

Lægemiddelkomitéer i Danmark

Status og fremtidige udfordringer

Læge Rasmus Rabøl, institutchef Jens Peter Kampmann & overlæge Hanne R. Christensen

H:S Bispebjerg Hospital, Klinisk Farmakologisk Enhed

Resumé

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at beskrive struktur og aktivitet for danske lægemiddelkomitéer i primær- og sekundærsektoren.

Materiale og metoder: Spørgeskemaer blev sendt ud til formændene for samtlige danske lægemiddelkomitéer i sekundærsektoren og til de amtslige lægemiddelkonsulenter (ALK'er) og sundhedsforvaltningen i amter uden ALK.

Resultater: Vi modtog svar fra 12 ud af 14 amter og Frederiksberg Kommune. Fem ud af 14 amter havde en lægemiddelkomité for primærsektoren. Kun én af disse havde udarbejdet en rekommandationsliste. I sekundærsektoren fandt vi 30 lægemiddelkomitéer, og vi modtog svar fra 27 af dem. Komitéerne beskæftigede i alt 203 personer, hvoraf 60% var læger. Komitéerne afholdt møder 2-6 gange årligt, og størsteparten havde udarbejdet en rekommandationsliste (23 ud af 25). Hverken i primær- eller sekundærsektoren var der interesse for at centralisere lægemiddelkomitéearbejdet på nationalt plan, men hovedparten af de amtslige lægemiddelkonsulenter ønskede nationale retningslinjer for rekommandationer i primærsektoren.

Diskussion: Undersøgelsen viser, at der er stor variation i udbredelsen og arbejdsområderne for lægemiddelkomitéerne i primær- og sekundærsektoren. Det er tvivlsomt, om lægemiddelkomitéesystemet nogensinde bliver udbredt i primærsektoren. Sekundærsektorens komitéer er generelt aktive, men det kan overvejes, om ikke et nationalt samarbejde ville være hensigtsmæssigt.

De første lægemiddelkomitéer (LMK) blev oprettet i USA i midten af 1930'erne [1, 2]. Tredive år senere fik Danmark sin første lægemiddelkomité [3]. I løbet af 1970'erne blev der oprettet komitéer i hele landet, så alle landets sygehuse var dækket i begyndelsen af 1980'erne. Komitéerne blev oprettet som en konsekvens af det stigende antal markedsførte lægemidler i et forsøg på at forenkle lægemiddelsortimentet og begrænse udgifterne. Samtidig var det tanken, at komitéerne kunne bidrage til en mere rationel anvendelse af lægemidler.

I sekundærsektoren har LMK'ernes vigtigste opgave været udformningen af lægemiddelrekommandationer. Rekommandationslister udarbejdes af komitéens medlemmer i samarbejde med førende specialister på området og indeholder præparater, som er udvalgt på baggrund af effekt, sikkerhed, pris, praktiske forhold og lokale terapitraditioner. I nyere tid er der desuden ofte lokalt blevet pålagt komitéerne en lang

række opgaver i forbindelse med kvalitetssikring, undervisning, overvågning af lægemiddelforbrug og udbredelse af rationel farmakoterapi.

I primærsektoren har LMK'er ikke vundet samme udbredelse. Ganske få komitéer har fungeret med varierende succes og ofte med sparsom opbakning og interesse fra lægelig side. Der er dog i flere tilfælde påvist et fald i gennemsnitsordinationspriserne ved målrettet arbejde i lægemiddelkomitéer [4, 5]. I 1986 indeholdt overenskomsten mellem P.L.O. og Sygesikringen en beslutning om oprettelse af LMK'er i alle lægekredse [3], men opbakningen var meget begrænset, og de færreste amter fik oprettet en LMK. LMK'erne er senere gledet ud af overenskomsten for at blive erstattet af beslutningen om oprettelsen af kvalitetsudviklingsudvalg i samtlige amter [6]. På medicinområdet har dette betydet, at de fleste amter har ansat lægemiddelkonsulenter, amtslige lægemiddelkonsulenter - (ALK), i et forsøg på at påvirke medicinforbruget i primærsektoren.

Lægemiddelkomitéer kan have stor betydning i et sundhedsvæsen med begrænsede midler og stigende udgifter til medicin. Akkreditering og ønsket om højere kvalitet i hele medicineringsprocessen - herunder patientsikkerhed - har pålagt nogle af komitéerne nye og store arbejdsopgaver. Komitéerne har indtil videre fungeret som autonome enheder med beskedent samarbejde og ingen central styring ud over den, som finder sted på amtsligt (eller H:S-) niveau. Der er ikke tidligere udgivet en samlet opgørelse over sammensætningen og aktiviteterne i danske LMK'er i primær- og sekundærsektoren.

Formålet med denne undersøgelse var derfor at kortlægge struktur og aktivitet for danske LMK'er på et tidspunkt, hvor lægemiddelforbrug og -priser er meget omdiskuteret, og at undersøge, om der eventuelt er behov for en national koordinering og samarbejde mellem komitéerne.

Metode

E-mail-adresser til ALK'erne blev oplyst af Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF). Et spørgeskema med ni spørgsmål blev udsendt via e-mail (**Tabel 1**). Ved manglende svar blev der udsendt en påmindelse efter ca. fire uger. Spørgeskemaet blev sendt til ALK'en eller stilet til IRF's kontaktperson i de amter, hvor der ikke var ansat en ALK, og udsendt i august 2002.

Ved hjælp af en liste venligst udlånt af Lægemiddelindustriforeningen (Lif) blev de aktive komitéer i sekundærsektoren kortlagt. Formændene for de enkelte LMK'er fik tilsendt et todelt spørgeskema med 14 spørgsmål om komitéens struktur og ti udsagn om komitéens funktion. Udsagnene skulle

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

rangordnes. Skemaet blev sendt ud i juni 2002. Ved manglende svar blev der afsendt en påmindelse med et nyt spørgeskema efter ca. 4 uger.

Data blev indtastet i Microsoft Excel, og median og spændvidde blev udregnet på kvantitative data.

Resultater

Primærsektoren: Vi kontaktede amterne, Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og Frederiksberg Kommunes lægemiddelkonsulent. Tretten ALK'er (inklusive ALK'en i Frederiksberg Kommune) var på daværende tidspunkt ansat, da to amter ikke havde ansat en ALK, og stillingen som »siddende ALK« i H:S var vakant. Vi fik svar fra 12 ud af de 13, svarende til 92%. Alle 12 ALK'er udarbejdede statistikker over de praktiserende lægers ordinationer. I fem ud af 12 amter (inklusive Frederiksberg Kommune) havde man en rekommandationsliste, og i ét amt havde man oprettet en LMK. Otte ud af 12 ALK'er var interesserede i overordnede retningslinjer for lægemiddelrekommandationer i primærsektoren, men ingen ønskede at centralisere LMK-arbejdet på nationalt plan. Otte ud af 12 ALK'er deltog i LMK-arbejdet i sekundærsektoren. Resultaterne fremgår af Tabel 1.

I sekundærsektoren fandt vi 30 LMK'er. I otte amter (inkl. H:S) havde man en LMK, i seks amter havde man flere, og i et amt havde man på undersøgelsestidspunktet ingen LMK. Vi fik svar fra 27 ud af 30 LMK (90%). To af de 27 spørgeskemaer var ikke udfyldt, da de pågældende LMK'er var under omstrukturering (Ringkøbing Amts LMK og LMK for Skive og Viborg/Kjellerup Sygehuse). Femogtyve spørgeskemaer kunne derfor analyseres (83%). Komitéerne havde mediant syv medlemmer (spændvidde: 3-15), og 203 personer var beskæftiget med LMK-arbejde. Omkring 60% af medlemmerne var læger, 20% var farmaceuter og 16% var sygeplejersker. Speciallæger i klinisk farmakologi var formænd i to ud af de 25 LMK'er; i alt var kliniske farmakologer repræsenteret i fem LMK'er. I de øvrige LMK'er blev formandskabet varetaget af farmaceuter (syv ud af 25) eller speciallæger i andet speciale end klinisk farmakologi (16 ud af 25). I seks ud af 25 LMK'er var en praktiserende læge repræsenteret.

