

Fremtidig tilrettelæggelse af Hospitalsapoteksområdet i Region Midtjylland



Indholdsfortegnelse

INDHOLDSFORTEGNELSE.....	2
RESUMÉ.....	3
1. INDLEDNING	6
DEN POLITISKE BAGGRUND.....	6
ARBEJDSGRUPPEN	6
ARBEJDSGRUPPENS MÅLSÆTNING I RELATION TIL KOMMISSORIET	7
2. FREMTIDIG ORGANISERING AF HOSPITALSAPOTEKERNE I REGION MIDTJYLLAND	8
2.1. BÆREDYGTIGE HOSPITALSAPOTEKSENHEDER	8
2.2. FREMTIDIGE MODELLER FOR HOSPITALSAPOTEKSSTRUKTUREN I REGION MIDTJYLLAND	8
<i>Model 1: Hospitalsapotek Midtjylland – samordnet ledelse</i>	<i>9</i>
<i>Model 2: Hospitalsapotek Midtjylland – enstrengt ledelse</i>	<i>12</i>
2.3. FORSLAG TIL STRUKTURERING AF MEDICINSERVICE, KLINISK FARMACI OG KVALITETSUDVIKLING	13
<i>Samarbejde med Klinisk Farmakologisk Center.....</i>	<i>13</i>
<i>Forslag til etablering af klinisk Farmacifunktioner på de 5 FAME enheder.....</i>	<i>14</i>
2.4. FORSLAG TIL FREMTIDIGE AFREGNINGSPRINCIPPER I REGION MIDTJYLLAND	14
<i>Avancemodellen eller takstfinansiering</i>	<i>14</i>
<i>Nettodriftsbudget.....</i>	<i>15</i>
2.5. STRUKTURELLE TILPASNINGER	15
<i>Forudsætning for strukturbesparelse</i>	<i>15</i>
<i>Besparelspotentiale.....</i>	<i>16</i>
<i>Investering i ny teknologi.....</i>	<i>18</i>
3. REGIONAL ORGANISERING AF LÆGEMIDDELINDSATSEN.....	19
3.1. LÆGEMIDDELKOMITÉ	19
3.2. REGIONALE LÆGEMIDDELKONSULENTER	19
3.3. BASISLISTE/REKOMMANDATIONSLISTE	19
3.4. SAMARBEJDE MED KLINISK FARMAKOLOGI.....	20
4. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER	21
BILAGSLISTE	24

Resumé

På Strategisk Sundhedsforum den 14. juni 2007 blev det besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, der skulle se på den fremtidige organisering af Hospitalsapoteksområdet i Region Midtjylland.

Arbejdsgruppens formål var, at fremkomme med forslag til organisering af Hospitalsapoteksområdet, som understøtter brugen af klinisk farmaci på de kliniske afdelinger og sikrer et tættere samarbejde om rationel valg af lægemidler mellem primær- og sekundærsektorerne, samt at skabe en fælles regional indkøbs- og forsyningsorganisation, der sigter på økonomisk rationalisering.

Lægemedelforsyningen til hospitalerne i Region Midtjylland foregår i dag fra 4 Hospitalsapotecker i henholdsvis Herning, Århus, Viborg og Horsens. Med Region Midtjylland som fælles arbejdsgiver er der etableret en oplagt mulighed for at styrke og formalisere samarbejdet på tværs af Hospitalsapotekerne samt at indtænke den fremadrettede organisering af hospitalsapoteksområdet i akut- og hospitalsplanen.

Arbejdsgruppens første fokus handlede om etablering af et lægemiddelkomité-system i Region Midtjylland. Forslag herom blev forelagt og vedtaget på Regionsrådsmøde den 12. marts 2008 og arbejdet i den nye struktur er påbegyndt umiddelbart herefter.

Arbejdsgruppen har herefter udarbejdet en statusbeskrivelse for den nuværende organisering af Hospitalsapotekerne i Region Midtjylland samt beskrevet en række anbefalinger til en fremtidig strukturering af hospitalsapoteksområdet i Region Midtjylland. Statusbeskrivelsen fremgår af vedlagte bilag 7.

Arbejdsgruppen er på baggrund heraf fremkommet med følgende anbefalinger:

Klinisk farmaci (herunder lægemiddelkomite-system).

Det vurderes, at der er behov for en ensretning af klinisk farmaci på alle hospitaler i regionen.

Det anbefales, at hospitalsapotekerne udarbejder standarder og vejledninger for koordineret udbredelse af klinisk farmaci på alle relevante hospitalsafdelinger i Region Midtjylland, og at den konkrete udbredelse finansieres i dialog mellem hospitalsapotekerne og den lokale hospitals-/afdelingsledelse.

Det anbefales desuden, at der i forbindelse med den kommende udvikling og implementering af FAME (Fælles Akut Modtageenheder) oprustes med ansættelse af klinisk farmaceutpersonale, som ansættes på hospitalerne og skal være dedikeret til at arbejde med kvalitetssikring af medicinering på hospitalerne og i feltet mellem hospitalssektoren og primærsektoren.

Arbejdsgruppen anbefaler desuden at samarbejdet mellem regionens kliniske farmakologer, kliniske farmaceuter og regionale lægemiddelkonsulenter styrkes, og at der afsættes flere ressourcer til styrkelse af den kliniske farmakologi i Region Midtjylland.

Fremtidig ledelsesstruktur

Der anbefales en samordnet ledelsesstruktur, hvor de 3 tilbageværende hospitalsapotecker (excl. Horsens, jf. nedenfor) forbliver selvstændige apotecker med reference til den lokale hospitalsledelse. Der etableres en styregruppe bestående af de 3 hospitalsapotekere og en repræsentant fra alle hospitalsledelser incl. psykiatriledelsen, Centerchefen for Kræftcentret på Århus Sygehus og afdelingschefen fra primær Sundhed. Det foreslås, at formanden for den Regionale Lægemedielkomité udpeges som formand for styregruppen, som refererer til Strategisk Sundhedsledelsesforum.

Arbejdsgruppen anbefaler, at ledelsesstrukturen evalueres efter en periode på ca. 2-3 år inden der gennemføres eventuelle yderligere strukturændringer.

Det foreslås, at én af hospitalsapotekerne vælges som ordførende og dermed er kontaktpersonen til Hospitalsapotekerne i Region Midtjylland samt til sundhedsstaben i regionen.

Derudover foreslås det, at der af hensyn til at sikre en ensartet og koordineret indsats på alle hospitaler i regionen indføres "faglig koordinering" på tværs af organisationen.

Strukturbesparelser og medicinforsyning

Arbejdsgruppen foreslår at Horsens Hospitalsapoteke nedlægges som selvstændigt apotek og rent ledelsesmæssigt lægges ind under Hospitalsapoteket i Århus, ligesom medicinleverancen til Regionshospitalet i Horsens fremover leveres fra Hospitalsapoteket i Århus.

Endvidere anbefaler arbejdsgruppen, at medicinleverancen til Regionshospitalet i Silkeborg fremover overgår fra Hospitalsapoteket i Århus til Hospitalsapoteket i Viborg.

De 4 nuværende hospitalsapoteker har fælles IT platform, Apovision, der understøtter køb, salg, lagerstyring og EPJ. En forudsætning for, at der kan omlægges medicinforsyning og indhentes strukturbesparelser indenfor hospitalsapoteksområdet er, at apotekssystemerne kobles sammen og at der anvendes samme version af Apovision beliggende på én fælles server, hvilket skønnes tidligst at kunne få effekt fra 2010. Dette er et krav for at hospitalsapotekerne indbyrdes kan indkøbe- og levere medicin og andre serviceydelser mellem hinanden.

Endvidere er der behov for, at EPJ-systemerne på de enkelte hospitaler indbyrdes kan kommunikere sammen. Tidspunktet for ændring af medicinleverancen til Regionshospitalet i Silkeborg, vil således afhænge af en teknisk afklaring heraf.

Det foreslås at arbejdet hermed iværksættes snarest og investeringerne til en fælles Apovision-server, ca. 0,35 mio. kr. plus udgifter til systemudviklere m.m. finansieres centralt.

Arbejdsgruppen anbefaler sammenfattende at der gennemføres en række strukturbesparelser, resulterende i varige besparelser på ca. 4 mio. kr. og en engangsbesparelse på 1,2 mio. kr. Det foreslås at der heraf afsættes et beløb på ca. 1. mio. kr. fordelt over 2009 og 2010 til mindre investeringer m.m. i forbindelse med samling af funktioner.

Yderligere rationaliseringer på 3 mio. kr. årligt skønnes at kunne foretages såfremt der investeres i ny teknologi i form af robot-løsninger til cytostatika fremstilling og fremtagning af lægemidler på hospitalsapotekerne. Den samlede investering hertil på ca. 10 mio. kr. anbefales indarbejdet i kommende anlægsrammer med henblik på gennemførelse af denne besparelse.

Afregningsprincipper

Afregningsprincipper og regnskabspraksis på hospitalsapotekerne er i dag ikke ens, hvilket vanskeliggør arbejdet med at skabe ens drifts- og udviklingsgrundlag.

Hovedparten af hospitalsapotekerne anvender avanceprincip, hvor afregningspriserne tillægges en avance på mellem 3 og 12 %. På hospitalsapoteket i Horsens afregnes til indkøbspriser, mens udviklingsaktiviteter og ny dyr medicin finansieres via løbende budgetaftaler.

Der er redegjort for fordele og ulemper ved de to afregningsprincipper i afsnit 2.4 nedenfor.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der generelt på alle hospitaler i Region Midtjylland indføres et ensartet princip for afregning af lægemidler, og at der ved valg af avancemodellen fastsættes en fælles avanceprocent for hele hospitalsapoteksfunktionen i Region Midtjylland.

Arbejdsgruppen henstiller til Strategisk Sundhedsledelsesforum at beslutte om der skal afregnes til indkøbspriser eller efter avancemodellen, og hvis avancemodellen bliver valgt, skal avanceprocenten fastlægges.

1. Indledning

Lægemedelforsyningen til hospitalerne i Region Midtjylland foregår i dag fra 4 Hospitalsapoteker i henholdsvis Herning, Århus, Viborg og Horsens. Hospitalsapotekerne er meget forskellige af størrelse, men har store ligheder med hensyn til organisation og funktionsområder.

Den samlede lægemiddelomsætning var i 2007 ca. 970 mio. kr. Der er på de 4 Hospitalsapoteker ansat i alt ca. 250 medarbejdere svarende til ca. 230 fuldtidsstillinger.

Den politiske baggrund

På Strategisk Sundhedsforum den 14. juni 2007 blev det besluttet, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe vedrørende den fremtidige organisering af Hospitalsapoteksområdet i Region Midtjylland.

Arbejdsgruppens formål var at fremkomme med forslag til organisering af Hospitalsapoteksområdet, som understøtter brugen af klinisk farmaci på de kliniske afdelinger og sikrer et tættere samarbejde om rationel valg af lægemidler mellem primær- og sekundærsektorerne, samt at skabe en fælles regional indkøbs- og forsyningsorganisation, der sigter på økonomisk rationalisering. Kommissorium for arbejdsgruppen er vedlagt (bilag 1).

Det fremgik også af kommissoriet, at der i forlængelse af budgetforliget for 2008 i Region Midtjylland blev besluttet, at der skulle spares varigt op til 10 mio. kr. på Hospitalsapoteksområdet, og at besparelsen på længere sigt skulle findes via ændret organisation og indkøbs-/forsyningsstruktur. Indtil dette er muligt at realisere, kan besparelsen anvises via ændringer i medicinforbruget.

Det er efterfølgende besluttet, at sparerammen fordeles forholdsmæssigt mellem alle hospitalerne, og at eventuelle besparelser på medicinforbrug og rationaliseringsmuligheder på Hospitalsapoteksområdet derfor bliver på hospitalerne og kan medgå til dækning af sparerammen.

Fremkommer der et økonomisk rationale i forbindelse med arbejdsgruppens mere strukturelle diskussioner, skal der efterfølgende tages stilling til disponering heraf.

