

Sundheds- og ældreministeren

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Dato: 03-07-2020
Enhed: MEDINT
Sagsbeh.: DEPCRV
Sagsnr.: 1809516
Dok. nr.: 1253502

Sundheds- og ældreministerens redegørelse til Statsrevisorerne vedr. beretning nr. 5/2019 om lægemiddelanbefalinger

Statsrevisorerne har den 15. november 2019 afgivet Beretning nr. 5/2019 om lægemiddelanbefalinger og har i den forbindelse anmodet om en redegørelse for de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen giver anledning til.

Jeg vil indledningsvis gerne kvittere for, at der med beretningen sættes fokus på et vigtigt emne, som regeringen løbende har og fortsat vil have stort fokus på. Det er væsentligt for regeringen, at medicinbrugerne til enhver tid modtager en medicinsk behandling, som giver dem den bedste effekt til den laveste pris og med færrest mulige bivirkninger – af hensyn til især medicinbrugerne, men også til sundhedsvæsenet, som bruger en relativt stor andel af sine udgifter på netop lægemidler.

Det fremgår af beretningen, at undersøgelsens formål er at vurdere, om Sundheds- og Ældreministeriet i tilstrækkelig grad understøtter, at Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger får størst mulig effekt i behandlingen af patienter i almen praksis. Det fremgår videre, at præmissen for formålet er, at lægemiddelanbefalingerne har effekt, hvis patienterne behandles i overensstemmelse hermed. Denne præmis vil jeg komme nærmere ind på nedenfor.

Rigsrevisionens vurdering bygger bl.a. på en undersøgelse af, om Sundheds- og Ældreministeriet som bevillingsansvarlig bruger sine muligheder for at understøtte, at Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger får størst mulig effekt i almen praksis, og om ministeriet derved udviser skyldige økonomiske hensyn.

Rigsrevisionen har på baggrund af undersøgelsen søgt at svare på to særskilte spørgsmål:

- Bruger Sundheds- og Ældreministeriet sine muligheder for at understøtte, at Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger får størst mulig effekt i almen praksis?
- Bruger Sundheds- og Ældreministeriet sine muligheder for via regionernes indsatser at understøtte, at Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger får størst mulig effekt i almen praksis?

Jeg noterer mig, at Statsrevisionerne på baggrund af Rigsrevisionens beretning finder det problematisk, at brugen af lægemidler udskrevet i almen praksis i flere tilfælde kun langsomt tilpasses nye eller ændrede lægemiddelanbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

Jeg noterer mig endvidere, at Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad har fulgt op på og understøttet, at Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger følges og får størst mulig effekt i almen praksis.

Statsrevisorerne finder det på den baggrund nødvendigt, at Sundheds- og Ældreministeriet sammen med regionerne afklarer, hvordan et nyt system kan give ministeriet, regionerne og de alment praktiserende læger bedre viden om udskrivningsmønstre og implementeringen af Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger.

. / . Sundheds- og Ældreministeriet har i forlængelse af Rigsrevisionens beretning anmodet regionsrådene om regionernes eventuelle bemærkninger til beretningen. Regionernes udtalelser er vedlagt.

Ministeriet noterer sig, at udtalelserne afspejler, at der er forskelligartede opfattelser blandt regionerne af, i hvilken udstrækning regionerne er forpligtet til at implementere de nationale lægemiddelanbefalinger, og hvilket behov de har for understøttelse af lægemiddelanbefalinger. Dette vil blive uddybet nærmere i de relevante afsnit nedenfor.

Ministeriet har desuden afholdt et møde med Danske Regioner henholdsvis Lægeforeningen og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) om opfølgning på beretningen.

Fra regeringens side vil vi på baggrund af beretningen prioritere, at der tages initiativer til at skabe dels et bedre overblik over de gældende nationale lægemiddelanbefalinger, deres status i forhold til anden lægemiddelinformation, behandlingsvejledninger o.l. og dels en enklere kommunikation heraf til læger i almen praksis.

