

Handläggare:

Gunilla Thörnwall Bergendahl

Decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård (KÖL) - Rapport över genomförande och utvärdering av perioden januari till september 2010

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 22 oktober 2009 att fastställa modeller till kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård. Nämnden uppdrog även åt förvaltningen att slutföra förhandlingar med vårdgivarna i enlighet med modellerna och i övrigt göra nödvändiga förberedelser för att verkställa beslutet.

I ärendet rapporteras genomförandet av uppdraget samt erfarenheter och observationer under årets första nio månader.

Beslutsunderlag

Förvaltningens anmälan 2010-11-04

Rapport över genomförande och utvärdering av perioden januari till september 2010

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att lägga anmälan till handlingarna.

Förvaltningens motivering till förslaget

I föreliggande rapport beskrivs förvaltningens genomförande av uppdraget att decentralisera kostnadsansvaret för läkemedel i öppen vård till vårdgivarna, samt en första utvärdering. Arbetet har skett inom ramen för det s k KÖL-projektet (Kostnadsansvar Öppenvårdsläkemedel). Bara nio månader har gått sedan införandet och många vårdgivare kom inte igång direkt. En utvärdering redan nu är egentligen alldeles för tidigt för att effekter ska kunna ses. Målet har därför varit att undersöka om uppenbara styrningseffekter eller patientsäkerhetsrisker kan skönjas. Rapporten pekar på mätproblem men också på minskningar i kostnadsökningar på akutsjukhusen och förbättringar i

ANMÄLAN
2010-11-04

HSN 0903-0256

följsamhet till Kloka Listan, vilka delvis skulle kunna hänföras som effekter av det ökande kostnadsansvaret. För basgeriatrik och vuxenpsykiatri kan inga tydliga slutsatser dras, vilket beror delvis på brister i arbetsplatskodning men också på att dessa verksamheters kostnadsansvar motsvarar mycket lite pengar.

Inga patientsäkerhetsproblem kan ännu påvisas på grund av det decentraliserade kostnadsansvaret.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Gunilla Thörnwall Bergendahl
Tf avdelningschef

Decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård (KÖL)

Rapport över genomförande och utvärdering av
perioden januari till september 2010

2010 -11 -04

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Inledning	4
Genomförandet	5
Projektorganisationen.....	5
Projektmålen.....	5
Milstolpar - projektleveranser	6
Ersättningsmodeller	6
Regler vid läkemedelsförskrivning.....	7
Fakturering.....	7
Uppföljning	7
Utvärdering	8
Syfte och avgränsning	8
Metod	9
Mätproblem.....	9
Resultat	10
Effekt på ekonomi och förskrivningspraxis.....	10
Akutsjukhus	10
Psykiatri och geriatrik	11
Läkemedelsrelaterade ärenden hos Patientnämnden.....	12
Genomförandeprocessen	13
Erfarenheter från chefläkarna och läkemedelskommittén	13
Erfarenheter från projektorganisationen	13
Bilaga: Regler för läkemedelsförskrivning	15

Sammanfattning

I denna rapport redovisas hur uppdraget från landstingsfullmäktige att decentralisera kostnadsansvaret för läkemedel till vårdgivarna har genomförts hittills inom ramen för det s k KÖL-projektet. Därutöver redovisas en första utvärdering och analys av ett fåtal observationer samt erfarenheter under de första nio månaderna med ett decentraliserat kostnadsansvar för akutsjukhusen, vuxenpsykiatri och basgeriatriken.

Tilläggsavtal tecknades i början av 2010 med akutsjukhusen om 50 procents kostnadsansvar för alla läkemedel utom basläkemedel på Kloka listan. För basgeriatrik och vuxenpsykiatri avtalades om 20 procents kostnadsansvar för alla läkemedel. Chefläkarna i Stockholms läns landsting (SLL) enades om ett regelverk som stöd för förskrivningen. Ett faktureringsystem utvecklades och driftsattes under våren 2010. Ett webbaserat uppföljningsstöd för kostnadsansvaret har utvecklats och driftsätts i slutversion senhösten 2010.

Utvärderingen har genomförts med statistik från SLL:s läkemedelsdatabas och Patientnämnden januari-september 2009 och 2010. Synpunkter från chefläkarkollegiet, Stockholms läns läkemedelskommitté samt projektorganisationen har inhämtats. Mätproblemen har varit betydande bl a pga brister i arbetsplatskodning, brist på bra nyckeltal samt svårigheter att isolera kostnadsansvaret för läkemedel från andra faktorer som påverkar läkemedelsförskrivningen och kostnadsutvecklingen för läkemedel.

