

Revisionsrapport

Landstingets styrning av läkemedels- användningen

Norrbottens läns landsting

Januari 2010

Jean Odgaard, Certifierad kommunal revisor

2010-01-27

Jean Odgaard
Projektledare

Carina Olausson
Uppdragsledare

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Inledning	3
2.1	Bakgrund	3
2.2	Uppdrag och revisionsfråga	3
2.3	Metod och genomförande	4
3	Granskningsresultat.....	5
3.1	Kostnadsutveckling för läkemedel.....	5
3.2	Organisation	5
3.2.1	Styrgrupp läkemedel	5
3.2.2	Norrbottens läkemedelskommitté	6
3.3	Styrning av läkemedelsanvändningen.....	7
3.3.1	Division Medicinska specialiteter	9
3.3.2	Division Primärvård.....	10
3.4	Återrapportering.....	11
4	Revisionell bedömning	12
4.1	Analys	12
4.2	Revisionsfrågorna	14
5	Jämförelser med andra landsting.....	16

1 Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna inom Norrbottens läns landsting har Komrev inom PricewaterhouseCoopers granskat landstingets styrning av läkemedelsanvändningen.

Granskningen syftar till att bedöma om landstinget arbetar på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt med att styra läkemedelsanvändningen inom områdena:

- Ledning och styrning
- Organisation och ansvar
- Mål och strategier
- Stöd till verksamhetscheferna
- Insatser för att bromsa kostnadsutvecklingen
- Rapportering till styrelse och fullmäktige

Vår sammantagna bedömning är att landstingets styrning av läkemedelsanvändningen är otillräcklig. Nedan följer de bedömningar inom respektive delområde som legat till grund för vår sammantagna bedömning.

Är ledning och styrning av verksamheten ändamålsenlig?

Vår bedömning är att ledning och styrning av verksamheten är otillräcklig. Det finns brister i styrkedjan av läkemedelsanvändningen från beslut på ledningsnivå till det att den enskilde förskrivaren verkställer beslut. Vi anser att ledarskapet inte fullt ut har utövats då dialogen med den enskilde förskrivaren och dennes förskrivningsmönster ännu inte har tagits. Genom att uppföljningsmodulen har utvecklats är detta nu fullt möjligt. Kunskapsstyrningen gentemot slutenvården har varit otillräcklig. Utöver ekonomiska mål och framtagande av gemensamt bassortiment utövar landstinget ingen styrning mot dessa divisioner. Vi anser att ekonomistyrningen inte är ändamålsenlig då läkemedelskostnaderna inte är påverkbara fullt ut för den som ansvarar för läkemedelsbudgeten. Vi menar att kostnadsansvaret bör följa den som förskriver läkemedlet.

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

Vår bedömning är att det finns brister i landstingets organisation för arbetet med läkemedelsfrågor. Landstinget håller på att utveckla en organisation där linjeansvaret betonas och där läkemedelskommittén ges en mer rådgivande roll. I detta skede är det något tidigt att uttala sig om ändamålsenligheten då organisationen ännu inte funnit sina former. Respektive divisions läkemedelsgrupp behöver mer tid för att få genomslag. Vi anser att styrgruppen roll och ansvar behöver förtydligas i organisationen.

Vi bedömer att läkemedelskommittén i många delar fungerar väl gentemot division primärvård. Verksamheterna efterlyser dock ett mer utåtriktat och uppsökande arbetssätt. Granskningen visar att läkemedelskommittén inte har samma legitimitet i sitt arbete gentemot slutenvården.

Finns tydliga, mätbara mål och strategier för läkemedelsanvändningen? Följs de upp? Är de kända i organisationen?

Vår bedömning är att det finns tydliga och mätbara uppföljningsparametrar som bidrar till en ändamålsenlig läkemedelsanvändning. Dessa är tydliga och förankrade i organisationen och det sker en regelbunden uppföljning. Det saknas läkemedelsmål för slutenvårdsläkemedel. Under året har ett åtgärdsprogram tagits fram vilket innehåller såväl aktiviteter som ytterligare läkemedelsmål. Vi menar att dessa behöver diskuteras och förankras innan en implementering i organisationen är möjlig.

Det saknas ett sammanhållet strategidokument för läkemedelsanvändningen. Vi anser att mål och strategier bör dokumenteras i ett gemensamt styrdokument för att kunna följa upp i vilken utsträckning de olika strategierna leder till önskvärd måluppfyllelse.

Är stödet till verksamhetscheferna tillräckligt när det gäller läkemedelsfrågor?

Vår bedömning är att stödet till verksamhetscheferna hittills inte varit tillräckligt. Diskussion kring utfall av förskrivning har i första hand tagits på enhetsnivå. Det har saknats ett tillräckligt bra uppföljningsstöd för verksamhetscheferna att kunna ta dialogen med förskrivarna. Vi menar också att avsaknad av gemensamma strategier har inneburit att verkningfulla åtgärder inte har vidtagits i hela organisationen.

Vilka insatser har vidtagits för att bromsa kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet?

Landstinget har vidtagit en rad olika åtgärder som har lett till att kostnadsutvecklingen har brutits. Här kan nämnas framtagande av läkemedelsmål och regelbunden uppföljning av dessa. Som förskrivningsstöd finns läkemedelskommitténs rekommendationslista och hanteringsordning för läkemedel. Vi anser att den insats som får mest avgörande betydelse för att bromsa kostnadsutvecklingen är den läkemedelsmodul som kan användas för uppföljning av den enskilde förskrivaren. Detta kräver dock även en kontinuerlig dialog med förskrivaren. Även om kostnaden för läkemedelsförmånen har sjunkit under år 2009 är kostnaden per invånare fortfarande hög i en nationell jämförelse varför det krävs ett fortsatt fokuserat arbete för att nå en tillfredsställande kostnadsnivå.