Samtidig er det målet, at Sundhedsstyrelsen gennem et styrket samarbejde med de øvrige aktører, som udsteder behandlingsvejledninger og lignende lægemiddelinformation målrettet de praktiserende læger, bidrager til, at disse aktørers lægemiddelinformation fremover i højere grad understøtter og supplerer lægemiddelanbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Det er forventningen, at disse initiativer fremadrettet vil kunne sikre en mere ensartet lægemiddelanvendelse mellem regionerne og dermed en større lighed i sundhedsvæsenet.

Sundheds- og Ældreministeriets udmøntning af lægemiddelanbefalinger

Generelt

Helt generelt har jeg for det første noteret mig, at Rigsrevisionens undersøgelse primært spænder fra 2012-2018. Det er en lang periode i et sundhedsvæsen i konstant udvikling som det danske, og det er også i denne periode, at bl.a. det Fælles MedicinKort (FMK) er blevet implementeret. FMK giver et centralt billede af patientens aktuelle medicinering, som kan tilgås af alle autoriserede sundhedspersoner.

Dermed er lægernes grundlag for at have et overblik over hver enkelt patients lægemiddelordinationer, tilpasse den medicinske behandling til den konkrete patient og følge lægemiddelanbefalingerne et helt andet og langt bedre i dag, end det var

ved undersøgelsens start i 2012. Der er også i denne periode sket en væsentlig udvikling af ordiprax, der teknisk understøtter kvalitetsarbejdet og hensigtsmæssige ordinationsvaner i almen praksis.

For det andet er det vigtigt at være opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen primært udarbejder lægemiddelanbefalinger, hvor styrelsen vurderer, at der er et særligt fagligt behov, det vil f.eks. sige, hvor det er uforklarlig variation på tværs af landet eller en bekymrende udvikling.

Derfor kan der på netop disse udvalgte områder være en større udfordring med at opnå et relevant udskrivningsmønster i praksis. Som styrelsen anfører, tager det tid at ændre vaner – ikke bare ordinationsvaner hos lægerne, men også efterspørgslen hos patienter, pårørende og plejepersonale. Her har arbejdet med at løfte kvaliteten af lægemiddelbehandlingen ofte en bedre effekt end kontrol, når der skal skabes varige adfærdsændringer.

Endelig er det for det tredje vigtigt for mig at slå fast, at jeg ikke er enig i beretningens præmis om, at lægemiddelanbefalingerne kun har effekt, hvis patienterne behandles i overensstemmelse hermed. Manglende overensstemmelse med lægemiddelanbefalingerne betyder ikke nødvendigvis, at patienterne ikke er optimalt behandlede.

Det er også fremhævet af både Danske Regioner og Lægeforeningen som et billede, foreningerne ikke kan genkende. Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal ikke altid følges 1:1 af lægen, men skal derimod understøtte fælles beslutningstagning mellem patient og læge og altid tilpasses den enkelte patients forhold og behov.

Derfor har anbefalinger heller ikke altid det sigte at nedbringe et forbrug af lægemidler. Formålet er ifølge Sundhedsstyrelsen i højere grad, at den enkelte patient får den rette behandling. Her er lægernes frie ordinationsret i forhold til hver enkelt patient helt central.

Jeg synes, at det er væsentligt at tage disse generelle forhold med i betragtning ved stillingtagen til Rigsrevisionens beretning, og min redegørelse skal ses i lyset heraf.

Formidling

Rigsrevisionen vurderer, at Sundheds- og Ældreministeriet i højere grad kan formidle lægemiddelanbefalingerne, så de er enkle at forstå og let tilgængelige, der hvor de praktiserende læger søger deres information.

Jeg noterer, at Rigsrevisionen bl.a. peger på, at de praktiserende læger skal abonnere på tre nyhedsbreve for at modtage al relevant information om lægemidler fra ministeriet. Endvidere peger Rigsrevisionen på, at det ved uoverensstemmelse mellem statslige og øvrige lægemiddelanbefalinger ikke er tydeligt, hvilke anbefalinger lægerne bør følge.

Jeg anerkender til fulde, at god formidling er vigtig. Mit ministerium har med Lægeforeningen og PLO drøftet illustrationen i redegørelsen af, hvor mange forskellige former for vejledninger og anbefalinger, som de praktiserende læger møder i hverdagen.