Ökningstakten för läkemedelsförmånen totalt SLL under perioden var i princip oförändrad mot 2009 och i nivå med utvecklingen av läkarbesöken, 0,7 procent. Detta är en historiskt låg ökning. Den ökade följsamheten till Kloka Listan på sjukhusen samt att kostnaderna minskat mer på de läkemedel som sjukhusen haft kostnadsansvar för än övriga läkemedel, leder till slutsatsen att ersättningsmodellen sannolikt haft avsedd styrande effekt. Det är dock många faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen och en längre mätperiod hade varit önskvärd.

Observationerna i basgeriatrik och vuxenpsykiatri baseras på alltför bristfälliga underlag för att kvaliteten i jämförelser mellan 2009 och 2010 ska kunna sägas vara säkerställd. Båda vårdgrenarna har dock med anledning av KÖL gjort stora förbättringar i sin användning av arbetsplatskoder på recepten, vilket även var ett av syftena. Sammanfattningsvis kan några slutsatser inte dras ännu runt avsedda effekter av det decentraliserade kostnadsansvaret inom basgeriatrik och vuxenpsykiatri.

Antal anmälda läkemedelsrelaterade ärenden i Patientnämndens statistik har ökat men det har även totala antalet ärenden. Ingen information finns som hänför ökningen till effekter av kostnadsansvaret för läkemedel.

SLL:s chefläkarkollegium och Stockholms läns läkemedelskommitté har inte lyft fram patientsäkerhetsrisker som problem med kostnadsansvaret, utan främst tolkningsfrågor om regelverket och ersättningsmodellerna.

Det bör dock poängteras att patientsäkerhetsrisker eller andra kvalitetsbrister pga kostnadsansvaret för läkemedel ändå kan förekomma, även om det inte nått chefläkarna eller återspeglas i Patientnämndens ärenden. Den mer fördjupade och kvalitativa utvärdering som planeras till 2011 kommer förhoppningsvis kunna besvara denna fråga. Då ska även frågan om eventuella övervältringseffekter belysas.

Inledning

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) beslutade den 22 oktober 2009 att fastställa modeller för kostnadsansvar avseende läkemedel i öppen vård, dvs läkemedel inom läkemedelsförmånerna förskrivna på recept och via dosordination, sk apodos. Nämnden uppdrog även åt Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning att slutföra förhandlingar med vårdgivarna i enlighet med modellerna och i övrigt göra nödvändiga förberedelser.

HSN:s beslut var föranlett av ett uppdrag från Landstingsfullmäktige att föra ut kostnadsansvaret från den centrala läkemedelsbudgeten inom HSN (4,8 miljarder kr år 2010) till vårdgivarna. Uppdraget hade sin grund i landstingets läkemedelsstrategi för åren 2008-2012.

Läkemedel är en av sjukvårdens viktigaste behandlingsmetoder, omfattar mycket pengar och hanteras separat i uppföljnings- och ekonomisystem. Att decentralisera kostnaderna för dem är därför komplext, särskilt i ett landsting som SLL med svårstyrda patientströmmar samt dess mångfald av vårdgivare med olika uppdrag, organisationsformer och olika typer av vårdavtal med olika löptider. Det är också en av de områden i samhället som på grund av regleringar och asymmetri i efterfrågan och utbud ligger längst ifrån en fungerande marknad. På efterfrågesidan finns trepartsförhållandet med den förskrivande läkaren, den konsumerande patienten och sjukvårdshuvudmannen/skattebetalaren som finansiär. På utbudssidan är marknaden också reglerad genom patentlagstiftning, apotekssystem, förmånsregler mm.

Decentralisering av kostnadsansvaret för läkemedel har skett successivt i hela landet i olika modeller, omfattning och hastighet.

I denna rapport presenteras dels hur arbetet med det decentraliserade kostnadsansvaret för läkemedel hittills har genomförts i SLL, dels en första utvärdering och analys av observationer samt erfarenheter under projektets gång och årets första nio månader.

Rapporten är framtagen av HSN-förvaltningens läkemedelsenhet¹ och analysenhet² i samarbete med Medicinskt kunskapscentrum³ och Patientnämndens förvaltning⁴.

Genomförandet

Projektorganisationen

HSN-förvaltningens arbete med uppdraget startade redan 2008 med sikte på att decentralisera kostnadsansvaret under 2009. Det ansågs av olika skäl dock lämpligt att avvakta till 2010. Arbetet har bedrivits i projektform och har gått under projektnamnet KÖL – dvs **K**ostnadsansvar för **Ö**ppenvårds**L**äkemedel.

Projektägare till KÖL-projektet har varit hälso- och sjukvårdsdirektören och chefen för Läkemedelsenheten har varit projektledare. Styrgruppen har bestått av avdelningscheferna för Somatisk specialistsjukvård respektive Närsjukvården vid HSN-förvaltningen, chefläkare från SLSO och Capio S:t Görans sjukhus AB, samt representant från LSF Utveckling och styrning.

Ett antal delprojekt för att fullfölja uppdraget bildades:

- Medicinskt ansvar
- Kommunikation
- Ersättningsmodeller
- Arbetsplatskoder
- Controlling/fakturering
- Uppföljning

Arbetet har löpande stämts av med HSN:s läkemedelsgrupp under ledning av landstingsrådet Birgitta Rydberg, SLL:s chefläkarkollegium, läkemedelskommittén, Branschrådet och i dialogmöten med vårdgivarna.

Projektmålen

Det mål som sattes upp för projektet vara att merparten vårdgivare med vårdavtal i SLL skulle ha erhållit formaliserat budgetansvar för öppenvårdsläkemedel under 2010.

¹ Gunilla Thörnwall Bergendahl, Åke Pehrsson och Amanda Waleh Åström

² Carolina Sandberg

³ Maria Juhas Haverinen och Sten Ronge

⁴ Ingela Jerselius och Lillemor Humlekil

Några av delmålen var följande:

- Ersättningsmodellerna för läkemedel ska vara framtagna för resp vårdgren utifrån de hänsyn och tidplaner som styr vårdgrenens avtalsprocess.
- Vårdgivarna ska uppleva att deras läkemedelsåtagande är tydligt definierat avseende vilka läkemedel/läkemedelsgrupper man har kostnadsansvar för. Gränsdragning gentemot övriga vårdgivare ska vara tydliggjort för att undvika övervältringseffekter. Innehållet i vårdgivarnas läkemedelsuppdrag ska vara reglerat i avtal och regelböcker.
- Vårdgivarnas arbetsplatskoder (underlaget för ekonomi och statistik för öppenvårdsläkemedel) ska vara kvalitetssäkrade och kopplade till vårdgivarnas uppdrag och rutiner ska finnas för att hantera arbetsplatskoderna vid verksamhetsförändringar.
- Faktureringsystem och uppföljningsystem ska vara driftsatta och fungera.
- En plan för hur effekterna av vårdgivarnas kostnadsansvar för öppenvårdsläkemedel ska utvärderas avseende patientsäkerhet, styrningseffekter och kostnader ska finnas framtagna.
- Leverans av webbaserat uppföljningsstöd som stöd för controllers och verksamhetschefer.
- Leverans av utvärdering våren 2011.

Milstolpar - projektleveranser

Ersättningsmodeller

Tilläggsavtal tecknades i början av 2010 med akutsjukhusen om ansvar för öppenvårdsläkemedel på recept motsvarande 50 procent av kostnaderna, exklusive basläkemedel på Kloka listan. Från sjukhusledningarna var intresset stort för att få kostnadsansvar för läkemedel. Sannolikt såg man möjligheter med att kunna använda läkemedel på recept respektive rekvisition på ett mer flexibelt och kostnadseffektivt sätt.

För de geriatriska verksamheterna (exkl två kliniker) samt i vårdavtalen med den landstingsdrivna psykiatrin förhandlades kostnadsansvaret in under löpande avtalsperiod. Ansvaret omfattar 20 procent av de totala läkemedelskostnaderna. Läkemedelskostnader genererade av läkarinsatser i SÄBO omfattas inte, liksom Beroendevården och Barn- och Ungdomspsykiatrin, BUP.

Intresset för KÖL från geriatrik och psykiatri var inte lika stort som på sjukhusen, främst beroende på stora brister i arbetsplatskodning på recept och apodos och därmed oro för felaktiga budgeteringsunderlag och farhågor om ekonomiska risker. Utöver kostnadsansvaret avtalades därför om en riskdelning som maximerar vårdgivarens risk till 10 procent utöver avtalad ersättning.