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen har bestået af følgende medlemmer:

Repræsentanter fra hospitalerne, Hospitalsapotekerne og psykiatrien:

Hospitalsdirektør/cheflæge Per Østergård Jensen, Hospitalsenhed Vest

Cheflæge Christian Møller-Nielsen, Regionshospitalet Silkeborg, Hammel Neurocenter og Skanderborg Sundhedscenter

Hospitalsdirektør Jens Anton Dalgaard, Regionshosp. Viborg, Skive, Kjellerup

Hospitalsdirektør Niels Nørgaard Pedersen, Regionshospital Horsens, Brædstrup, Odder (fra oktober 2007 – juni 2008)

Cheflæge Steen Friberg, Regionshospital Horsens, Brædstrup, Odder (fra juni 2008)

Hospitalsdirektør Gert Sørensen, Reginshosp. Randers og Grenå

Cheflæge Anne Thomassen, Århus Universitetshospital (fungerer også som repræsentant for Universitetshospitalet Skejby)

Centerchef Frank Skriver, Århus Universitetshospital (fra nov. 2007)

Kontorchef Jens Peter Ilsøe, Psykiatri- og socialstaben

Klinisk farmakolog Lars Peter Nielsen, klinisk farmakologisk afd. Århus Sygehus

Hospitalsapoteker Anders Knudsen, Herning

Hospitalsapoteker Anne Helene Kahns, Horsens (fra sep. 2007 til marts 2008)

Konst. Hospitalsapoteker Inge Hermansen, Horsens (fra feb. 2008)

Hospitalsapoteker Henny Jørgensen, Århus
Hospitalsapoteker Peter Mielche, Viborg

Repræsentant fra Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland:
Kontorchef Flemming Bøgh Mikkelsen

Repræsentanter fra Primær Sundhed, Region Midtjylland:
Afdelingschef Palle Jørgensen
Kontorchef Steen Vestergaard-Madsen
Lægemiddelkonsulent Anne Rieper Hald
Fuldmægtig Gry Stie (referent)

Afdelingschefen for Primær Sundhed varetager formandskabet. Primær Sundhed varetager sekretariatsfunktionen for arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppens målsætning i relation til kommissoriet

Arbejdsgruppen formulerede følgende målsætninger på det første møde d. 8. oktober 2007:

Hospitalsapotekerne skal have en rationel organisation, som løser opgaverne med at sikre:

- Klinisk farmaci i dagligdagen på alle relevante kliniske afdelinger
- Et tættere samarbejde om rationelt valg af lægemidler mellem primær- og sekundærsektoren
- Herunder nedsættelse af et lægemiddelkomité-system for Region Midtjylland
- En fælles regional indkøbs- og forsyningsorganisation, der sigter på økonomisk rationalisering

2. Fremtidig organisering af hospitalsapotekerne i Region Midtjylland

2.1. Bæredygtige hospitalsapoteksenheder

På baggrund af kommissoriet har arbejdsgruppen drøftet behovet for at øge bæredygtigheden af de fremtidige Hospitalsapoteker i Region Midtjylland. Det fremgår således af statusbeskrivelsen (Bilag 7), at der er væsentlig forskel i størrelse og funktion af de fire Hospitalsapoteker, målt på såvel omsætning, produktion og antal medarbejdere. Især Hospitalsapoteket i Horsens skiller sig ud som en væsentligt mindre enhed produktionsmæssigt og i forhold til omfanget af "brugere"/afdelinger, som apoteket leverer medicin til. Hospitalsapoteket i Århus er derimod i den anden ende væsentligt større end de øvrige. Ligeledes gælder, at Hospitalsapoteket i Horsens ikke leverer medicin til afdelinger, som varetager kræftbehandling, hvor det er væsentligt at produktion - og leverance af kræftmedicin foregår hurtigt og tæt på afdelinger.

Med henblik på også i fremtiden at sikre bæredygtige hospitalsapoteksenheder foreslås det, at Hospitalsapoteket i Horsens nedlægges som selvstændigt Hospitalsapotek og at medicinleverance til Horsens fremover varetages fra Hospitalsapoteket i Århus.

Det anbefales ikke på nuværende tidspunkt at nedlægge serviceproduktionen i Horsens, men at den på sigt omstruktureres så den anvendes mest hensigtsmæssigt som en del af hospitalsapoteket i Århus' serviceproduktion.

Det er vigtigt at pointere, at der ikke må ske service forringelser for afdelingerne på Regionshospitalet i Horsens, som følge af nedlæggelse af deres interne apotek, herunder skal den høje standard indenfor klinisk farmaci også sikres i den nye organisation.

Endvidere foreslår arbejdsgruppen, at medicinleverance til Regionshospitalet Silkeborg fremover overgår fra Hospitalsapoteket i Århus til Hospitalsapoteket i Viborg, hvor der er en overskudskapacitet i forbindelse med, at der efter regionsdannelsen ikke længere leveres medicin til Sygehus Nord.

Via disse ændringer opnås således både, at produktion og leverance til Horsens kan varetages fuldt tilfredsstillende, og at Hospitalsapoteket i Viborg bliver styrket i forhold til de umiddelbare fremtidige udfordringer. På længere sigt kan ændringer i specialefordelingen – eksempelvis som følge af anbefalinger i hospitalsplanen – give grundlag for, at apoteksfunktionerne sammenlægges.

2.2. Fremtidige modeller for Hospitalsapoteksstrukturen i Region Midtjylland

I kommissoriet for arbejdsgruppen er det angivet, at der skal udarbejdes forslag til en fremtidig organisering af Hospitalsapoteksområdet. Organiseringen skal understøtte brugen af klinisk farmaci, give tættere samarbejde mellem primær- og sekundærsektor, skabe en fælles regional indkøbs- og forsyningsstruktur samt give anledning til en økonomisk rationalisering/besparelse.

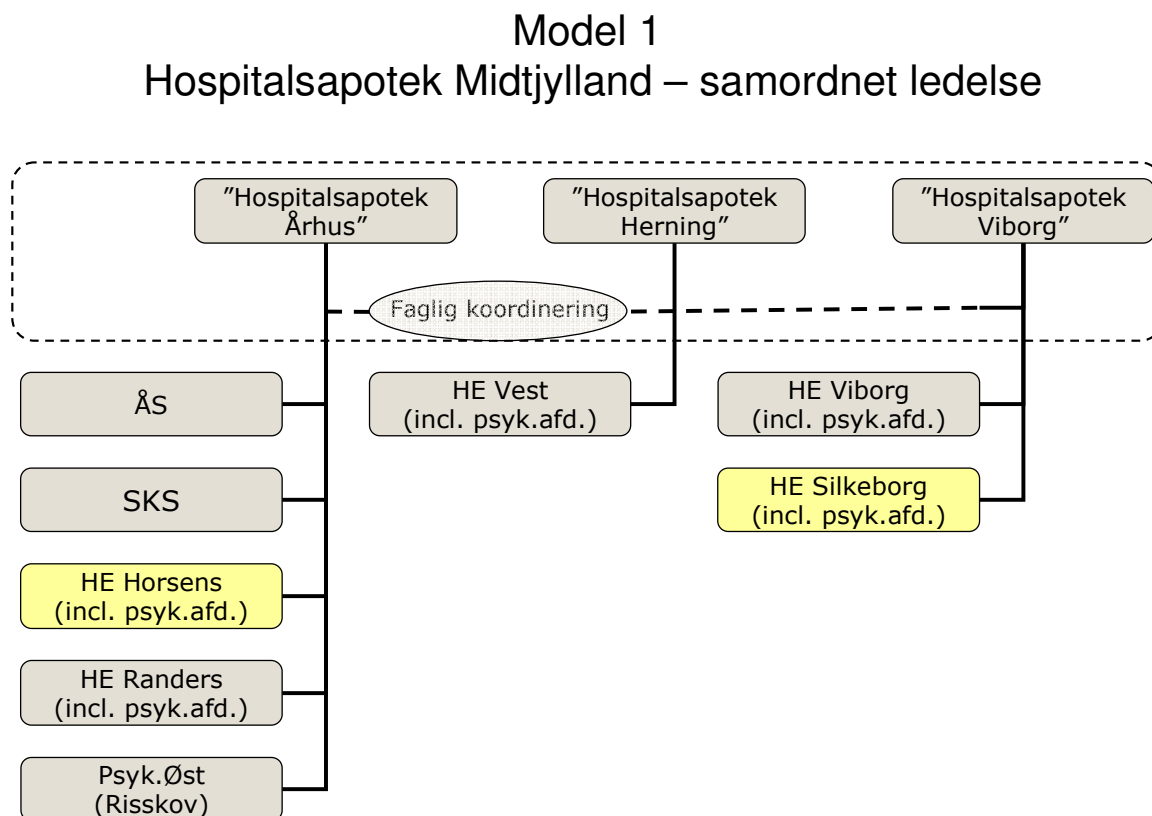
Med henblik på belysning heraf, har arbejdsgruppen drøftet flere forskellige muligheder for den fremtidige organisering. Modellerne fremgår af Bilag 2

De 2 modeller som arbejdsgruppen har valgt at gå videre med er beskrevet nedenfor, de benævnes fremover som model 1 og 2.¹

For begge de beskrevne modeller tages der udgangspunkt i, at der er truffet beslutning om organisatorisk at lægge Hospitalsapoteket i Horsens ind under Hospitalsapoteket i Århus, således at der fremover kun vil være 3 eksisterende hospitalsapoteker i Region Midtjylland, dvs. Århus, Herning og Viborg.

Model 1: Hospitalsapotek Midtjylland – samordnet ledelse

Den nuværende organisering af Hospitalsapotekerne i Region Midtjylland rummer mange fordele. Den er veletableret og velfungerende, og der er i dag stor tilfredshed med strukturen fra såvel hospitaler med "eget" apotek som "kundehospitaler". Dertil kommer, at de nuværende kompetente og engagerede apotekere (fra foråret 2008 dog kun bestående af 3 apotekere, idet stillingen i Horsens p.t. er vakant) er velkendte i hospitalssystemet samt indbyrdes kender hinanden indgående og allerede samarbejder på tværs af organisationerne indenfor flere områder.



¹ Model : Hospitalsapotek Midtjylland – samordnet ledelse og Model 2: Hospitalsapotek Midtjylland – enstrengt ledelse tidligere henholdsvis: "Grundmodellen – 3 apoteker i forpligtende samarbejde" og "Alternativmodel 1 – 'Hospitalsapotek Midtjylland'".

Allerede inden Regionsdannelsen indledte hospitalsapotekerne et fælles arbejde omkring kortlægning og sammenligning af Hospitalsapotekernes nuværende struktur, funktioner og kompetencer samt formulering af fælles mission, vision og værdier for de fire apoteker²⁾. I den forbindelse anbefalede apotekerne, at de eksisterende apoteker videreføres som fire selvstændige apoteksenheder, der refererer til de respektive sygehusledelser.

Det er derfor naturligt i første omgang, at basere den fremtidige organisering af Hospitalsapotekerne på den allerede eksisterende organisering.

Målsætningerne fra kommissoriet søges med Model 1 indfriet via udbygning af samarbejdet på tværs af hospitalsapotekerne, til at være af mere "forpligtigende" karakter med samordnet ledelse.

I model 1 refererer de 3 Hospitalsapoteker direkte til deres 3 respektive hospitalsledelser. Hospitalsapotekerne er ansvarlige for den daglige drift og udvikling af hver enkelt Hospitalsapoteksenhed, herunder budget og økonomistyring som er forankret lokalt på de enkelte hospitaler.

Styregruppe

For at sikre, at der også på langt sigt kan træffes forpligtende beslutninger om den nødvendige udvikling og koordinering af Hospitalsapoteksfunktionen i Region Midtjylland på tværs af såvel "Hospitalsapotekere" som "kundehospitaler", er der behov for at etablere en beslutningsdygtig og ansvarlig organisatorisk struktur henover Hospitalsapotekerne.

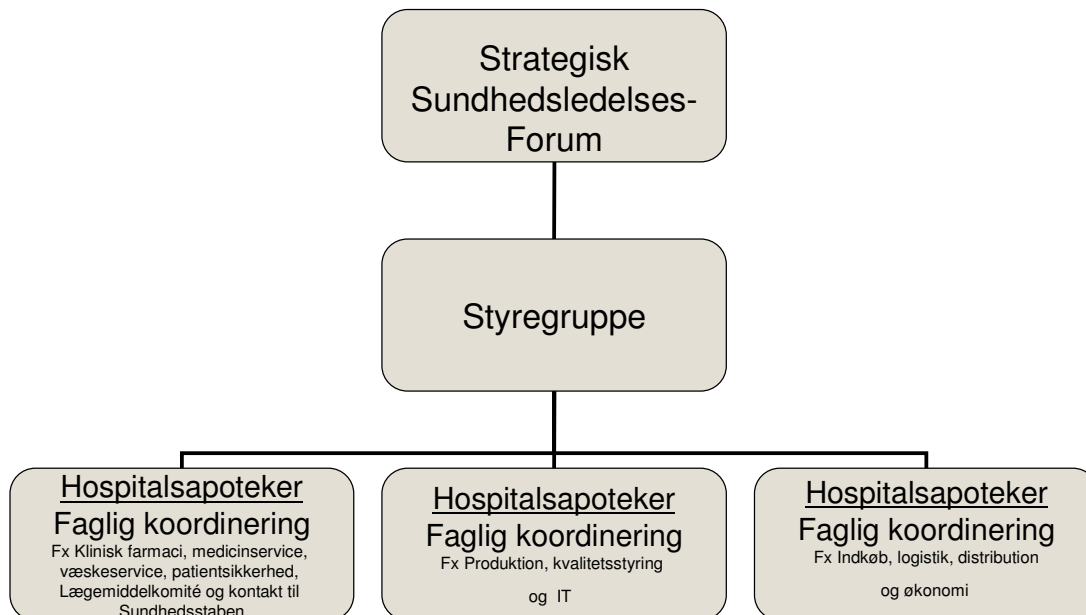
Det foreslås derfor, at der nedsættes en styregruppe på tværs af hospitalerne og hospitalsapotekerne i Regionen. Styregruppen skal bestå af de 3 hospitalsapotekere og en repræsentant fra alle hospitalsledelser incl. psykiatridelsen, centerchefen for Kræftcentret på Århus Sygehus samt afdelingschefen fra Primær Sundhed.

Som formand for styregruppen foreslås det, at formanden for den Regionale lægemiddelkomité udpeges. Formålet er at sikre konneks til den samlede lægemiddelindsats i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. Styregruppen refererer direkte til Strategisk Sundhedsledelsesforum.

²⁾ "Samarbejdende sygehusapoteker i Region Midtjylland - en rapport for fremtiden", december 2006.

Model 1

Hospitalsapotek Midtjylland – samordnet ledelse



Styregruppen for Hospitalsapoteksfunktionen varetager de overordnede tværgående beslutninger om udvikling af Hospitalsapoteksfunktionen. Herunder udarbejdes forslag til fælles ledelses- og styringsgrundlag, dvs. mission, vision og strategier samt konkrete mål og standarder for Hospitalsapoteksfunktionen i Region Midtjylland. Oplæg herom forelægges Strategisk Sundhedsledelsesforum, lige som der én gang årligt forelægges en årsrapport, der viser den samlede Hospitalsapoteksfunktionens resultater, for Strategisk Sundhedsledelsesforum.