Foreningerne tilkendegiver, at de tydeligt kan genkende det billede, som tegnes. Det er deres erfaring, at der er mange vejledninger, faglige anbefalinger, kliniske retningslinjer o.l. fra mange forskellige aktører, som en praktiserende læge i forskelligt omfang forventes at forholde sig til.

Både Lægeforeningen og PLO udtrykte på den baggrund ønske om én central portal med opdaterede nationale anbefalinger og retningslinjer på lægemiddelområdet.

Jeg vil derfor i første omgang undersøge muligheden for, om et centralt offentligt netsted kan tilvejebringes, hvor almen praksis kan finde sundhedsmyndighedernes nationale lægemiddelanbefalinger, og hvorfra nyheder om nationale lægemiddelanbefalinger udsendes elektronisk.

Herudover har Sundhedsstyrelsen oplyst, at styrelsen har et stort ønske om, at de statslige vejledninger og anbefalinger skal være til stede på de relevante platforme og medier, der anvendes og efterspørges af læger til beslutningsstøtte, kvalitetsarbejde og refleksion over egen praksis. Både i ordinationsøjeblikket, i det datadrevne kvalitetsarbejde samt i refleksionsøjeblikket på kurser, eller der hvor lægen reflekterer over egen praksis.

Derfor har Sundhedsstyrelsen allerede inden, Rigsrevisionen afgav sin beretning, iværksat en række initiativer til at forbedre formidlingen af sine lægemiddelanbefalinger til de praktiserende læger:

Sundhedsstyrelsen indledte i 2019 et samarbejde med Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) under PLO, Danske Regioner og KL, der arbejder for at fremme og understøtte etableringen af klynger som udgangspunkt for kvalitetsudvikling i almen praksis. Her bistår Sundhedsstyrelsen med sparring om relevante emner for kvalitetsarbejdet og information om nationale vejledninger og anbefalinger på lægemiddelområdet af betydning for almen praksis. Arbejdet understøtter udbredelsen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på lægemiddelområdet til landets praktiserende læger i kvalitetsklyngerne.

Desuden er udvalgte anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen digitaliseret i et nyt evalueringsværktøj, ordiprax+, som læger og regionale lægemiddelkonsulenter kan bruge i det datadrevne kvalitetsarbejde i almen praksis. Dette arbejde er igangsat, og anbefalingerne vil løbende blive opdateret.

Endelig har Sundhedsstyrelsen igangsat et samarbejde med Lægehåndbogen om bl.a. tidligere varsling af nye anbefalinger, der er på vej. Det skal understøtte en hurtigere implementering af de nye anbefalinger i Lægehåndbogen og dermed i lægernes daglige arbejde. Samtidig vil det blive suppleret af en overbliksside på styrelsens hjemmeside, som alle aktører vil kunne bruge, om nye anbefalinger, som er på vej.

For så vidt angår indholdet af anbefalingerne, deres status og indbyrdes hierarki, er jeg enig i, at det er nødvendigt, at der kommer større klarhed over den vægt, som de forskellige kilder har, og de eventuelle forpligtelser, som de faglige anbefalinger, retningslinjer og behandlingsvejledninger m.v. indebærer.

Den juridiske karakter af Sundhedsstyrelsens vejledninger er klarlagt, og Sundhedsstyrelsen har i månedsbladet "Rationel Farmakoterapi" i januar 2020

formidlet dette overblik til de praktiserende læger. Det er heri beskrevet, hvad en vejledning er, og hvilke lægemiddelvejledninger der er relevante for almen praksis.

Det er en nyttig og meget klart formuleret information til lægerne, og jeg har tiltro til, at bedre viden om, hvordan Sundhedsstyrelsens lægemiddelbefalinger skal læses, vil gøre det nemmere for lægen at anvende anbefalingerne i praksis.

For så vidt angår de øvrige faglige retningslinjer m.v. på lægemiddelområdet, vil Sundheds- og Ældreministeriet invitere de relevante myndigheder, faglige organisationer og Danske Regioner til at starte et arbejde op, hvor de sammen med repræsentanter for ministeriet og relevante styrelser klarlægger status og forpligtelser, herunder indbyrdes hierarki, for de forskellige faglige anbefalinger, retningslinjer, behandlingsvejledninger m.v., som vedrører praktiserende lægers ordination af lægemidler på udvalgte områder. Arbejdet kan også inddrage forhold som metode, transparens, deklaration af kilder, forbindelser til lægemiddelindustrien etc.