KÖL-projektet övervägde även att föreslå kostnadsansvar för läkemedel i husläkarverksamheten. Pga pågående arbete med ny ersättningsmodell för husläkaruppdraget, det s k NEMO-projektet, bedömdes det olämpligt att införa KÖL under 2010.

Istället omarbetades den incitamentsmodell som redan funnits i flera år. Incitamentsmodellen innebär bonus för god följsamhet till Kloka listan (minst 80 procent) vid inlämnande av kvalitetsbokslut för läkemedel.

Omarbetningen innebar att ytterligare en parameter lades till; för att få bonus måste husläkarmottagningens läkemedelskostnad/besök vara på viss nivå i förhållande till länets husläkarverksamhets genomsnittliga läkemedelskostnad/besök. Därutöver lades in ett vite om följsamheten till Kloka Listan understiger 80 procent. För mottagningar som kvalificerat sig för bonus utgår denna motsvarande 30 procent av den totala målrelaterade ersättningen. Ingen särskild bonus för följsamhet till Kloka listan utgår alltså, till skillnad mot tidigare år.

Regler vid läkemedelsförskrivning

Stockholms läns landstings chefsläkarkollegium enades i februari 2010 om ett regelverk som stöd för en kollegial samsyn och vägledning till förskrivarna för hur de ska förhålla sig till kostnadsansvaret för läkemedel, se s.15. Regelverket är fastställt av hälso- och sjukvårdsdirektören och ska kunna uppdateras utifrån verksamhetens behov. En revidering inför år 2011 pågår.

Fakturering

Ett faktureringsystem, FUL (FaktureringsUnderlag Läkemedel) har utvecklats av TietoEnator för SLL:s räkning, som efter viss fördröjning togs i drift under våren 2010. Systemet fungerar enligt plan. Förvaltningen har ägnat stor kraft att kvalitetssäkra vårdgivarnas arbetsplatskoder och koppla dem till vårduppdragen i SLL:s kodserver, vilket är en förutsättning för att vårdgivarna ska faktureras rätt kostnader. Enstaka felaktigheter identifieras dock fortfarande och åtgärdas löpande. En förvaltningsplan för arbetsplatskoder har tagits fram. Antalet arbetsplatskoder i SLL uppgår till 7000 vilka alla måste valideras och hänföras till rätt vårdgivare för att fakturering och uppföljning ska bli rättvisande. En förutsättning för att rätt fakturering sker är också att förskrivaren faktiskt använder den avtalade arbetsplatskoden och inte någon annan. Här finns brister.

Uppföljning

Under 2009 togs den nya Uppföljningsportalen för läkemedel i drift. Under 2010 har en ny funktionalitet i denna utvecklats, det s k *KÖL-stödet*, vilket ska hjälpa vårdgivarna att följa upp sina fakturerade läkemedelskostnader på ett mer kvalitativt sätt. Ett vidareutvecklat *KÖL-stöd* tas i drift senhösten

2010, något senare än planerat. Den något försenade leveransen beror bl a på förändringar i statistikförsörjningen p g a omregleringen av apoteksmarknaden. En kommunikationsplan har tagits fram för *KÖL-stödet*.

Utvärdering

Syfte och avgränsning

Det grundläggande syftet med ett decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel är att få en mer kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning genom att lägga kostnadsansvaret för läkemedel hos den som i realiteten kan påverka den, den ordinerande vårdgivaren. Det möjliggör också prioriteringar mellan olika vårdåtgärder och andra insatser.

Syftet med denna utvärdering är att göra en första analys om mätbara effekter kan skönjas av överföringen av kostnadsansvaret till vårdgivarna samt att beskriva erfarenheter hittills.

Utvärderingen avgränsas till ett fåtal observationer avseende akutsjukhus, geriatrik samt vuxenpsykiatri samt totalt för länet i perspektiven ekonomi förskrivningspraxis och patientsäkerhet.

Husläkarverksamheten ingår inte i utvärderingen eftersom dessa inte omfattas av kostnadsansvar 2010 utan har fortsatt med incitamentsmodellen för läkemedel, om än i något skarpare version än tidigare år. Husläkarverksamhetens läkemedelsmodell analyseras i samband med utvärdering av Vårdval.