Återrapporteras insatser och utfall tillfredsställande till styrelsen och fullmäktige?

Vi bedömer att landstingsstyrelsen och fullmäktige får en tillfredsställande rapportering av utfallet. Någon återrapportering av effekterna för de insatser som har vidtagits förekommer inte.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Styrningen av läkemedelsanvändningen i vården är en komplex fråga för ett landsting att hantera. Läkemedel är ett medel för att uppnå målet med att få patienten så frisk som möjligt. En förutsättning för att förskrivningen av läkemedel sker ändamålsenligt är att förskrivaren har god kunskap om de läkemedel finns och hur de bör användas. Den senaste bedömningen¹ som Socialstyrelsen genomförde förutspår att landets läkemedelskostnader förväntas öka med 2-3 procent under de närmaste åren. Ökningstakten bedöms vara något lägre än åren 2007-2008. Exempel på kostnadsdrivande faktorer är förändringar i befolkningens åldersstruktur, introduktion av nya läkemedel och nya och vidgade indikationer². Kostnadssänkande faktorer är patentutgångar, upphandling av förbrukningsartiklar samt en ökad kostnadsmedvetenhet bland förskrivarna. Kostnaderna för läkemedel i slutenvården kommer att fortsätta att öka även om själva ökningstakten beräknas bli något lägre än tidigare och stabiliseras strax under 10 procent de närmaste två åren.

Landstingets totala kostnader för läkemedel uppgick år 2008 till 789 mnkr (en ökning med 21 mnkr eller knappt 3 procent jämfört med 2007). Detta motsvarar ca 12 procent av landstingets bruttokostnader vilket innebär en väsentlig del av verksamheten. Av 2008 års totala kostnad för läkemedel uppgick kostnaderna för slutenvårdsläkemedel till 152 mnkr, en ökning från föregående år med 5 procent.

Det finns betydande risker involverade vid en bristande styrning av läkemedelsanvändning. Val av icke rekommenderade läkemedel som ligger utanför den vetenskapliga basen äventyrar patientsäkerheten och kan även få negativa ekonomiska konsekvenser. Nya och dyra läkemedel kan introduceras utan någon kontroll av ändamålsenligheten. En okontrollerad kostnadsutveckling av läkemedel innebär också att annan sjukvård kan komma att prioriteras bort.

2.2 Uppdrag och revisionsfråga

Komrev inom PricewaterhouseCoopers har fått i uppdrag av landstingets revisorer att granska styrningen av läkemedelsanvändningen. Den övergripande revisionsfrågan som ska besvaras är om landstinget arbetar på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt med att styra läkemedelsanvändningen.

¹ Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos, april 2009, Socialstyrelsen.

² Dvs att ett läkemedel kan användas mot andra sjukdomstillstånd än huvudindikationen eller att det används på samma indikation som tidigare, men får förskrivas i ett tidigare skede.

Följande revisionsfrågor ska besvaras:

- Är ledning och styrning av verksamheten ändamålsenlig?
- Är organisation och ansvar för arbetet med läkemedelsfrågor ändamålsenligt och tydligt?
- Finns tydliga, mätbara mål och strategier för läkemedelsanvändningen? Följs de upp? Är de kända i organisationen?
- Är stödet till verksamhetscheferna tillräckligt när det gäller läkemedelsfrågor?
- Vilka insatser har vidtagits för att bromsa kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet?
- Återrapporteras insatser och utfall tillfredsställande till styrelsen och fullmäktige?

2.3 Metod och genomförande

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

Intervjuer har genomförts med landstingets ekonomi- och planeringschef, budgetchef och ordförande i landstingets läkemedelskommitté, vilken också är landstingets läkemedelsstrateg.

Granskningen har omfattat division Primärvård och division Medicinska specialiteter. Intervjuer har genomförts med divisionschef och chefsläkare inom division Primärvård. Vidare har intervjuer genomförts med verksamhetschefer och medicinskt ansvariga från fem olika vårdcentraler³. Urvalet har beaktat geografisk spridning, väsentliga förskrivningsvolymerna och vårdcentraler med framgångsrikt utvecklingsarbete samt vårdcentraler med negativ ekonomisk avvikelse.

Inom division Medicinska specialiteter har intervjuer genomförts med divisionschef, länschef internmedicin, ekonomichef och processledaren för läkemedelsgruppen. Vidare har verksamhetscheferna för verksamhetsområdena medicin och rehab/reuma intervjuats. Urvalet beaktar såväl väsentliga förskrivningsvolymerna som enheter som förskriver läkemedelsgrupper där kostnadsutvecklingen är hög.

Granskningen har genomförts under perioden juni – december 2009 av Jean Odgaard från Komrev inom PricewaterhouseCoopers.

Rapporten är sakgranskad av berörda tjänstemän.

³ Vårdcentralerna i Jokkmokk, Piteå, Kalix, Norrfjärden och Stadsviken.

3 Granskningsresultat

3.1 Kostnadsutveckling för läkemedel

Kostnaden för läkemedelsförmånen i Norrbottens läns landsting har under år 2009 sjunkit med 2 procent. Minskningen har skett inom samtliga divisioner. Utvecklingen på riksnivå är en ökning med 0,4 procent⁴. De faktiska kostnaderna är i nivå med förväntade kostnader enligt behovsmodell. När det gäller kostnad för läkemedelsförmånen (kronor per invånare) befinner sig Norrbotten över riksgenomsnittet. Det finns sex landsting som har en högre kostnadsnivå.