Hovedparten (23 ud af 25) af komitéerne i primærsektoren udgav en rekommandationsliste, som typisk blev opdateret en gang årligt. Komitéerne deltog i kontrollen af lægemiddelforbruget, og de fleste komitéer (21 ud af 25) udsendte forbrugsstatistikker til afdelingerne. Ydermere deltog komitéernes medlemmer i undervisning, personalemøder, personlig rådgivning og kvalitetsråd i varierende omfang (Figur 1).

Resultaterne fremgår af Tabel 2 og Tabel 3. Resultaterne af anden del af spørgeskemaet er udeladt pga. manglende besvarelser.

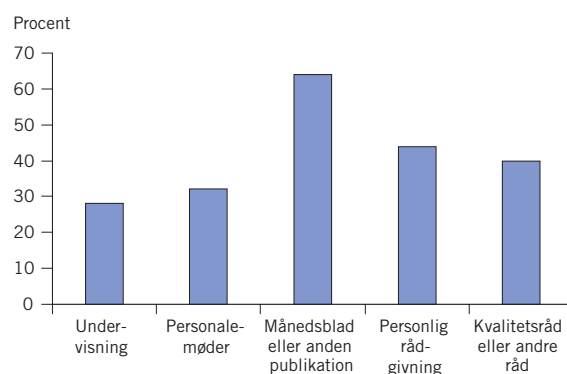
Diskussion

Resultaterne af denne undersøgelse bekræfter, at der kun er få LMK'er i primærsektoren. Sønderjyllands Amt har som det

Tabel 1. Lægemiddelkomité- og amtslig lægemiddelkonsulentaktivitet i primærsektoren.

Spørgsmål	Svarfordeling n = 12
Findes der en lægemiddelkomité for primærsektoren i amtet?	
ja	5
nej	7
Er der udarbejdet en rekommandationsliste for primærsektoren?	
ja	1
nej	11
Modtager de praktiserende læger i amtet statistikker over deres lægemiddelforbrug?	
ja	12
nej	0
Hvilke interventioner benyttes for at påvirke lægemiddelforbruget?	
personlige besøg	9
undervisning	8
publikationer ^a	11
audit	8
andet	6
Deltager den amtslige lægemiddelkonsulent i lægemiddelkomitéarbejde i sekundærsektoren?	
ja	8
nej	4
Vil det være hensigtsmæssigt at centralisere lægemiddelkomitéarbejdet?	
ja, på regionalt plan	3
ja, på nationalt plan	0
nej, komitéarbejdet skal foregå lokalt	8
ikke besvaret	1
Er der behov for overordnede retningslinjer for lægemiddelrekommandationer i primærsektoren?	
ja	8
nej	3
ikke besvaret	1

a) For eksempel nyhedsbrev, årsrapport.



Figur 1. Formidling af Lægemiddelkomitéens arbejde.

eneste amt udgivet en rekommandationsliste for primærsektoren, og denne liste er i øjeblikket ved at blive kopieret i flere amter. De fleste amter har i deres sygesikringsenhed ansat en eller flere ALK'er, oftest en deltidsansat praktiserende læge, som besøger kolleger og giver råd om rationel farmakoterapi. Hovedparten af ALK'erne ønsker nationale retningslinjer for lægemiddelrekommandationer i primærsektoren, men med mulighed for lokale islæt.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Lægemeddelkomitéernes struktur i sekundærsektoren.

Struktur	Svarfordeling
Antal medlemmer pr. komité, median (spændvidde)	7 (3-15)
Komitéens sammensætning, antal (procent):	
speciallæge	104 (51)
klinisk farmakolog	10 (5)
ikkespeciallæger	5 (3)
farmaceuter	40 (20)
sygeplejersker	33 (16)
andre	8 (4)
vakante	3 (2)
i alt	203 (100)
Komitéens formand:	
speciallæge i klinisk farmakologi	2/25
anden speciallæge	16/25
farmaceut	7/25
Mødehyppighed:	
2 gange årligt	7/25
3 gange årligt	5/25
4 gange årligt	8/25
6 gange årligt	4/25
varierende	1/25
Vil det være hensigtsmæssigt at centralisere lægemiddelkomitéarbejdet?	
ja, på amtsligt plan	14/25
ja, på nationalt plan	0/25
nej, komitéarbejdet skal foregå lokalt	9/25
ikke besvaret	2/25

Tabel 3. Lægemeddelkomitéernes aktivitet i sekundærsektoren.

Aktiviteter	Svarfordeling n = 25
Udarbejdes der rekommandationsliste?	
ja	23
nej	2
Hyppighed af opdatering af rekommandationsliste	
hver måned	1
hver 3. måned	1
hver 6. måned	1
hver 12. måned	16
hver 24. måned	3
hver 30. måned	1
ikke besvaret	2
Kontrollerer komitéen lægemiddelforbruget?	
ja	19
nej	5
ikke besvaret	1
Udsendes der statistik over lægemiddelforbrug til afdelingerne?	
ja	21
nej	3
ikke besvaret	1
Hvad danner grundlag for rekommandationer?	
gennemgang af litteratur	18
medlemmernes personlige erfaring	15
præparaternes pris	21
andet ^a	9
ikke besvaret	1

a) For eksempel anbefalinger fra specialeråd, leveringssikkerhed, anbefalinger fra Institut for Rationel Farmakoterapi og »græsrodsfarmakologi«.

Alle amter på nær ét havde på undersøgelsestidspunktet en aktiv lægemiddelkomité. I modsætning til i primærsektoren ønsker komitéernes formænd ikke en national centralisering

af lægemiddelkomitéarbejdet. De øvrige resultater for sekundærsektoren svarer til resultaterne fra undersøgelser af LMK'er i Tyskland, Holland, Australien og USA [7-10]. I disse lande blev der påvist stor variation i komitéernes sammensætning og funktion. Antallet af medlemmer svinger fra (median) syv i danske, otte i hollandske og ni i australske LMK'er til over 19 i LMK'er på store amerikanske universitetshospitaler [8-10]. Størrelsen af tyske LMK'er svinger fra median 12 til 23 afhængigt af hospitalets størrelse [7]. De tyske LMK'er adskiller sig fra de øvrige ved i højere grad at have farmaceuter som formænd. I 53% af de tyske LMK'er var formanden en farmaceut, hvor det kun er tilfældet i 28% (syv ud af 25) af danske LMK'er. 14% af de hollandske LMK'er har en farmaceut som formand [8]. *Mannebach et al* fandt, at formandsposten i LMK'er på amerikanske universitetshospitaler var besat af læger i 99% af tilfældene [10]. Speciallæger i klinisk farmakologi besidder formandsposten i 8% af danske LMK'er - nøjagtig samme antal som i de tyske [7]. Kliniske farmakologer udgør 10% af medlemmerne i danske LMK'er i sekundærsektoren, 17% i australske [9] og 26% i hollandske [8]. Dette skyldes, at klinisk farmakologi er et forholdsvis nyt speciale i Danmark med få uddannede speciallæger. I de amter, hvor kliniske farmakologer var ansat, var de aktive i lægemiddelkomitéen.