Ordførende hospitalsapoteker

En af hospitalsapotekerne udpeges som ordførende og er dermed kontaktpersonen til hospitalsapotekerne i Region Midtjylland bl.a. i forhold til sundhedsstaben i regionen.

Det er styregruppen der endeligt udpeger hvem der varetager hvervet.

I den udstrækning, der viser sig behov for at tage økonomiske problemstillinger op til drøftelse på tværs af hospitalerne, herunder eksempelvis tværgående investeringer, kan den ansvarlige for kontakten til Sundhedsstaben, efter forudgående drøftelse i Styregruppen, rejse sager i Lederforum for Økonomi samt efter behov evt. videre i Strategisk Sundhedsledelsesforum. Derudover kan der naturligvis rejses sager af faglig karakter over for den Regionale lægemiddelkomité.

En formaliseret kontakt mellem de hospitalsledelser der ikke har et Hospitalsapotek på matriklen søges indfriet via indførelse af "forpligtigende" møder mellem hospitalsapotekerne og de enkelte hospitalsledelser. De enkelte hospitaler er forpligtiget til at lave et forslag til dette formaliserede samarbejde med apotekerne. Forslaget fremlægges for styregruppen.

Faglig koordinering

Med henblik på at sikre en ensartet og koordineret indsats på alle hospitaler i regionen, foreslås det, at der i den fremtidige organisering indføres begrebet "faglig koordinering" indenfor hospitalsapotekernes kerneområder. Hermed tænkes, at de 3 hospitalsapotekerne for en periode udpeges som ansvarlig for faglig udvikling og ensretning af et eller flere faglige områder på tværs af organisationerne. Der vil således være behov for en ansvarlig Hospitalsapoteke for koordinering af følgende faglige områder samlet i 3 grupper, som f.eks. kunne opdeles således:

- 1: Klinisk farmaci, medicinservice, væskeservice, patientsikkerhed, Lægemiddelkomité og kontakt til Sundhedsstaben i Region Midtjylland
- 2: Produktion, kvalitetsstyring, IT
- 3: Indkøb, logistik, distribution og økonomi

Hospitalsapotekerne kan indstille til styregruppen hvem de ønsker der skal være koordinerende for de enkelte faglige områder, og det er styregruppen der forestår den endelige udpegning.

Model 2: Hospitalsapoteke Midtjylland – enstrengt ledelse

Som nævnt ovenfor har arbejdsgruppen besluttet, at der som alternativ til model 1 skal beskrives en model, hvor der etableres én samlet organisation for Hospitalsapoteksfunktionen i Region Midtjylland "Hospitalsapoteke Midtjylland" med en enstrengt ledelse.

Model 2 forudsætter at "Hospitalsapoteke Midtjylland" ledes af én Hospitalsapoteke, som referer til én hospitalsledelse, som refererer videre til Strategisk Sundhedsledelsesforum. Det bemærkes, at det her er forudsat, at den ene af de nuværende apotekere både varetager den overordnede apotekerfunktion for det samlede Hospitalsapoteke, samtidig med at der varetages en daglig ledelsesfunktion over for det ene af de 3 eksisterende Hospitalsapoteker.

I modsætning til model 1 er der i denne model en enstrengt ledelse og dermed en indbygget struktur, der sikrer, at fra det tidspunkt, hvor strukturen er implementeret, kan der på såvel kort som langt sigt træffes forpligtende beslutninger om den nødvendige udvikling og koordinering af Hospitalsapoteksfunktionen i Region Midtjylland på tværs af produktionssteder og "kundehospitaler".

I denne model er den daglige drift og udvikling af det samlede Hospitalsapoteke, herunder budget og økonomistyring, placeret ét sted, og har selvstændigt budgetansvar.

Hospitalsapotekeren, varetager de løbende tværgående beslutninger om udvikling af Hospitalsapoteksfunktionen, med reference til den relevante hospitalsledelse og videre til strategisk sundhedsledelsesforum. Som i model 1 gælder dette også udarbejdelse af ledelses- og styringsgrundlag, dvs. mission, vision og strategier samt konkrete mål og standarder for Hospitalsapoteksfunktionen i Region Midtjylland samt en årlig årsrapport, der viser den samlede Hospitalsapoteksfunktionens resultater – med henblik på forelæggelse for Strategisk Sundhedsledelsesforum.

Også i denne model kan den "ansvarlige" hospitalsledelse tage økonomiske problemstillinger op til drøftelse på tværs af hospitalerne i eksempelvis Lederforum for Økonomi eller i Strategisk Sundhedsledelsesforum, samt for sager af faglig karakter i den regionale lægemiddelkomité.

I forhold til de øvrige hospitalsledelser er der behov for at sikre, at der etableres en tæt ledelsesmæssig tilknytning mellem den lokale hospitalsledelse og den stedlige apoteksfunktion. Denne tilknytning, der eksempelvis kan etableres via faste dialogmøder, apoteksfunktionens deltagelse i

diverse interne afdelingsmøder m.m., skal give mulighed for, at alle hospitalsledelser kan opretholde eller øge deres fokus på medicinindsats m.m., og at de er tæt involveret i at tage strategiske beslutninger om lægemiddelforbrug, herunder medicinservice og klinisk farmaci m.m. Samarbejdet baseres på aftaler.

Som tidligere nævnt kan der i modellen tages udgangspunkt i en umiddelbar organisation, hvor man i første omgang baserer sig på det eksisterende antal produktionssteder m.m. Der er således først og fremmest tale om en anden organisatorisk overbygning med en linjeorganisation i stedet for en samarbejdsorganisation. En skematisk beskrivelse af Model 2 fremgår af Bilag 3.

2.3. Forslag til strukturering af medicinservice, klinisk farmaci og kvalitetsudvikling

Det er vigtigt, at der etableres en fælles overordnet strategi for medicinservice, klinisk farmaci og kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, således at der på alle hospitalsenheder sikres en ensartet faglig fokusering på patientsikkerhed og på afdelingernes medicinforbrug såvel som på medicinforbruget i overgangen til primærsektoren.

Som det fremgår af statusrapporten (Bilag 7), er der i dag stor forskel på, i hvilken udstrækning klinisk farmaci og medicinservice er implementeret på hospitalerne. Der er ligeledes stor forskel på antallet af vagtopkald til hospitalsapoteket udenfor åbningstid. Sammenholder man graden af implementering af medicinservice og klinisk farmaci på hospitalerne med antallet af vagtopkald, ser det ud til, at der er en tendens til at indførelsen af medicinservice og klinisk farmaci mindsker antallet af vagtopkald. En obligatorisk indførelse af denne ydelse vil i fremtiden øge kvaliteten af afdelingens medicinanvendelse.

Det anbefales at hospitalsapotekerne udarbejder standarder og vejledninger for koordineret udbredelse af klinisk farmaci på alle relevante afdelinger i Region Midtjylland, og at den konkrete udbredelse finansieres i en dialog mellem hospitalsapotekerne og den lokale hospitalsledelse.

Som nævnt skal der fremover, på tværs af Hospitalsapotekerne, udarbejdes en fælles strategi for udbredelsen og implementeringen af f.eks. klinisk farmaci i Region Midtjylland. Der skal som udgangspunkt tilbydes en obligatorisk fælles basisydelse indenfor klinisk farmaci og medicinservice, men derudover skal der kunne til vælges forskellige ekstra ydelser efter ønske, behov og økonomi på de enkelte hospitaler og afdelinger efter nærmere aftale med hospitalsledelsen og afdelingsledelsen. Der henvises i øvrigt til nedenstående forslag vedr. afregningsprincipper for medicinforbrug i afdelingerne.

Det er således vigtigt, at den lokale hospitals- og afdelingsledelse selv er med til at prioritere en indsats i forhold til medicinforbruget, idet denne prioritering er med til at sikre, at omfanget af indsatsen løbende holdes på det optimale niveau.

Samarbejde med Klinisk Farmakologisk Center

Det anbefales at samarbejdet mellem regionens kliniske farmakologer, kliniske farmaceuter på hospitalerne og regionale lægemiddelkonsulenter styrkes, idet det forventes at kunne give besparelser på medicinforbruget.

De kliniske farmakologers styrke er bl.a. at udarbejde analyser – og beskrive problemstillinger over lægemiddelforbrug og bidrage til beskrivelse af politikker og retningslinjer for brug af lægemidler, med henblik på at bidrage til høj kvalitet i patientbehandlingen og medvirkning til optimal ressourceanvendelse. (Bilag 5).

Forslag til etablering af klinisk Farmacifunktioner på de 5 FAME enheder

Arbejdsgruppen anbefaler at der i forbindelse med den kommende udvikling og implementering af FAME (Fælles Akut Modtagelses Enheder) oprustes ved at ansætte klinisk farmaci-personale som ansættes på hospitalerne og er dedikeret til at arbejde med kvalitetssikring af medicinering på hospitalerne og i feltet mellem hospitalssektoren og primærsektoren.

Den bærende ide er, at klinisk farmaci-personale skal overtage opgaver omkring medicinering, som ellers skulle være løst af læger og sygeplejersker. Det frigør læge- og sygeplejersketid og fremmer, at de tværfaglige kliniske kompetencer udnyttes bedst muligt. Formålet er på rationel vis at sikre apoteks-faglig indflydelse på medicineringen hos flest mulige patienter på hospitalerne og sikre hensigtsmæssige sektorovergange i forbindelse med medicinering, med fokus på patientsikkerhed og økonomi,

Der er allerede på nuværende tidspunkt tilknyttet farmaceuter til akut modtagelser flere steder i Regionen, f.eks. på Regionshospitalerne i Viborg og Horsens, så en ansættelse af klinisk farmaci-personale i FAME vil kunne styrke og ensrette den nuværende indsats. Det vurderes, at der vil være behov for 2-3 kliniske farmaceuter/farmakonomer pr. FAME-enhed, afhængig af patientflow og prioritering af opgaver, hvoraf nogle opgaver som tidligere nævnt allerede løses af hospitals-apotekerne.

Det vurderes, at der er mange relevante opgaver for klinisk farmaci-patienter på FAME enhederne. Der er udarbejdet et oplæg til hvilke opgaver som apotekspersonalet med fordel kan påtage sig på akutfunktionerne (Bilag 4).

2.4. Forslag til fremtidige afregningsprincipper i Region Midtjylland

Som nævnt i statusbeskrivelsen (Bilag 7) er afregningsprincipperne på de nuværende Hospitals-apoteker ikke ens. Hospitalsapotekerne i Århus, Viborg og Herning finansieres via avance kombineret med indtægtsdækket virksomhed. Hospitalsapoteket i Horsens finansieres via nettodriftsbudget og afregner medicin til indkøbspriser, mens udviklingsaktiviteter og ny dyr medicin finansieres via løbende budgetaftaler.

Der har været gode erfaringer med begge finansieringsmodeller, som hver især har sine fordele og ulemper.

Arbejdsgruppen er enig om, at der af hensyn til ensartethed i regionen fremover skal opereres med samme afregningsprincip og at der ved valg af avancemodellen skal fastlægges en fælles avanceprocent i Region Midtjylland.

Et fælles afregningsgrundlag gør det muligt i fremtiden at prisfastsætte ens og dermed købe/sælge ydelser eller flytte opgaver internt mellem hospitalsapotekerne.

Avancemodellen eller takstfinansiering

På hospitalsapotekerne med avance er denne p.t. fastlagt til 12 %. I Århus anvendes dog varierende avancer fra 3-12 % - lavest på de dyre lægemidler.

Hospitalsapotekerne anbefaler, at avancemodellen kombineret med indtægtsdækket virksomhed fastholdes. Den kan sammenlignes med den kvoteordning som er indført på flere tværgående afdelinger på hospitalerne. Indtægtsdækket ydelse kan facilitere jobglidning internt på hospitalerne og give konkurrence om udførelse af ydelser til markedspris, der afspejler afdelingernes normale tidsforbrug til opgaven. Apoteksydelser tilbydes til kostpris. I Århus finansieres f.eks. medicinsservice som indtægtsdækket ydelse. I Viborg finansieres medicinsservice via avance.

Det foreslås dog, at den fremtidige avance fastsættes noget lavere – f.eks. 9 % i stedet for 12 %. Det kan dog komme til at betyde, at den når et kritisk lavt niveau, med risiko for at hospitalsapotekerne kan komme i underskud i forbindelse med årsafslutning, da det er svært at styre køb og salg af lægemidler indenfor snævre grænser. Det betyder også, at f. eks. investeringer til vedligehold af drift skal bevilges løbende.

Der skal naturligvis være gennemsigthed i hospitalsapotekernes driftsbudgetter, ligesom der kan pålægges hospitalsapotekerne produktivitetsstigningskrav, der matcher kravene til hospitalerne i øvrigt. At medicinpriserne incl. avance afspejler omkostningerne ved at fremskaffe medicinen er en fordel i forbindelse med fastlæggelse af budgetter for eksempel ved start af nye behandlinger.

Avancemodellen incl. indtægtsdækket aktiviteter skal beskrives, således at det sikres, at det økonomiske råderum er rimeligt, men som nu begrænses og reguleres i takt med ændringer i omsætningen.

Nettodriftsbudget

Ved nettodriftsbudgettering afregnes lægemidlerne til indkøbspriser, dvs. der er 0 % avance på lægemiddelsalg. Denne afregningsmetode betyder, at indkøbspriser er synlige, og at der er stor gennemsigthed i prisniveau- og ændringer i prisen på medicin, og mindre behov for tilbageførsel af ressourcer til hospitalsledelsen jf. ovenstående bemærkninger. Dette betyder, at udgifter til basisdrift og grundnormeringen af personale på Hospitalsapotekerne skal sikres af anden vej, og at personalenormeringen løbende skal justeres i forhold til evt. aktivitetsændringer på hospitalsapotekerne.