Utvärderingen är uppdelad i tre delar:

- Effekt av ersättningsmodellerna på ekonomi och förskrivningspraxis
- Patientsäkerhet
- Genomförandeprocessen

En mer fullständig utvärdering är planerad till våren 2011 då helårsdata för 2010 finns tillgängliga. Den utvärderingen ska även ha ett kvalitativt inslag i form av djupintervjuer med vårdgivare i syfte att ta del av deras erfarenheter av att ha ökat ansvar för läkemedelskostnaderna. Då ska även eventuell övervältringsproblematik belysas.

Följande frågeställningar har legat till grund för analysen:

- Hur stora är kostnadsökningarna för läkemedel på recept inom basgeriatrik, psykiatri och akutsjukvård samt totalt för länet?
- Har följsamheten till Kloka Listan förändrats?
- Har antalet läkemedelsrelaterade ärenden hos Patientnämnden ökat på grund av KÖL?
- Vilka erfarenheter har chefläkarna, läkemedelskommittén och projektorganisationen av KÖL?

Metod

För att besvara ovanstående frågor har läkemedelsstatistik tagits fram från Uppföljningsportalen och SLL:s läkemedelsdatabas för perioden januari-september 2009 respektive 2010. Statistiken har bearbetats och analyserats av medarbetare på HSN-förvaltningen och Medicinskt kunskapscentrum.

Patientnämndens förvaltning har varit behjälplig med statistikmaterial rörande läkemedelsärenden. Denna statistik omfattar perioden januari-augusti 2010.

SLL:s chefläkarkollegium samt Stockholms läns läkemedelskommitté har tillfrågats vid möten under året.

Delprojektledarna inom KÖL har beskrivit processen inom sitt område.

Mätproblem

Kostnadsutvecklingen påverkas av en mängd olika faktorer förutom ekonomiska styrmodeller. Exempel på detta är tillgång till generiska kopior när läkemedelspatent går ut, tillgång till e-tjänster för läkemedel med inbyggt stöd för rationell läkemedelsförskrivning, oberoende fortbildning via SLL:s kunskapsorganisation samt läkemedelsindustrins marknadsföringsaktiviteter. Ytterligare faktorer som påverkar är olika myndighetsbeslut, t ex TLV:s genomgångar av förmånsläkemedel, prismodellen för läkemedel i förmånen samt apoteksmarknadsomregleringen. Vårdgivarna själva påverkar också läkemedelskostnaden i den öppna vården t ex genom att rekvirera upphandlade läkemedel i stället för att förskriva på recept.

Det är därför mycket svårt att isolera enbart effekter av det decentraliserade kostnadsansvaret och all analys måste göras med den största försiktighet. Ett bra analysresultat bygger också på mycket god kvalitet i användningen av arbetsplatskoder. Inför och under 2010 har kvaliteten kraftigt förbättrats men jämförelser mellan 2009 och 2010 bygger ändå på ett stort mått av osäkerhet.

Inom ramen för nuvarande uppföljningsmöjligheter saknas också riktigt bra nyckeltal för att mäta effekter av kostnadsansvaret. I denna utvärdering har valts ökning- respektive minskning av läkemedelskostnader, följsamhet till Kloka listan samt läkemedelskostnad/läkarbesök. Det senare är dock ett mycket trubbigt nyckeltal eftersom alla läkarbesök inte leder till receptförskrivning men bedöms ändå vara en indikator som kan användas på system eller vårdgrensnivå.

Stockholms läns läkemedelskommitté fastställer årligen Kloka råd som är indikatorer på god läkemedelsanvändning. Dessa är främst inriktade på terapiområden som dominerar i primärvården. Få av dem lämpar sig för vårdgrensvisa jämförelser. De har därför valts bort i utvärderingen.

Genom riksdagsbeslut får SLL from juli månad 2010 tillgång till läkemedelsdata med oidentifierade, individbaserade uppgifter. Detta kommer på sikt skapa möjligheter att följa upp kostnadsansvaret på ett mer fördjupat sätt än vad som är möjligt här.

Resultat

Effekt på ekonomi och förskrivningspraxis

Kostnadsutvecklingen för den allmänna läkemedelssubventionen (läkemedelsförmånen) inom SLL var under årets första nio månader i princip oförändrad jämfört med 2009, 0,7 procent, vilket var i överensstämmelse med ökningstakten för läkarbesök. Detta är en historiskt låg nivå.

Förmånskostnaden per läkarbesök uppgick därmed till ca 560 kronor per läkarbesök dvs oförändrat jämfört med 2009.