Kostnadsutvecklingen för slutenvårdsläkemedel är högre. Kostnaderna har per november månad ökat i storleksordningen 9 procent under 2009 vilket är strax över riket i övrigt.

I delårsrapporten per augusti 2009 framgår att de totala läkemedelskostnaderna har minskat med 2 mnkr eller 0,4 procent jämfört med samma period 2008. I årsprognosen bedöms kostnaderna öka med 10 mnkr eller 1,3 procent jämfört med 2008. Målet är att sänka kostnaderna med 30 mnkr eller 3,8 procent.

3.2 Organisation

3.2.1 Styrgrupp läkemedel

Det finns en styrgrupp för läkemedel vilken är ett beslutande forum för landstingsövergripande samverkan och förankring. Läkemedelskommitté, divisioner och stab bereder verksamhetsfrågor kring läkemedel för beslut i styrgruppen och därefter genomförande i divisionerna. Formellt fattas besluten i landstingsdirektörens hälso- och sjukvårdsledningsgrupp. Styrgruppen utgörs av representanter för divisionsledningar, läkemedelskommitté och ekonomienhet.

Styrgruppen hanterar frågor av strategisk karaktär. Vidare tas bland annat beslut om finansiering av nya läkemedel och fördelning av kostnadsansvar mellan divisionerna för enskilda läkemedel.

Till styrgruppen har under hösten 2009 formerats ett arbetsutskott med läkarrepresentation från samtliga divisioner. Arbetsutskottet har i uppdrag att svara för medicinsk beredning av läkemedelsfrågor till styrgruppen.

Respektive division har bildat en läkemedelsgrupp med uppdrag att analysera läkemedels hanteringen och genomföra styrgruppens beslut om läkemedelsanvändning. Här initieras och drivs länsövergripande läkemedelsprocesser.

⁴ SKL, Kostnader för läkemedel per november 2009.

3.2.2 Norrbottens läkemedelskommitté

Lagen om läkemedelskommittéer (1996:1157) reglerar att en läkemedelskommitté genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt skall verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget. Rekommendationerna skall vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Norrbottens Läkemedelskommitté utgör ett stöd till länets läkemedelsförskrivare och sjukvårdspersonal med utbildning, information och rekommendationer kring läkemedel. Läkemedelskommittén bistår även verksamhetsledning samt politisk ledning med beredning och uppföljning av läkemedelsrelaterade beslut och projekt.

Läkemedelskommittén utgörs av kansliet samt terapiansvariga ledamöter från verksamheterna. Kommittén består av 11 ledamöter varav 8 utses av landstinget, 1 av Kommunförbundet Norrbotten, 1 av Apoteket AB och 1 av de privata läkarna i Norrbotten. Ordföranden i läkemedelskommittén är också läkemedelsstrateg i landstinget. Landstingsdirektören utser landstingets representanter samt ordförande och vice ordförande. Mandatperioden är densamma som för landstingsstyrelsen. Läkemedelskommittén ska upprätta en årlig plan över verksamheten som fastställs av landstingsstyrelsen. Till läkemedelskommittén är även knutet länsgrupper inom samt adjungerade experter inom väsentliga terapiområden.

Läkemedelskommittén i Norrbotten ger varje år ut en rekommendationslista med ett urval läkemedel som rekommenderas som förstahandsval inom respektive område.

Vidare utformar kommittén tillsammans med lokala adjungerade experter olika hanteringsordningar för läkemedel. En hanteringsordning visar, utifrån aktuell evidens, en nyanserad bild över ett läkemedels plats i länets sjukvård. Hanteringsordningen kan användas när läkaren har behov av snabbfakta om ett läkemedel.

På läkemedelskommitténs hemsida finns förslag på ”smarta byten”. Här anges alternativ till namngivna preparat. De rekommenderade läkemedlen uppges ha minst lika bra eller bättre effektdokumentation till ett lägre pris och kan ofta appliceras på majoriteten av patienter med aktuella indikationer.

Norrbottens Läkemedelskommitté har, tillsammans med adjungerade experter från länets sjukvård och på begäran från verksamheterna tagit fram en meny uppföljningsparametrar som kan användas som mått på förändringar i kostnadseffektivitet och säkerhet inom läkemedelsområdet. Uppföljningsparametrarna kan även användas i verksamheternas arbete med att utforma och följa upp lokala mål.

Läkemedelskommittén anordnar också producentoberoende utbildningar. Tillsammans med de övriga nordliga läkemedelskommittéerna anordnas de Norrländska läkemedelsdagarna. Landstingsverksamheter kan ansöka om utbildningsbidrag till producentobunden, terapiinriktad utbildning.

Norrbottens läkemedelskommitté ger ut Behandlingsbladet 8-10 gånger per år. Behandlingsbladet innehåller information om bland annat nya läkemedel och skickas till alla förskrivare i landstinget.

På hemsidan finns bland annat också information om upphandlade rekvisitionsläkemedel och akutläkemedel i äldreboenden.

3.3 Styrning av läkemedelsanvändningen

Det övergripande målet för läkemedelsarbetet i länet, är att läkemedlen används ändamålsenligt med evidens och beprövad erfarenhet som grund. Landstingets läkemedelsanvändning ska vara rationell, kostnadseffektiv, säker och miljöanpassad.