Denne manglende "automatik" med større avance ved større omsætning suppleret af indtægtsdækket aktivitet indebærer, at den enkelte afdeling eller det enkelte hospital skal træffe beslutning og finde finansiering, hvis der ønskes en større indsats i forhold til medicinservice og klinisk farmaci. Dette kan muligvis give problemer, men omvendt vil det lægge op til en mere bevidst prioritering og dermed et større lokalt incitament som baggrund for en særlig indsats i forhold til medicinservice og klinisk farmaci, idet den lokale ledelse dermed selv skal beslutte en evt. investering udover "grundniveauet" i øget fokus på lægemiddelindsats. Horsens finansierer medicinservice via budget, hvilket er muligt, når der kun er leverance til det samme hospital.

Avancefinansiering af f.eks. medicinservice er kun en mulighed, hvis der på alle hospitaler er enighed om at indføre funktionen som en standardydelse. En hel eller delvis finansiering som indtægtsdækket aktivitet, giver mulighed for at facilitere det frie valg af niveauet for ydelsen.

Arbejdsgruppen foreslår, at der på alle hospitaler i Region Midtjylland indføres et ensartet princip for afregning af lægemidler, og at Strategisk Sundhedsledelsesforum beslutter, om der skal afregnes til indkøbspriser eller efter avancemodellen.

2.5. Strukturelle tilpasninger

Forudsætning for strukturbesparelse

De 4 hospitalsapoteker har som tidligere nævnt en fælles IT platform, Apovision, der understøtter køb, salg, lagerstyring og EPJ på de enkelte hospitaler som de betjener.

En forudsætning for at der kan indhentes strukturbesparelser indenfor hospitalsapoteksområdet er, at apotekssystemerne kobles sammen og at der anvendes samme version af Apovision beliggende på én fælles server, hvilket skønnes tidligst at kunne få effekt fra 2010. Dette er et krav for

at hospitalsapotekerne indbyrdes kan indkøbe- og levere medicin og andre serviceydelser mellem hinanden.

Endvidere vil der være behov for, at EPJ-systemerne på de enkelte Hospitaler indbyrdes kan kommunikere sammen. Tidspunktet for ændring af medicinleverance til Regionshospitalet i Silkeborg jf. nedenfor, vil således afhænge af en teknisk afklaring heraf.

Det foreslås at arbejdet hermed igangsættes snarest og investeringerne til fælles Apovision-server, ca. 0,35 mio. kr. plus udgifter til systemudviklere m.m., finansieres centralt.

Besparelspotentiale

Der er på Hospitalsapotekerne i Region Midtjylland allerede i 2008 indhentet nedenstående besparelser i form af budgetreduktioner, engangsbesparelser og besparelser som følge af overenskomststrejken i 2008.

Tabel 1. Tidligere gennemførte besparelser på hospitalsapotekerne i Region Midtjylland.

Hospitalsapoteke	Besparelse 2008
Århus	5,0 mio. kr.
Herning	1,2 mio. Kr.
Viborg	1,2 mio. Kr.
Horsens	0,5 mio. kr.
I alt	7,9 mio. kr.

Som følge af dannelsen af 3 Hospitalsapoteksenheder i stedet for de nuværende 4 og omstruktureringen af organisationen, skønnes en samlet varig besparelse på ca. 4 mio. samt en engangsbesparelse på 1,2 mio. kr. ud over ovenstående at være realistisk. Nedenfor er lavet en opgørelse over de anslåede rationaliseringer og forventede udmøntningstidspunkter.

Tabel 2. Forslag til strukturbesparelser på hospitalsapotekerne i Region Midtjylland.

Områder	Besparelse i 1.000 Kr.		
	2009	2010	På sigt
Nedlæggelse af Hospitalsapotekerstilling i Horsens	800	800	800
Nedlæggelse af lager i Horsens	-	1.200	-
Flytning af ekspedition fra Horsens til Århus og til Silkeborg fra Århus til Viborg	-	300	300
Parallelisering af tillæg til ledere i filialer	-	-	200
Samling af indkøbsfunktion	-	600	600
Koordineret Vagtordning	-	100	100
Centralisering og koordinering af serviceproduktionen	300	600	600
Samling af IT-support efter sammenlægning af Apovision	-	400	400
Samling af hjemmedialyseleverance i Viborg	-	150	150
Fællesskab om kliniske farmaceutiske aktiviteter	-	500	500
Fælles kvalitetsstyringssystem	-	500	500
I ALT	1.100	5.150	4.150
Skønnede investeringer m.m. i forbindelse med samling af funktioner	500	500	-
Besparelse i alt	600	4.650	4.150

Beskrivelse af udgiftsreduktionerne:

- Nedlæggelse af Hospitalsapoteker stilling i Horsens
Da det er besluttet at nedlægge Horsens som selvstændigt apotek, foreslås det ligeledes at nedlægge den selvstændige ledelsesfunktion i form Hospitalsapotekerstillingen i Horsens. Dette giver en udgiftsreduktion svarende til 0,8 mio. kr./år. Besparelsen forventes at kunne indhentes fra 2009.
- Nedlæggelse af lager i Horsens og flytning af ekspeditionen fra Horsens til Århus. Samtidig flyttes leverancen af medicin til Silkeborg fra Århus til Viborg
Det foreslås at Hospitalsapoteket i Århus fremover skal levere medicin til Regionshospitalet i Horsens, hvorfor det selvstændige lager i Horsens nedlægges, hvilket betyder en besparelse på 1,2 mio. Kr. Samtidig flyttes leverancen af medicin til Regionshospitalet i Silkeborg fra Århus Hospitalsapotek til Hospitalsapoteket i Viborg. Det vurderes at transporten fra Århus til Silkeborg modsvarer transporten fra Århus til Horsens. Omvendt vil der være behov for etablering af transport fra Viborg til Silkeborg. Det vurderes at der ville kunne indhentes rationaliseringsgevinst svarende til 0,3 mio. kr. fra 2010.

Flytningen af ekspeditionen af lægemidler forudsætter en EPJ-harmonisering og justering, og at Apovision afstemmes, hvorfor 2010 er anslået som forventet rationaliseringstidspunkt.
- Samling af indkøbsfunktionen
Det foreslås at indkøbsfunktionen til alle Hospitalsapoteker samles på én matrikel, men at lagerkapaciteten bevares på alle 3 hospitalsapoteker. En forudsætning for denne rationalisering er, at der etableres fælles IT platform for Apovision og at EPJ harmoniseres og justeres. Det vurderes at der vil kunne indhentes rationaliseringsgevinst svarende til 0,6 mio. kr. i 2010.
- Etablering af en ensartet koordineret vagtordning
Der er i dag selvstændige vagtordninger på de 4 Hospitalsapoteker. Der vil fremover kun være vagtsteder hvor der også forefindes et lager, dvs. 3 vagtsteder. Ved at etablere en fælles koordineret vagtordning mellem vagtstederne, forventes at kunne hentes en reduktion på 100.000 kr. og en fortsat videreførelse af den vagtordning, der er etableret i Århus. En øget udgift til taxa-kørsel mellem Århus og Horsens må dog kunne forventes. Vagtordningen forventes koordineret i 2010.
- Centralisering og koordinering af serviceproduktionen.
Serviceproduktionen af lægemidler varierer i type og mængde mellem de enkelte hospitalsapoteker. Ved at ensrette serviceproduktionen (incl. akut- og behandlingskasser) i Region Midtjylland og samle nogle produktioner på enkelte produktionssites, vil man kunne opnå end bedre udnyttelse af produktionslokalerne og reduktion i personaleforbruget. Udbudet af akut – og behandlingskasser skal initieres via Lægemedielkomiteen. Det vurderes at der kan rationaliseres svarende til 300.000 kr. i 2009 og 300.000 kr. i 2010.
- Samling af IT support efter sammenlægning af Apovision
En samling af IT kompetencerne ét sted skønnes samlet at kunne reducere budgettet med 0,4 mio. kr., idet der kan reduceres på lønudgifter og færre udgifter til Nautilus-support (system support). Samling af IT funktionen kræver dog investering i fælles server til ca. 350.000 kr. Rationaliseringstidspunktet forventes at være 2010.
- Samling af hjemmedialyseleverance i Viborg
I stedet for at hvert enkelt hospitalsapotek leverer hjemmedialyseværker kan leverancen for hele Region Midtjylland samles i Viborg. En besparelse på 0,15 mio. kr. vil kunne indhentes

hvis der etableres en rationel kørselsordning. Udmøntningstidspunktet for besparelsen forventes at være 2010.

- Fællesskab om klinisk farmaceutiske aktiviteter
Frigørelse af kliniske farmaceuter til klinisk arbejde ved koordinering og delvis samling af administrative funktioner skønnes at kunne medføre rationaliseringer svarende til 0,5 mio.kr. Rationaliseringstidspunktet forventes at være 2010.
- Fælles kvalitetsstyringssystem
Etablering af e-dok med fælles administration af dokumenter forventes at kunne give rationaliseringer på 0,5 mio.kr fra 2010.
- Investeringer m.m. i forbindelse med samling af funktioner
Det vurderes, at samling af diverse funktioner på tværs af hospitalsapotekerne vil forudsætte en række mindre investeringer m.m. Det foreslås, at der af sættes et engangsbeløb på 1,0 mio. kr. fordelt med 0,5 mio. kr. i 2009 og samme beløb i 2010 til diverse udgifter, herunder flytteudgifter, køb af nye PC'ere mindre ombygninger etc.

Det bemærkes i øvrigt, at samling af funktioner kan indebære et vist produktivitetstab i en overgangsperiode, indtil ændringerne er gennemført og implementeret.

Investering i ny teknologi

Udover den anslåede varige besparelsesramme på ca. 4 mio. kr. skønnes det, at der kan foretages yderligere rationaliseringer på 3 mio. kr. pr. år såfremt der investeres i ny teknologi i form af robot-løsninger til ekspedition af lægemidler og fremstilling af cytostatika på hospitalsapotekerne. Den samlede investering skønnes at udgøre ca. 10 mio. kr. Det anbefales at investeringen på 10 mio. kr. indarbejdes i kommende anlægsrammer med henblik på gennemførelse af denne besparelse.

Cytostatika-robot til fremstilling af kemoterapi:

Bestyrelsen i Amgros I/S har godkendt at der afsættes 1,6 mio. kr. i 2009 til en foranalyse vedrørende etablering af en national produktionsenhed til automatiseret fremstilling af brugsfærdige lægemidler – blandt andet kemoterapi og antibiotikablandinger. Region Hovedstaden har pt. en robot til fremstilling af kemoterapi til afprøvning og resultatet af denne afprøvning afventes. Det kan derfor ikke anbefales, at iværksætte lokale initiativer i Region Midtjylland før der foreligger anbefalinger fra ovenstående og eventuelle nationale initiativer på cytostatika – og antibiotikaområdet.

Den anslåede udgift til anskaffelse af en robot til cytostatika fremstilling udgør ca. 7 Mio. kr.

Fremtagningsrobot til brug i ekspeditionen:

Med hensyn til robot til fremtagning af medicin er der forskellige overvejelser. Der anvendes i stigende udstrækning robotanlæg på landet private apoteker. De er karakteriseret ved at være meget driftssikre, velegnede til fremtagning af enkeltpakninger og overkommelige i investering. Et robotanlæg til et mellemstort privat apotek koster 1-2 mio. kr. De nævnte anlæg er som udgangspunkt ikke velegnede til hospitalsapoteker, hvor der typisk skal fremtages mange pakninger pr. leverance. Der findes anlæg, dog ikke i Danmark, der kan løse denne opgave. Hospitalsapotekerne vil tage initiativ til at afdække markedet, evt. i samarbejde med hospitalsapotekerne i de andre regioner. Denne undersøgelse forventes at finde sted i 2009.

3. Regional organisering af lægemiddelindsatsen

3.1. Lægemiddelkomité

Alle 4 Hospitalsapoteker har deltaget i lægemiddelkomitéarbejdet i de tidligere amter, hvor de har spillet en væsentlig rolle i fastlæggelsen af principper og strategier for rationel valg og brug af lægemidler. Hospitalsapotekerne bidrager herigennem til, med udgangspunkt i et systematisk overblik over hospitalernes lægemiddelforbrug, at lægemiddelforbruget styres, behandlingskvaliteten øges og at udgifterne nedbringes når det er muligt.

Der har i de fire tidligere amter været repræsentation af primær sektoren i de tidligere lægemiddelkomiteer,

Arbejdsgruppen har udarbejdet et forslag til den fremtidige strukturering af lægemiddelkomité arbejdet i Region Midtjylland. Kommissoriet er blevet godkendt i Regionsrådet d. 13. marts 2008 (bilag 6)

Det er således besluttet, at der skal nedsættes en overordnet Regional Lægemiddelkomité samt herunder én lægemiddelkomité for primærsektoren og én lægemiddelkomité for hospitalssektoren.

Den Regionale Lægemiddelkomité har til opgave at træffe strategiske beslutninger på lægemiddelområdet i Region Midtjylland med henblik på at sikre en koordineret, rational og patientsikkerhedsmæssig forsvarlig brug af lægemidler på såvel hospitaler som i primærsektoren.

Hospitalernes- og primærsektorens lægemiddelkomiteer skal følge den Regionale Lægemiddelkomités beslutninger og sikre sammenhæng mellem strategier og rekommandationer. Begge komiteer godkender anbefalinger, rekommandationer og vejledninger fra nedsatte specialistgrupper. Der vil være gensidig repræsentation i de to komiteer.