Följsamheten till Kloka Listan i basversion ökade i länet med 2 procent från 77 procent till 79 procent 2010. För Kloka Listan med specialisttillägg (särskilt lämpade för sjukhusen) ökade följsamheten med hela 4 procent och uppgick i september till 83 procent.

Akutsjukhus

Kostnaderna för läkemedel förskrivna från akutsjukhusen steg med knappt 4 procent. Denna kostnadsökning betingades nästan helt av specialläkemedel som i huvudsak inte finns på Kloka Listan. Kostnaden för akutsjukhusens förskrivning av basläkemedel minskade med 2 procent. Basläkemedel definieras av läkemedelskommittén som läkemedel som i stor utsträckning används och sätts in i primärvården.

Samtidigt skedde en omfördelning av kostnader från basläkemedel som inte finns på Kloka Listan (-4 procent), till basläkemedel på Kloka Listan vilka minskade relativt sett mindre (-1 procent).

Följsamheten till Kloka Listan med specialisttillägg ökade för samtliga av akutsjukhusen med 1-3 procentenheter. För S:t Eriks ögonsjukhus som inte omfattas av KÖL och där specialläkemedel dominerar, var följsamheten till Kloka Listan oförändrad. Högst följsamhet hade Capio S:t Görans sjukhus med 90 procent, en förbättring med 3 procent jämfört med föregående år. Karolinska hade den lägsta följsamheten, 78 procent, men ökade ändå följsamheten till Kloka Listan med 2 procent. Den jämfört med övriga

akutsjukhus lägre följsamheten på Karolinska har samband med en väsentligt högre andel specialläkemedel. Det är en viktig orsak till förhållandevis högre läkemedelskostnader än för övriga akutsjukhus i länet. Vid jämförelse av läkemedelskostnaderna mellan akutsjukhusen bör olikheterna i uppdrag beaktas.

Den totala läkemedelskostnaden per läkarbesök t o m september för de fem akutsjukhusen uppgick till 732 kr, en ökning om 6 procent jämfört mot 2009. Att läkemedelskostnaden per läkarbesök ökat mer än kostnaderna förklaras delvis av en minskning i besöksvolym.

Den ökade följsamheten till Kloka Listan på sjukhusen samt att kostnaderna minskat mer på de läkemedel som sjukhusen haft kostnadsansvar för än övriga läkemedel, leder till slutsatsen att ersättningsmodellen sannolikt haft avsedd styrande effekt. Det är dock många faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen och en längre mätperiod hade varit önskvärd.

Psykiatri och geriatrik

Läkemedelskostnaderna ökade med 5 procent för vårdgivare med kostnadsansvar inom vuxenpsykiatrin. Det är kostnaden för specialläkemedel som har ökat, särskilt de specialläkemedel som inte omfattas av Kloka Listan. Samtidigt sjönk kostnaderna för psykiatriska basläkemedel i Kloka Listan med 5 procentenheter. Basläkemedel utanför Kloka Listan som psykiatrin förskriver var däremot oförändrade.

Den totala läkemedelskostnaden per läkarbesök inom vuxenpsykiatrin tom september uppgick till 835 kr, vilket var oförändrat gentemot 2009.

Inom geriatriken har stora förändringar i arbetsplatskodning skett. Geriatrikens arbetsplatskoder användes för fler uppdrag än basgeriatriken under 2009, vilket i stor omfattning åtgärdats under 2010 men ännu förekommer brister. Detta gör att jämförelser av kostnadsutveckling mellan åren och kostnad per besök inte blir relevanta.

Basgeriatriken ökade sin följsamhet till Kloka Listan med 1 procentenhet.

Observationerna i basgeriatrik och vuxenpsykiatri baseras på alltför bristfälliga underlag och för en alltför kort period för att kvaliteten ska kunna sägas vara säkerställd. Båda vårdgrenarna har med anledning av KÖL gjort stora förändringar i sin användning av arbetsplatskoder för läkemedel, vilket även var en av syftena med att införa KÖL under 2010 för dessa uppdrag. Sammanfattningsvis kan några slutsatser inte dras ännu runt avsedda effekter av det decentraliserade kostnadsansvaret inom basgeriatrik och vuxenpsykiatri.

Läkemedelsrelaterade ärenden hos Patientnämnden

Sedan 2006 har det skett en kontinuerlig ökning av anmälda läkemedelsrelaterade ärenden till Patientnämnden. Ärendena är uppdelade inom olika problemområden, varav "behandling" är den vanligaste.