I landstingsplanen för år 2010 - 2012 anges de inriktningsmål, delmål och strategier som gäller för landstingets verksamheter. Under rubriken god vård anges som inriktningsmål att "norrbottningen ska utifrån behov ges rätt behandling, vid rätt tidpunkt, på rätt nivå. Som delmål anges "säker vård" och "målet är att eliminera förekomsten av vårdskador".

Mått	Mål	Nuläge
Följsamhet till läkemedelskommitténs kriterier - Andelen äldre (80+) som använder olämpliga lugnande medel/sömnmedel (långtidsverkande bensodiazepiner)	< 4 %	4,2 % (kvartal 4, 2008)
Följsamhet till läkemedelskommitténs kriterier - Andelen äldre (80+) som använder olämpliga läkemedel som kan orsaka förvirringstillstånd (läkemedel med antikolinerg effekt)	< 6 %	6,2 % (kvartal 4, 2008)

Som delmål anges "effektiv vård" och "tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamhet och ekonomi". Vidare anges att "effektiva vårdprocesser kännetecknas av god medicinsk kvalitet, god produktivitet, utvecklad samverkan, hög tillgänglighet och hög patienttillfredsställelse". Som strategi anges att "läkemedelshandlingen ska effektiviseras".

Mått	Mål	Nuläge
Följsamhet till läkemedelskommitténs kriterier - blodtryck/hjärtsvikt, andel användning av kostnadseffektiva blodtryckssänkande läkemedel andel (ACE-hämmare)	70 %	60 % (kvartal 4, 2008)
Följsamhet till läkemedelskommitténs kriterier - hjärta/kärl, diabetes, stroke, andel användning av kostnadseffektiva blodfettssänkande läkemedel (Simvastatin)	80 %	72 % (kvartal 4, 2008)

Under april 2009 togs beslut om ett åtgärdsprogram med uppdrag om att minska kostnaderna på läkemedelsområdet med 50 miljoner kronor för år 2009. Åtgärdsprogrammet består av 26 punkter.

Åtgärdsprogrammet innehåller 15 uppföljningsparametrar för en kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Av dessa 15 fanns 7 vid årets början och 8 har tillkommit under hösten 2009. För de läkemedelsmål som fanns vid årets början finns en tydlig och mätbar målsättning. Övriga läkemedelsmål skall förankras och diskuteras under hösten 2009. Några läkemedelsmål för slutenvårdsläkemedel förekommer inte.

Vidare finns åtgärder i form av att förbättra IT-stödet, använda IT-stödet enligt gemensamma riktlinjer, använda apodos och e-dos i enlighet med intentioner, undvika recept på receptfria läkemedel, följa läkemedelskommitténs hanteringsordningar och rekommendationslista, använda provförpackning, ompröva långtidsmedicineringar, följa vedertagen antibiotikapolicy och förbättra samarbetet med patientföreningar och intresseorganisationer.

Dessutom föreslås att Länsgruppen för diabetessjukvården utreder frågan om frekvensen för självkontroll av blodsocker hos gruppen diabetiker som inte använder insulin. Alla verksamheter ska införa ATC-ordning⁵ i relevanta läkemedelsförråd. Alla verksamheter ska ha ett aktivt bassortimentsarbete. Alla divisionsledningar ska se till att processtyrning byggs upp inom divisionen.

I landstingets regler och riktlinjer anges att målstyrning, resursfördelning, uppföljning och utvärdering ska vara en sammanhållen process. Landstingets styrmodell bygger på målstyrning där besluten tas långt ute i organisationen. Norrbotten läns landsting har fördelat ut läkemedelskostnaderna på förskrivande division sedan början av 2000-talet. Det finns en läkemedelsbudget som respektive division förfogar över. I Styrgrupp läkemedel förs diskussioner om eventuell omfördelning.

Läkemedel är uppdelat i basläkemedel och slutenvårdsläkemedel. Kostnaden för läkemedlet fördelas mellan divisionerna utifrån en förutbestämd nyckel. Exempelvis kostnaden för läkemedel A redovisas på division primärvård, kostnaden för läkemedel B fördelas lika mellan divisionerna primärvård och medicinska specialiteter medan kostnaden för läkemedel C fördelas till division medicinska specialiteter.

• ⁵ Dvs Anatomic Therapeutic Chemical Classification System. Läkemedel indelas i olika grupper efter indikationsområden.

Inom division medicinska specialiteter fördelas kostnaden för slutenvårdsläkemedel direkt på verksamhetsområdesnivå. För basläkemedel är inte kostnaderna fördelade på förskrivande klinik. Inom division Primärvård är kostnadsansvaret fördelat på verksamhetsnivå.

Det finns en rutin för introduktion av nya kostnadskrävande läkemedel. Det är ett sätt att tidigt signalera om vilka läkemedel som behöver användas i framtiden och vilka konsekvenserna förväntas bli. Kostsamma läkemedel lyfts till landstingsgemensam utvärdering i styrgrupp läkemedel där det fattas beslut om extra intäktskompensation.

3.3.1 Division Medicinska specialiteter

I divisionsplanen för 2009-2011 framgår särskilda riktade uppdrag till verksamheterna. För läkemedelsområdet framgår att baslista för läkemedel ska följas. Vidare ska en konsekvens- och finansieringsanalys göras före introduktion av nya läkemedel samt indikationsglidningar. Alla verksamheter har infört ATC-kodade läkemedelsförråd. Läkemedelskommitténs rekommendationer ska följas och kostnadseffektiva läkemedel ska ordineras i första hand.

