

## Remiss. Översyn av maskinell dos, extempore, provningsläkemedel m.m. (SOU 2018:53)

### Sammanfattning

Region Skåne instämmer i huvudsak i utredningens förslag och bedömer att de synpunkter som lämnats till utredningen sommaren 2017 beaktats. Vi vill dock lämna ytterligare synpunkter på nedanstående fyra delområden. Av dessa vill vi särskilt lyfta fram följande:

- Frågan kring kontinuitet i samband med en kris (till exempel brand, konkurs eller IT-haveri) menar vi har högsta prioritet ur ett patientsäkerhetsperspektiv och bör behandlas skyndsamt. Berörda myndigheter (eHälsomyndigheten, Läkemedelsverket m fl) bör snarast få i uppdrag att skapa möjligheter för snabb och säker hanteringen av sådana händelser och för att landstingen ska kunna ta sitt ansvar för upprätthålla kontinuiteten.
- Dagens modell med dosapotekens ”fria val” av förpackning har visat sig innebära väsentligt ökade läkemedelskostnader. Att patienter med dosdispenserade läkemedel får betala mer för sina läkemedel är inte förenligt med jämlik vård. Ett byte till annan betalningsmodell bör därför införas skyndsamt.
- Beslut om s k egenfinansierad dos ska tas av patientens ordinarie förskrivare.

## 1. Kontinuitet och beredskap för dostjänsten

Dospatienter i eget boende utan stöd av kommunen utgör en särskilt skör grupp vid ett plötsligt stopp i dosleveranserna. På boenden kan det saknas personal som kan hjälpa patienterna med deras läkemedelshantering, då man dimensionerat sin verksamhet efter en fungerande dostjänst.

Enligt Region Skånes riktlinjer ska beslut om dosdispenserade läkemedel tas av patientens läkare. Vi instämmer därför med utredningen att ansvaret för kontinuitet i leveranserna i första hand ligger hos landstingen. I praktiken förekommer det dock att frågan kring övergång till dosdispenserade läkemedel drivs av kommunerna. Ansvarsfrågan är därför inte helt enkel.

Trots intensivt arbete sedan tjänsten konkurrensutsattes 2013 saknas fortfarande en heltäckande kontinuitetsplan. Vi menar, till skillnad från utredningen, att det behövs ett övergripande nationellt ansvar för dostjänsten, åtminstone så länge frågan kring kontinuitet inte är löst.

Nationella lösningar krävs till exempel för att snabbt kunna flytta dospatienter mellan olika leverantörer, liksom för en snabb och säker lösning för övergång till läkemedelshantering via helförpackningar. För att landstingen, i samverkan med kommunerna, ska kunna ta sitt ansvar för kontinuiteten för dostjänsten krävs att berörda myndigheter (Läkemedelsverket, eHälsomyndigheten m fl) snarast får i uppdrag att skapa förutsättningar för en patientsäker hantering i samband med längre stopp i dosleveranserna. I detta ingår också en utveckling av SOL-registret, så att det innehåller all den information som behövs för att byten mellan leveranstörer ska kunna ske på ett enkelt och patientsäkert sätt, såväl akut som vid byte av avtalad leverantör.

## 2. Alternativa pris- och ersättningsmodeller

Idag saknas legala möjligheter att styra dosapotekens förpackningsval. Utifrån ett landstingsperspektiv saknas också smidiga möjligheter till uppföljning av deras val. Vår erfarenhet är att detta ”fria val” leder till väsentligt ökade läkemedelskostnader för såväl landstinget som för patienter som inte når upp till frikort. I framtidens betalningsmodell bör kostnaden för läkemedlen vara ungefär densamma oavsett hanteringsätt (via dosdispensering eller via traditionell receptexpedition) och oavsett var i landet patienten är bosatt.

Vi menar, liksom utredningen, att modell A ger fördelar genom att kostnaden för dostjänsten blir mer transparent då den betalas via dospengen. Att incitamenten för att välja den förpackning som har högst handelsmarginal försvinner innebär inte per automatik att dosapoteket väljer den förpackning som har lägst pris (AIP) per tablett. Den förpackning som dosapoteket föredrar kan mycket väl, på grund av bristande konkurrens, vara dyrare per tablett än en mindre storlek. En periodens-vara-lista baserad på

utbytesgrupp för dosdispenserade läkemedel behöver därför tas fram. Listintervallet bör, bland annat av patientsäkerhetsskäl, vara längre än för öppenvårdsapoteken, förslagsvis 3 månader. I praktiken ger detta samma antal byten som för en öppenvårdspatient vid uthämtning var tredje månad.

För icke-utbytbara produkter behövs en lista över förpackningar med lägsta pris per tablett. Liksom för det generiska utbytet hos öppenvårdsapoteken bör TLV stå för uppföljningen hos dosapoteken.

### 3. Egenfinansierad dos

Vi ställer oss mycket tveksamma till att patienten, i samverkan med en farmaceut, ska besluta om att få sina läkemedel dosdispenserade. Vår bedömning är att beslut om övergång till dosdispenserade läkemedel ska tas av patientens ordinarie förskrivare. Detta ställningstagande grundar sig bland annat på följande:

- Farmaceuten saknar den helhetsbild som patientens ordinarie läkare har.
- Det är fortfarande oklart om det innebär behandlingsnackdelar att vara dospatient, till exempel risk för en mer konserverad behandling och sämre möjligheter till delaktighet för patienten.
- Patienten måste kunna hantera tjänsten i dess helhet, till exempel flödet av dosrullar vid ändringar, förstå att vissa läkemedel måste beställas/hanteras i helförpackningar och kunna ta till sig skriftlig information som levereras med dosrullarna.
- Idag innebär det extraarbete för förskrivarna när en patient har dosdispenserade läkemedel.
- Av patientsäkerhetsskäl är det viktigt att vården har kännedom om att patienten får sina läkemedel dosdispenserade och att denna information finns tillgänglig i vårdens journalsystem eller i Pascal. Farmaceuter på öppenvårdsapotek saknar idag tillgång till dessa.

Egenfinansierad dos/egenvårdsdos kan möjligen innebära minskat behov av hemsjukvård/hemtjänst, men det är oklart om denna tjänst ska betraktas som egenvård eller som sjukvård. Vid ett plötsligt stopp i dosleveranserna är det därför inte heller tydligt vem som ska ha ansvar för dessa patienters läkemedelshantering.

Det finns också en miljöaspekt när det gäller egenvårdsfinansierad dos. Varför ska samhället stimulera till ytterligare användning av plast och detta till patienter som inte har medicinska skäl att få hjälp med sin läkemedelshantering? Idag finns det dosetter som är mycket små och som enkelt kan tas med (ett av argumenten till egenvårdsfinansierad dos).

#### **4. Uppdelning i fler och mindre kluster**

Region Skåne utgör ett eget kluster. Att övriga kluster är stora och omfattar fler än ett landsting ser vi som ett potentiellt problem. En instabil marknad med ett stort antal patienter per kluster innebär risker inte bara för leverantörer utan även för befintliga kunder. Detta gäller såväl när en leverantör förlorar som när den vinner en upphandling och verksamheten snabbt ska skalas upp med teknik och kvalificerad personal, vilket ökar risken för oönskade händelser. Vi ställer oss därför positiva till en uppdelning i ett större antal kluster. Risken för att Sverige delas upp i mer eller mindre attraktiva områden måste dock beaktas, då mindre attraktiva områden kan riskera ett högt pris på tjänsten eller att stå helt utan anbud.

Anna-Lena Hogerud  
Ordförande

Pia Lundbom  
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör