkendte indikationer skal tages i brug nationalt som standardbehandling.

Fra Region Sjælland er formand for LMK Teis Andersen og ledende overlæge Niels Henrik Holländer, Onkologisk Afdeling, Næstved Sygehus medlemmer af KRIS.

Lægemedler, der er anbefalet af KRIS, vil typisk blive finansieret af Medicinpuljen, når en afdeling søger om ibrugtagning.

Arbejdet i KRIS kan følges på Danske Regioners hjemmeside (Sundhed > Medicin > KRIS).

**Eva Berthou, overlæge, ældrepsykiatrien:**

- Jeg syntes, at konferencen så spændende ud, og så er det ikke så tit, at vi har mulighed for at komme ud til noget af farmakologisk karakter, som ikke er sponsoreret af medicinalfirmaerne. For mig er det også positivt, at der både er deltagere fra somatikken og psykiatrien, det kan give nogle andre vinkler på tingene, og så er det altid godt at møde nye mennesker.

>> LÆS MERE SIDE 33 >>>



*- Det er vores oplevelse, at Region Sjælland lever op til målene, siger lederen af fagudvalgssekretariatet i RADS, Niels Christian Hirsch.*

# Én for alle og alle for én

*Tekst og foto: Gert Ellegaard*



## Musketer-eden bag RADS har været med til at knække kurven for udgifterne til indkøb af medicin på sygehusene

Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, RADS, har sekretariat på Dampfærgevej i København, lige over for Danske Regioners hovedkvarter. På 2. sal ligger fagudvalgssekretariatet, der ledes af Niels Christian Hirsch.

I Region Sjælland er LMK ansvarlig for implementering, opfølgning og monitorering af RADS behandlingsvejledninger og rekommandationer.

- Det er vores oplevelse, at Region Sjælland gennem sit arbejde i LMK, lever op til de mål, der bliver udviklet og sat op, siger Niels Christian Hirsch, der bruger udtrykket musketer-ed om den opbakning til RADS, som regionerne har vist siden etableringen.

- Implementeringen af anbefalingerne fra RADS er et regionalt ansvar, og det regionale selvstyre har lavet en musketer-ed og forpligtet sig til at efterleve anbefalingerne fra Rådet. Det kommer os alle sammen – ikke mindst patienterne - til gode, når vi gør det på nationalt niveau.

- Region Sjælland gør det også og har set fordelene ved at få skabt en fælles platform gennem RADS, som kan bruges i forbindelse med indkøb af lægemidler. Vi finder de lægemidler, der kan løse opgaven, og Amgro laver et udbud blandt leverandørerne, det er et EU-udbud, hvorefter vi vælger det billigste og bedste tilbud på landsplan, forklarer Niels Christian Hirsch.

### Kurven knækket

Strategien har været med til at knække den opadgående kurve for medicinindkøb til sygehusene.

- RADS kan bestemt ikke tage æren for det hele, der har også været andre elementer i spil, men uden RADS var det næppe lykkedes at bremse stigningen. Sygehusvæsenet købte for omkring 2 mia. kr. medicin i år 2002, og uden den ændrede praksis havde vi havde formentlig ramt et to cifret milliardbeløb i stedet for de cirka 7 milliarder, som den seneste opgørelse fra 2013 viser, konstaterer sekretariatschefen og påpeger samtidig, at systemet også giver fordele til leverandørerne.

De får nemlig vished for, at de kan afsætte deres produkter til alle Danmarks patienter og ikke kun et hjørne af markedet.

- Selv om Danmark volumenmæssigt ikke fylder meget på de internationale markeder, er firmaerne repræsenteret her og har interesse i at være med her også. Dynamikken i Europa tilsiger, at hvis man er med som leverandør her i landet, kan man bruge listepriisen hos os i prisforhandlinger i andre sammenhænge.

-Der er en fordel for virksomhederne, også selv om det ikke er salget herhjemme, der gør, at for eksempel aktionærerne bag de amerikanske medicinfirmaer kan føle sig forvisset om, at deres alderdom er sikret!



### Nina Bache, afdelingssygeplejerske, Smertekliniken, Køge Sygehus:

- I hverdagen arbejder jeg meget med smertebehandling, så jeg er interesseret i at følge med i, hvad der rører sig omkring lægemidler og samarbejder på tværs. I det hele taget skal vi holde op med at dele tingene op i psykiatri og somatik, for det hele hænger sammen, når et menneske er sygt. Jeg har været med på konferencen flere gange tidligere, og jeg kommer helt sikkert igen næste år, for jeg har også denne gang fået meget ud af det, og den viden tager jeg med hjem til afdelingen for at opdatere kollegerne også.





# Et kig i maskinrummet

Hvordan foregår arbejdet egentlig i RADS-regi?  
Ledende overlæge Michael Schmidt fra Psykiatrien  
Vest i Region Sjælland er udpeget af LMK til et af  
fagudvalgene, og han har oplevet RADS-arbejdet som  
en rejse, en spændende én af slagsen

Tekst: Gert Ellegaard

Foto: Colourbox

- De første par møder i udvalget var en lille smule kaotiske, for hvad talte vi om? Skulle vi primært have de faglige psykiatibriller på, eller skulle vi sidde med de regionale økonomibriller på? Var dagsordenen, at noget var dyrt, eller handlede det om at lave ensartede retningslinjer på nationalt niveau?

Ledende overlæge Michael Schmidt fra Psykiatrien Vest i Region Sjælland har et lidt skævt smil på, når han tænker tilbage på starten i det fagudvalg under RADS, som han sidder med i. Det er udvalget vedrørende medicinsk behandling af psykotiske tilstande, hvor Michael Schmidt er udpeget af LMK og repræsenterer Region Sjælland.

Udvalget tæller 13 medlemmer, hvoraf de fem kommer fra regionerne. Så er der en formand, professor Anders Fink-Jensen, der er udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab, og han har udpeget tre andre medlemmer, der alle kommer med en lægelig baggrund. Sundhedsstyrelsen har en repræsentant i udvalget, og det samme har selskaberne for henholdsvis Børne- og Ungdomspsykiatri, Klinisk Farmakologi samt Sygehusapoteksledelse ved klinisk farmaceut Marianne Lund Gudik-Sørensen fra Sygehusapoteket, Region Sjælland.

På sidelinjen sidder desuden sekretariatsfolk fra Amgros I/S, regionernes indkøbscentral.

- Efterhånden fik vi styret processen, ikke mindst på grund af en dygtig formand, hen til det, vi som fagrepræsentanter er bedst til at tage stilling til: Hvilke lægemidler fungerer bedst i hvilke situationer? Vi fik skubbet økonomitanken helt ud af rummet og overlod den del af problematikken til økonomerne i Amgros, og så kunne vi gå i gang med arbejdet.

### Vægtningen på plads først

Første step i fagudvalget var at finde frem til, hvilke væsentlige karakteristika der skulle lægges vægt på i udvælgelsen af de forskellige præparater.

- Ville det vægte højt, at et bestemt lægemiddel har en bivirkning, eller skulle vægten lægges på, at det samme præparat har en god behandlingseffekt? fortsætter Michael Schmidt sin tur ned ad fagudvalgets *Memory Lane*.

- Vi var nødt til at stille alle dilemmaer op over for hinanden. I antipsykotisk behandling ved man, at fastholdelse er afgørende for at opnå effekt af behandlingen, som kan strække sig over mange år og nogle gange endda være resten af livet. Derfor kan bivirkningerne være dem, der belaster patienterne mest, og derfor kan et lægemiddel med mindre behandlingseffekt være at foretrække,

fordi bivirkningerne her er lettere at tolerere for patienten, hvilket igen øger chancerne for, at patienten bliver i behandlingen.

Kriterierne kom på plads, og i næste ombæring blev opgaverne fordelt blandt medlemmerne af udvalget.

### Særlige udfordringer

Psykiatrien har flere særlige udfordringer i forhold til det somatiske område. Dels findes der et stort antal lægemidler på det antipsykotiske område til samme behandling, dels er der i psykiatrien opbygget en stor grad af autonomi og lokale traditioner for, hvordan man behandler og med hvilke lægemidler.

- Vi blev delt op i mindre grupper med hovedansvar for forskellige delelementer. Selv fik jeg for eksempel sammen med en anden hovedansvar for depotmedicin og ekstrapyramidale bivirkninger, som kan være bevægeforskyrrelser og lignende med store gener for patienten og de pårørende.

- Andre kiggede især på metaboliske bivirkninger, altså vægtforøgelse, som følge af behandlingen, og andre igen gik i dybden med medikamenter, som gør patienten sederet, altså søvrig og sløv.

- Samtlige elementer skulle med i overvejelserne forud for vores anbefalinger sammen med, naturligvis, vurderingen af, hvor godt de forskellige præparater virker, fortæller Michael Schmidt, der i den følgende periode mødtes regelmæssigt med sine kolleger for at sammenligne, prioritere, fordybe sig, diskutere og foretage valg.

### Sjove diskussioner

Hele forløbet betegner Michael Schmidt som en spændende oplevelse og noget af en rejse, der i øvrigt ikke er slut endnu, selv om anbefalingerne blev afleveret og godkendt i RADS.

- Der kom nogle sjove diskussioner på bordet, og jeg tror, at det kom som en overraskelse for alle i gruppen, at deres egne traditioner og viden viste sig at være knap så dybt funderet i videnskabelige beviser, som man måske troede, før man kom med i dette arbejde i RADS-udvalget.

- Tingene udvikler sig hele tiden på medicinområdet. Der sker ændringer af tidligere godkendelser, og der kommer nye præparater på markedet. Så samles vi i fagudvalget igen til ad hoc-møder efter at have fordelt opgaver og læst ting igennem, vi får nye drøftelser og kommer med nye indstillinger og rettelser til vores rapport.





# Tæt på RADS-listen i Region Sjælland

Michael Schmidt arbejder til daglig med Psykiatriens idyllisk beliggende bygninger i Dianalund som base.

Tekst og foto: Gert Ellegaard

## Psykiatrien i Region Sjælland kunne rette ind uden de store problemer

Behandlingsvejledningen fra RADS gav anledning til visse justeringer i medicineringen i Psykiatrien i Region Sjælland, men der var ikke behov for de store tilpasninger, for de daværende anbefalinger fra LMK lå ikke langt fra de retningslinjer, der blev understøttet fra RADS.

- Vores egen vejledning var relativt god i forvejen, og eksempelvis har vi i regionen haft tradition for hverken at overmedicinere eller anvende for mange præparater på en gang, forklarer ledende overlæge Michael Schmidt, der via sin deltagelse i et fagudvalg har haft indflydelse på vejledningerne fra RADS – og før det selv havde været med til udforme den regionale vejledning på området.

- Efter at have været med begge steder kan jeg ikke påstå, at jeg regionalt har haft bedre evidens at tage afsæt i, end det har været tilfældet i RADS. Den litteraturgennemgang, der er sket her, har været massiv, og RADS-udvalget har gjort et meget stort arbejde med at tjekke interaktioner, bivirkninger og reel evidens, og det har vi naturligvis tilpasset vores egen vejledning efter, siger Michael Schmidt.

### Et vist spillerum

På flere områder skiller Psykiatrien sig ud fra det somatiske område, når det handler om brugen af medicin.

- Vi kan aldrig opnå samme grad af ensrettethed,

som man kan på specifikke, somatiske sygdomme, hvor man kan bruge måske bare et eller to forskellige lægemidler og opnå det samme. Vi er nødt til at have et vist spillerum i forhold til for eksempel bivirkninger, fordi de viser sig forskelligt fra patient til patient.

- Jeg synes dog, jeg kan se, at vores ordinationsvaner generelt er blevet bedre, og der er ikke tvivl om, at vi har et bedre værktøj i den retning gennem RADS-vejledningen.

### OPUS spiller med

Region Sjællands medicinsystem, OPUS Medicin, er også en medspiller her. LMK udvalgene sørger for, at der er oprettet standardordinationer (ordinationskladder) og standardregimer (samling af standardordinationer) i OPUS Medicin, som er i overensstemmelse med beslutninger i LMK og dermed RADS.

- Systemet er bygget op, så det reelt er lettere at ordinere den rigtige end den forkerte medicin. Hvis man ønsker at bruge et præparat, der ikke er godkendt til en bestemt indikation, skal man manuelt gå ind og begrunde det.

- Det er jo ganske smart, at systemet understøtter den korrekte ordination, også fordi vi arbejder med former for antipsykotika, som man skal trappe op med stor forsigtighed for at undgå alvorlige ulykker og skader hos patienterne.

## Hjælp til forbrugsstyring

I primærsektoren kan hver enkelt praktiserende læge via **Ordiprax** se eget detaljeret ordinationsmønster sammenlignet med gennemsnitslægens forbrugsmønster. Inden for udvalgte indsatsområder modtager praktiserende læger i Region Sjælland desuden hvert kvartal ordinationsstatistikker fra Lægemedelheden. Statistikkerne er dannet i det webbaserede IT-system BOB (Bedst Og Billigst) og viser ordinationer i egen praksis sammenlignet med ordinationsmønstret for gennemsnittet af de praktiserende læger i Region Sjælland. Statistikkerne angiver blandt andet, hvor mange DDD der ordineres på det enkelte lægemiddelområde, graden af målopfyldelse og det mulige besparelsespotentialer i den enkelte praksis. Der er i statistikkerne taget højde for patientsammensætningen for hver enkelt praksis for så vidt angår køn og alder.

I sekundærsektoren kan regionens sygehusledelser og alle ledende overlæger og oversygeplejersker i det elektroniske statistikprogram **BIWeb** inden for deres eget område se detaljeret ordinationsmønster. BIWeb kan generere forbrugsstatistikker på kryds og tværs af terapiområder, opgjort i DDD eller kroner. I programmet kan brugeren selv let danne de statistikker, der aktuelt er behov for. Sygehusapoteket administrerer BIWeb for Region Sjælland og er behjælpelig med at oprette og tilpasse forbrugsrapporter ud fra den enkelte afdelings behov og ønsker.

## Indsatsområder

I 2013 og 2014 har LMK haft fokus på flere specifikke områder.

En del af indsatsområderne fortsætter i 2015.

### Akkreditering

LMK har været med til, at akkrediteringen på sygehuse i 2014 blev en succes. LMK er ansvarlig for en række regionale retningslinjer om medicinering og har op til akkreditering af regionens sygehuse opdateret disse regionale medicineringsretningslinjer og bidraget med faglige input i forhold til lovkrav og standarder fra Den Danske Kvalitets Model. LMK har desuden udpeget repræsentanter fra Sygehusapoteket, som har deltaget ved de tværgående medicineringsinterview vedrørende medicineringsretningslinjer på alle regionens sygehuse.

### RADS vejledninger og rekommandationer

Der er implementeret flere RADS behandlingsvejledninger i samarbejde med Sygehusapoteket og de enkelte Sundhedsfaglige Råd. Opfølgning på efterlevelse af RADS er sket vha. kvartalsvise monitoreringsrapporter, og målopfyldelsen af behandlingsvejledninger og rekommandationer er generelt høj. Specielt implementering af

RADS vedr. antikoagulation har været et fokusområde i 2014 og har krævet møder mellem LMK, AK-udvalget og Patientsikkerhedsudvalget for at sikre patientsikkerheden (se side 11).

### Ny Sundhedsplatform

LMK bidrager med faglige kompetencer i arbejdet med den nye Sundhedsplatform (EPIC), som skal etableres i samarbejde med Region Hovedstaden. LMK stiller således faglige eksperter til rådighed som deltager i ekspertgrupper og valideringssessioner.

### Overvågning af nye innovative lægemidler

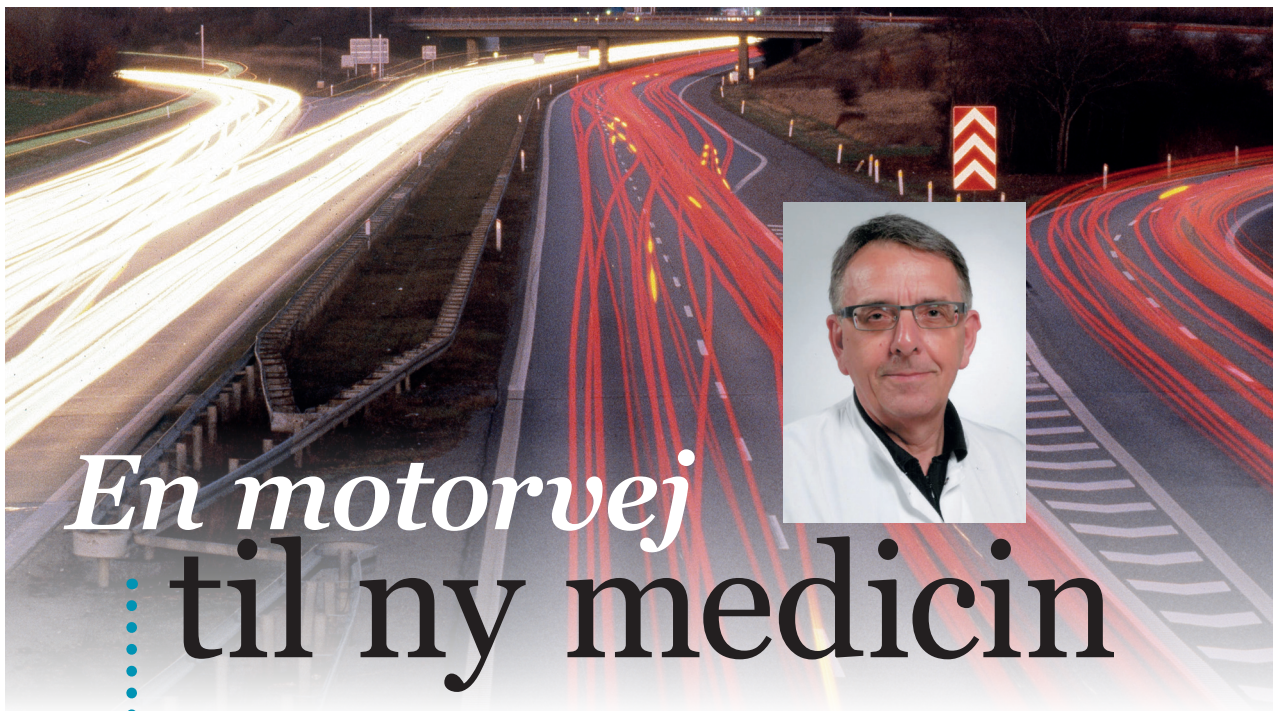
LMK samarbejder med Sygehusapoteket og Klinisk Farmakologisk Enhed om overvågning og vurdering af, hvor nye innovative lægemidler skal indplaceres i terapien.



### Henrik Westergaard, overlæge, Ældrepsykiatrisk Afdeling, Vordingborg:

- De impulser, vi får udefra gennem oplægsholderne, er gode. Det har jeg også oplevet ved tidligere konferencer, hvor jeg har fået tilført ny viden. Jeg er især interesseret i at høre om angstsymptomer, belastningsreaktioner og søvnforstyrrelser, men det undrer mig nu lidt, at man ikke kommer ind på andre metoder til at dæmpe angsten end medicin. Jeg kunne godt tænke mig at høre om alternative metoder, som for eksempel maharishi ayurveda, det gamle, traditionelle indiske sundhedssystem, som rummer masser af gode råd, der nu også anerkendes af den vestlige videnskab.





# En motorvej til ny medicin

..... Vores system med RADS og KRIS sikrer, at danskerne som de første får de nyeste behandlinger

Tekst: Gert Ellegaard

- De færreste er nok klar over det, men danske patienter er dem i verden, der hurtigst får de nye lægemidler, sådan som vores system er bygget op med RADS og KRIS. Det gælder generelt og ikke kun på specifikke områder, at systemet har skabt en motorvej til de nyeste behandlinger, når først dokumentationen er i orden.

Citat ledende overlæge Niels Henrik Holländer, Onkologisk Afdeling på Næstved Sygehus.

Ved siden af sin mangeårige erfaring fra arbejdet i klinikken har Holländer selv førstehåndskendskab til RADS-systemet, for han er udpeget af LMK som repræsentant for Region Sjælland i et fagudvalg, der indstiller behandlingsvejledninger til Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS). Mere præcist sidder overlægen fra Næstved med til bords i fagudvalget Metastaserende Kastraktionsresistent Cancer Prostatae (forkortet mCRPC), der altså kigger nærmere på behandlingsformer og -midler i forbindelse med prostatakræft.

- Især inden for prostatacancer vrirler det frem med nye dyre behandlingsmetoder, ofte i form af tabletter. I udvalget sidder nogle af de fremmeste kirurger og onkologer. Vi drøfter blandt andet den tilgængelige litteratur på området og ny viden, og om den gør, at vi skal justere

anbefalingerne på systemisk niveau til førstevalgsbehandling, fortæller Niels Henrik Holländer.

## Dobbelt fordel

Hjemme i klinikken på Næstved Sygehus følger Holländer og hans medarbejdere selv vejledningerne fra RADS.

- Det er fuldkommen uproblematisk at efterleve rekommandationerne. De er lavet i faglig enighed, og der er videnskabelig dokumentation bagved, understreger Holländer.

I Niels Henrik Holländers optik er systemet og organisationen til fordel for både klinikkerne og patienterne.

- Patienterne kigger jo med over skulderen på os gennem patientorganisationerne, og det er helt i orden, synes jeg. Vores behandlinger foregår også i et tæt samarbejde med patienterne. Vi har samtaler med dem undervejs, og vi udfører ingen behandlinger, uden at patienterne har givet deres samtykke til netop det valg.

I samtalerne med patienterne tages der blandt andet højde for, hvordan de forskellige lægemidler virker, og især er der også fokus på bivirkningerne. Vi oplever også, at patienterne selv fravælger at få bestemte behandlinger. Eksempelvis, at nogle siger fra over for kemoterapi, selv

om det vil være vores anbefaling. Så tager vi dialogen og forsøger at finde andre løsninger.

### Ønskesedlen: Bedre monitorering

Det indgår som en del af RADS-konstruktionen, at LMK skal monitorere på forbruget af lægemidler som er omfattet af RADS, men netop her er der ifølge Niels Henrik Holländer nogle udfordringer, så han kunne godt ønske sig forbedringer på dette område.

- Den korte version er, at monitoreringen er vanskelig, fordi it-systemerne ikke er indrettet til at kunne håndtere den. Et eksempel: Vi bruger lægemidlet Taxotere® i forbindelse med behandling af prostatacancer, men det anvendes også til andre kræftformer. Når vi så gerne vil se, hvor meget Taxotere vi bruger på min afdeling til behandling af prostatakræft, kan det ikke lade sig gøre, fordi vi kun kan trække det samlede forbrug, der altså også dækker brystkræft og andre former for cancer.

- Det giver naturligvis nogle udfordringer, også i forhold til, at man fra politisk hold helst ser, at forbruget for sammenlignelige grupper af patienter ligger så nogenlunde ens over hele landet.

Svaret på Niels Henrik Holländers ønske er i øvrigt allerede på vej. LMK har initieret et projekt, der skal se nærmere på mulighederne for at koble data fra OPUS Patient sammen med OPUS Medicin.



### Dorthe Lorentz, sygeplejerske i privat praksis, Nykøbing Sjælland:

- Som sygeplejerske står man for en del af kontrollerne inden for antikoagulation, og jeg er kommet for at blive lidt klogere på området. Det gjorde jeg også sidste år, og jeg føler, at jeg blev rigtig godt opdateret, for det er altid de bedste oplægsholdere, vi møder på konferencen. Indtil nu kan jeg kun sige, at jeg også er meget tilfreds med det, jeg har set i år.





# En hjælper uden bivirkninger

Tekst og foto: Gert Ellegaard



Bivirkningsmanager er stadig forholdsvis ny i Region Sjælland, men har allerede bevist sit værd

Marianne Sindahl Larsen har gode kort på hånden med de små, informative flyers om bivirkningsmanageren, som er designet til at passe ned i en kittellomme.

LMK har gennem længere tid haft fokus på bivirkninger og ønsket, at der blev indberettet flere bivirkninger. Det har man løst ved at indføre Bivirkningsmanager-funktionen.

Bivirkningsmanageren er et servicetilbud, som kun har været på banen i Region Sjælland et års tid. Tilbudet blev etableret i begyndelsen af 2014, og formålet er at hjælpe lægerne med at indberette, når de konstaterer bivirkninger i forbindelse med anvendelsen af lægemidler.

- Lægerne kan selv gå direkte ind i systemet via deres computer og selv stå for at udfylde de nødvendige skemaer, når de indberetter bivirkningerne, men vi tilbyder at gøre arbejdet for dem, så de kan nøjes med en kort telefonopringning til os, hvorefter vi klarer resten, fortæller Marianne Sindahl Larsen, farmaceut og bivirkningsmanager.

Hjælpen fra den regionale bivirkningsmanager betyder for det første, at lægerne sparer kostbar tid, fordi det er væsentligt hurtigere at tage telefonen end at manøvrere rundt i et system, man måske ikke færdes så hjemmefant i, fordi man ikke indberetter hver eneste dag.

For det andet er servicen en garanti for, at indberet-

ningerne sker på korrekt vis, og for det tredje åbner den direkte kontakt for yderligere dialog med lægerne på sygehusene om medicinen og anvendelsen af den.

## Sparringspartner på research

Bivirkningsmanageren er nemlig samtidig et tilbud om at være sparringspartner på medicinområdet. For eksempel i tvivlsspørgsmål om brugen af flere lægemidler på samme tid.

- Et spørgsmål kan eksempelvis handle om, hvorvidt lægemidlerne kan bruges samtidig, eller om de udløser bivirkninger, når de anvendes sammen. Vi kan tilbyde at foretages den nødvendige research i litteraturen, så lægerne ikke behøver at bruge deres tid på det. Vi har kendskab til og adgang til alle databaserne også, siger Marianne Sindahl Larsen.

Stig Ejdrup Andersen, overlæge på Klinisk Farmakologisk Enhed på Roskilde Sygehus, hvor Bivirkningsmanageren fysisk er placeret:

- Vores service er et tilbud om at lette hverdagen for lægerne og frigøre tid. Der ikke noget hemmeligt i det, vi laver, og vi gør heller ikke noget, som lægerne principielt



**SUPERTILBUD!**

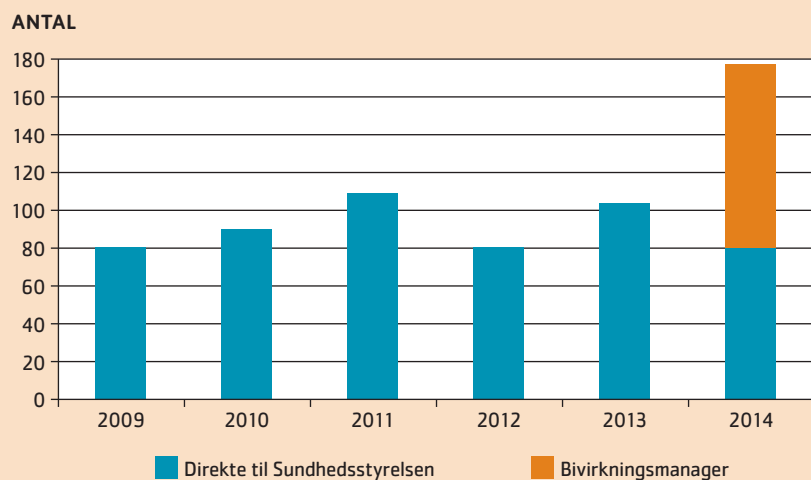
## Bivirknings- manager sparer tid ude i klinikken

Overlæge Wojciech Cebula fra Medicinsk Afdeling på Nykøbing F. Sygehus er ikke i tvivl, når han bliver bedt om at vurdere Bivirkningsmanagers betydning for arbejdet ude i klinikken:

- Det er et supertilbud, som sparer mig for en masse tid, og jeg stiller i hvert fald gerne op som ambassadør for ordningen! Den er en stor lettelse i forhold til lidt »kedelige« arbejde, det godt kan være at skulle indrapportere alle bivirkningerne korrekt. Tidligere kunne jeg bruge over en halv time på det, også fordi det tager længere tid, når det ikke er noget, man gør ofte.

- Nu kan jeg nøjes med at tage telefonen og ringe tingene ind. Det tager kun få minutter, og jeg går altid rundt med telefonnummeret i lommen.

### Indberetninger fra Region Sjælland



ikke selv kunne. Vi er privilegeret med dygtige læger her i Region Sjælland, men de har altså også andre ting at skulle forholde sig til, og her er Bivirkningsmanageren et tilbud om hjælp og aflastning.

#### Flere indberetninger

Sammenhængen er naturligvis vanskelig at bevise, men det er en kendsgerning, at antallet af indberetninger i Region Sjælland er steget efter oprettelse af stilling som bivirkningsmanager. I 2014 blev der indberettet 70 % flere bivirkninger end i 2013.

En stigende bevidsthed om værdien af indberetningerne hjælper også til i statistikkerne, og den øgede opmærksomhed matcher godt med ambitionerne i enheden i Roskilde.

- Vi ser gerne, at lægerne tager spørgsmålet om bivirkninger med på hver eneste stuegang og i hver eneste konference, lyder det fra Stig Ejdrup Andersen, der understreger, at Bivirkningsmanageren ikke »blander sig« i forhold til lægernes behandlinger af patienterne.



# Bilag

De 30 lægemiddelstoffer med størst udgift i 2014 på sygehusene og i Psykiatrien i Region Sjælland

ATC	Medicinpulje	Generisk navn (eksempel på lægemiddelnavn)	Beløb i kroner
L04AB04	•	Adalimumab (Humira)	65.064.313
L04AB02	•	Infliximab (Remicade)	52.594.487
L04AB01	•	Etanercept (Enbrel)	45.310.136
L01XC07	•	Bevacizumab (Avastin)	35.028.636
L01XC02	•	Rituximab (Mabthera)	33.467.231
L01XC03	•	Trastuzumab (Herceptin)	31.963.320
S01LA05	•	Aflibercept (Eylea)	23.684.656
S01LA04	•	Ranibizumab (Lucentis)	22.427.725
L03AB07	•	Interferon beta-1a (Rebif,Avonex)	21.890.538
L01BA04	•	Pemetrexed (Alimta)	19.326.224
L04AB06	•	Golimumab (Simponi)	15.804.892
L04AC07	•	Tocilizumab (RoActemra)	14.898.469
L01XX32	•	Bortezomib (Velcade)	11.520.398
L02BX03	•	Abirateron (Zytiga)	11.493.893
L01XE18	•	Ruxolitinib (Jakavi)	11.187.133
L03AA13	•	Pegfilgrastim (Neulasta)	10.931.595
L04AB05	•	Certolizumab pegol (Cimzia)	10.306.490
B05DB		Peritonealdialysevaesker (hypertoniske opløsninger)	9.828.383
J02AX04	•	Caspofungin (Cancidas)	9.488.260
J06BA02		Immunoglobuliner, normal human til iv (Privigen)	9.305.607
L01XE01	•	Imatinib (Glivec)	8.564.766
L04AA27	•	Fingolimod (Gilenya)	8.530.314
L04AC05	•	Ustekinumab (Stelara)	8.127.080
L01CA04	•	Vinorelbin (Navelbine)	7.680.597
L03AX13	•	Glatirameracetat (Copaxone)	7.454.288
J05A	•	Sofosbuvir (Sovaldi)	7.392.953
B03XA02		Darbepoetin alfa (Aranesp)	6.841.083
L04AX04	•	Lenalidomid (Revlimid)	5.962.865
L01XC13	•	Pertuzumab (Perjeta)	5.668.221
L04AA24	•	Abatacept (Orencia)	5.522.370

Kilde: Sygehusapoteket (BIWeb)