Läkemedelsrelaterade ärenden kommer främst från primärvården och psykiatri, därefter från akutsjukhusen. Under 2009 och även hittills under 2010 har 38 procent av de läkemedelsrelaterade ärendena avsett primärvården, 36 procent psykiatrisk vård och 25 procent akutsjukhus.

Antal läkemedelsärenden per månad har ökat för 2010 jämfört med 2009. Denna trend gäller dock inte för sommarmånaderna juli och augusti. Under 2010 har 285 läkemedelsrelaterade ärenden behandlats jämfört med 246 motsvarande period 2009. Men även det totala antalet ärenden på Patientnämnden har ökat, från 3020 till 3087. Det kan därmed konstateras att ökningen motsvarar 1 procent (från 8,1 procent 2009 till 9,2 procent 2010).

Tabell 2. Läkemedelsärenden relaterat till totalt antal ärenden per månad för 2009 och 2010, Patientnämnden.

Månad	2009			2010		
	Läkemedel	totalt	%	läkemedel	totalt	%
Januari	37	386	9,6	39	345	11,3
Februari	30	420	7,1	39	395	9,9
Mars	32	467	6,8	46	513	8,9
April	26	343	7,6	37	425	8,7
Maj	32	356	8,9	37	355	10,4
Juni	33	356	9,3	42	401	10,5
Juli	30	361	8,3	19	311	6,1
Augusti	26	331	7,8	26	342	7,6
Jan-aug	246	3020	8,1	285	3087	9,2

Källa: Patientnämnden i Stockholms län.

Antalet anmälda läkemedelsrelaterade ärenden i Patientnämndens statistik har alltså ökat. Ingen information i statistiken finns dock som hänför denna ökning till effekter av kostnadsansvaret för läkemedel. Ökningen kan ha många orsaker, t ex felbehandling, avgiftsfrågor kopplade till läkemedelsbehandling, missnöje med tillgänglighet, priser eller borttagen förmån på ordinerade läkemedel. Det kan också vara ett utslag av allmänhetens ökade medvetenhet om läkemedelsrelaterade problem.

Genomförandeprocessen

Erfarenheter från chefläkarna och läkemedelskommittén

SLL:s chefläkarkollegium har vid två sammanträden under året tillfrågats om de upplever problem med kostnadsansvaret för läkemedel. Samma fråga har ställts till Stockholms läns läkemedelskommitté samt ordförande för experträden.

Den samstämmiga bilden är att inga patientsäkerhetsrisker upplevs hittills. De problem som lyfts fram är främst tolkningsfrågor från förskrivare om regelverket för KÖL och vilka läkemedel på sjukhusen som omfattas av kostnadsansvar.

Det bör dock poängteras att patientsäkerhetsrisker eller andra kvalitetsbrister ändå kan förekomma, även om de inte nått chefläkarna eller läkemedelskommittén. Den mer fördjupade och kvalitativa utvärdering som planeras till 2011 kommer förhoppningsvis kunna besvara denna fråga. Då ska även frågan om eventuella övervältringseffekter belysas.

Erfarenheter från projektorganisationen

Inom HSN-förvaltningen har KÖL-projektet medfört en kompetenshöjning inom läkemedelsområdet rent generellt. Samarbetet runt läkemedelsfrågor mellan förvaltningens olika avdelningar och Medicinskt kunskapscentrum har utvecklats väl. De uppföljningsmodeller och system som planerats har i huvudsak färdigställts enligt tidplanen. Ett problem som lyfts fram inom förvaltningen har varit svårigheter att systematiskt stämma av den månatliga faktureringen av läkemedelsförmånen gentemot budgeterade läkemedelskostnader per vårdgren och avtalade arbetsplatskoder. Ett förbättringsarbete runt detta pågår.

Kvalitetssäkring av arbetsplatskoder har varit ett kritiskt arbete som många är beroende av att det fungerar. Validering av alla tusentals arbetsplatskoder och koppling av dessa till verksamhetsidentiteter och uppdrag har genomförts i stor omfattning, även om vissa kvalitetsbrister fortfarande finns. Det yttersta ansvaret för att rätt kod används ligger hos vårdgivaren.

Ett försvarande problem har varit att avtal, regelböcker och upphandlingar samt budget haft olika tidplaner och löptider, samtidigt som projektet har eftersträvat att införa kostnadsansvar för läkemedel samordnat och samtidigt, för att uppnå synergieffekter och undvika övervältringseffekter.