3.2. Regionale Lægemiddelkonsulenter

Der er i dag ansat 3½ farmaceut og 1/6 projektansat læge i medicinteamet i Region Midtjylland. De regionale lægemiddelkonsulenter er tilknyttet Regionshuset i Århus, Horsens og Holstebro samt Regionsgården i Viborg. De regionale lægemiddelkonsulenter arbejder på at fremme den rationelle farmakoterapi i primær sektoren med henblik på at sikre "den rigtige medicin til den rigtige patient til den rigtige pris". De regionale lægemiddelkonsulenter arbejder med forskellige initiativer indenfor lægemiddelbehandlingen, med henblik på at kvalitetssikre lægemiddelordinationerne i almen praksis. De regionale lægemiddelkonsulenter indgår desuden i de lokale kvalitets-team der skal sikre en målrettet indsats i forholdt til udvikling og kvalitet i almen praksis.

Der skal i den fremtidige organisering af lægemiddelkonsulenternes arbejdes med et bedre samarbejde mellem primær-sektoren og hospitals-sektoren bl.a. i form af lægemiddelkomitéarbejdet.

3.3. Basisliste/rekommandationsliste

Den første basisliste, for Region Midtjylland, som efterfølgende er blevet revideret, er udarbejdet på baggrund af de tidlige amters rekommandationslister. Efterfølgende skal der årligt udarbejdes en basisliste for 1. valg af lægemidler i almen praksis. Rekommandationerne baseres på Rationel farmakoterapi, dvs. på kliniske studier og økonomiske beregninger.

De 4 Hospitalsapoteker har ligeledes udarbejdet 4 forskellige rekommandationslister indenfor hospitalssområdet, hvor klinisk farmakologisk afdeling og hospitalernes specialister og farmaceuter

fra Hospitalsapotekerne leverer det kliniske beslutningsgrundlag på baggrund af kliniske studier og klinisk erfaring.

For fremtiden skal Den Regionale Lægemiddelkomité bistået af specialistgrupper stå for udarbejdelse af en fælles rekommandationsliste for både primær – og hospitalssektoren. Fra den fælles rekommandationsliste udarbejdes en basisliste, der indeholder de hyppigst anvendte præparater i primær sektor, dette sker for at sikre bedre sektorovergange og mere sikker medicinering for patienterne jf. bilag 9.

Hospitalsapotekerne vil ligeledes fra 2009 have fælles rekommandationsliste.

3.4. Samarbejde med Klinisk Farmakologi

Der foregår i dag ikke et ensartet samarbejde mellem de kliniske farmakologer i regionen og Hospitalsapotekerne. I Århus og Herning er samarbejdet dog formaliseret og lokalt. Dette ses i form af mere konservative lægemiddelvalg, når nye dyrere behandlinger bliver vurderet, men funktionen kunne meget vel udbygges til at være regionsdækkende for at styrke de regionale lægemiddelvalg.

Hospitalsapotekeren i Århus indgår i dag i afdelingsledelsen for Klinisk Farmakologisk Afdeling.

4. Arbejdsgruppens anbefalinger

Med Region Midtjylland som fælles arbejdsgiver er der etableret en oplagt mulighed for at styrke og formalisere samarbejdet på tværs af Hospitalsapotekerne samt at indtænke den fremadrettede organisering af hospitalsapoteksområdet i akut- og hospitalsplanen.

Med udgangspunkt i dels den gennemførte beskrivelse og analyse af hospitalsapotekerne i Region Midtjylland, dels arbejdsgruppens kommissorium og målsætninger med fokus på:

- Klinisk farmaci i dagligdagen på alle relevante kliniske afdelinger
- Tættere samarbejde om rationelt valg af lægemidler mellem primær- og sekundærsektoren, samt
- Rationel organisation, herunder fælles indkøbs- og forsyningsorganisation, der sigter på økonomisk rationalisering,

anbefaler arbejdsgruppen følgende:

Klinisk farmaci (herunder lægemiddelkomite-system).

Udbredelsen og udførelsen af klinisk farmaci og medicinservice varierer betydeligt mellem hospitalsapotekerne i Region Midtjylland.

På baggrund af Lægemiddelstyrelsens rapport "Brug medicinen bedre. Perspektiver i klinisk farmaci", krydret med lokale, nationale og internationale erfaringer vides, at klinisk farmaci og medicinservice medvirker til at kvalitetssikre lægemiddelbehandlingen på afdelingerne og er en forudsætning for, at der aktivt kan arbejdes med rationalisering og kvalitetsudvikling af afdelingernes medicinforbrug.

Der er således behov for en ensretning af tilbudet og ydelsen på alle hospitaler i regionen.

Det anbefales, at hospitalsapotekerne udarbejder standarder og vejledninger for koordineret udbredelse af klinisk farmaci på alle relevante hospitalsafdelinger i Region Midtjylland, og at den konkrete udbredelse finansieres i dialog mellem hospitalsapotekerne og den lokale hospitals-/afdelingsledelse.

Det anbefales desuden, at der i forbindelse med den kommende udvikling og implementering af FAME (Fælles Akut Modtageenheder) oprustes med ansættelse af klinisk farmaceutpersonale, som ansættes på hospitalerne og skal være dedikeret til at arbejde med kvalitetssikring af medicinering på hospitalerne og i feltet mellem hospitalssektoren og primærsektoren.

Med henblik på at sikre øget koordinering af medicinforbrug og -indsats på tværs af primær- og sekundærsektorerne har arbejdsgruppen foreslået, at der etableres en struktur for lægemiddelkomité-systemet i Region Midtjylland. Denne struktur er allerede iværksat og har påbegyndt arbejdet.

Arbejdsgruppen anbefaler desuden at samarbejdet mellem regionens kliniske farmakologer, kliniske farmaceuter og regionale lægemiddelkonsulenter styrkes, idet det forventes at kunne sikre besparelser på medicinforbruget. Endvidere anbefaler arbejdsgruppen at der afsættes flere ressourcer til styrkelse af den kliniske farmakologi i Region Midtjylland.

Fremtidig ledelsesstruktur

Der er i rapporten beskrevet to mulige modeller for den fremtidige hospitalsapoteksstruktur i Region Midtjylland:

- En samordnet ledelsesstruktur, hvor de 3 tilbageværende hospitalsapoteker forbliver selvstændige apoteker med reference til den lokale hospitalsledelse. Der etableres en styregruppe bestående af de 3 hospitalsapotekere og en repræsentant fra alle hospitalsledelserne incl. psykiatriledelsen, centerchefen for kræftcentret på Århus Sygehus samt afdelingschefen fra primær Sundhed. Det foreslås at Formanden for den Regionale Lægemiddelkomité udpeges som formand for styregruppen, som refererer til Strategisk Sundhedsledelsesforum.

Det foreslås samtidig, at én af hospitalsapotekerne vælges som ordførende og dermed er kontaktpersonen til Hospitalsapotekerne i Region Midtjylland samt til sundhedsstaben i regionen.

Derudover foreslås det, at der af hensyn til at sikre en ensartet og koordineret indsats på alle hospitaler i regionen indføres "faglig koordinering" på tværs af organisationen, hvor de 3 hospitalsapotekere bliver ansvarlige for et eller flere faglige områder.

- Den anden beskrevne model er baseret på en enstrengt ledelsesstruktur, hvor de tilbageværende hospitalsapotekere indgår i én samlet ledelsesorganisation, som bl.a. også indebærer forpligtende udvikling og koordinering af hospitalsapoteksfunktionen på såvel kort som lang sigt på tværs af hospitalerne. Den ansvarlige hospitalsapoteker varetager de løbende tværgående beslutninger om udvikling af den samlede hospitalsapoteksfunktion, med reference til den relevante hospitalsledelse og videre til strategisk sundhedsledelsesforum.

Arbejdsgruppen har valgt at anbefale den samordnede ledelsesmodel frem for den enstrengede ledelsesmodel, fordi Hospitalsapotekerne er en vital og yderst velfungerende driftsorganisation på hospitalerne, og det vurderes at være vigtigere at have sikker drift frem for at nytænke organisations- og ledelsesstrukturen på nuværende tidspunkt.

Arbejdsgruppen anbefaler samtidig, at ledelsesstrukturen evalueres efter en periode på ca. 2-3 år inden der gennemføres eventuelle yderligere strukturændringer.

Strukturbesparelser og medicinforsyning

De nuværende hospitalsapoteker i henholdsvis Herning, Århus, Viborg og Horsens er meget forskellige af størrelse, men har store ligheder med hensyn til organisation og funktionsområder.

Hospitalsapoteket i Horsens adskiller sig fra de øvrige hospitalsapoteker ved at være en væsentligt mindre enhed produktionsmæssigt og i forhold til omfanget af "brugere"/afdelinger, som apoteket leverer medicin til. Ligeledes leverer Hospitalsapoteket i Horsens ikke medicin til afdelinger, som varetager kræftbehandling, hvor det er væsentligt at produktion og leverance af kræftmedicin foregår hurtigt og tæt på afdelingen.

Arbejdsgruppen foreslår at Horsens Hospitalsapotek nedlægges som selvstændigt apotek og rent ledelsesmæssigt lægges ind under Hospitalsapoteket i Århus, ligesom medicinleverancen til Regionshospitalet i Horsens fremover leveres fra Hospitalsapoteket i Århus.

Endvidere anbefaler arbejdsgruppen, at medicinleverancen til Regionshospitalet i Silkeborg fremover overgår fra Hospitalsapoteket i Århus til Hospitalsapoteket i Viborg.

Det bemærkes, at de 4 nuværende hospitalsapoteker har fælles IT platform, Apovision, der understøtter køb, salg, lagerstyring og EPJ. En forudsætning for, at der kan omlægges medicinfor- syning og indhentes strukturbesparelser indenfor hospitalsapoteksområdet er, at apotekssystemerne kobles sammen og at der anvendes samme version af Apovision beliggende på én fælles server.

Endvidere er der behov for, at EPJ-systemerne på de enkelte hospitaler indbyrdes kan kommunikere sammen, hvilket skønnes tidligst at kunne få effekt fra 2010. Det foreslås at arbejdet hermed iværksættes snarest og at investeringen i en fælles Apovision-server, ca. 0,35 mio. kr. plus udgifter til systemudviklere m.m., finansieres centralt.

Arbejdsgruppen anbefaler at der gennemføres en række strukturbesparelser, resulterende i varige besparelser på ca. 4 mio. kr. og en engangsbesparelse på 1,2 mio. kr. Besparelsesforslagene er angivet nedenfor:

- Nedlæggelse af hospitalsapoteksstilling i Horsens, svarende til en besparelse på 0,8 mio. kr./år. Hertil kommer på sigt en besparelse som følge af muligheder for at udjævne lønninger på mellemliderniveau.
- Nedlæggelse af lageret i Horsens giver en engangsbesparelse på 1,2 mio. kr. samt en varig besparelse på 0,3 mio. kr. ved flytning af ekspedition til henholdsvis Århus og Viborg.
- Samling af IT-supportfunktionen, ca. 0,4 mio. kr.
- Samling af indkøbsfunktionen, hvor alle hospitalsapoteker i forvejen køber medicin gennem den fælles grossist Amgro I/S, ca. 0,6 mio. kr.
- Centralisering og koordinering af serviceproduktionen, ca. 0,6 mio. kr.
- Samling af hele regionens leverance af hjemmedialyseværker i Viborg, ca. 0,15 mio. kr.
- Etablering af en ensartet koordineret vagtordning, ca. 0,1 mio. kr.
- Etablering af fælles kvalitetsstyringssystem og fællesskab om kliniske farmaceutiske ydelser, i alt 1,0 mio. kr.

Det foreslås, at der heraf afsættes et beløb på ca. 1 mio. kr. fordelt over 2009-2010 til mindre investeringer m.m. i forbindelse med samling af funktioner.

Yderligere rationaliseringer på 3 mio. kr. årligt skønnes at kunne indhentes såfremt der investeres i ny teknologi i form af robot-løsninger til cytostatika fremstilling og fremtagning af lægemidler på hospitalsapotekerne. Investeringen på ca. 10 mio. kr. anbefales derfor indarbejdet i kommende anlægsrammer med henblik på gennemførelse af denne besparelse.

Afregningsprincipper

Afregningsprincipper og regnskabspraksis på hospitalsapotekerne er i dag ikke ens, hvilket vanskeliggør arbejdet med at skabe ens drifts- og udviklingsgrundlag.

Hovedparten af hospitalsapotekerne anvender avanceprincip, hvor afregningspriserne tillægges en avance på mellem 3 og 12 %. På hospitalsapoteket i Horsens afregnes til indkøbspriser, mens udviklingsaktiviteter og ny dyr medicin finansieres via løbende budgetaftaler.

Der er i arbejdsgruppens rapport redegjort for fordele og ulemper ved de to afregningsprincipper.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der generelt på alle hospitaler i Region Midtjylland indføres et ensartet princip for afregning af lægemidler, og at der ved valg af avancemodellen, fastlægges en fælles avanceprocent for hele Region Midtjylland.

Arbejdsgruppen har ikke kunnet nå frem til en fælles anbefaling omkring afregningsprincippet, hvorfor det henstilles til Strategisk Sundhedsledelsesforum at beslutte, om der skal afregnes til indkøbspriser eller efter avancemodellen. Og såfremt avancemodellen bliver valgt, skal avanceprocenten fastlægges.