At formændene for LMK'erne i sekundærsektoren ikke ønsker en national centralisering af LMK-arbejdet var uventet. Meget af arbejdet i LMK'er er ensartet, og det kan synes at være tidsspilde, at mange mennesker bruger tid på at lave rekommandationslister, der ofte ender med at være stort set ens. På den anden side er det en nyttig uddannelsesmæssig proces at udarbejde en sådan liste, ligesom man ved en for stor centralisering kan løbe en risiko for konflikt med konkurrence-lovgivningen. Et enkelt møde årligt mellem de forskellige formænd kunne dog være formålstjenligt med henblik på at fastsætte generelle kriterier for præparatvalg. Det er hensigten, at alle hospitaler inden for de næste år skal kvalitetsvurderes - også på lægemiddelområdet. Dette volder erfaringsmæssigt store problemer. Her synes det ligeledes at være formålstjenligt at lære af hinanden. Forebyggelsen af utilsigtede hændelser, hvoraf medicineringsfejl udgør en betydelig del, kunne også være et oplagt emne for samarbejde mellem LMK'erne. Disse to sidstnævnte forhold var ikke aktuelle, da spørgeskemaerne blev udsendt, hvilket kan have påvirket LMK-formændenes besvarelser. Muligvis kunne også en mere lempelig formulering af spørgsmålet om centralisering have ændret resultatet. Hvis spørgsmålet havde lagt mere op til nationalt samarbejde i stedet for centralisering, kunne det have været lettere at acceptere for LMK-formændene. Muligvis vil et nationalt samarbejde i fremtiden forekomme mere naturligt, i takt med at LMK'ernes funktionsområder og kompetencer udvides.

Mens næsten alle sygehuse i landet er inddraget i LMK-arbejdet, er udbredelsen af LMK'er i primærsektoren begrænset. Ikke meget tyder på, at dette vil ændre sig i fremtiden.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Arbejdet vil i stedet blive overtaget af amternes sygesikringsenheder og disses ALK-funktion. Der udarbejdes i øjeblikket en national rekommandationsliste som basis for ALK'ernes arbejde. I modsætning til forholdene i sekundærsektoren bliver dette ikke en smal præparatliste, men derimod en angivelse af hvilke lægemiddelstoffer der inden for en terapeutisk gruppe er ligeværdige, og hvilke der ud fra en vurdering af effekt og sikkerhed er mindre hensigtsmæssige. Listen omfatter ikke forhold vedrørende økonomi, hvilket skal varetages af primærsektoren og den behandlende læge, der er bedst til at varetage den enkelte patients behov. Denne udvælgelse af ligeværdige præparater med angivelse af ækvivalente doser bliver således at opfatte som et ordinationsstøttesystem, og det vil være naturligt at udbrede den via lægesystemerne og eventuelle fremtidige elektroniske og skriftlige informationsbøger.

Det er dog flere gange vist, at ændringer i ordinationsmønstre ikke kun kan baseres på rekommandationslister, men bør følges op med besøg og diskussion med de praktiserende læger. Det er i flere projekter fra Storstrøms Amt (koordineret af Faglig Udvikling i Almen Praksis (FUAP)) vist, at kombinationen af statistiske oplysninger og besøg af ALK'er, den såkaldte *academic detailing*, kan have en effekt på praktiserende lægers ordinationsvaner, således at der opnås en mere omkostnings-effektiv resurseanvendelse [6, 11]. En god hjælp i dette arbejde bliver formentlig Personlig Elektronisk Medicinprofil (PEM) og Ordiprax. Ordiprax er et elektronisk system, der viser de enkelte praktiserende lægers ordinationer sammenlignet med amtsgennemsnittet. Systemet giver mulighed for, at den praktiserende læge selv kan vurdere eget ordinationsmønster, ligesom det eventuelt ville kunne bruges som ekstern kontrol. PEM er et patientbaseret registreringssystem baseret på en løbende registrering af patienternes indløste recepter.