Det er både min og Danske Regioners forventning, at en sådan klarlægning vil gøre det lettere for de alment praktiserende læger fremadrettet at sortere i den faglige nyhedsstrøm, som tilgår dem i hverdagen.

Overvågning

Jeg noterer mig, at Rigsrevisionen konkluderer, at Sundheds- og Ældreministeriet overvåger den generelle udvikling i forbruget af lægemidler, men ikke særskilt følger, om behandlingen i almen praksis følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Sundhedsdatastyrelsen overvåger det generelle lægemiddelforbrug ved at udarbejde bl.a. offentligt tilgængelige statistikker på medstat.dk og esundhed.dk. Forbruget af lægemidler overvåges ud fra en risikobaseret tilgang, som tager afsæt i en afvejning af de risici, der er forbundet med behandling af lægemidler og for at understøtte rationel lægemiddelbehandling. Derudover udarbejder Sundhedsdatastyrelsen statistikker, monitoreringer, analyser og nationale indikatorer for almen praksis over lægemiddelområder, hvor der er behov for ekstra bevågenhed.

Sundhedsdatastyrelsen overvejer på den baggrund, om der kan afdækkes andre måder at systematisere overvågningen af lægemiddelforbruget på.

Jeg noterer mig også, at Rigsrevisionen konstaterer, at Sundheds- og Ældreministeriets muligheder for at overvåge lægemiddelforbruget og udskrivningsmønstre forringes af, at der på ca. 40 % af recepterne ikke er angivet brugbare indikationer.

Jeg finder det på baggrund af Rigsrevisionens beretning ikke klart, hvad årsagerne til den høje andel af recepter uden en indikation valgt fra stamdata er.

Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen vil derfor tage kontakt til Lægeforeningen og andre relevante aktører for at afdække årsagerne nærmere med henblik på at styrke datagrundlaget for overvågningen af lægemiddelforbrug og ordinationsmønstre.

Lægemedelstyrelsen oplyser endvidere, at styrelsen løbende arbejder på at højne kvaliteten af indikationsforslagene i de udstillede stamdata, der bl.a. anvendes i overvågning af lægemiddelforbruget.

Det er min forhåbning, at disse tiltag på sigt vil kunne højne datakvaliteten og dermed på sigt bidrage til at give et mere præcist billede af lægernes udskrivningsmønstre.

Mål

Jeg noterer mig, at Rigsrevisionen konkluderer, at undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet kun sætter tydelige, retningsgivende mål for udviklingen i forbruget af de lægemidler, som indgår i Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger, når der er et politisk ønske herom.

Jeg vil medgive, at der ganske givet kan udarbejdes flere politisk aftalte retningsmål mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Lægeforeningen/PLO, hvor der er enighed om, at et lægemiddelforbrug er uhensigtsmæssigt. Dette er også et ønske blandt flere af de regioner, som ministeriet har hørt over Rigsrevisionens beretning (Region Hovedstaden og Region Sjælland).

Jeg vil dog gøre opmærksom på, at absolutte mål ifølge Sundhedsstyrelsen typisk ikke kan begrundes fagligt, og at mål i sig selv ikke er med til at ændre adfærd, men kan understøtte længerevarende indsatser. Mål for sådanne indsatser har dog tidligere været politisk fastsat med medfølgende finansiering.

Tilskud

Rigsrevisionen vurderer, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad har koordineret, at lægemiddelanbefalinger og tildeling af tilskud til lægemidlerne understøtter hinanden. Også flere regioner (Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Sjælland) udtrykker et ønske om, at lægemiddelanbefalinger og tilskudsstatus i højere grad følges ad.

Hertil oplyser Lægemedelstyrelsen, at når Sundhedsstyrelsen sender en ny lægemiddelanbefaling i høring, vurderer Lægemedelstyrelsen altid, om anbefalingen bør give anledning til en revurdering af tilskud til de berørte lægemidler. Derudover afholder de to styrelser månedlige koordinationsmøder om medicintilskud.

Alligevel vil jeg på baggrund af Rigsrevisionens beretning bede Lægemedelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen om kollektivt at gennemgå deres processer for henholdsvis tilskudsvurdering og udarbejdelse og revidering af lægemiddelanbefalinger igen med det formål at undersøge, om samarbejdet kan forstærkes yderligere.

Når det er sagt, er det dog også vigtigt for mig at bemærke, at Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger og Lægemedelstyrelsens tilskudsafgørelser ikke samme sigte. Grundlaget for tilskudsvurderingerne er meget brede, og anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen udgør kun ét blandt flere forhold, som indgår i Lægemedelstyrelsens vurdering af et lægemiddels tilskudsstatus.

Det fremgår videre af Rigsrevisionens beretning, at muligheden for at klausulere medicintilskud kun bruges sjældent til at understøtte, at lægemidlet bruges som anbefalet.

Her er det vigtigt for mig at fremhæve, at Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger ikke altid er dækkende for hele lægemidlets anvendelsesområde. Samme lægemiddel kan f.eks. både anvendes mod transportsyge eller allergi hos børn og mod særligt søvnbesvær hos voksne. Derfor er det ikke altid muligt, at tilskudsstatus fuldt ud understøtter en konkret anbefaling fra Sundhedsstyrelsen.

I sådanne situationer bruger Lægemiddelstyrelsen ofte muligheden for at målrette tilskuddet til en bestemt patientgruppe eller indikation via såkaldt "klausuleret tilskud" – og det i langt højere grad nu end, da Rigsrevisionens undersøgelse blev indledt. Rigsrevisionens undersøgelse ser på mange revurderinger af tilskudsstatus, der er foretaget for mere end 5 år siden, og derfor ikke nødvendigvis afspejler praksis i dag.

Den øgede brug af klausuleret tilskud, finder jeg, er en meget positiv udvikling i et sundhedsekonomisk perspektiv.

Regionernes implementering af lægemiddelanbefalinger

Rigsrevisionen vurderer, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke fuldt ud bruger sine muligheder for via regionernes indsatser at understøtte, at Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger får størst mulig effekt i almen praksis.

Jeg noterer, at Rigsrevisionen bl.a. bygger sin vurdering på følgende forhold:

- at Sundheds- og Ældreministeriet forventer, at regionerne videreformidler Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger til alment praktiserende læger, selv om regionerne ikke er forpligtet til det, og
- at der i alle regioner er læger med uhensigtsmæssig udskrivning af lægemidler, men at regionernes muligheder for at overvåge og reagere over for dette er begrænsede.

Hertil skal jeg bemærke, at Sundheds- og Ældreministeriet – som også tidligere anført over for Rigsrevisionen – ikke har instruktionsbeføjelser over for regionerne, og at ministeriet hverken har kompetence eller generel pligt til at føre tilsyn med regionerne. Det påhviler derimod ministeriet generelt at følge med inden for ressortområdet.

Regionsråd, kommunalbestyrelser og private virksomheder, herunder almen praksis, som yder sundhedsfaglig behandling i henhold til sundhedslovens § 3 a, skal til gengæld organisere deres behandlingssteder således, at sundhedspersoner har mulighed for at overholde de pligter, som påhviler dem efter lovgivningen. De pligter, som sundhedspersoner efter loven skal overholde, er bl.a. kravet om omhu og samvittighedsfuldhed m.v.

Regionsråd, kommunalbestyrelser og private virksomheder skal desuden sikre en tydelig fordeling af ansvar og opgaver, nødvendige instrukser, rutiner og procedurer for de forskellige opgaver m.v., som er nødvendige for, at sundhedspersonalet kan udføre deres opgaver efter reglerne og fagligt forsvarligt.

Hertil kommer, at alment praktiserende læger er forpligtet efter sundhedslovens § 57 c til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer m.v. I lovbemærkningerne til bestemmelsen uddybes det videre, at retningslinjerne skal følges under hensyntagen til den enkelte patient og dermed kan fraviges ud fra en sundhedsfaglig vurdering.

Det er med andre ord regionsråd, kommunalbestyrelser og almen praksis selv, som har ansvaret for at tilrettelægge deres arbejde i overensstemmelse med gældende regler og nationale faglige retningslinjer. Det er her også væsentligt at hæfte sig ved angivelsen af, at det er de *nationale* faglige retningslinjer, som skal følges. Regionale, kommunale eller private anbefalinger, retningslinjer m.v. nævnes ikke i lovgivningen, men må forudsættes at skulle være i overensstemmelse med de nationale faglige retningslinjer, som lægerne med bestemmelsen er forpligtet til at følge.

Det er på den baggrund ministeriets opfattelse, at Rigsrevisionens præmis for ministeriets særlige ansvar for at understøtte regionernes implementering af Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger ikke oppebæres af lovgivningen.

Når det er sagt, har jeg og mit ministerium selvsagt en meget stor interesse i at understøtte, at de nationale anbefalinger har et indhold og en form, som gør, at de generelt bruges og følges i praksis. Ligesom vi har en interesse i, at andre faglige retningslinjer og systemer på området understøtter og supplerer Sundhedsstyrelsens anbefalinger på en hensigtsmæssig måde. Det er derfor, at jeg ovenfor har givet en række eksempler på, hvordan Sundheds- og Ældreministeriet i dag og fremadrettet samarbejder med relevante interessenter om at løse denne opgave.

I den forbindelse glæder det mig også, at flere regioner (Region Nordjylland og Region Syddanmark) på baggrund af Rigsrevisionens beretning har udtalt, at de arbejder systematisk med implementering af Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger. Kun én region (Region Hovedstaden) har udtalt, at man ikke anser sig for forpligtet til at videreformidle nationale anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, som vurderes ikke at være juridisk bindende.

Jeg vil på den baggrund bede mit ministerium om at invitere Danske Regioner til endnu et møde for specifikt at drøfte dette forhold med henblik på at sikre en ensartet tilgang i regionerne.

Basislister

Et andet væsentligt forhold omkring Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger er, at styrelsen hverken har til opgave at udarbejde behandlingsvejledninger eller inddrage økonomiske forhold som pris eller tilskudsstatus i anbefalingerne. Det betyder, at anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen ved implementering i regionernes basislister dels skal suppleres med vurderinger omkring pris og tilskud, dels med forskellige forhold i de lægefaglige selskabers behandlingsvejledninger.

Her er jeg enig i Rigsrevisionens konklusion om, at det forhold, at regionerne i dag anvender forskellige basislister som udgangspunkt for ordination af lægemidler i primærsektoren, kan være u hensigtsmæssigt for både læger og patienter. Det kan medføre, at patienterne i forskellige regioner ikke behandles efter samme standard.

Jeg er derfor meget tilfreds med, at regionernes sundhedsdirektører på et møde i foråret 2020 har besluttet, at retningslinjer fra Sundhedsstyrelsens Nationale Rekommandationsliste fremover drøftes i regionernes Erfa-gruppe for medicin i primærsektoren. Gruppen vil bl.a. undersøge, om der kan sikres større ensartethed på tværs af regionernes basislister.

Adgang til data til kvalitetsudvikling

Statsrevisorerne efterspørger "et nyt system", der kan give Sundheds- og Ældreministeriet, regionerne og de alment praktiserende læger bedre viden om lægernes udskrivningsmønstre og implementeringen af Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger.

Rigsrevisionen har i sin beretning fremhævet regionernes behov for at kunne anvende aktuelle afregningsdata for hver enkelt patient til deres kvalitetsarbejde og overvågning af forbruget – et behov, som alle fem regioner også har fremført i deres høringsvar, og som Danske Regioner har tilkendegivet på et møde med ministeriet om beretningen. En sådan hjemmel findes ikke i dag.

Jeg vil henlede statsrevisorernes opmærksomhed på, at regionernes aktuelle adgang til lægemiddeldata blev fastlagt ved lov i 2016, at en udvidelse af regionernes adgang til lægemiddeldata vil kræve en ny lovændring.

Lovændringer vedr. anvendelsen af afregningsdata er imidlertid langt fra den eneste vej for regionerne til at opnå bedre viden om lægernes udskrivningsmønstre og implementeringen af Sundhedsstyrelsens lægemiddelanbefalinger. Der er andre veje til den viden og dermed til at understøtte regionernes og de praktiserende lægers kvalitetsarbejde.

Regionerne kan på nuværende tidspunkt i kvalitetsøjemed overvåge udskrivningsmønstre i almen praksis i egen region via ordiprax.dk, og en ny opgradering af systemet med flere funktionaliteter er på vej i form af ordiprax+.

Ordiprax+ er et evalueringsværktøj til understøttelse af kvalitetsudvikling og fremme af rational brug af lægemidler i almen praksis. I ordiprax+ er udvalgte lægemiddelanbefalinger fra Sundhedsstyrelsen digitaliseret, så det er nemt at sammenholde udskrivningsmønstre med lægemiddelanbefalinger. Med det nye ordiprax+ får regionerne også mulighed for at dykke ned i udvalgte lægemiddelgrupper samt målrette og følge effekten af indsatser i almen praksis.

Efter ønske fra regionerne er regionernes muligheder i ordiprax+ blevet udvidet, så relevante regionale medarbejdere kan udføre egne analyser ud fra eksisterende beregninger i ordiprax+. Danske Regioner og regionerne har både været inddraget i en brugergruppe om udviklingen af ordiprax+ og er nu en del af en ny brugergruppen for videreudvikling af ordiprax+. Den nye brugergruppe er nedsat, men endnu ikke trådt i funktion. Det er hensigten, at den bl.a. skal sikre, at videreudviklingen af ordiprax+ er i overensstemmelse med, hvad der efterspørges af brugerne og sikre dialog om regionernes fremtidige behov.

Med ordiprax+ får også de alment praktiserende læger adgang til udvalgte lægemiddelanbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, som løbende vil blive opdateret. Desuden gøres statistikker på områderne antibiotika, psykofarmaka og

smertestillende lægemidler tilgængelige i ordiprax+ til brug for lægernes kvalitetsarbejde.

Jeg skal i den forbindelse bemærke, at det herudover i nogle tilfælde kan være mere relevant for en region at bestille specifikke dataudtræk fra Sundhedsdatastyrelsen frem for, at der skal gennemføre en generel udbygning af ordiprax+. Sådanne specialstatistikker kan trækkes, så de f.eks. giver indblik i, om vejledninger overholdes, og ordinationer er rationelle i forhold til bestemte faglige anbefalinger. Der udarbejdes allerede sådanne statistikker på udvalgte områder.

På baggrund af Rigsrevisionens beretning er Sundhedsdatastyrelsen for at imødekomme regionernes efterspørgsel på data derfor begyndt at sende særudtræk til alle regioner. Tidligere blev særudtrækket kun sendt til den region, der søgte om dataudtrækket.

Sundhedsdatastyrelsen har også indledt en dialog med flere regioner og Danske Regioner om, hvordan styrelsen bedre understøtter regionernes databehov under de eksisterende lovgivningsmæssige og budgetmæssige rammer.

Endelig vil jeg nævne, at Danske Regioner på mødet med ministeriet om beretningen oplyste, at 98 pct. af de praktiserende læger er med i en kvalitetsklynge, og at der er indgået en aftale med PLO i overenskomst om almen praksis om, at de praktiserende læger, som ikke er i en kvalitetsklynge, er forpligtet til at modtage besøg fra de regionale kvalitetskonsulenter med henblik på at modtage rådgivning og vejledning om aktuelle emner, herunder også lægemidler. Kvalitetskonsulenterne benytter i den forbindelse bl.a. materiale fra KiAP, som er udarbejdet til brug for kvalitetsklyngerne.

Det, synes jeg, lyder som en meget relevant indsats over for det lille mindretal af praktiserende læger, som ikke har adgang til faglig sparring med kolleger i deres hverdag. Jeg ser frem til at høre, hvad der er kommet ud af aftalen, når den er kommet godt i gang.

Afslutning

Afslutningsvist vil jeg igen kvittere for, at beretningen sætter fokus på medicinbrugerne og væsentligheden af, at de til enhver tid modtager en medicinsk behandling, som giver den bedste effekt til den laveste pris og med færrest mulige bivirkninger.

Derfor vil jeg nøje følge udviklingen af de allerede igangsatte tiltag, som er nævnt i redegørelsen, og desuden sørge for at få sat gang i arbejdet med de foreslåede nye initiativer og samarbejder.

En kopi af denne redegørelse er sendt til Rigsrevisor.

Med venlig hilsen



Magnus Heunicke