Bilagsliste

Bilag 1:

Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende udredning af Hospitalsapoteksfunktionen i Region Midtjylland

Bilag 2:

Drøftede modeller

Bilag 3:

Model 2 – Hospitalsapotek Midtjylland – enstrengt ledelse

Bilag 4:

Forslag til etablering af Klinisk Farmacifunktioner på de fem Fælles akutmodtageenheder i Region Midtjylland.

Bilag 5:

Udvikling og integrering af Klinisk Farmakologi i Region Midtjylland

Bilag 6:

Kommissorier af lægemiddelkomiteer i Region Midtjylland

Bilag 7:

Statusbeskrivelse af hospitalsapoteksstrukturen i Region Midtjylland

Bilag 1

Kommissorium for arbejdsgruppen vedr. Hospitalsapoteksudredning

Der nedsættes en arbejdsgruppe bestående af:

- 1 repræsentant fra hver hospitalsenhed
- 4 Hospitalsapotekere
- 1 repræsentant fra psykiatri
- 1 repræsentant fra Klinisk Farmakologisk Afdeling
- 1 repræsentant fra Sundhedsplanlægning
- 2 repræsentanter fra Primær Sundhed

Afdelingschefen for Primær Sundhed varetager formandskab.

Primær Sundhed varetager sekretariat for arbejdsgruppen.

Formål

Arbejdsgruppens mål er at fremkomme med forslag til organisering af Hospitalsapoteksområdet, som understøtter brugen af klinisk farmaci på de kliniske afdelinger og sikrer et tættere samarbejde om rationel valg af lægemidler mellem primær- og sekundærsektorerne, samt at skabe en fælles regional indkøbs- og forsyningsorganisation, der sigter på økonomisk rationalisering.

I forbindelse med budgetforliget for 2008 i Region Midtjylland skal der på Hospitalsapoteksområdet spares op til 10 mio. kr. Besparelsen vil på længere sigt skulle findes via ændret organisation og indkøbs-/forsyningsstruktur. Indtil dette er muligt at realisere, kan besparelsen anvises via ændringer i medicinforbruget.³

Opgaver

Arbejdsgruppen udarbejder et oplæg som skal indeholde følgende:

- En beskrivelse af den nuværende organisering af Hospitalsapoteksområdet i Region Midtjylland, herunder funktion, økonomi og normering, samt aktivitet og effektivitet/kvalitet.
- Et udarbejdet forslag til fremtidig organisering af Hospitalsapoteksområdet i Region Midtjylland, der sikrer;
 1. Udvikling af klinisk farmaci og arbejdet med patientsikkerhed på hospitalsafdelingerne.
 - Herunder at være proaktiv i forhold til indførelse af nye lægemidler også i primærsektoren.
 - Fremkomme med forslag til udvikling af samarbejdet mellem Hospitalsapotekerne og Klinisk Farmakologisk Afdeling.
 - Strategiske og faglige kompetencer på lægemiddelområdet.
 2. At styrke samarbejdet om rationel farmakoterapi på det samlede sundhedsområde (primær og sekundær).
 - Fremkomme med forslag til et kommissorium og forslag til sammensætning af et regionalt lægemiddelråd.
 - Udvikle samarbejdet med de regionale lægemiddelkonsulenter på primærområdet.

³ Det er efterfølgende aftalt på møde i lederforum for økonomi den XXX, at Det er efterfølgende besluttet, at sparerammen fordeles forholdsmæssigt mellem alle hospitalerne, og at eventuelle besparelser på medicinforbrug og rationaliseringsmuligheder på Hospitalsapoteksområdet derfor bliver på hospitalerne og kan medgå til dækning af sparerammen. Fremkommer der et økonomisk rationelt i forbindelse med arbejdsgruppens mere strukturelle diskussioner, skal der efterfølgende tages stilling til disponering heraf.

3. En harmoniseret og rationel indkøbs- og forsyningsorganisation med forsyningssikkerhed til hospitalerne.
 - Herunder udvikling og drift af logistiksystemer, IT, kvalitetsstyring og teknologi indenfor medicindosering og produktion.

Bilag 2 - drøftede modeller

Arbejdsgruppens drøftelse har omfattet følgende modeller:

1. En model, der baseres på den eksisterende organisering med 4 selvstændige Hospitalsapoteker, men hvor der dels indarbejdes en overordnet forankring, der sikrer mere forpligtende koordinering og samarbejde på tværs af apotekerne, dels gennemføres relevante tværgående rationaliseringer.

Forskellige varianter af den nuværende struktur kan være relevante at vurdere nærmere. I disse varianter sigtes der på øget bæredygtighed ved at omfordele og/eller nedlægge nogle af de eksisterende Hospitalsapoteker, således at den relativt store forskel på de eksisterende apoteker udlignes.

- En "omfordelingsmodel", hvor apoteket i Århus reduceres, mens til gengæld apotekerne i Horsens og Viborg øges i kapacitet. Dette kunne eksempelvis ske ved at flytte medicinleverancerne til henholdsvis Hospitalsenhed Randers og Hospitalsenhed Silkeborg, således at disse fremover får medicinleverance og -service fra henholdsvis Horsens og Viborg.
- En "3-apoteksstruktur", hvor Hospitalsapotek Horsens, som det klart mindste og dermed også det mindst bæredygtige apotek i Region Midtjylland, nedlægges ved at lade Hospitalsapoteket i Århus levere medicin til Hospitalsenheden Horsens og samtidig flytte medicinleverancerne til Hospitalsenhed Silkeborg - og evt. også Hospitalsenhed Randers - således at disse fremover får medicinleverance og -service fra Viborg.
- En "2-apoteksstruktur", hvor endnu højere grad af bæredygtighed kan opnås ved at etablere en struktur baseret på 2 to selvstændige apoteker i regionen - henholdsvis i Øst og i Vest, således at "Hospitalsapoteket Øst" servicerer de nuværende hospitalsenheder samt Hospitalsenheden Horsens, samtidig med at leverancen til Hospitalsenhed Silkeborg flyttes til at foregå fra "Hospitalsapoteket Vest".

Også i disse varianter tages der udgangspunkt i, at de fremtidige apoteker er selvstændige enheder, hvorfor der også her forudsættes etableret en overordnet forankring med henblik på at sikre mere forpligtende koordinering, rationalisering og samarbejde på tværs.

Det er aftalt i arbejdsgruppen, at model 1 skal beskrives nærmere, jf. nedenfor.

2. En model, hvor den fremtidige apoteksstruktur "læner" sig op ad den besluttede akutstruktur i Region Midtjylland med 5 fremtidige akuthospitaler og dermed 5 selvstændige Hospitalsapoteker.

Modellen indebærer således, at det nuværende antal apoteker opretholdes samt at Hospitalsapoteket i Randers, der blev nedlagt som selvstændigt apotek i 2004 men fortsat fungerer med en række funktioner, skulle genetableres med en selvstændig ledelsesfunktion med reference til hospitalsledelsen i Randers i stedet for til Hospitalsapoteket i Århus.

Denne model er ikke nærmere beskrevet, idet den alt andet lige vil indebære merudgifter i et niveau, der mindst svarer til den tidligere gennemførte besparelse ved nedlæggelse af Hospitalsapoteket i Randers.

3. En model, hvor der etableres selvstændige Hospitalsapoteksfunktioner på alle hospitalsenheder i regionen. Dvs. ud over genetablering af Hospitalsapoteket i Randers ville der i denne model skulle oprettes helt nye Hospitalsapoteksfunktioner på Regionshospital Silkeborg og Århus Universitetshospital Skejby - samt evt. i psykiatrien. De nye apoteksfunktioner ville i givet fald formentlig ikke omfatte egentlige produktionsfunktioner, men derimod have karakter af en kompetencefunktion i forhold til medicinservice og klinisk farmaci.

Arbejdsgruppen har valgt heller ikke at beskrive denne model nærmere, bl.a. som følge af de umiddelbare merudgifter i modellen. Samtidig må fordelene ved modellen – mulighederne for øget fokus på medicinservice og klinisk farmaci – vurderes at kunne varetages under de øvrige modeller.

4. Etablering af ét fælles Hospitalsapotek i Region Midtjylland, som har ansvar for medicinproduktion og –leverance m.m. samt medicinservice og klinisk farmaci i forhold til alle hospitalerne i regionen, incl. psykiatrien.

Det forudsættes i denne model, at "Hospitalsapotek Midtjylland" ledes af en Hospitalsapoteker, som referer til en hospitalsledelse, suppleret med et tværgående organ – "styregruppe" el.l. – der skal sikre, at behov og interesser på tværs af alle hospitaler samt på tværs af primær/sekundær sektor tilgodeses.

Denne fælles Hospitalsapoteksorganisation har været drøftet i to varianter:

- En model, der tager udgangspunkt i de eksisterende Hospitalsapoteksfunktioner, som dels knyttes ledelsesmæssigt op i forhold til den overordnede apoteksledelsesfunktion, dels suppleres med en tæt ledelsesmæssig *tilknytning* til de lokale hospitalsledelser, således at hospitalsledelsernes mulighed for fokus på medicinindsats m.m. fastholdes og i nogle tilfælde udbygges i forhold til i dag.
- En model, hvor den fælles Hospitalsapoteksorganisation funktionsopdeles, således at én del af organisationen har fokus på produktion, en anden på medicinservice og klinisk farmaci, mens en tredje del af organisationen sørger for, at der bliver fokus på alle tværgående funktioner, herunder indkøb og EU-licitation, logistik og medicinleverance, IT-funktioner m.m. Denne model indebærer, at hver enkelt "funktion" sætter fokus på optimering af opgaverne på tværs af geografiske enheder, samtidig med at der også her kan suppleres med en tæt ledelsesmæssig tilknytning til den lokale hospitalsledelse.

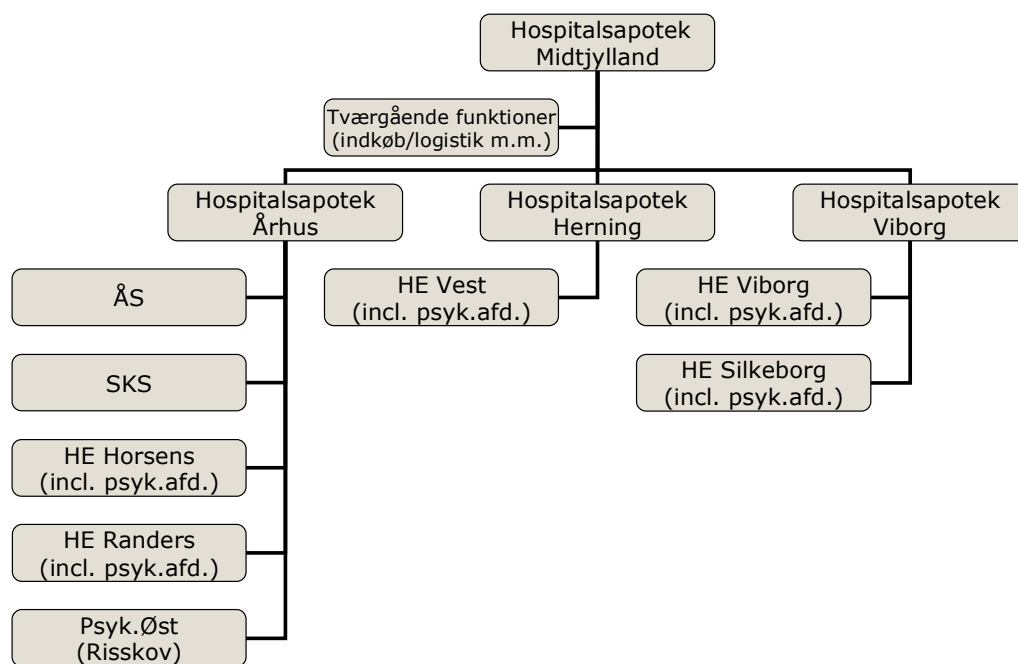
Arbejdsgruppen har valgt at beskrive denne model som det mest realistiske alternativ til model 1, jf. nedenfor.

Vedr. tidsdimensionen.

I vurderingen af den fremtidige struktur er det vigtigt at pointere, at beslutning om ændring af organisationsstrukturen ikke behøver at indebære, at der på kort sigt nedlægges/ændres på lokale funktioner – eksempelvis produktionssteder – idet beslutning herom vil afhænge af, hvornår de konkrete muligheder for ændringerne kan tilvejebringes, eksempelvis via investeringer i nødvendige fysiske rammer. Overvejelser om tidsdimensionen skal således indgå i den nærmere beskrivelse af modellerne nedenfor.

Model 2

Hospitalsapotek Midtjylland – enstrengt ledelse



Forslag til etablering af Klinisk Farmacifunktioner på de fem Fælles akutmodtageenheder i Region Midtjylland.

Begrundelse

Regionens vedtagne hospitalsstruktur med oprettelse af fem akuthospitaler hver med en fælles akut modtage enhed (FAME) giver et godt og perspektivrigt afsæt for etablering af farmaceutisk service, idet alle indlagte patienter i princippet vil skulle igennem disse enheder.

En farmaceutisk funktion i FAME, vil kunne sikre, at alle patienter vurderes med en farmaceutisk synsvinkel. Samtidig kan en farmaceutisk indsats her bidrage til at styrke samarbejdet mellem sektorerne om patientens medicin, om kvalitet, kontinuitet og økonomi i behandlingen. Indsatsen vil således også komme primær sektor til gode.

Apotekets medarbejdere kan bidrage til at skabe overblik over, hvad patienterne rent faktisk er medicineret med ved indlæggelsen. Desuden i samarbejde med læger og sygeplejersker at optimere medicineringen og hvor det er relevant at "oversætte" patienternes medicin til hospitalernes rekommanderede præparater og eventuelt at være behjælpelige med at føre ordinationerne tilbage igen ved udskrivning.

Disse aktiviteter skal sikre, at der vælges de behandlingsmæssigt og økonomisk mest fordelagtige medicineringsløsninger både på hospitalerne og i primærsektoren, øge patientsikkerheden og ikke mindst bidrage til at sikre hensigtsmæssige sektorovergange.

Opgaver

I de følgende afsnit er der beskrevet en række opgaver som apotekspersonale med fordel kan bidrage til på akutfunktionerne.

De nævnte opgaver udføres af farmaceuter og farmakonomer fra hospitalsapotekerne, der således skal indgå i de tværfaglige team på akutfunktionerne, og dermed bidrage med apotekets viden til det tværfaglige team i FAME. Et samarbejde med kliniske farmakologer som understøttende funktion vil være hensigtsmæssig, ligesom et netværk på tværs af regionens apoteker understøtter funktionen.

Indlæggelse – optagelse af medicinanamnese

Med baggrund i de problemstillinger, der er omkring optagelse af medicinanamnese og erfaringer fra projekter og allerede etablerede rutiner samt fra Operation Life kan apotekets personale bidrage til:

- Optagelse af medicinanamnese ved hjælp af patient- eller pårørendesamtale, medicinlister fra hjemmeplejen, egen læge eller PEM – (fremover det fælles Medicinkort), samt kontakt til ovenstående ved behov.
- I forbindelse med en evt. patientsamtale at afdække eventuelle lægemiddelrelaterede problemer, complianceproblemer, bivirkninger o.lign.
- At sikre at vanlig medicin ordineres i Elektronisk patient journal (EPJ) herunder at der sker substitution til hospitalets rekommanderede lægemidler samt seponering af gamle ordinationer fra tidligere indlæggelse (medicinafstemning i EPJ).
- Sikre stop af dosisdispensering fra primærapotek.

Medicinforsyning

Apotekets medarbejdere kan sikre medicin klar til brug til tiden ved at have ansvar for udførelsen af følgende funktioner:

- Medicinservice, medicinopfyldning af standardsortiment og hurtig fremskaffelse af ikke standardsortimentspræparater.
- Sikre brug af patienternes egen medicin i de tilfælde hvor det er hensigtsmæssigt, f.eks. hvis der er tale om speciel medicin, der ikke umiddelbart kan konverteres til afdelingens standardsortiment.
- Dispensering af medicin til patienterne.
- Klargøring af medicin til særlige patientgrupper og blanding af lægemidler f.eks. injektions- og infusionsvæsker. Det er en ressourcetung opgave som mest hensigtsmæssigt løses ved at medicinen er klargjort fra apoteket, hvilket indgår i apotekernes langsigtede strategi.

Valg af præparater

- Ved nye ordinationer vil apotekets medarbejdere kunne støtte lægerne i valg af præparat, styrke og dispenseringsform og evt. informere / undervise patienten omkring det nye præparat.

Medicingennemgang.

- Den kliniske farmaceut vurderer eller har ansvar for, at patienternes medicinering vurderes med henblik på valg af præparat, dosis, doseringstidspunkter, interaktioner, bivirkning, terapilængde m.m. Ved forslag til ændringer af medicineringen anbefaler den kliniske farmaceut dette ved et farmaceutnotat i EPJ. Ved ændringsforslag der mest naturligt bør foretages af den privatpraktiserende læge kan ændringsforslagene skrives af farmaceuten i epikrisen.
- Medicingennemgang kan præsenteres på konference mellem sygeplejerske, læge og farmaceut umiddelbart efter indlæggelse. Accepterede ændringsforslag godkendes i EPJ af læge under konferencen.

Samtale med patient

- Lægen kan rekvirere samtale til udvalgte patienten med apotekets medarbejdere for eksempel ved opstart af AK-behandling, hvor indlæggelsesårsagen skyldes mistanke om complianceproblemer eller ved problemer med inhalationsteknikker.

Udskrivelse – medicin

En stor del af patienterne vil blive udskrevet direkte fra FAME. Hos de patienter hvor der er sket ændringer i medicineringen, vil følgende opgaver være påkrævet:

- Medicinafstemning ved udskrivelse og oplysning til primærsektoren/ fælles medicinkort.
- Apotekets medarbejdere kan bidrage til medicinafstemning ved udskrivelse, hvor det sikres, at der er overensstemmelse mellem medicinkort til patienten, medicinoplysninger i EPJ, medicinoplysninger i epikrisen til egen læge, medicinoplysninger til fælles medicinkort samt medicinoplysninger til evt. hjemmepleje.
- Apotekets medarbejdere kan sikre at medicinændringer fremgår tydelig og dermed bliver implementeret efter udskrivelse.
- Apotekets medarbejdere kan deltage i pakning af medicin til få dages forbrug indtil medicin kan fremskaffes herunder dosisdispenseres fra privat apotek.

Udskrivelse – patientsamtale

Patientsamtale ved udskrivelse med apotekets medarbejdere kan omfatte:

- Gennemgang af medicin ved udskrivelse med patienten.
- Oversættelse af synonym/analogpræparat til patientens vanlige medicin.
- Information om vanlig medicin, der er seponeret og som bør kasseres.
- Undervisning i inhalationsteknik, håndtering af bivirkninger m.m.

Udskrivelse - kontakt til primærsektoren

- Apotekspersonale kan give det private apotek besked om, at en patient, der modtager dosisdispenseret medicin, udskrives, og om der ændringer i ordinationerne.
- Hvis farmaceuten har forslag til ændringer af vanlig medicin kan disse forslag skrives til privatpraktiserende læge (jf. ovenstående), evt. som et punkt i epikrisen.
- Ved f.eks. complianceproblemer eller inhalationsproblemer kan der, hvis patienten ønsker det, aftales opfølgende samtale hos den praktiserende læge eller på primærapoteket. Farmaceuten sender brev til læge eller apoteket omkring problemstillingerne.

Kliniske retningslinier, iv-vejledninger, forbrugsovervågning og -analyse

Apotekets personale er og vil i fremtiden være en naturlig sparringspartner for afdelingen i forbindelse med:

- Sikring af datagrundlaget i medicinmodul i EPJ herunder oprettelse af standardordinationspakker m.v.
- Udarbejdelse og implementering af kliniske retningslinier samt iv-vejledninger. .
- Forbrugsovervågning og -analyse.
- information og undervisning, herunder introduktion til nyansatte
- korrekt brug af medicinmodul i EPJ
- kvalitetssikring af patientforløb til medicinering.

Ressourcer

Hvor mange ressourcer, der kræves for at etablere service til de fem modtageenheder, afhænger naturligvis af patientflow, og prioritering af hvilke opgaver, der skal løses. Men der skal kalkuleres med ca. 2-3 farmaceuter og 2-3 farmakonomer pr. enhed. Da der allerede er knyttet personale til de

nuværende funktioner i forbindelse med at der udføres medicinservice og nogle steder særlige kliniske farmaceutopgaver, vil der ikke kun være i form af nynormeringer.

Der må forventes forskelle på patientflow på de 5 akutfunktioner, og dermed også på behovet for døgnbemanding med apotekspersonale. Med et sammenhængende EPJ vil der være mulighed for at etablere en fælles vagtordning til at varetage begrænsede funktioner på ydertidspunkter.

24.10.08

Inge Hermansen

Peter Mielche

Anders Knudsen

Udvikling og integrering af Klinisk Farmakologi i Region Midtjylland

Baggrund

Klinisk Farmakologisk Center ved Århus Universitetshospital og Aarhus Universitet dannedes 1997 som følge af et fælles initiativ fra Universitetet og de fem omgivende amter. Kerneydelserne for Centeret er uddannelse af speciallæger i Klinisk Farmakologi, undervisning og forskning i lægemiddelrelaterede emner samt rådgivning vedrørende anvendelse af lægemidler.

Rådgivnings- og uddannelsesfunktionerne, som er forankret i Klinisk Farmakologisk Afdeling, Århus Sygehus, evalueredes i 2003 på foranledning af de deltagende amter. Efterfølgende aftaltes en basisydelse bestående af 1) anvendelse af den individuelle lægemiddelrådgivning, 2) deltagelse i lægemiddelhøringer og 3) anvendelse af reservelægebistand (dvs. ikke-speciallæge) i indtil 20 dage pr. år.

Den aktuelle lægelige bemanding i Klinisk Farmakologisk Afdeling består af 4 reservelæger og 3 deltidsansatte overlæger (svarende til 1,1 fuldtids overlægestilling), hvoraf 1 (svarende til 0,5 fuldtidsstilling) alene har funktion i og finansieres af det gamle Århus Amt.

Ultimo 2004 indledte Klinisk Farmakologisk Afdeling et nært samarbejde med Sygehusapoteket i Århus Amt, med henblik på at opnå en synergistisk effekt mellem Klinisk Farmaci og Klinisk Farmakologi vedrørende optimering af lægemiddelanvendelse på amtets sygehuse, bl.a. gennem den murstensløse Enhed for Lægemiddelanvendelse.

I forbindelse med strukturreformens ikrafttræden ændres basis for KFC, idet de fem amter indgår helt eller delvist i nye regioner. Hensigten med denne henvendelse er, dels at få afklaret KFC's økonomiske fundament efter strukturreformens gennemførelse, dels at redegøre for afdelingens perspektiver i den kommende Region Midtjylland.

Aktuelt er den tværamtslige del af finansieringen fordelt i hht. nedenstående, vedtaget ved møde i Direktørforum for Region Nord 31. Oktober 2003:

Amt	Bloktilskuds %	Forholdsmæssig andel	Bidrag til basisdrift
Nordjylland	8,06	35,41	483.540
Viborg	3,82	16,78	229.139
Ringkjøbing	4,71	20,69	282.532
Vejle	6,17	27,12	370.336
Århus			1.541.000
I alt		100,0	2.906.547

Størstedelen af det nuværende Vejle Amt vil fremover tilgå Region Syddanmark, der vil få klinisk farmakologisk bistand fra afdelingen i Odense. Det må derfor imødeses, at bidraget fra Vejle Amt helt eller delvist vil bortfalde.

KFC vil således fremover skulle levere klinisk farmakologisk service i de kommende regioner Midtjylland og Nordjylland.

Nordjyllands Amt har overfor afdelingen ytret ønske om at fortsætte samarbejdet i intensiveret form. Amtet har således i 2006 ønsket at opruste den klinisk farmakologiske bistand ved normering af en 50 % overlægestilling forankret i Klinisk Farmakologisk Afdeling og oprette en enhed for lægemiddelanvendelse. Indtil besættelse af overlægestillingen ydes honoreret speciallægebistand fra Klinisk Farmakologisk Afdeling på konsulentbasis.

Perspektiver

Den nye regionale organisering af sundhedsvæsenet vil stille store krav med henblik på at sikre en bedst mulig anvendelse af de betydelige ressourcer, der anvendes på lægemiddelbehandling. Den kliniske farmakolog skal og bør deltage i løbende analyser af lægemiddelforbrug, beskrive problemstillinger med udgangspunkt i sådanne analyser, opstille løsningsmodeller og deltage i mulig intervention. Ydermere kan den kliniske farmakolog bidrage til beskrivelse af politik og retningslinier for brug af lægemidler. Det samlede overordnede formål er at bidrage til høj kvalitet i patientbehandlingen og medvirke til optimal ressourceanvendelse samt indgå i udvikling af kvalitetssikring og øget patientsikkerhed på lægemiddelområdet. Som et biprodukt vil indsatsen være et værdifuldt led i uddannelsen af kommende speciallæger og en inspirationskilde til nye forskningsprojekter til gavn for den praktiske farmakoterapi.

Forudsætningen for en sådan styrkelse af den rådgivningsmæssige indsats er et nært samarbejde mellem den kliniske farmakolog på specialistniveau og regionens lokale aktører inden for lægemiddelområdet, særligt den kliniske farmaci, men også på forvaltnings-, behandlings-, pleje- og efteruddannelsesniveau. I handlingsplanen for Sygehusapotekerne i Region Midtjylland fremhæves et sådant samarbejde, som værende særdeles ønskværdigt og fremmende for den faglige udvikling på lægemiddelområdet.

Det er centralt, at en styrkelse af rådgivningen er forankret i Klinisk Farmakologisk Afdelings øvrige funktioner, dvs. i den viden, som forsknings- og uddannelsesindsatsen tilfører afdelingen. Dette vil sikre en respekteret, lægefaglig og evidensbaseret rådgivning.

Oprustning af Kliniske Farmakologi vil kunne optimere den medicinske behandling og sikre den bedste ressourceudnyttelse ved for eksempel at bidrage til:

- struktureret farmakologisk undervisning af sundhedspersonale i såvel primær- som sekundærsektor
- udarbejdelse og opdatering af politik og retningslinier for medicinering i sekundærsektoren
- udarbejdelse og implementering af rekommandationslister/basislister for lægemidler
- udarbejdelse af behandlingsstrategier
- arbejde i lægemiddelkomiteer og samordning mellem sådanne for primær- og sekundærsektor
- undersøgelser med henblik på at afdække fejl og udvikle løsningsmodeller på lægemiddelområdet
- sikre kontinuitet af klinisk farmakologisk indsats på lægemiddelområdet
- klinisk farmakologisk audit på udvalgte terapiområder (fx smertestillende medicin, beroligende medicin, antibiotika)
- kvalitetssikring på lægemiddelområdet
- patientsikkerhed på lægemiddelområdet
- formaliseret vurdering og rådgivning af regionale instanser vedrørende behandlingsdokumentation fra lægemiddelindustri
- formaliserede vurdering vedrørende anvendelse af nye og/eller omkostningstunge lægemidler
- tidlig varsling af nye lægemidler herunder vurdering af dokumentation, udarbejdelse af anbefalinger og sikring af uafhængig undervisning i korrekt brug af nye lægemidler
- optimere kursusreservelægers indsats i regionen og højne arbejdsopgavernes uddannelsesmæssige relevans
- iværksættelse og støtte af forskningsinitiativer på lægemiddelområdet

Forslag

Der vil i KFC-strukturen kunne indplaceres en eller flere speciallæger i Klinisk Farmakologi med særligt ansvar for identificering og løsning af problemstillinger på lægemiddelområdet i en eller flere regioner eller dele heraf. Speciallægerne skal løse opgaver, som i omfang eller karakter ligger udover den ovenfor nævnte basisydelse. Speciallægerne skal i modsætning til centerets uddannelsessøgende læger indgå som en fast ressource i regionen og skal kunne tildeles ansvar for løbende opgaver og projekter. Den enkelte speciallæge skal være dedikeret opgaverne i den eller de regioner, vedkommende servicerer, men skal samtidig være forankret i centeret. Dette er vigtigt for at samordne viden, erfaringer og indsatser på lægemiddelområdet i regionen samt for at sikre et fagligt miljø, der gør det muligt for den kliniske farmakolog at udvikle sig og holde sig ajour med den nyeste viden.

Som nævnt ændres KFC's basis med strukturreformen og afdelingen vil fremover skulle varetage klinisk farmakologiske funktioner i de kommende regioner Midtjylland og Nordjylland. Der er således behov for det fremtidige økonomiske grundlag for driften af afdelingen afklares i forbindelse med udvikling og integrering af Klinisk Farmakologi i den regionale struktur.

Lars Peter Nielsen, KFA

Den Regionale Lægemiddelkomité

Målsætning

Den Regionale Lægemiddelkomite har til opgave at træffe strategiske beslutninger på lægemiddelområdet i Region Midtjylland med henblik på at sikre en ensartet, optimal og patientsikkerhedsmæssig forsvarlig brug af lægemidler på såvel hospitaler som i primærsektoren. Målet er at sikre sammenhængende patientforløb med ensartet brug af lægemidler i de 2 sektorer. Endvidere skal den regionale lægemiddelkomité initiere sundhedsøkonomiske analyser af medicinområdet samt etablering af retningslinjer for medicinering.

Sammensætning:

- 1 repræsentant fra hver af de 7 hospitalsledelser
- 1 repræsentant fra psykiatriledelsen
- 2 Hospitalsapotekere
- 1 overlæge fra Klinisk Farmakologisk Afdeling
- Afdelingschefen for Primær Sundhed
- 1 farmaceut fra Primær Sundhed
- 1 praktiserende læge

Der åbnes for mulighed for suppleantordning.
Der kan indhentes særlig ekspertise ad hoc.

Den Regionale Lægemiddelkomite refererer til Strategisk Sundhedsledelsesforum, som udpeger en formand for den Regionale Lægemiddelkomite blandt hospitalsledelsesrepræsentanter. Sekretariatsfunktionen varetages af Primær Sundhed.

Den Regionale Lægemiddelkomite skal initiere løsning, overvågning og opfølgning af følgende opgaver:

- Organiserer arbejdet i lægemiddelkomiteer for Hospitalsområdet og for Primær Sundhed samt i specialistgrupper. Præparatvalg træffes på baggrund af faglige, patientsikkerhedsmæssige og økonomiske vurderinger, bl.a. med opmærksomhed på et sammenhængende patientforløb for hele sundhedssektoren.
- Udarbejdelse og udbredelse af en fælles regional rekommandationsliste og en basisliste for primær sektor, som er en delmængde heraf.
- Initiere udarbejdelse af vejledninger for behandling med lægemidler gældende for hele regionens sundhedsvæsen.
- Følge udviklingen af brug af nye præparater
- Følge lægemiddelforbruget i Regionen og herudfra initiere kampagner
- Sikre kendskab til rekommandationer og vejledninger ved skriftlig og mundtlig information, inklusiv målrettet undervisning.
- Sikre individuel vejledning af praktiserende læger
- Sikre sammenhæng til den Danske Kvalitetsmodel
- Sikre et regionalt fokus på utilsigtede hændelser på medicinområdet ved en koordineret overvågning og strategi for korrigerende handlinger.
- Bidrage til, at der nationalt arbejdes med sundhedsøkonomiske analyser af lægemiddelområdet, herunder overvågning af særligt dyre behandlinger.
- Varetage et strategisk link til Amgros I/S
- Fastlægge en strategi for udbredelsen af klinisk farmaceutisk og klinisk farmakologisk rådgivning.
- Nedsætte faste eller ad hoc arbejdsgrupper til løsning af ovenstående.

- Initiere og sikre at der findes retningslinier for medicinering

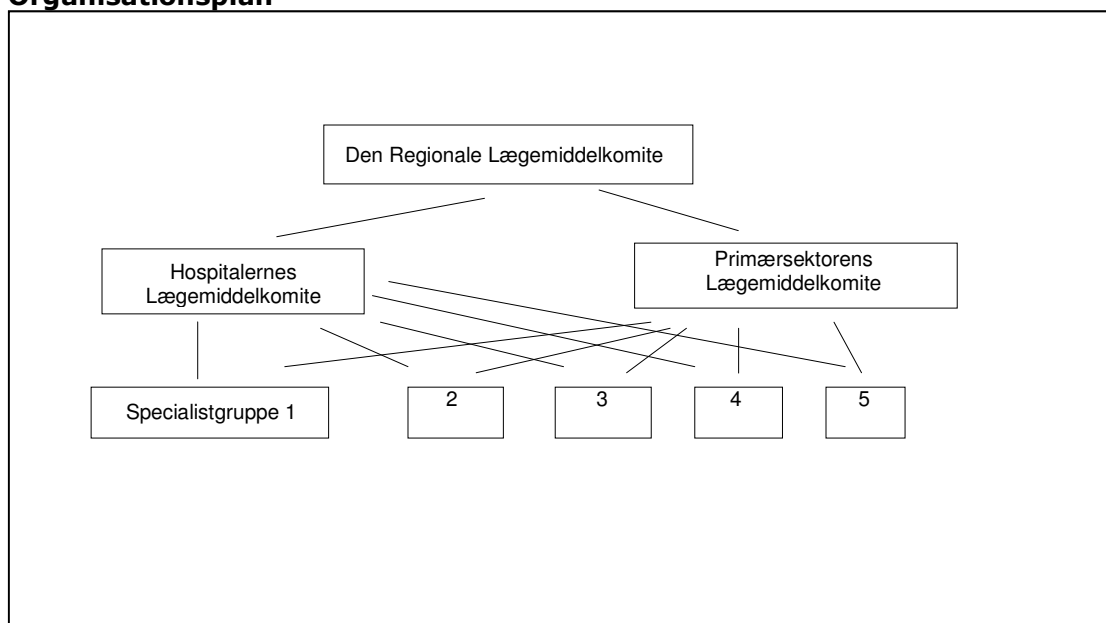
Det er vigtigt at der er en god konneks mellem Den regionale Lægemeddelkomite og Hospitalernes Lægemeddelkomite såvel som Primærsektorens Lægemeddelkomite. Derved sikres implementeringsansvaret for beslutninger truffet af den regionale lægemiddelkomite i både sekundær og primærsektoren.

Den Regionale Lægemeddelkomite kan udover specialistgrupper nedsætte fx en gruppe som udarbejder retningslinier for medicinering og fx en som beskæftiger sig med patientsikkerheden. Der ligger en kvalitetsopgave i forlængelse af den Regionale Lægemeddelkomites arbejde. Lægemeddelkomiteen skal sikre den rette repræsentation i de arbejdsgrupper, som nedsættes.

Evaluering

Opgaver og organisationsstruktur evalueres efter 2 år.

Organisationsplan



Hospitalernes Lægemeddelkomite og Primærsektorens lægemiddelkomite skal følge den regionale lægemiddelkomite anbefalinger

For at sikre overblik og sammenhæng mellem strategier og rekommandationer for hvert af de store lægemiddelforbrugsområder oprettes en lægemiddelkomite for hospitalsområdet og en for primærsektor området. Begge komiteer godkender anbefalinger, rekommandationer og relevante vejledninger fra specialistgrupperne.

Hospitalernes lægemiddelkomite

Sammensætning:

- 1 overlægerepræsentant fra hvert hospital
- 1 mikrobiolog
- 1 psykiatrisk overlæge
- 1 Hospitalsapoteker eller farmaceut fra hvert Hospitalsapotek
- 1 klinisk farmakolog
- 1 sygeplejerske
- 1 praksislæge (overlap til primærsektorens lægemiddelkomite)
- 1 farmaceut fra Primær sundhed

Lægemiddelkomitéen vælger selv sin formand.

Hospitalsapotekerne varetager sekretariatsfunktionen

Opgaver

- Koordinere indsatsen på hospitalsområdet
- Omsætte den Regionale lægemiddelkomité strategier til konkrete handlinger og komme med forslag til strategier til den Regionale lægemiddelkomité.
- Indstille til regional lægemiddelkomite om rekommandationsliste/ præparatvalg på baggrund af EU-udbud og specialistgruppernes anbefalinger
- Sikre implementering, bl.a. via undervisning, af rekommandationer og vejledninger på hospitalerne
- Rapportere til Den Regionale Lægemedelkomite.
- Udpege formænd for specialistgrupper, efter indstilling fra specialerådene under hensyntagen til at flest muligt hospitaler repræsenteres. Medlemmer af specialistgrupper må ikke have bijob i lægemiddelindustrien, denne problemstilling skal særskilt beskrives nærmere. Tankegangen er at medlemmerne gerne må holde foredrag og drive forskning, men ikke have et engagement i lægemiddelindustrien som skaber et habilitetsproblem.
- Igangsætte overvågning og udvælge særlige indsatsområder koordineret i Den regionale Lægemedelkomite.
- Fastlægge procedurer for implementering af regler og vejledninger (EPJ)
- Deltage i national overvågning på lægemiddelområdet

Hospitalernes lægemiddelkomite har et medansvar for at se på det samlede lægemiddelområde.

Primærsektorens lægemiddelkomite

Sammensætning

3-4 praksislæger udpeget af praksisudvalget i Region Midtjylland

1 overlæge fra Hospitalernes Lægemedelkomite

1 klinisk farmakolog

2 farmaceuter for Primær Sundhed

1 Hospitalsapoteker

1 farmaceut fra Hospitalernes Lægemedelkomite

1 farmaceut fra privat apotek,

1 repræsentation fra hjemmepleje

1 chef fra Primær Sundhed

Formand udpeges af Primær Sundhed

Primær Sundhed varetager sekretariatsfunktionen.

Opgaver

- Igangsætte, koordinere og følge indsatsen på primærområdet
- Omsætte Den Regionale Lægemedelkomites strategier til konkrete handlinger på primærområdet og komme med forslag til strategier til Den Regionale Lægemedelkomite
- Sikre implementering, bl.a. via undervisning, af rekommandationer og vejledninger for primær sektor
- Rapportere til Den Regionale Lægemedelkomite
- Sammensætte basisliste på baggrund af anbefalinger fra specialistgrupperne
- Igangsætte overvågning og udvælge særlige indsatsområder koordineret i Den Regionale Lægemedelkomite

Primærsektorens lægemiddelkomite har et medansvar for at se på det samlede lægemiddelområde.

Specialistgrupper

Den Regionale Lægemiddelkomite og Hospitalernes- og Primærsektorens lægemiddelkomites arbejde suppleres af regionale specialistgrupper. For de terapeutiske hovedområder nedsættes specialistgrupper, der kommer med forslag til rekommandationer både for primær- og sekundærsektoren i henhold til strategien fastlagt af Den Regionale Lægemiddelkomite. Specialistgrupperne er ad hoc arbejdende grupper.

Sammensætning

- Specialistgrupperne sammensættes med repræsentanter udpeget af Specialerådene, således at der sikres repræsentation fra flest mulig hospitaler, når det er muligt.
- 1 praktiserende læge (praksiskoordinator) til de grupper, hvor det er relevant
- 1 klinisk farmakolog
- 1 farmaceut fra et af Hospitalsapotekerne
- 1 farmaceut fra Primær Sundhed eller en repræsentant fra privat apotek

Hospitalsapotekerne/de regionale lægemiddelkonsulenter varetager sekretariatsfunktionerne.

Opgaver

- Anbefale sortiment på et rationelt, patientsikkert og økonomisk grundlag koordineret med EU-licitationer
- Vurdere nye lægemidler og behandlinger i forhold til nuværende.
- Gennemgå og kommentere MTV'er og mini MTV'er på lægemidler i det pågældende terapeutiske område.
- Forholde sig til og kommentere forbrugsmønstre på præparater i det givne terapeutiske område både i primær- og sekundærsektoren med henblik på optimering af forbruget, koordineres i lægemiddelkomitéer og Den Regionale Lægemiddelkomite.
- Udarbejde terapivejledninger
- Inddrage oplysninger om utilsigtede hændelser i sortimentsvurderingerne
- Fastlægge standardordinationspakker

Specialistgrupperne mødes typisk en gang om året.

Til særlig drøftelse

En forudsætning for dynamik og sammenhæng mellem de forskellige udvalg og grupper er, at der er overlap både i Den regionale Lægemiddelkomite, Hospitalernes Lægemiddelkomite og Primærsektorens Lægemiddelkomite. Det gælder 1 farmaceut fra Primær Sundhed, 1 Hospitalsapoteker og 1 klinisk farmakolog.

Der udarbejdes særskilte etiske retningslinjer for adgang til bijob i lægemiddelindustrien. Hospitalsapotekerne udarbejder et forslag.