Et tilbagevendende problem er lægemiddelordinationer ved overgang mellem primær- og sekundærsektoren. Sekundærsektorens rekommandationsliste er præget af enkelte præparater, som via Den fælleskommunale Lægemiddelgrossistvirksomhed (AMGROS) fås med meget store rabatter. Disse præparater er ikke altid de mest hensigtsmæssige eller de billigste, når de anvendes i primærsektoren. Problemet er svært at løse lokalt, da det indebærer ressourcestrømme mellem sektorerne. Der er dog gjort forsøg på en løsning, bl.a. i Roskilde Amt, hvor der efter fælles aftale er udarbejdet en rekommandationsliste for fem lægemiddelområder gældende for begge sektorer. Lægerne har her forpligtet sig til at ordinere det for primærsektorens billigste analogpræparat, beregnet efter apotekets udsalgspris, og samtidig begrænse brugen af »Ej S«. Foreløbige tal tyder på, at de sidste års markante stigning i lægemiddeludgifterne i Roskilde Amt er reduceret.

Lægemiddeludgifterne er i de senere år i både primær- og sekundærsektoren steget markant – langt mere end bruttonationalproduktet. Dette har medført bedre behandling af mange sygdomme, men samtidig er det et naturligt ønske for

alle brugere, at udgifterne ikke bliver større end nødvendigt. LMK'erne, der skal tilgodese både den bedste og mest økonomiske terapi, er et led i denne proces, og de vil i de kommende år med stor sandsynlighed få større betydning og kompetence, kraftigt understøttet af mange nye aktiviteter som f.eks. kvalitetssikring og vurdering af utilsigtede hændelser. Kun på denne måde kan der sikres de samfundsmæssigt mest optimale forhold mellem terapeutisk udbytte og omkostninger.

Korrespondance: *Hanne R. Christensen*, Klinisk Farmakologisk Enhed, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: HRC01@bbh.hosp.dk

Antaget: 26. april 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Læge *Stig Ejdrup Andersen*, Klinisk Farmakologisk Enhed, H:S Bispebjerg Hospital, takkes for kritisk gennemlæsning af manuskriptet.

Litteratur

1. Summers KH, Szeinbach SL. Formularies: the role of pharmacy- and therapeutics (P&T) committees. *Clin Ther* 1993;15:433-41.
2. Wade WE, Spruiell WJ, Taylor AT et al. The expanding role of pharmacy and therapeutics committees. *Pharmacoeconomics* 1996;10:123-8.
3. Hvidberg E, Kampmann JP. Lægemiddelkomiteer – hjælp til selvhjælp. *Ugeskr Læger* 1991;153:2329-30.
4. Mortensen P. Lægemiddelkomitéarbejde og besparelser. *Ugeskr Læger* 1988;150:634-6.
5. Bendtsen NC, Østerbye P. En lægemiddelkomite i primærsektoren 1983-1997. *PLI* 1999;6:3-4.
6. Vægter K, Kirkegaard J, Kristensen K et al. Kvalitetsudvikling af ordinationsvaner i almen praksis ved besøg af amtslig ansat lægemiddelkonsulent. *Ugeskr Læger* 1999;161:2255-9.
7. Thürmann PA, Harder S, Steioff A. Structure and activities of hospital drug committees in Germany. *Eur J Clin Pharmacol* 1997;52:429-35.
8. Fijn R, Brouwers JRB, Knaap RJ et al. Drug and Therapeutics (D&T) committees in Dutch Hospitals: a nation-wide survey of structure, activities, and drug selection procedures. *Br J Clin Pharmacol* 1999;48:239-46.
9. Weekes LM, Brooks C. Drug and Therapeutics Committees in Australia: expected and actual performance. *Br J Clin Pharmacol* 1996;42:551-7.
10. Mannebach MA, Ascione FJ, Gaither CA et al. Activities, functions, and structure of pharmacy and therapeutics committees in large teaching hospitals. *Am J Health-Syst Pharm* 1999;56:622-8.
11. Vedsted P, Lous J. Besøg af facilitator og effekten på det kliniske arbejde og patientudbyttet. *Ugeskr Læger* 1998;160:7243-5.