I divisionens månadsrapport per augusti 2009 framgår att särskild uppföljning genomförs avseende tre av länets läkemedelsmål. Det pågår ett arbete med att ta fram ett divisionsgemensamt bassortiment. Vidare arbetar man med samordning av ett gemensamt sällanförråd för flera enheter inom samma sjukhus. Syftet är att begränsa läkemedelssortimentet som används.

Basenhetsplanen för verksamhetsområdet Rehabilitering och Reumatologi beskriver angelägna utvecklingsområden för åren 2009-2011. Här framgår också att varje verksamhetsområde ska analysera och vidta åtgärder för bästa kostnadseffektivitet för såväl recept- som rekvisitionsläkemedel. Översyn ska genomföras avseende immunologiska läkemedel inom reumatologi och prognos och konsekvensbeskrivning ska utarbetas. Kostnadseffektiv läkemedelsterapi för magsår, hypertoni, smärtstillande och lipider ska utarbetas i enlighet med läkemedelskommitténs rekommendationer.

Basenhetsplanen för verksamhetsområdet Medicin betonar läkemedelsfrågorna på ett likartat sätt.

Sedan maj 2008 finns det en läkemedelsgrupp inom divisionen med uppdrag att bland annat följa läkemedelsförskrivning och kostnadsutveckling inom divisionen och upprätta förslag på förbättringsområden. Utifrån landstingets läkemedelsmodul har förutsättningar skapats över att ta fram individuell förskrivarstatistik. Tidigare har enbart enhetsstatistik tagits fram.

Verksamhetsföreträdare uppfattar organisationen kring läkemedelsanvändning som otydlig. Läkemedelskommittén har haft svårt att nå ut i verksamheten och uppges inte ha den förankring eller legitimitet som krävs för att kunna påverka förskrivningen på önskvärt

sätt. Företrädare efterlyser att Läkemedelskommittén kommer ut och tar dialogen med förskrivarna i verksamheten.

Verksamheterna följer Läkemedelskommitténs rekommendationer i den mån de är relevanta för slutenvården. Några egna läkemedelsmål förekommer inte. När det gäller slutenvårdsläkemedel sker styrning på nationell nivå (nationella riktlinjer) och genom ett regionalt arbete. Respektive sektion arbetar genom kollegiala diskussioner för att nå konsensus kring olika läkemedelsterapier. Här ingår att fastställa för vilka indikationer läkemedlet ska ges.

Uppföljning av läkemedelsmål och ekonomi sker regelbundet i dialogform. Diskussion kring utfall av förskrivning har i första hand tagits på enhetsnivå.

Det finns kunskap om landstingets rutin för införande av nya läkemedel. Den rutinen tillämpas också. Rutinen innebär att verksamheten måste kunna finansiera det nya läkemedlet fullt ut inom två år och kräver prioritering och omfördelning av budget för att frigöra resurser för läkemedelsbehandling.

Verksamhetsföreträdare uppger att ekonomistyrningen leder fel och anser att kostnadsansvaret bör följa den som ordinerar läkemedlet. De läkemedel som förskrivs på regionsjukhuset är svår att ändra. Styrningen når inte privatläkare eller stafettläkare.

3.3.2 Division Primärvård

I divisionsplanen för 2009-2011 anges som utvecklingsområde under avsnittet stark ekonomi att divisionen via styrgrupp läkemedel fortsätter arbetet med att hitta strategier för minskade läkemedelskostnader.

I divisionens månadsrapport per augusti 2009 framgår att läkemedel i öppenvård inklusive diabetestekniska hjälpmedel redovisar ett överskott med 17,2 mnkr, vilket är en förbättring med 12,5 mnkr jämfört med samma period föregående år. Överskottet förklaras dels med att strukturerade läkemedelsplaner har upprättats, dels med att läkemedelsgenomgångar genomförts på samtliga kommuners äldreboende både med apotekarstöd samt datorstöd. Läkemedelsgenomgångar har även påbörjats inom egna boenden. Månadsvis följer även divisionen läkemedelskommitténs rekommendationer inom 7 strategiska målområden.

Sedan början av 2009 finns det en läkemedelsgrupp inom divisionen med uppdrag att dels verkställa de beslut som fattats inom styrgrupp läkemedel, men också arbeta med eget förbättringsarbete. Ett strategidokument är framtaget av läkemedelsgruppen med allmänna rekommendationer för rationell läkemedelsanvändning inom divisionen. Här rekommenderas exempelvis:

- undvik recept på receptfria läkemedel,
- följ läkemedelskommitténs hanteringsordningar,
- använd provförpackning vid nyförskrivning,
- bekämpa resistensutvecklingen för antibiotika.

Strategidokumentet är dock inte förankrat ute på vårdcentralerna. Alla vårdcentraler har heller ingen läkemedelsplan eller verksamhetsplan som fördjupar sig inom läkemedelsområdet.

Verksamhetsföreträdare är väl förtrogna med Läkemedelskommittén och dess uppdrag och ansvarsområde. Styrgrupp läkemedels uppdrag är inte lika väl känt.

När det gäller styrning av läkemedelsanvändningen uppger verksamhetsföreträdarna att de följer Läkemedelskommitténs rekommendationer och de läkemedelsmål som finns angivna. Flera vårdcentraler har tagit fram egna mål då de redan uppnår landstingets läkemedelsmål. Någon efterlyser en tydligare styrning genom att landstinget tydligare talar om vilka läkemedel som *ska* förskrivas (istället för *bör*). Någon upplever att man inte i tillräcklig utsträckning får vägledning från läkemedelskommitté och divisionsledning avseende läkemedelsterapi inom demensområdet.

Ekonomistyrningen uppfattas som bekymmersam. Flera verksamhetschefer uppger att de själva förskriver knappt hälften av sin läkemedelsbudget. Resterande kostnader uppstår genom läkemedelsförskrivning inom andra divisioner och av privata vårdgivare. Dessa kostnader har vårdcentralerna mycket små möjligheter att påverka. Flera efterlyser att kostnadsansvaret borde följa förskrivaren. Den förskrivning som sker på sjukhuskliniken och avviker från rekommendationslistan är svår att ändra ute på vårdcentralerna.

Uppföljning av läkemedelsmål och ekonomi sker regelbundet inom divisionen i dialogform. Diskussion kring utfall av förskrivning har i första hand tagits på enhetsnivå. Läkemedelsmålen uppges inte vara kontroversiella. Verksamhetschefen har inte tagit dialogen kring den enskilde läkarens förskrivningsmönster. Man anger att det inte varit nödvändigt och/eller det administrativa stödet har varit otillräckligt. När det gäller ledning och styrning anses MLA (medicinskt ledningsansvarig) vara betydelsefull och ha en viktig roll när det gäller att påverka vårdcentralens läkemedelsförskrivning.

Det finns en allmän bild av att stafettläkarnas förskrivning av läkemedel utgör en stor risk mot rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. De behöver inte på samma sätt ta konsekvenserna av sitt beteende.

3.4 Återrapportering

Respektive division följer upp läkemedelskostnaderna löpande och rapporterar månatligen. Landstingsdirektören sammanställer månadsrapport till landstingsstyrelsen. Styrelsen ges här information avseende utveckling av läkemedelskostnaderna. Det har förekommit att SKL:s nationella rapportering har använts. I delårsrapport och årsredovisning analyseras läkemedelsanvändningen. Någon återrapportering av effekterna för de insatser som har vidtagits förekommer däremot inte.

4 Revisionell bedömning

4.1 Analys

Organisation

Det finns många olika grupperingar för läkemedelsfrågor. Av de intervjuade framgår att det finns en viss otydlighet kring de olika gruppernas uppdrag. Alla verksamhetschefer har inte kunskap om de olika grupperingarnas ansvar och roller och anser dessutom att det finns viss risk för dubbelarbete.

Norrbottnens läns landsting har valt en organisation där läkemedelskommittén över tid fått en alltmer rådgivande roll. Av intervjuerna framkommer att läkemedelskommittén i stort sett har den legitimitet i form av kunskap och kompetens som krävs för att påverka förskrivningen av basläkemedel inom primärvården. Verksamheterna efterlyser ett mer utåtriktat och uppsökande arbetssätt. Dialogen mellan kommittén och förskrivarna ute i verksamheten kan förbättras genom att kommittén mer regelbundet och frekvent träffar förskrivarna. Förskrivningen påverkas främst genom de rekommendationer som ges och genom utbildning och den uppföljning och dialog som sker av förskrivningen. Inom slutenvården har inte läkemedelskommittén samma legitimitet. Företrädare för kommittén menar att man skulle kunna göra mer nytta på sjukhusklinikerna och stötta dem mer i sitt uppföljningsarbete.

Ordföranden i Läkemedelskommittén är också läkemedelsstrateg och ingår i styrgrupp läkemedel. Nackdelen med denna konstruktion är att organisationen blir sårbar. Det kan också komma att uppstå konflikter mellan medicinska och ekonomiska mål. Frågan är om läkemedelskommittén fortsatt kommer att kunna stå fri och oberoende och samtidigt ha legitimitet för att verka genom kunskapsstyrning.

Läkemedelskommitténs arbete gav inte tillräcklig effekt gentemot landstingets läkemedelskostnadsutveckling. Mot bakgrund av detta inrättades för två år sedan en styrgrupp för läkemedel för att säkerställa att linjeorganisationen verkställer landstingsövergripande beslut och kommitténs rekommendationer till en rationell läkemedelsanvändning inom landstinget. Styrgruppen har hanterat strategifrågor, men också frågor som kanske inte hör hemma i en verksamhetsledning, exempelvis kostnadsfördelning per läkemedel och frågor kring nya läkemedel. Under hösten 2009 har det därför inrättats ett arbetsutskott med läkarrepresentation från samtliga divisioner.

I Norrbotten har inte läkemedelskommittén uppdraget att ta dialogen med förskrivaren och påverka läkemedelsanvändningen. För att implementera och genomföra styrgruppens beslut om rationell läkemedelsanvändning förutsätts att respektive division bygger upp en organisation för ändamålet. Sedan något år tillbaka finns läkemedelsgrupper för Primärvård och Medicinska specialiteter med uppdrag att verkställa en rationell läkemedelsanvändning.

Då läkemedelsgrupperna ännu inte hunnit verka och förankras ute i verksamheterna är det något tidigt att uttala sig om nuvarande organisationen är ändamålsenlig. Vad som kan konstateras är att landstinget genom styrgrupp läkemedel har skapat ett kraftfullt forum för strategiska beslut och verkställighet. Om det sedan ska vara respektive läkemedelsgrupp eller läkemedelskommittén som ska ta dialogen med förskrivarna är svårt att ha en säker uppfattning om. Fördelen med att fördela ansvaret på divisionsledning är att det finns förutsättningar för att skapa ett engagemang kring läkemedelsfrågorna och att aktörerna har en tydligare förankring hos förskrivarna. Nackdelen är att det kräver mer resurser än att låta läkemedelskommittén inneha den rollen.

Styrning

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

Landstinget arbetar med två typer av styrning, kunskapsstyrning samt verksamhets- och ekonomistyrning. Med *kunskapsstyrning* avses att underlätta en ändamålsenlig läkemedelsanvändning genom de aktiviteter som Läkemedelskommittén vidtar i form av rekommendationer och att tillhandahålla information, kunskapsunderlag, utbildning mm till förskrivaren. Det finns också en extern kunskapsstyrning som utövas av exempelvis Socialstyrelsen genom nationella riktlinjer eller de kunskapsammansättningar som SBU tillhandahåller. Kunskapsstyrningen kompletteras med *verksamhetsstyrning* i form av läkemedelsmål och uppföljning vilken ska stärka följsamheten till rekommendationerna och skapa en generell kostnadsmedvetenhet. Vidare finns en *ekonomistyrning* i form av ett decentraliserat budgetansvar.

Granskningen visar att den *kunskapsstyrning* som läkemedelskommittén utövar förefaller ändamålsenlig gentemot primärvården. Genom att exempelvis arbeta med hanteringsordning för nya läkemedel som undertecknas av företrädare från flera divisioner skapas en trovärdighet för rekommendationerna. Däremot har kunskapsstyrningen hittills inte nått slutenvården i samma utsträckning. Vidare påverkar inte kunskapsstyrningen förskrivningen av slutenvårdsläkemedel.

Verksamhetsstyrningen utövas genom uppföljning av läkemedelsmål. De läkemedelsmål som fanns vid årets början är tydliga, uppföljningsbara, väl kända och i allmänhet accepterade, men de läkemedelsmål som finns avser i första hand öppen vård. Några läkemedelsmål för slutenvårdsläkemedel finns inte. Mot bakgrund av det åtgärdsprogram som togs fram finns ytterligare mål och åtgärder att genomföra. Dessa är ännu inte implementerade i organisationen. Viss styrning sker genom inrättande av gemensamt bassortiment.

Det finns också en *ekonomistyrning* och läkemedelsbudgeten är decentraliserad till den nivå, enhetsnivå, där den är påverkbar. Beroende på konstruktionen av ekonomistyrningen är inte läkemedelskostnaderna påverkbara fullt ut för den som ansvarar för läkemedels-

budgeten. Genom att kostnadsansvaret inte följer förskrivningen av läkemedlet råder idag en situation där en del verksamhetschefer inom primärvården endast kan påverka hälften av sina läkemedelskostnader. Resterande kostnader förorsakas genom läkemedelsförskrivning inom andra divisioner och av privata vårdgivare.

Det saknas också inslag av incitament som leder till en mer kostnadseffektiv förskrivning. Genom system där en god följsamhet uppmärksammas kan en mer rationell läkemedelsanvändning uppmuntras.

Det saknas ett *sammanhållet strategidokument* för läkemedelsanvändningen. Styrgrupp läkemedel har i åtgärdsprogrammet för 2009 identifierat såväl mål som aktiviteter som ska leda till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. På verksamhetsnivå finns exempel på läkemedelsplaner. För respektive divisions läkemedelsgrupp finns övergripande strategier angivna. Det finns också verksamheter med läkemedelsplaner där aktiviteter kan utläsas. Granskningen visar på att goda exempel inte systematiskt sprids och tillämpas i hela organisationen. Det måste också bli tydligare vilka åtgärder som *sk* vidtas på verksamhetsnivå.

Mål och strategier bör dokumenteras i ett gemensamt styrdokument. Detta för att bl.a. kunna följa upp i vilken utsträckning de olika strategierna leder till önskvärd måluppfyllelse. Det saknas en systematik för att följa upp i vilken utsträckning vald strategi ger avsedd effekt. Kostnadsutvecklingen har bromsats upp. Det saknas idag kunskap om vilka åtgärder som leder till önskvärt resultat.

Uppföljning

Sjukvårdens kostnader bestäms i hög grad i den enskilda vårdsituationen och där av läkare, sjuksköterska och andra medarbetare. Konsekvensen härav blir att verksam styrning måste nå läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal i de enskilda vårdsituationerna. Granskningen visar att uppföljning av läkemedelsmål på förskrivarnivå inte har tillämpats av verksamhetscheferna. Uppföljningsmodulen har nu utvecklats så att sådan uppföljning är möjlig.

Sammantaget kan konstateras att en mängd åtgärder vidtas för att bromsa kostnadsutvecklingen. Det bör framhållas att läkemedel är ett *medel* för att uppnå målet med att få patienten så frisk som möjligt. Det finns *risker* med att formulera en målsättning för hur ett medel ska användas. Landstingets mål att bidra till en god vård och en god hälsa *kan* påverkas i negativ riktning av restriktioner och målsättningar kring medlen.

4.2 Revisionsfrågorna

Är ledning och styrning av verksamheten ändamålsenlig?

Vår bedömning är att ledning och styrning av verksamheten är otillräcklig. Det finns brister i styrkedjan av läkemedelsanvändningen från beslut på ledningsnivå till det att den enskilde förskrivaren verkställer beslut. Vi anser att ledarskapet inte fullt ut har utövats då

dialogen med den enskilde förskrivaren och dennes förskrivningsmönster ännu inte har tagits. Genom att uppföljningsmodulen har utvecklats är detta nu fullt möjligt. Kunskapsstyrningen gentemot slutenvården har varit otillräcklig. Utöver ekonomiska mål och framtagande av gemensamt bassortiment utövar landstinget ingen styrning mot dessa divisioner. Vi anser att ekonomistyrningen inte är ändamålsenlig då läkemedelskostnaderna inte är påverkbara fullt ut för den som ansvarar för läkemedelsbudgeten. Vi menar att kostnadsansvaret bör följa den som förskriver läkemedlet.

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

Vår bedömning är att det finns brister i landstingets organisation för arbetet med läkemedelsfrågor. Landstinget håller på att utveckla en organisation där linjeansvaret betonas och där läkemedelskommittén ges en mer rådgivande roll. I detta skede är det något tidigt att uttala sig om ändamålsenligheten då organisationen ännu inte funnit sina former. Respektive divisions läkemedelsgrupp behöver mer tid för att få genomslag. Vi anser att styrgruppen roll och ansvar behöver förtydligas i organisationen.

Vi bedömer att läkemedelskommittén i många delar fungerar väl gentemot division primärvård. Verksamheterna efterlyser dock ett mer utåtriktat och uppsökande arbetssätt. Granskningen visar att läkemedelskommittén inte har samma legitimitet i sitt arbete gentemot slutenvården.

Finns tydliga, mätbara mål och strategier för läkemedelsanvändningen? Följs de upp? Är de kända i organisationen?

Vår bedömning är att det finns tydliga och mätbara uppföljningsparametrar som bidrar till en ändamålsenlig läkemedelsanvändning. Dessa är tydliga och förankrade i organisationen och det sker en regelbunden uppföljning. Det saknas läkemedelsmål för slutenvårdsläkemedel. Under året har ett åtgärdsprogram tagits fram vilket innehåller såväl aktiviteter som ytterligare läkemedelsmål. Vi menar att dessa behöver diskuteras och förankras innan en implementering i organisationen är möjlig.

Det saknas ett sammanhållet strategidokument för läkemedelsanvändningen. Vi anser att mål och strategier bör dokumenteras i ett gemensamt styrdokument för att kunna följa upp i vilken utsträckning de olika strategierna leder till önskvärd måluppfyllelse.

Är stödet till verksamhetscheferna tillräckligt när det gäller läkemedelsfrågor?

Vår bedömning är att stödet till verksamhetscheferna hittills inte varit tillräckligt. Diskussion kring utfall av förskrivning har i första hand tagits på enhetsnivå. Det har saknats ett tillräckligt bra uppföljningsstöd för verksamhetscheferna att kunna ta dialogen med förskrivarna. Vi menar också att avsaknad av gemensamma strategier har inneburit att verkningfulla åtgärder inte har vidtagits i hela organisationen.

Vilka insatser har vidtagits för att bromsa kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet?

Landstinget har vidtagit en rad olika åtgärder som har lett till att kostnadsutvecklingen har brutits. Här kan nämnas framtagande av läkemedelsmål och regelbunden uppföljning av dessa. Som förskrivningsstöd finns läkemedelskommitténs rekommendationslista och hanteringsordning för läkemedel. Vi anser att den insats som får mest avgörande betydelse för att bromsa kostnadsutvecklingen är den läkemedelsmodul som kan användas för uppföljning av den enskilde förskrivaren. Detta kräver dock även en kontinuerlig dialog med förskrivaren. Även om kostnaden för läkemedelsförmånen har sjunkit under år 2009 är kostnaden per invånare fortfarande hög i en nationell jämförelse varför det krävs ett fortsatt fokuserat arbete för att nå en tillfredsställande kostnadsnivå.

Återrapporteras insatser och utfall tillfredsställande till styrelsen och fullmäktige?

Vi bedömer att landstingsstyrelsen och fullmäktige får en tillfredsställande rapportering av utfallet. Någon återrapportering av effekterna för de insatser som har vidtagits förekommer inte.

5 Jämförelser med andra landsting

Komrev inom PricewaterhouseCoopers har på uppdrag av revisorerna i Landstinget i Kalmar län (2008) och Västerbottens läns landsting (2009) genomfört likartade granskningar. Några jämförelser och reflektioner kan göras. I likhet med tidigare granskade landsting finns en del bristområden som är gemensamma. Det saknas ett sammanhållet strategidokument för läkemedelsanvändningen. De mål som finns för läkemedelsanvändningen och de mål som läkemedelskommittéerna formulerat avser i första hand öppenvårdsläkemedel. Läkemedelskommittéerna utövar också sin kunskapsstyrning i första hand gentemot primärvården.

I Norrbotten betonas linjeansvaret mycket tydligare. I jämförelse med övriga landsting läggs ett större ansvar på divisionerna att genom läkemedelsgrupper driva frågan. Läkemedelskommittén har också en mycket mer avgränsad och rådgivande roll. I övriga landsting driver läkemedelskommittéerna arbetet med att genom exempelvis informationsläkare i dialog påverka läkarnas förskrivning.

Övriga granskade landsting har en ekonomistyrning där kostnaden följer förskrivansvaret. Det finns också olika former av incitament kopplat till en ändamålsenlig läkemedelsanvändning. Incitament kan exempelvis vara att man utdelar ett läkemedelspris till framgångsrik vårdcentral (Kalmar) eller att hälsocentralerna får behålla viss del av ett ekonomiskt överskott om produktionsmålen uppnås (Västerbotten). Dessa former av incitament saknas i Norrbotten.