För att vårdgivaren ska kunna ta del av sin egen mottagnings statistik krävs dels en egen arbetsplatskod, dels att vårdgivaren är upplagd i SLL:s elektroniska katalog, EK och är tilldelad ett sk HSAid. De privata specialisterna saknade vid projektets början detta men detta är nu åtgärdat för flertalet. Frågan om åtkomst till läkemedelsstatistik för denna

förskrivarkategori visade sig vara svårare än väntat och har krävt insatser från flera förvaltningar. Arbetet har lett till ökad kunskap och samverkan mellan landstingets olika verksamheter som arbetar med privata specialister och läkemedel.

Decentralisering av kostnadsansvaret kräver kontinuitet i statistikunderlag och statistikförsörjning. Omregleringen av apoteksmarknaden har inneburit vissa förändringar i detta av försvärande karaktär, som KÖL-projektet måste beakta och ta höjd för. Exempel på detta är ny faktureringsrutin för apodos samt ändringar i det nationella varuregistret, vilket bl a påverkar de varor i läkemedelsförmånerna som inte är läkemedel. Detta är bl a orsaken till att läkemedelsnära varor i läkemedelsförmånen exkluderats från att de kostnader som har förts ut till vårdgivarna under 2010.

Bilaga: Regler för läkemedelsförskrivning



Regler vid läkemedelsförskrivning med anledning av kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård

Enligt beslut i Landstingsfullmäktige inför Stockholms läns landsting successivt kostnadsansvar för läkemedel. Om vårdgivaren har avtalsreglerat kostnadsansvar för läkemedel på recept, betalar vårdgivaren kostnaderna för läkemedlen i enlighet med vad som sägs i avtalet.

Syfte


Syftet med dessa regler är att


- stödja en ändamålsenlig läkemedelsförskrivning och därmed en kostnadseffektiv och rationell läkemedelsanvändning,
- få en professionell samsyn hur läkemedel i Stockholms län ska förskrivas så att patienterna inte drabbas av olika tillämpningar av kostnadsansvaret för läkemedel.

Förskrivningsregler

- Patientens medicinska behov ska vara styrande vid val av behandling.
- Förskrivningen ska vara ändamålsenlig och rimlig i förhållandet nytta och kostnad.
- Vårdgivare som behandlar en patient ansvarar för att förskriva de läkemedel som patienten behöver (på recept eller dosordination, s.k. Apodos). Detta gäller oavsett vilket skede i sjukdomsförloppet patienten befinner sig i eller om annan vårdgivare tidigare har initierat behandlingen och under förutsättning att förskrivaren anser sig kunna ta det medicinska ansvaret för ordinationen.
- När annan vårdgivare tar över ansvaret för patienten, går även ansvaret för läkemedelsförskrivning och -behandling över. Den nya vårdgivaren ska alltså ta ställning till och medicinskt ansvara för den läkemedelsbehandling som patienten fortsättningsvis ska ha.
- När patient skrivs ut från slutna vård ska utskrivande vårdgivare säkerställa att patienten efter utskrivningen har tillgång till samtliga läkemedel som patienten behöver. Vid tidsbegränsad läkemedelsbehandling kortare än 3 månader ska den förskrivna läkemedelsmängden täcka hela den planerade behandlingsperioden. Vid planerad behandling mer än 3 månader förskrivas läkemedel för 3 månader.
- Patienten kan ha behov av läkemedel som annan vårdgivare normalt har medicinskt ansvar för. Om vårdgivaren dock anser sig kunna ta det medicinska ansvaret för ordinationen, ska denne tillfälligt förse patienten med recept fram till besök hos ansvarig vårdgivare, upp till 3 månaders behandling. Om besök hos ansvarig vårdgivare inte kan genomföras enligt planering, kan ytterligare mängd läkemedel behöva förskrivas.
- Startförpackningar ska förskrivas där så är möjligt när patienten ska prova ett nytt läkemedel som är avsett för längre tids bruk.
- Innan vårdgivare deltar i läkemedelsstudie ska vårdgivaren försäkra sig om att resurser finns för fortsatt behandling av studiepatienter efter avslutad studie.

Chefläkarkollegiet i Stockholms län, februari 2010


Peter Rönnerfalk, chefläkare
LSF Produktionssamordning


Henrik Almkvist, chefläkare
Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning