MEDICINSPILD I DANMARK

MAJ 2009

MINISTERIET
FOR SUNDHED
OG FOREBYGGELSE

Medicinspild i Danmark

Udgivet af:
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: sum@sum.dk
EAN –lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S
Udgivelsesår: 978-87-7601-280-9
Publikationen er tilgængelig på http://www.sum.dk

Indhold

Indhold 1

1. Udvalgets kommissorium og sammensætning 6
1.1 Indledning og kommissorium 6
1.2 Sammensætning 7

2. Sammenfatning 7
2.1 Tal for medicinaffald 7
2.2 Årsager til medicinspild 8
2.3 Arbejdsgruppens overvejelser og forslag 9

3. Medicinaffald og medicinspild 10
3.1 Indledning 10
3.2 Kategorier og omfang af medicinaffald 11
3.2.1 Kilder til medicinaffald 11
3.2.2 Bortskaffelse af medicinaffald og registreringsmuligheder 13
3.2.3 Omfanget af medicinaffaldet 14
3.2.3.1 Løbende affaldsstatistik 14
3.2.3.2 Undersøgelser foretaget på apoteker i Danmark 16
3.2.3.3 Nye undersøgelser 18
3.2.3.4 Undersøgelse i februar 2009 foretaget på 10 udvalgte apoteker 20

4. Udenlandske erfaringer 25
4.1 Indledning 25
4.2 Høring 25
4.3 Undersøgelser og rapporter 26

5. Årsager til medicinspild 28
5.1 Indledning 28
5.2 Høring af parter på området 29
5.3 Arbejdsgruppens undersøgelse af medicin, afleveret på apoteket 33
5.4 Kategorier af årsager til medicinspild 33
5.4.1 Dosisdispensering 33
5.4.2 Compliance 34
5.4.3 Lægens ordination 34
5.4.4 Sektorovergange 35
5.4.5 Pakningsstørrelser, prissystemet og substitution af lægemidler samt navngivning af lægemidler 35
5.4.6 Sekundærsektoren 35

6. Vurdering af aktuelle og nye initiativer til nedbringelse af medicinspild 36
6.1 Indledning 36
6.2 Gennemgang af de enkelte områder 36
6.2.1 Dosisdispensering i primærsektoren 36
6.2.2 Compliance 39
6.2.3 Lægens ordinationer 41
6.2.4 Sektorovergange 45

6.2.5 Pakningsstørrelser, prissystemet og substitution af lægemidler samt navngivning af lægemidler 46
6.2.6 Sekundærsektoren 50
6.2.7 Øvrige fremførte forslag 55

7. Arbejdsgruppens overvejelser og forslag 56
7.1 Indledning 56
7.2 Dosisdispensering 56
7.2 Compliance 57
7.3 Lægens ordinationer 57
7.4 Sektorovergange 57
7.5. Pakningsstørrelser, prissystemet og substitution af lægemidler samt navngivning af lægemidler 58
7.6. Sekundærsektoren 58

8. Bilag 59

1. Udvalgets kommissorium og sammensætning

1.1 Indledning og kommissorium

Det fremgår af aftalen om kommunernes og regionernes økonomi for 2009:

"Der destrueres betydelige mængder medicin. Dette medicinspild kan blandt andet identificeres i almen praksis, i ældreplejen og hos borgerne. En reduktion af dette ressourcespild kan bidrage til at frigøre midler til andre aktiviteter.

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om i fællesskab at få analyseret årsagerne til medicinspildet og komme med forslag til, hvordan medicinspildet fremadrettet kan nedbringes."

På baggrund heraf blev der nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet, som udarbejder en rapport, der beskriver årsagerne til det nuværende medicinspild og fremlægger forslag til at nedbringe medicinspildet under hensyntagen til patientsikkerheden.

Hensigten med rapporten har således været at identificere tiltag, der under hensyntagen til patientsikkerheden kan bidrage til at nedbringe medicinspildet og frigøre ressourcer til andre aktiviteter.

Arbejdsgruppen har bl.a. haft til opgave at:

- Kortlægge medicinspildet i Danmark
- Afdække de væsentligste årsager til medicinspildet for de relevante sektorer
- Fremkomme med konkrete tiltag, som under hensyntagen til patientsikkerheden kan bidrage til at nedbringe medicinspildet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har varetaget formandskabet for arbejdsgruppen, og sekretariatsfunktionen er varetaget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Lægemiddelstyrelsen.

Arbejdsgruppens kommissorium er optaget som bilag 1 til nærværende rapport.

Arbejdsgruppen har i alt afholdt 6 møder i perioden fra den 13. november 2008 til den 31. marts 2009. Forinden arbejdsgruppen blev nedsat, havde Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse afholdt møde den 28. maj 2008 med Danmarks Apotekerforening, Danske Patienter, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelindustriforeningen, Lægeforeningen, FOA, Dansk Sygeplejeråd og Lægemiddelstyrelsen vedrørende medicinspild. Erfaringer herfra er blevet inddraget i arbejdsgruppens arbejde.

I forbindelse med et af arbejdsgruppens møder var Danmarks Apotekerforening inviteret til at holde et kort indlæg om status for undersøgelsen af medicinaffald, indleveret på 10 udvalgte apoteker.

1.2 Sammensætning

Arbejdsgruppen har haft følgende medlemmer:

- Seniorkonsulent Thomas Birk Andersen, Danske Regioner
- Konsulent Thilde Lydiksen, KL (afløste for Konsulent Mads Jensbo, som deltog i gruppens første møder)
- Forstander Hanne Marboe, KL
- Specialkonsulent Peter Henneberg, Finansministeriet
- Fuldmægtig Jakob Jans Johansen, Finansministeriet
- Kontorchef Dorthe E. Søndergaard, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Konsulent Paul Schüder, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand)

Sekretariatsfunktionen har været varetaget af fuldmægtig Anna Skat Nielsen fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt lægemiddelinspektør Anne Husted og specialkonsulent Vibeke Dahl Jensen, begge fra Lægemiddelstyrelsen

2. Sammenfatning

2.1 Tal for medicinaffald

Den samlede mængde medicinaffald, der blev behandlet på danske affaldsbehandlingsanlæg, er for 2006 opgjort til 8.255 tons. Der er dog knyttet en betydelig usikkerhed til denne opgørelse, især fordi opgørelsen inkluderer emballage. Der foreligger ikke skøn over fordelingen mellem egentligt medicinaffald og emballage.

Af den samlede affaldsmængde stammede den helt overvejende del – nemlig 7.683 tons eller 93 pct. – fra industrien. Årsagerne til kassationen fra industrien er fejlproduktioner, udløbet medicin, defekte varer etc. Industriens affald er uden direkte påvirkning af de offentlige udgifter og ikke behandlet af arbejdsgruppen.

Det resterende medicinaffald fordelte sig med 304 tons fra husholdningerne og 268 tons fra institutioner, dvs. sygehuse, lægeklinikker mv. Den reelle fordeling er dog anderledes, da medicinaffald, afleveret fra apoteker, henregnes under institutioner, mens det først og fremmest er husholdningerne, der afleverer medicinaffald på apoteket. Der foreligger ikke noget grundlag for at korrigere tallene herfor. En anden grund til, at affaldsmængden fra husholdningerne er undervurderet, er, at medicinaffald, der bortskaffes sammen med det almindelige husholdningsaffald, ikke registreres.

I en stikprøveundersøgelse af medicinaffald, afleveret på 28 udvalgte apoteker i en kortere periode i 2001 er det beregnet, at værdien af et års returmedicin på landsplan udgjorde 115

mio. kr. Heraf udgjorde ca. 77 pct. lægemidler med generelt tilskud og ca. 6 pct. lægemidler med anden form for tilskud – i alt svarende til 95 mio. kr.

Arbejdsgruppen har foretaget en lignende undersøgelse af medicin, afleveret på 10 udvalgte apoteker i en uge i 2009, som dog ikke er fuldt sammenlignelig med undersøgelsen fra 2001. Returneret medicin, som potentielt har været tilskudsberettiget, udgjorde i alt 75 pct. af den totale værdi målt i AUP – 68 pct. uden klausulering og 6 pct. med klausulering.[1] Ud fra denne kan de opregnede tal for returmedicinen værdi og tilskudsberettigede lægemidlers andel heraf beregnes til henholdsvis 252 mio. kr. og 188 mio. kr.

Det skal understreges, at beregningerne i begge undersøgelser er behæftet med en betydelig usikkerhed i forhold til den repræsentative validitet af stikprøverne.

Der foreligger ikke tilsvarende undersøgelser for medicinaffald fra sygehusene. Arbejdsgruppen har heller ikke inden for den givne tidshorisont anset det for muligt at gennemføre en sådan.

Det er i øvrigt ved fortolkningen af ovenstående tal vigtigt at sondre mellem begreberne medicinaffald og medicinspild. Medicinaffald, som tallene ovenfor vedrører, er enhver form for kasseret medicin. Medicinspild er den del af medicinaffaldet, som kunne være undgået. Det er naturligvis kun den sidste del, der har interesse i denne sammenhæng.

Der henvises til kapitel 3.

2.2 Årsager til medicinspild

Arbejdsgruppen har inddraget udenlandske erfaringer i sit arbejde gennem en høring af samarbejdspartner i udlandet. Høringen peger i retning af en stigende interesse for emnet i EU og nordisk sammenhæng. Dokumentationen på området er dog beskeden og de udenlandske undersøgelser, som arbejdsgruppen er kommet i besiddelse af, fokuserer sjældent på årsager til et eventuelt spild.

En engelsk undersøgelse fra 2001, som undersøger årsager til indlevering af returmedicin til udvalgte apoteker og lægeklinikker, finder, at de primære årsager er, at lægen har ændret eller stoppet behandlingen med det pågældende lægemiddel, almindelig oprydning i hjemmet, dødsfald samt medicin hvis udløbsdato er overskredet.

Arbejdsgruppen har gennemført en høring af relevante parter i sundhedssektoren med henblik på at tilvejebringe et overblik over af mulige årsager til medicinspild – og samtidig få præsenteret forslag til at nedbringe dette. Arbejdsgruppen har endvidere i den gennemførte apoteksundersøgelse, jf. ovenfor, søgt inddraget årsager til aflevering af medicinaffald på apoteket.

Arbejdsgruppen har herudfra kunne identificere følgende kategorier af årsager til medicinspild:

---

[1] *Jf. fodnote 8 i kapitel 3.*

- **Dosisdispenseringsordningen** kan medvirke til medicinspild for patienter, der ikke er i stabile medicineringsforløb. Ordningen rummer desuden visse ufleksible regler.

- **Compliance-situationer**, hvor patienten imod lægens anvisninger indstiller en behandling – p.g.a. manglende oplevet effekt, uforudsete bivirkninger eller lignende – fører til kassation af medicin og et dermed forbundet medicinspild.

- Der er påpeget en række situationer, hvor **lægens ordination** af lægemidler kan forårsage medicinspild. Et eksempel er udskrivning af for store medicinmængder, f.eks. til teminale patienter.

- **Sektorovergange** er situationer, hvor ændringer i patientens medicinering ofte sker, men hvor kommunikationen mellem f.eks. sygehus og praktiserende læge ikke altid fungerer tilfredsstillende. Dette vil kunne give anledning til medicinspild i forbindelse med dobbeltordinationer, unødvendige medicinskift mv.

- **Pakningsstørrelser, prissystemet, substitution af lægemidler samt navngivning af lægemidler** er endvidere identificeret som nogle mulige årsager til, at udleveret medicin ikke indtages af patienten, men i stedet kasseres og dermed udgør et medicinspild. Som eksempler kan nævnes for store pakninger i forhold til behandling og udlevering af substitueret medicin, som patienten ikke er tryg ved.

- Endelig er der i **sekundærsektoren** påpeget en række konkrete situationer, hvor fejl på sygehuset fører til medicinspild.

Der henvises til kapitel 4 og 5.

2.3 Arbejdsgruppens overvejelser og forslag

Arbejdsgruppen har gennemgået regelgrundlaget og vurderet aktuelle og mulige nye initiativer inden for hver af de ovennævnte kategorier af årsager til medicinspild.

- I relation til **dosisdispenseringsordningen** konstaterer arbejdsgruppen, at der som opfølgning på bruttoavanceaftalen mellem regeringen og Danmarks Apotekerforening er igangsat en gennemgang af regelgrundlaget for dosisdispenseringsordningen. Arbejdsgruppen foreslår, at denne gennemgang af regelgrundlaget for ordningen også kommer til at omfatte medicinspildsaspektet, herunder især ordningens tidsmæssige regler. Arbejdsgruppen konstaterer samtidig, at det planlagte projekt vedrørende anvendelse af dosisdispensering netop adresserer hovedproblemet i relation til medicinspild, nemlig afgrænsningen af den relevante patientgruppe og gruppe af lægemidler.

- Arbejdsgruppen konstaterer, at der med finansiering fra den 4-årige compliancepulje er igangsat en række initiativer, der generelt har til formål at forbedre **compliance.** Arbejdsgruppen foreslår, at der skabes overblik over resultaterne af disse initiativer, så der herudfra kan ske en målrettet indsats til forbedring af compliance.

- I forhold til de påpegede problemer omkring **lægens ordination** finder arbejdsgruppen, at disse først og fremmest skal ses i sammenhæng med de it-redskaber lægen har til rådighed. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at de grundliggende it-

redskaber er til stede i dag, men at forskellige tekniske forhold medfører, at de ikke benyttes i det ønskede omfang. Konceptet for Det Fælles Medicinkort (FMK) adresserer netop disse tekniske problemer, og arbejdsgruppen imødeser derfor det videre forløb omkring FKM.

Arbejdsgruppen foreslår desuden, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at henlede lægernes opmærksomhed på problemet omkring medicinspild, herunder de problemer vedrørende lægens ordination, som der er peget på i rapporten.

- Arbejdsgruppen vurderer, at udviklingen af FMK vil være et vigtigt redskab til at sikre klarhed over den enkelte patients medicinering og eventuelle ændringer heri i forbindelse med **sektorovergange**. Herved vil medicinspild på baggrund af sektorovergangen ligeledes kunne imødegås.

  Arbejdsgruppen foreslår herudover, at Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler i forbindelse med indlæggelse/udskrivning indskærpes over for de ansvarlige.

- Arbejdsgruppen foreslår, at Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen udpeger områder, hvor det vil kunne være sundhedsfagligt relevant at indføre **startpakker**, dvs. mindre pakningsstørrelser til brug for opstart af behandling med et nyt lægemiddel. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vil herefter kunne drøfte indførelsen af startpakker med lægemiddelindustrien.

  Arbejdsgruppen konstaterer i øvrigt, at der inden for kort tid vil blive afgivet en rapport om ”Generisk substitution: Indflydelse på medicinbrugerens komplians og tryghed”. Spørgsmålene om **substitution og navngivning** af (generiske) lægemidler vil indgå i drøftelserne på baggrund af denne rapport.

- Arbejdsgruppen konstaterer, at indførelsen af medicinservice på **sygehusene** efter regionernes opfattelse udgør et af de vigtigste redskaber til forebyggelse af medicinspild. Medicinservice betyder, at en farmakonom fra sygehusapoteket med støtte fra en farmaceut overtager ansvaret for de kliniske afdelingers forsyning med lægemidler. Der er således tale om en klinisk farmaceutisk service, som sørger for en bedre og mere sikker brug af lægemidler på sygehusene.

  Arbejdsgruppen foreslår, at regionerne fortsat søger at fremme anvendelsen af medicinservice på sygehusene med henblik på at nedbringe mængden af medicinspild.

Der henvises til kapitel 6 og 7.

3. Medicinaffald og medicinspild

3.1 Indledning

I dette kapitel redegøres der for de forskellige kilder til medicinaffald og de muligheder for at opgøre omfanget af medicinaffald, som foreligger i dag.

3.2 Kategorier og omfang af medicinaffald

Det er vigtigt at sondre mellem begreberne medicinaffald og medicinspild. Medicinaffald er enhver form for kasseret medicin. Medicinspild er den del af medicinaffaldet, som kunne være undgået. For nærmere drøftelse heraf henvises til kapitel 5.

3.2.1 Kilder til medicinaffald

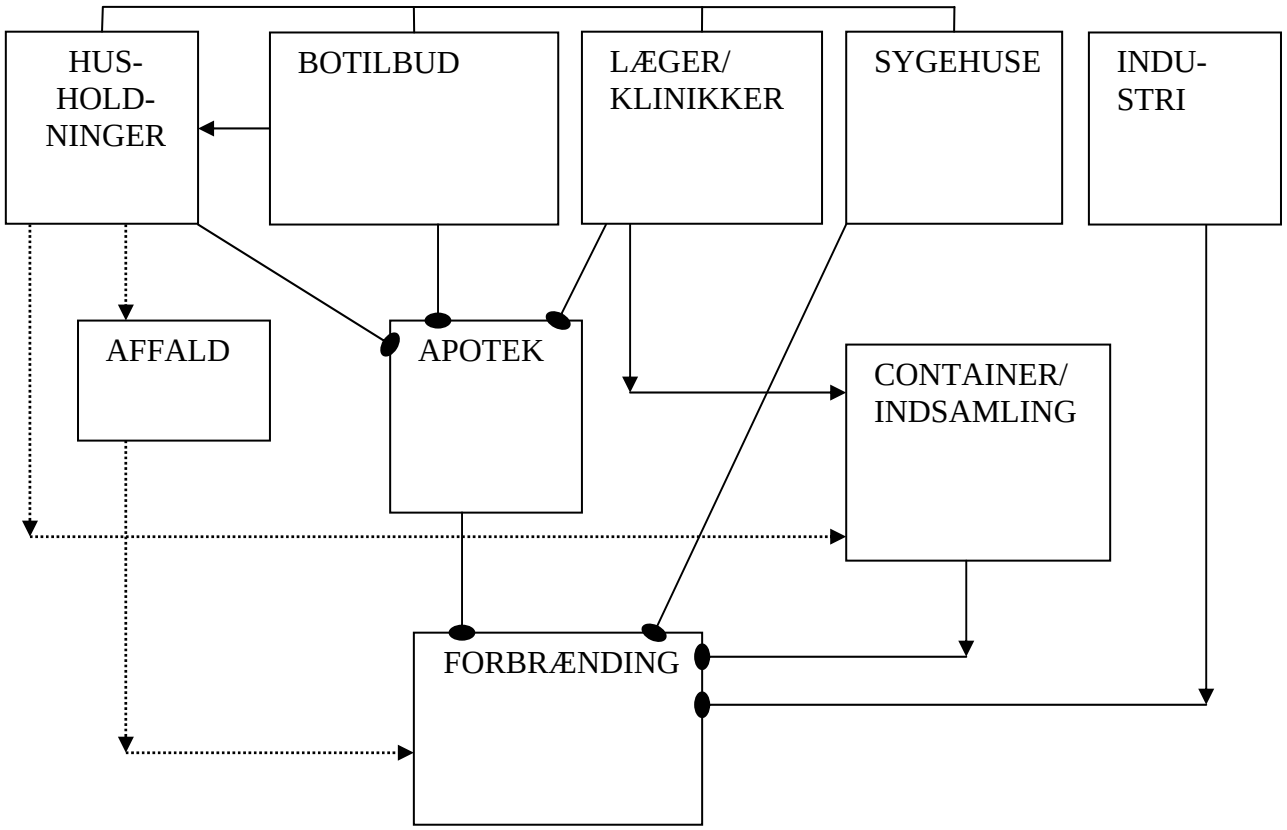


Diagram 1
Note til figuren: Den øverste linje over husholdning, botilbud, læger/kliniskker og sygehuse illustrerer de mulige forbindelsesled vedrørende sektorovergange. De prikkede linjer markerer, at der ikke umillelbart kan foretages en registrering af mængden af medicinaffald. De hele, sorte linjer viser forbindelser, hvor der ikke i dag foretages registrering. Linjerne, som ender med en stor rund prik, er de steder, hvor det umiddelbart er mest nærliggende at registrere affaldsmængde.

Ovenfor ses et overordnet diagram, som beskriver medicinaffaldets mulige veje til forbrænding.

I øverste række er **affaldsproducenterne** placeret. Det vil sige husholdninger (borgerne), botilbud (herunder bl.a. plejehjem, plejeboliger og andre botilbud), læger/klinikker, sygehuse og industrien. Den øverste linie er medtaget for at illustrere, at medicinaffald også opstår i forbindelse med sektorovergange mellem f.eks. sygehuse og botilbud.

Det er den enkelte **borger**, der er ansvarlig for egen medicin. Dette gælder alle borgere, dvs. også de borgere, der er indlagt på sygehus eller modtager kommunal hjemmepleje; og det gælder uanset om borgeren bor i eget hjem eller på plejehjem, i plejebolig eller i et andet botilbud.

Det medicinaffald, som husholdningerne producerer, kan enten indleveres hos apotekerne, afleveres på containerplads eller eventuelt via anden indsamlings- eller anvisningsordning, som kommunen måtte have organiseret. Eller den enkelte husholdning kan vælge at kassere det sammen med det øvrige, almindelige husholdningsaffald.

Da medicinen er borgerens egen, er der er ikke fælles medicindepoter på plejehjem, i plejebolig eller i andre **botilbud** – som det er tilfældet på sygehusene. De enkelte beboere har egen læge, som ordinerer medicinen til de enkelte beboere.

Da medicinen tilhører den enkelte borger, er det borgerens eget ansvar at skille sig af med medicinaffald.

Både for borgere i eget hjem og borgere i botilbud kan der dog indgås aftale med borgeren om, at personalet afleverer medicinaffald på apoteket for borgeren. I botilbuddene kan personalet således efter aftale med beboerne varetage aflevering af medicinaffald på apotekerne. Dette sker f.eks. ved, at apotekets bud tager den kasserede medicin retur til apoteket i forbindelse med levering af ny medicin.

Det affald, som produceres på **klinikker og hos læger**, kan som udgangspunkt afleveres på et apotek eller bortskaffes via en indsamlings- eller anvisningsordning. Dette afhænger af kommunens indsamlings- eller anvisningsordning samt kommunens samarbejde med de lokale apotekere.

Det medicinaffald, som **apotekerne** har indsamlet, afhentes herefter af et renoveringsfirma og køres til forbrænding.

Medicinaffald indsamlet via en **containerstation eller øvrig indsamlingsordning** sendes ligeledes til forbrænding

Sygehusene håndterer eget medicinaffald, og affaldet sendes direkte til destruktion på forbrændingsanlæggene. I forbindelse med dødsfald bortskaffer sygehuset patientens medbragte medicin, medmindre boet ønsker at overtage dette.

Industriens medicinaffald sendes direkte til destruktion på forbrændingsanlæggene via en kommunal indsamlings- eller anvisningsordning. Industrien er langt den største producent af medicinaffald. Lægemiddelindustriforeningen har oplyst følgende årsager til destruktion af medicin omhandlende både producerende og importerende virksomheder: fejl i produktionsbatch, kassation af referenceprøver, fejltryk på fyldte emballager, udløbet medicin, afregistreret medicin, defekte varer, overholdelse af myndighedskrav.

Returnering af industriens medicinaffald er gebyrfinansieret. Den er uden kontakt til borgerne og uden direkte belastning af patienternes eller det offentliges udgifter. Industriens medicinaffald er derfor ikke behandlet yderligere i denne rapport.

3.2.2 Bortskaffelse af medicinaffald og registreringsmuligheder

Regulering
Kommunerne har i dag ansvaret for at fastsætte ordninger (indsamlings- eller anvisningsordninger) for håndtering af affald, herunder farligt affald og klinisk risikoaffald. Kommunerne er frit stillet i forhold til, hvorledes de ønsker at organisere affaldsordningerne, jf. miljøbeskyttelseslovens § 45, stk. 2, nr. 1 og 2, samt §§ 35 og 61 i bekendtgørelse nr. 1634 af 13. december 2006 om affald.

Vedrørende apotekernes håndtering af medicinaffald fremgår det af apotekerlovens § 11, stk. 1, nr. 6, at bevilling til at drive apotek indebærer pligt til at modtage medicinrester fra forbrugere med henblik på destruktion. Det fremgår desuden af apotekerlovens § 12, stk. 1, nr. 5, at bevilling til at drive apotek indebærer ret til at modtage medicinrester fra sundhedspersoner samt visse former for klinisk risikoaffald fra sundhedspersoner og forbrugere med henblik på destruktion i henhold til aftale med en kommune.

Vedrørende registrering bemærkes det, at der ikke er noget lovgrundlag, som regulerer at apotekerne skal foretage registrering af det modtagne medicinaffald. Der er desuden heller ikke noget hjemmelsgrundlag for, at sygehusene skal registrere mængden af medicinaffald.

Forbrændingsanlæggene, som i sidste ende modtager medicinaffaldet, er forpligtede til at indberette oplysninger til Miljøstyrelsens ISAG-system, Informationssystem for Affald og Genanvendelse, jf. bekendtgørelse nr. 1634 af 13. december 2000 om affald.

Teoretiske registeringsmuligheder
I registreringssituationen er det som udgangspunkt mest fordelagtigt, at det er modtageren af medicinaffaldet, som foretager registreringen, da der typisk vil være bedre praktiske muligheder for håndtering og registrering. Registreringen kan med fordel foretages af uddannet fagpersonale, som f.eks. på apotekerne, da fagpersoner lettere vil kunne håndtere medicinaffaldet korrekt og identificere indholdet af affaldet.

Husholdningernes affald, som afleveres på apotekerne, vil således kunne registreres her af fagpersoner. Derimod vil den del af husholdningernes medicinaffald, som er blandet med det almindelige affald i skraldespanden, eller som afleveres på en containerstation, ikke kunne opgøres.

For så vidt angår botilbuddenes medicinaffald samt medicinaffald fra læger og klinikker vil dette kunne registreres ved modtagelse på apotekerne. Opgørelsen af medicinaffald, som indleveres på en containerstation, vil derimod være forbundet med noget større vanskeligheder.

Det vil være muligt at registrere sygehusenes affald inden aflevering til destruktion, samt ved selve afleveringen af medicinaffaldet til destruktion. Ved registrering på sygehusene inden aflevering til forbrænding kan en eventuel registrering foretages af fagpersoner.

Endelig er det muligt at foretage en registrering af medicinaffaldet, når det afleveres endeligt til destruktion på forbrændingsanlæggene. Der vil dog næppe være mulighed for at inddrage fagpersoner i registreringen her.

Den eneste form for registrering, der finder sted i dag, er som nævnt i forbindelse med modtagelsen på forbrændingsanlæggene.

3.2.3 Omfanget af medicinaffaldet

3.2.3.1 Løbende affaldsstatistik

I 1993 indførtes et landsdækkende system til registrering af affald og genanvendelige materialer: ISAG - Informationssystem for Affald og Genanvendelse. En række virksomheder, der behandler og bortskaffer affald, skal hvert år i januar indberette data om det modtagne affalds art, oprindelse, mængde og behandlingsform til Miljøstyrelsen.

Miljøstyrelsen har efter anmodning fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fremsendt to alternative opgørelsesmetoder vedrørende medicinaffald, som baserer sig på oplysninger fra ISAG-systemet.

Den ene opgørelsesmetode baserer sig på ISAG-koder (dansk informationssystem), mens den anden opgørelsesmetode baserer sig på EAK-koder (Det europæiske affaldskatalog). Miljøstyrelsen har dog oplyst, at der ét år var en virksomhed, der kun indberettede mængder af medicinaffald efter ISAG- koden.

Opgørelser via ISAG omhandler affald, der er blevet behandlet på danske affaldsbehandlingsanlæg. Opgørelsen er renset for tal vedrørende import af affald. Af nedenstående tabel 1, der bygger på ISAG, fremgår mængden og andelen af medicinaffald i perioden 2003 – 2006 fordelt på kilderne henholdsvis husholdninger, institutioner/handel og kontor, fremstillingsvirksomheder og rensningsanlæg. Kilden Institutioner/handel og kontor vil i det følgende blot blive benævnt institutioner.

Tabel 1

Mængde og andel af medicinaffald fordelt på kilde, 2003-2006.

	2003		2004		2005		2006	
	tons	andel	tons	andel	tons	andel	tons	andel
Husholdninger	211	0,16	325	0,21	321	0,06	304	0,04
Institutioner, handel og kontor	336	0,26	249	0,16	255	0,04	268	0,03
Fremstilling mv.	746	0,58	967	0,63	5.257	0,90	7.683	0,93
Rensningsanlæg	3	0,00	2	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	1.296	1,00	1.543	1,00	5.833	1,00	8.255	1,00

Kilde: Miljøstyrelsen

Det fremgår bl.a., at der i 2006 blev indleveret i alt 8.255 tons medicinaffald, heraf blev 304 tons indleveret af husholdninger, 268 tons blev indleveret fra institutioner, mens 7.683 – 93 pct. - tons blev indleveret af fremstillingsvirksomheder. Indleveringen fra fremstillingsvirksomheder har været væsentlig større i 2005 og 2006 end tidligere år, mens indleveringerne fra husholdninger og institutioner har et mere stabilt niveau i perioden 2003-2006.

Det bemærkes, at medicinaffald dækker over såvel emballage som lægemidler. Det er oplyst til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, at der ikke i opgørelsesmetoden er forhold, hvorved det betinges, at emballage skilles fra lægemidlerne. Det er muligt, at nogle vil indlevere lægemidlerne adskilt fra emballagen, men i almindelighed må det antages, at borgere og institutioner ikke adskiller emballage og lægemiddel, før affaldet indleveres.

I de senere år er den helt overvejende del af medicinaffaldet blevet indleveret af **fremstillingsvirksomheder**. Dette affald er som tidligere nævnt ikke medtaget direkte i nærværende arbejde, fordi hverken borgere eller offentlig udgifter berøres af industriens medicinaffald.

Medicinaffald fra husholdninger (304 tons) og institutioner (268 tons) må imidlertid forventes at påvirke de offentlige budgetter i et vist omfang. ”Et vist omfang” henviser til, at ikke alt medicinaffald kan antages at være delvist eller helt finansieret af det offentlige.

For så vidt angår **husholdninger** har Miljøstyrelsen oplyst, at medicinaffaldet i denne kategori typisk vil være indsamlet via kommunale indsamlingsordninger og indsamlet via containerpladser. Der sker derimod, så vidt arbejdsgruppen er oplyst, ikke en registrering af det medicinaffald, som smides i skraldespanden.

Kategorien **institutioner** defineres i vejledning fra Miljøstyrelsen nr. 12, 2002, bilag F. Det kan konstateres, at kategorien institutioner bl.a. dækker over hospitaler, praktiserende læger, tandlæger, dyrlæger samt døgn- og daginstitutioner, herunder plejehjem. Det skal fremhæves, at affald fra apoteker klassificeres som affald fra institutioner. Langt den overvejende del af det medicinaffald, som afleveres på apotekerne, stammer imidlertid fra husholdningerne.

ISAG-systemet giver ikke mulighed for at disaggregere opgørelsen yderligere. Erhvervskilden registreres ikke på dette detaljeringsniveau. Når disse aktører entydigt kan opgøres, som en del af kategorien institutioner skyldes det, at det af ovennævnte vejledning fremgår, at disse institutioner mv. skal registreres under kategorien institutioner. Dette forhold indebærer bl.a., at det ikke er muligt at foretage en opgørelse, som tager højde for, at affald fra apotekerne hovedsagelig stammer fra husholdninger

Det er endvidere problematisk, at kategorien institutioner indeholder mange andre aktører og brancher end hospitaler, praktiserende læger, tandlæger, dyrlæger, apoteker samt døgn- og daginstitutioner, jf. vejledning fra Miljøstyrelsen nr. 12, 2002. I hvilket omfang øvrige aktører og brancher bidrager til den opgjorte mængde på 268 tons er uvist. Men det synes sandsynligt, at eksempelvis en branche som forskning og udvikling kan levere betydelige mængder medicinaffald, som ikke påvirker de offentlige budgetter. Praktiserende læger, hospitaler, tandlæger, dyrlæger, apoteker samt døgn- og daginstitutioner kan altså kun tages til indtægt for en delmængde af de 268 tons.

Endeligt bemærkes det, at fordelingen af affaldsmængder mellem de overordnede grupperinger, som eksempelvis husholdninger og institutioner, er behæftet med usikkerhed, da opgørelsen indeholder elementer af skøn. Det fremgår således af ovennævnte vejledning, ”at læs opsamlet i samme kommune, men fra flere forskellig erhvervsmæssige kilder skal registreres separat på de enkelte kilder. Dette kan eventuelt også ske efter bedst skøn.”.

Nedenfor er de problemer, der ved at anvende ISAG-systemet i forbindelse med en opgørelse af medicinspild, summeret:

- Opgørelsen af 268 tons medicinaffald fra kategorien institutioner rummer et betydeligt element af skøn. Ofte har affaldspladserne ikke eksakte opgørelser over, hvilke andele, der stammer fra de forskellige kilder.
- Af de 268 tons er en andel emballage. Det er ikke muligt at opgøre andelen af medicinaffald eksklusiv emballage.
- Under kategorien institutioner er der mange andre aktører end dem, der er relevante for denne undersøgelse. Det er ikke muligt at opgøre, hvor stor en del af de 268 tons, der reelt vedrører disse aktører.
- ISAG-systemet rummer ikke mulighed for at de 268 tons kan disaggregeres på de enkelte aktører i kategorien institutioner, som eksempelvis hospitaler, praktiserende læger, apoteker mv.
- Specielt er det ikke muligt at opgøre, hvor stor en andel af de 268 tons, som er indsamlet fra apoteker og som reelt stammer fra husholdningerne.
- Det er ikke med ISAG muligt at skelne mellem medicin, der helt eller delvist er offentligt finansieret og medicin, hvortil der ikke ydes offentligt tilskud.

For kategorien husholdninger kan det konstateres, at disse i 2006 indleverede 304 tons medicinaffald. Hertil kommer den mængde, som er afleveret på apoteker, og som i opgørelsen er henført under institutioner. Heller ikke for denne kategori kan medicinaffaldet opgøres eksklusiv emballage. Hertil kommer, at den del af medicinaffaldet, der bortskaffes via den almindelige husholdningsaffald, formodes ikke at indgå i opgørelsen. Derved undervurderes mængden af medicinaffald fra husholdninger i et ukendt omfang.

På baggrund af de ovenfornævnte væsentlige usikkerhedsmomenter i forbindelse med ISAG-systemet vurderes det, at materialet ikke er egnet som grundlag i forbindelse med en analyse af medicinspild. Det rummer hverken mulighed for at opgøre mængden af kasseret medicin, kilden til denne eller den værdi, som knytter sig til den.

Arbejdsgruppen har herefter undersøgt, hvilke danske undersøgelser af omfanget og karakteren af medicinaffald, der foreligger.

3.2.3.2 Undersøgelser foretaget på apoteker i Danmark

Der foreligger to nyere undersøgelser vedrørende returmedicin modtaget på apoteker i Danmark. For begge undersøgelser gælder det, at der er tale om stikprøve-undersøgelser af returmedicin modtaget på et mindre antal apoteker i en kortere periode. Der er med andre ord ikke tale om egentlige statistiske undersøgelser eller undersøgelser baseret på repræsentative stikprøver mv.

”Returmedicin på apotekerne”, undersøgelse foretaget i 2001
Lægemiddelstyrelsen og Danmarks Apotekerforening (herefter Apotekerforeningen) gennemførte i 2001 en undersøgelse af den returmedicin, som indleveres på danske apoteker. Undersøgelse omfattede 28 udvalgte apoteker, hvor der blev foretaget optælling af al returmedicin indleveret i april måned 2001.

Der blev oprindeligt udvalgt og inviteret 50 apoteker efter geografi og størrelse til at deltage i undersøgelsen. Heraf indvilgede 49 apoteker i at deltage. Af forskellige årsager var der imidlertid et relativt stort frafald, således at kun 28 apoteker indgår i undersøgelsen.

Frafaldet medførte, at by-apoteker er betydeligt underrepræsenteret i stikprøven. I stikprøven kunne 35 pct. af apotekerne betegnes som by-apoteker, hvorimod andelen af by-apoteker af alle apoteker i 2001 var 70 pct. Endvidere er det uvist, hvorvidt den måned, hvor indsamlingen blev foretaget, er repræsentativ for hele året. Det er væsentligt at fortolke undersøgelsens resultater i lyset af disse forhold.

Undersøgelsen bekræftede de hidtidige antagelser om mængden af returmedicin. På baggrund af de optalte mængder skønnedes det, at der på landsplan årligt indleveres medicin, som på daværende tidspunkt havde en markedsværdi på mindst 115 mio. kr.(AUP, inkl. moms). Dette svarer til 1,5 pct. af omsætningen.

Optællingen af returmedicinen inkluderede registrering af varenummer, restmængde i den returnerede pakning samt ekspeditionsdata. Undersøgelsen kunne dermed vise, hvilke lægemidler, der returneres, hvor meget, der er tilbage i pakningen, samt hvornår medicinen er ekspederet. Undersøgelsen viste, at over 50 pct. af de pakninger, der var påført en ekspeditionsdato, var købt inden for 12 måneder før kassation. Kun en mindre del af returmedicinen var mere end 5 år gammel.

Undersøgelsen viste, at de returnerede pakninger i gennemsnit indeholdte 56 pct. af mængden i en ubrudt pakning. Restmængden varierede fra næsten tomme til ubrudte pakninger med lige stor sandsynlighed. Udtrykt i definerede døgndoser (herefter DDD) er der i gennemsnit en rest på 19,1 DDD per pakning.

Undersøgelsen viste desuden, at mængden af returmedicin i antal DDD, fordelt på ATC-grupper svarede til salget i DDD fordelt på ATC-grupper i de foregående måneder. [2] Det konkluderedes, at der ikke synes at være tegn på særligt stort spild inden for enkelte ATC-hovedgrupper. Det blev bemærket, at der dog var tegn på overrepræsentation af lægemidler til hjerte og kredsløbsmedicin i returmedicinen.

Vedrørende den økonomiske værdi af returmedicinen viste undersøgelsen, at der på de 28 deltagende apoteker i undersøgelsesperioden blev indleveret returmedicin til en samlet værdi af 690.921 kr. Ét års returmedicin er herudfra på landsplan beregnet til at udgøre en værdi på 115 mio. kr. opgjort i udsalgspris, inkl. moms. Hovedparten heraf havde offentligt tilskud. Det skal dog understreges, at denne beregning er forbundet med betydelig usikkerhed.

Lægemidler til nervesystemet (ATC-gruppe N) udgjorde 26,6 pct. af den samlede værdi, mens lægemidler til hjerte og kredsløb (ATC-gruppe C) udgjorde 17,2 pct., lægemidler til åndedrætsorganer (ATC-gruppe R) udgjorde 13,5 pct., og lægemidler til fordøjelse og stof-

---

[2] *Lægemidler grupperes efter ATC-systemet (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) ud fra gældende regler fra WHO. Systemet inddeler de humane lægemidler i 14 anatomiske hovedgrupper. Ethvert lægemiddel har en ATC-kode på 5 niveauer, der refererer til en anatomisk hovedgruppe og to terapeutiske/farmakologiske grupper, en kemisk/terapeutisk/farmakologisk undergruppe og en undergruppe for kemisk substans.*

skifte (ATC-gruppe A) udgjorde 11,8 pct. Undersøgelsen viste således, at 69,1 pct. af den samlede værdi udgjordes af de fire store ATC-hovedgrupper.

Totalt udgjorde de tilskudsberettigede lægemidler med generelt tilskud 534.347 kr., hvilket svarer til 77,3 pct. af returmedicinens værdi i den i undersøgelsen foretagne stikprøve. Værdien af tilskudsberettigede lægemidler ved varig lidelse eller pensionist udgjorde 5,9 pct. af den totale værdi. Værdien af returnerede tilskudsberettigede lægemidler stemmer godt overens med omsætningen af tilskudsberettigede lægemidler. Tilskudsberettigede lægemidler med generelt tilskud udgjorde i 2000 70 pct. af den samlede omsætning, mens lægemidler til varig lidelse eller pensionist udgjorde 7 pct.

Det blev konkluderet, at undersøgelsen kunne støtte antagelser om, at der bør kunne opnås økonomiske besparelser ved en mere effektiv lægemiddelanvendelse. Det blev bemærket, at øget brug af dosisdispensering eventuelt vil kunne bidrage hertil. Det blev desuden bemærket, at det bør overvejes, om spildet kan reduceres ved øget brug af startpakker, dvs. mindre pakninger, som anvendes til at teste om patienten tåler behandling med et givent præparat.

”En undersøgelse af omfanget og arten af returmedicin på apoteket”, undersøgelse foretaget juli 2008
To farmaceutstuderende foretog i juli 2008 en undersøgelse af omfanget og arten af returmedicin modtaget på Nykøbing F. Svane Apotek i syv dage.

Undersøgelsen viste, at der blev indleveret 260 lægemiddelpakninger, hvortil der kunne kobles ATC-koder. 44 pct. af disse pakninger var ikke anbrudt eller indeholdt mellem 75-100 pct. af den oprindelige mængde. Undersøgelsen viste, at hovedparten af pakningerne stammer fra lægemidler til nervesystemet, til fordøjelse og stofskifte, hvilket efter forfatternes opfattelse svarer godt til, at der sælges mest af disse grupper af lægemidler på apotekerne.

Vedrørende dosisdispenseret medicin viste undersøgelsen, at der i løbet af de syv dage blev indleveret i alt 667 tabletter som dosisdispenseret medicin, svarende til cirka 7 pct. af den totale mængde indleveret medicin. Undersøgelsen viste, at langt hovedparten af den indleverede dosisdispenserede medicin tilhørte ATC-kode C, som omhandler lægemidler til hjerte og kredsløb samt ATC-kode N, der omhandler lægemidler til nervesystemet.

3.2.3.3 Nye undersøgelser

På baggrund af ovenstående undersøgelser har arbejdsgruppen drøftet, hvorvidt der i forbindelse med nærværende arbejde kunne tilvejebringes yderligere datamateriale henblik på kortlægning af omfanget af medicinspildet i Danmark.

For så vidt angår **botilbud,** såsom plejehjem, plejeboliger og andre botilbud gælder som nævnt ovenfor, at disse som udgangspunkt ikke har selvstændige medicindepoter og ikke er ansvarlige for beboernes medicinaffald. Kun i de tilfælde, hvor der indgås aftale herom, varetager botilbuddet kassation af medicin for beboeren ved aflevering til apoteket. Arbejdsgruppen har på denne baggrund ikke fundet, at der foreligger et relevant undersøgelsesgrundlag i kommunerne.

Arbejdsgruppen har derimod fundet det relevant at overveje at gennemføre en fornyet undersøgelse af medicinaffald, afleveret på **apotekerne**. Det skyldes først og fremmest, at apotekerne er det centrale opsamlingspunkt for medicinaffald fra husholdninger og botilbud samt – i et vist omfang – lægeklinikker mv., samt at der her er et faguddannet personale, der kan forestå undersøgelsen. Hertil kommer, at der med de tidligere gennemførte undersøgelser foreligger et kendt og anvendt undersøgelsesdesign, som kan lægges direkte til grund for en ny undersøgelse. Med den meget korte tidsfrist, der har været sat for arbejdsgruppens arbejde, er dette anset for en nødvendig forudsætning for iværksættelsen af nye empiriske undersøgelser. Samtidig vil der med de to tidligere undersøgelser fra 2001 og 2008 foreligge data, der kan tjene som et godt sammenligningsgrundlag. En ny undersøgelse på apotekerne vil samtidig kunne give nye værdifulde oplysninger om dosisdispensering. Denne ordning var således ikke indført på tidspunktet for undersøgelsen i 2001. Endelig har arbejdsgruppen lagt vægt på, at en fornyet undersøgelse på apotekerne vil kunne bidrage med viden om årsager til medicinspildet. Aspekter vedrørende årsagerne til medicinspild har ikke indgået i de to ovenfornævnte undersøgelser. Arbejdsgruppen har på denne baggrund besluttet at gennemføre en fornyet undersøgelse af medicinaffald, afleveret til apotekerne.

Arbejdsgruppen har endelig overvejet, hvorvidt der kunne gennemføres en tilsvarende undersøgelse af **sygehusenes** medicinaffald. Med den givne tidsramme for arbejdet har arbejdsgruppen imidlertid ikke anset det for muligt at gennemføre en sådan undersøgelse med et resultat, der ville kunne forventes at udbygge grundlaget for de videre overvejelser. Dette skyldes, at der ikke foreligger et kendt undersøgelsesdesign for en sådan undersøgelse samtidig med, at forholdene omkring medicinaffald på sygehusene stiller sig meget forskelligt fra medicinaffald, afleveret på apoteket.

Arbejdsgruppen er således ikke bekendt med, at der tidligere skulle være gennemført undersøgelser af medicinaffaldet på de danske sygehuse. Det samme gælder udlandet. De udenlandske undersøgelser, som arbejdsgruppen er bekendt med, og som er nærmere omtalt i kapitel 4, omhandler således alle medicinaffald, afleveret på apoteket, men derimod ikke medicinaffald på sygehusene.[3]

Medicinaffaldet på sygehusene har endvidere en anden karakter, idet tabletter og flydende lægemidler ofte vil være fjernet fra deres pakning, beholder eller anden information og derfor vil være vanskelige at identificere. På sygehusafdelingerne anvendes således ofte tabletter, som opfyldes i doseringsæsker. Ved kassation sammenblandes disse tabletter med andre tabletter – og det er ikke uset, at de ligeledes sammenblandes med flydende væsker.

En undersøgelse af denne del af medicinaffaldet vil derfor stille helt andre krav, end der er tale om i apoteksundersøgelsen – i denne undersøgelse indgår således kun medicin i pakninger eller blister, løse tabletter er slet ikke med. Dels fordi det ville stille helt andre krav til identifikationen af det kasserede lægemiddel – med et langt større tidsforbrug til følge.

---

[3] *Det er fra finsk side nævnt, at et finsk sygehus selv har udarbejdet en rapport om lægemiddellogistik på sygehuset og herunder har inddraget medicinaffald. Island har endvidere rapporteret om, at et islandsk sygehus har opgjort mængden af medicin, som i en periode er kasseret p.g.a. udløb. En tidligere norsk undersøgelse indeholder en kvalitativ undersøgelse vedr. sygehuse, baseret på interview med sygeplejere på tre norske sygehuse. Interviewene drejer sig udelukkende om sammenhæng mellem medicinkassation og brugen af dosisdispensering.*

Dels fordi det ville være forbundet med arbejdsmiljømæssige krav om udsugning mv. samt sikring mod kontakt med farlige lægemidler.

På denne baggrund har arbejdsgruppen som nævnt ikke fundet, at det til brug for nærværende rapport ville være realistisk med forventet udbytte at kunne gennemføres en undersøgelse af sygehusenes medicinaffald, herunder af årsagerne til medicinaffaldet. Arbejdsgruppen har imidlertid i kapitel 7 overvejet, hvorvidt der i et bredere tidsperspektiv med udbytte ville kunne designes en sådan undersøgelse, som samtidig – ligesom apoteksundersøgelsen – satte fokus på årsagerne til medicinaffaldet. Der henvises til kapitel 7 herom.

3.2.3.4 Undersøgelse i februar 2009 foretaget på 10 udvalgte apoteker

Som det fremgår af ovenstående har tidligere undersøgelser belyst omfanget af returmedicin på apotekerne. Arbejdsgruppen har vurderet, at det vil være relevant at gennemføre en ny undersøgelse af det medicinaffald, som indleveres på apotekerne – en undersøgelse som foruden at kortlægge omfang også belyser årsager til kassationen af medicinen. Arbejdsgruppen har desuden lagt vægt på, at en ny undersøgelse inddrager returnering af dosispakket medicin for at kunne vurdere, i hvilket omfang returmedicin er forbundet med dosisdispensering.

Inden for tidsrammen for arbejdsgruppens arbejde var det muligt for Lægemiddelstyrelsen i samarbejde med Danmarks Apotekerforening at foretage undersøgelsen, som forløb over en uge, uge 9, på 10 udvalgte, geografisk spredte apoteker. Der er anvendt omtrent det samme design som fra undersøgelsen i 2001

I nedenstående rapporteres undersøgelsens resultater.

Antal personer, returnerede pakninger samt køn og alder
I løbet af ugen returnerede i alt 317 personer 1.790 pakninger/lægemidler på de 10 apoteker. Flest kvinder og ældre returnerede medicin. Af de 317 personer var 28 plejehjemsbeboere og én var tilknyttet hjemmeplejen, dvs. ca. 9 pct. I mange tilfælde ønskede vedkommende som returnerede dog ikke eller havde ikke mulighed for at angive køn og alder. Således var alder for ca. en tredjedel af personerne ukendt. Det bemærkes, at der ikke er sat en grænse for ekspeditionsdatoen. De fleste pakninger, hvor ekspeditionsdatoen var udfyldt var dog fra 2008 og 2009.

Lægemiddel
Af tabel 2 fremgår antal lægemidler af ikke-dosisdispenseret medicin fordelt på ATC-hovedgrupper. Det ses at der blev returneret flest pakninger/lægemidler inden for lægemidler til nervesystemet, men dette er også en gruppe, der sælges mange lægemidler af. Sammenlignes tallene med salgstal målt i antal pakninger for 2008, er det lægemidler inden for grupperne "Hormoner til systemisk brug, ekskl. kønshormoner og insuliner" og "Sanseorganer" der blev returneret oftere, og lægemidler inden for gruppen "Kønshormoner og midler til kønsorganer og urinveje" blev returneret mere sjældent.

Tabel 2. Fordeling af antal returnerede ikke-dosisdispenserede pakninger/lægemidler på ATC-hovedgrupper[4]

ATC hovedgruppe	Antal pakninger/ lægemidler	Andel	Andel af antal ikke-dosisdispenserede pakninger solgt i 2008
A: Fordøjelse og stofskifte	276	16,5	11,7
B: Blod og bloddannende organer	69	4,1	3,8
C: Hjerte og kredsløb	272	16,3	13,4
D: Hudmidler	86	5,1	4,5
G: Kønshormoner og midler til kønsorganer og urinveje	31	1,9	4,8
H: Hormoner til systemisk brug, ekskl. kønshormoner og insuliner	48	2,9	1,5
J: Systemiske lægemidler mod infektionssygdomme	98	5,9	6,1
L: Cancermidler og lægemidler til immunsystemet	9	0,5	0,2
M: Muskler, led og knogler	91	5,4	6,1
N: Nervesystemet	402	24,0	29,7
P: Parasitmidler	18	1,1	0,9
R: Åndedrætsorganer	175	10,5	13,9
S: Sanseorganer	96	5,7	3,3
V: Diverse	2	0,1	0,1
I alt	1.673	100,0	100,0

Dosisdispensering
Ved dosisdispenseret medicin blandes de enkelte tabletter/kapsler sammen i poser. Dette bevirker, at hvis ét lægemiddel er årsag til, at f. eks. behandlingen med dette lægemiddel skal afsluttes eller ændres, returneres alle de dosisdispenserede lægemidler. Derfor er det ikke muligt at opgøre hvilke dosisdispenserede lægemidler, der blev returneret. Endvidere er det heller ikke muligt at angive den præcise årsag til returneringen.

Derimod kan det være interessant at se hvor mange tabletter eller kapsler, der blev returneret i gennemsnit pr. lægemiddel. I alt blev der returneret 1.994 tabletter/kapsler som dosisdispenseret medicin og 43.217 tabletter/kapsler som ikke-dosisdispenseret medicin i løbet af ugen. Det svarer til, at 4,4 pct. af de returnerede tabletter/kapsler var dosisdispenserede medicin. Dette skal ses i forhold til, at dosisdispenseret medicin i 2008 målt i DDD udgjorde 2, 9 pct. af alle lægemidler solgt i primærsektoren.

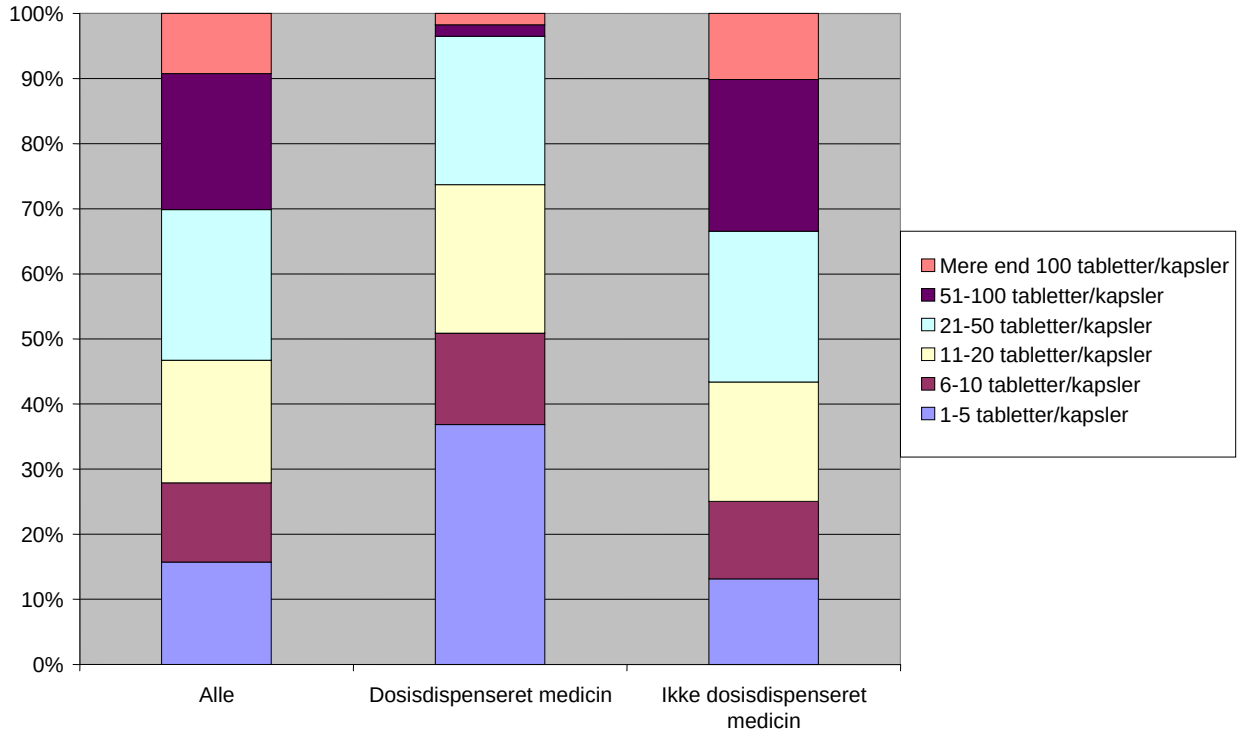
Af figuren nedenfor ses fordelingen af antal tabletter/kapsler returneret pr. person og lægemiddel. Det ses, at der generelt blev returneret flere tabletter/kapsler pr. person, når lægemidlet ikke var dosisdispenseret, end når det var dosisdispenseret.

Figur 1. Fordeling af antal tabletter/kapsler returneret pr. person og lægemiddel[5]

---

[4] *Tabel 8 i Lægemiddelstyrelsens rapport "Undersøgelse af omfanget og arten af returmedicin på apoteket, samt årsager hertil",* 2009.

[5] *Figur 2 i Lægemiddelstyrelsens rapport "Undersøgelse af omfanget og arten af returmedicin på apoteket, samt årsager hertil",* 2009.



Årsager til returnering

Af tabel 3 fremgår fordelingen af årsager til retuneringen af medicin. For næsten halvdelen af den returnerede medicin blev der angivet årsagerne ”dødsbo” (33,5 pct.) eller ”årsag ukendt” 22,5 pct.

Ud af de resterende små 50 pct. var næsten halvdelen af årsagerne oplyst til at være at holdbarhedsdatoen var overskredet (40,0 pct. af de oplyste årsager), mens andre hyppige årsager var "Behandling færdiggjort, men stadig medicin tilbage" (19,1 pct.), "Behandling afbrudt af læge" (17,8 pct.) og ”Behandling afbrudt af bruger” (16,7 pct.). Generelt er bi-virkninger ikke en ofte angivet årsag, men den kunne se ud til at optræde hyppigere inden for gruppen af lægemidler til hjerte og kredsløb.

Tabel 3. Fordeling af årsager til returnering af medicin[6]

Årsag	Antal pakninger/ lægemidler	Andel	Andel fratrukket dødsboer og ukendte årsager
Dødsbo	599	33,5	-
Årsag er ukendt/ikke opgivet	402	22,5	-
Holdbarhedsdato overskredet for pakning	285	15,9	40,0

[6] *Tabel 6 i Lægemiddelstyrelsens rapport ”Undersøgelse af omfanget og arten af returmedicin på apoteket, samt årsager hertil”,* 2009.

Årsag	Antal pakninger/ lægemidler	Andel	Andel fratrukket dødsboer og ukendte årsager
Behandling færdiggjort, men stadig medicin tilbage	136	7,6	19,1
Behandling afbrudt af læge	127	7,1	17,8
Behandling afbrudt af bruger, i alt	119	6,6	16,7
- Behandling afbrudt af bruger pga. bivirkninger	*45*	*2,5*	*6,3*
- Behandling afbrudt af bruger, ikke specificeret	*43*	*2,4*	*6,0*
- Behandling afbrudt af bruger pga. manglende effekt	*18*	*1,0*	*2,5*
- Behandling afbrudt af bruger pga. brugen af medicinen (eks. besværlig emballage, dispenseringsform mv.)	*8*	*0,4*	*1,1*
- Behandling afbrudt af bruger pga. substitution (f.eks. usikkerhed omkring skiftende navn og pakning)	*5*	*0,3*	*0,7*
Dosisdispenseret medicin, ingen årsag angivet	77	4,3	-
Behandling aldrig påbegyndt	18	1,0	2,5
Brugeren blev indlagt	17	0,9	2,4
Rest fra overgang til dosisdispenseret medicin	4	0,2	0,6
Usikkerhed omkring holdbarhed	3	0,2	0,4
Forkert opbevaring	3	0,2	0,4
I alt	1.790	100,0	100,0

Da der ikke er foretaget lignende undersøgelser i Danmark vedrørende årsager til kassation, er det ikke muligt at sammenligne med tidligere undersøgelse. Det bemærkes, at en ældre engelsk undersøgelse, som bl.a. omtales i rapportens kapitel 4, har peget på, at den mest hyppigt forekommende årsag var, at behandlingen blev stoppet eller ændret af lægen.

Omfang og økonomisk værdi af returmedicin
Undersøgelsens resultater viste, at fordeling af hvor meget der er tilbage i pakningen (målt i intervallerne 0-25 pct., 25-50 pct., 50-75 pct., 75-100 pct. og ubrudt) er næsten ens.

Af tabel 4 fremgår mængde og værdi af de indleverede pakninger/lægemidler fordelt på ATC-grupper. Målt i antal definerede døgndoser var ATC-grupperne Hjerte og kredsløb, Nervesystemet og Fordøjelse og stofskifte de tre mest returnerede typer lægemiddel. Værdien af de indleverede pakninger/lægemidler svarede til en nutidsværdi af i alt 184.763 kr.

målt i AUP (Apotekets Udsalgs Pris). Opregnet til års- og landsplan kan returmedicin afleveret på apotekerne herudfra beregnes til at udgøre ca. 252 mio. kr.

Tabel 4. Fordeling af mængde og værdi på ATC-hovedgrupper[7]

	Antal Defi-nerede Døgn Doser (DDD)	Apotekets Udsalgs Pris (AUP) målt i kr.
A: Fordøjelse og stofskifte	4.167	24.787
B: Blod og bloddannende organer	2.613	12.811
C: Hjerte og kredsløb	9.649	20.702
D: Hudmidler	593	2.295
G: Kønshormoner og midler til kønsorganer og urinveje	930	3.966
H: Hormoner til systemisk brug, ekskl. kønshormoner og insuliner	2.181	16.083
J: Systemiske lægemidler mod infektionssygdomme	554	16.140
L: Cancermidler og lægemidler til immunsystemet	400	14.554
M: Muskler, led og knogler	783	3.674
N: Nervesystemet	5.509	54.543
P: Parasitmidler	88	663
R: Åndedrætsorganer	1.574	11.287
S: Sanseorganer	1	3.097
V: Diverse	1	162
I alt	29.043	184.763

I undersøgelsen fra 2001 blev der indleveret, hvad der beregnet svarede til 1,5 pct. af den samlede omsætning af lægemidler. Beregninger fra undersøgelsen foretaget i 2009 viste, at den returnerede medicin udgjorde 2,4 pct. af den samlede omsætning af lægemidler. Der er således sket en stigning, men om denne stigning er udtryk for en reel stigning i medicinaffaldets omfang giver 2009-undersøgelsen dog ikke mulighed for at svare på.

Det er vigtig at understrege, at en sammenligning med resultaterne fra undersøgelsen fra 2001 er behæftet med stor usikkerhed, idet stikprøverne ikke kan anses for at være repræsentative. Undersøgelsen fra 2001 blev foretaget i over en måned i 2001, og stikprøven var domineret af apoteker fra landområder pga. et relativt stort frafald af de oprindeligt udvalgte apoteker. Apotekerne fra undersøgelsen fra 2009 er relativt bedre geografisk fordelt, men omvendt inkluderer undersøgelsen kun 10 apoteker, og indsamlingen foregik over kun en uge i år 2009. Beregningen må ligeledes anses for at være forbundet med stor usikkerhed.

Tilskud

[7] *Tabel 8 i Lægemiddelstyrelsens rapport "Undersøgelse af omfanget og arten af returmedicin på apoteket, samt årsager hertil",* 2009.

Af tabel 5 fremgår undersøgelsens resultater vedrørende fordeling af mængde og værdi opgjort i forhold til, hvorvidt lægemidlet er tilskudsberettiget, dvs. om der umiddelbart er mulighed for at få tilskud. De fleste af de i undersøgelsen returnerede lægemidler havde alment tilskud, dvs. at borgeren kan få tilskud til lægemidlet, hvis borgeren er nået op over den første beløbsgrænse i det behovsafhængige medicintilskudssystem. Returneret medicin, som potentielt har været tilskudsberettiget, udgjorde således i alt 75 pct. af den totale værdi målt i AUP – 68 pct. uden klausulering og 6 pct. med klausulering.[8] Opgørelsen er dermed ikke et estimat over, hvor meget der er givet i tilskud. Opregnet til års- og landsplan kan den tilskudsberettigede del af returmedicinen beregnes til at udgøre 188 mio. kr.

Tabel 5. Fordeling af mængde og værdi i forhold til hvorvidt lægemidlet er tilskudsberettiget[9]

	Antal pakninger	Andel	Antal DDD	AUP i kr.
Ikke tilskudsberettiget	369	26,7	3.920	46.732
Alment sygesikringstilskud (receptpligtig medicin)	787	56,9	20.953	126.231
Sygdomsklausuleret tilskud (receptpligtig medicin)	18	1,3	383	3.359
Tilskud kun pensionist eller ved bestemte sygdomme (håndkøbsmedicin)	208	15,1	3.786	8.441
I alt	1.382	100,0	29.043	184.763

4. Udenlandske erfaringer

4.1 Indledning

Arbejdsgruppen har ikke inden for de tidsmæssige rammer af udvalgsarbejdet haft mulighed for at gennemføre et egentligt studie af foreliggende udenlandsk litteratur og undersøgelser vedrørende medicinaffald og medicinspild.

Arbejdsgruppen har i stedet foretaget en høring omkring emnet gennem Lægemiddelstyrelsens og ministeriets EU-netværk og nordiske netværk. For det nordiske område er herudover søgt efter undersøgelser og rapporter.

4.2 Høring

---

[8] *Generelt tilskud indebærer, at det offentlige yder tilskud til det pågældende lægemiddel, uanset dettes konkrete anvendelse. Klausuleret tilskud indebærer, at det offentlige kun yder tilskud til bestemte anvendelser af lægemidlet, som fastlægges i en klausul. Klausulen kan omfatte bestemte sygdomme eller persongrupper, f.eks. personer, som ikke kan tåle at benytte et andet, billigere lægemiddel, der ligeledes er bestemt til behandling af den pågældendes sygdom.*

[9] *Tabel 9 i Lægemiddelstyrelsens rapport "Undersøgelse af omfanget og arten af returmedicin på apoteket, samt årsager hertil"*, 2009.

Arbejdsgruppens høring peger i retning af en vis stigende interesse og fokusering på emnet i EU og nordisk sammenhæng.

Fra de indkomne svar kan det nævnes, at **Tjekkiet** i 2006 gennemførte en undersøgelse af mængden af ubrugt medicin tilbageleveret til apotekerne. Det bemærkes, at man fandt en overraskende høj andel af tilbageleveret medicin – og et tilsvarende stort potentiale for forbedring af medicinanvendelsen. Tjekkiet anfører dog ikke konkrete tal herfor.

Holland oplyser, at husholdningernes samlede medicinaffald – afleveret til apotek eller smidt i skraldespanden – skønnes at være reduceret fra omkring 5 pct. for 10 år siden til 3.2 pct. ved den seneste undersøgelse i 2006. Der benyttes løbende informationskampagner for at sikre en bedre medicinanvendelse – og dermed et mindre medicinspild.

Sverige oplyser, at det statsejede apotek AB aktuelt udfører et forskningsprogram om ”Pharmaceuticals and the Environment”, som bl.a. har til formål at fremskaffe viden om medicinaffald. Denne viden skal bruges til at få en forbedret information og håndtering af lægemidler. Programmet har et bedre miljøhensyn som overordnet formål.

Finland har ligeledes haft fokus på medicinaffald og har i den anledning bestemt, at der kun kan anskaffes lægemidler til tre måneders forbrug, ligesom man søger at fremme brugen af dosisdispensering. På det største finske sygehus er der gennemført en undersøgelse af mulighederne for at opnå en bedre logistik i sygehusenes medicinanvendelse og herunder reducere medicinaffaldet (rapport foreligger kun på finsk).

Island oplyser, at der ikke foreligger publicerede data om omfanget af medicinaffald på Island. Mængden af medicinaffald, afleveret af borgerne til apotek, er dog opgjort af forbrændingsanlæggene til 4,8 tons i 2006, men der er ingen yderligere beregninger knyttet til dette tal. Endvidere nævnes det, at et sygehus har opgjort værdien af medicin, der er kasseret pga. overskrevet udløbsdato, i 2007 til 2,8 mio. islandske kroner. Tallet er dog ikke sat i forhold til omsætningen af medicin på sygehuset.

4.3 Undersøgelser og rapporter

For så vidt angår undersøgelser og rapporter har arbejdsgruppen konstateret, at medicinaffald og medicinspild har indgået som et emne i en svensk betænkning om et nyt medicintilskudssystem fra 2000 og har været et selvstændigt emne for en norsk konsulentrapport fra 2002. Endelig foreligger fra 2005 en artikel om en engelsk undersøgelse fra 2001.

Hovedemnet for **den svenske betænkning** fra 2000 er som nævnt et nyt medicintilskudssystem, men betænkningen indeholder også et kapitel med overvejelser om ”Foranstaltninger til mindre kassation og en forbedret medicinanvendelse”

Der tages udgangspunkt i, at medicin, der leveres tilbage til apotekerne, anslås at udgøre 2-4 pct. af den medicin, der udleveres fra apotekerne – hvilket på daværende tidspunkt repræsenterede en værdi på ca. ½ mia. svenske kroner. Der nævnes dog samtidig, at en tidligere norsk interview-undersøgelse skulle pege på, at det samlede medicinaffald kan andrage op til 10 pct. – inklusiv den del, der ikke returneres til apotekerne, men kasseres direkte af husholdningerne.

Der fremsættes på den baggrund nogle forslag til at imødegå medicinspild. Det drejer sig bl.a. om følgende:

- Indførelse af startpakninger, dvs. mindre pakninger af lægemidler, som benyttes ved indledningen af en lægemiddelbehandling og indtil det er kendt, om den skal videreføres. Sigtet er at imødegå medicinspild i forbindelse med indstillede lægemiddelbehandlinger
- Brug af dosisdispensering, som var under udvikling i Sverige på betænkningstidspunktet. Forslaget bygger på en forventning om, at brug af dosisdispensering vil mindske medicinspildet
- Oprettelse af lægemiddeldepoter på plejehjem og i tilknytning til hjemmesygeplejen. Det indgår i vurdering af dette forslag, at der kan undgås et medicinspild på 10 pct., jf. skønnet ovenfor

Herudover er der forslag om medicingennemgang og oprettelse af en elektronisk medicinprofil, som imidlertid har en bedre medicinanvendelse som hovedformål.

Den norske konsulentundersøgelse fra 2002 er udført for de norske lægemiddelmyndigheder og har til hovedformål at vurdere omfanget af medicinaffald og på dette grundlag vurdere grundlaget for indførelse af dosisdispensering.

Undersøgelsen rummer dels en interview-del og dels en apoteks-del. Det anslås herudfra, at medicinaffaldet udgør ca. 2 pct. af de lægemidler, der udleveredes på apotekerne, svarende til 123 mio. norske kroner på daværende tidspunkt. Det understreges dog, at dette anses for et underkantsskøn. Det skyldes, at interview-delen af undersøgelsen har peget på, at en meget stor del af medicinaffaldet rent faktisk afleveres på apoteket – mere end halvdelen. Dette er i strid med tidligere skøn – på kun 10 pct. – og anses derfor for at være en overvurdering. I så fald vil det samlede medicinaffald være større.

Hovedforslaget til at imødegå medicinaffald er i rapporten indførelse af dosisdispensering.

Herudover foreslås bl.a.:

- Indførelse af startpakninger
- Indførelse af et centralt register over udskrivning og afhentning af lægemidler – en medicinprofil
- Øget brug af elektroniske recepter

Endelig skal nævnes en **engelsk undersøgelse**, som er refereret i artiklen ”An analysis of returned medicins in primary care” publiceret i 2005.[10]

Artiklen refererer resultaterne af en undersøgelse af medicin, returneret til 8 apoteker og 5 lægeklinikker i august 2001 og har som sådan en del lighed med den af arbejdsgruppen gennemførte undersøgelse på danske apoteker. Hovedvægten i undersøgelsen er ikke lagt på opgørelse af mængder og værdi af kasseret medicin, men derimod på arten af medicin og årsagen til returnering.

---

[10] Artiklen ”An analysis of returned medicines in primary care” fra Apotekernes Dokumentationsdatabse er skrevet af Chris Langley, John Marriott,Adam Mackridge og Richard Daniszewski.

Langt den største årsagsforklaring findes i undersøgelsen at være, at lægen har ændret eller stoppet behandlingen med det pågældende lægemiddel. Den næststørste forklaringsfaktor angives til at være almindelig oprydning i hjemmet. Som de næste faktorer følger dødsfald og medicin, hvis udløbsdato er overskredet.

Som forslag til at reducere medicinspildet peges på indførelse af mindre startpakninger og regelmæssig medicingennemgang.

5. Årsager til medicinspild

5.1 Indledning

Som nævnt i kapitel 3 er det vigtigt at sondre mellem begreberne medicinaffald og medicinspild. **Medicinaffald** er enhver form for kasseret medicin. **Medicinspild** er den del af medicinaffaldet, som kunne være undgået. Det er naturligvis alene medicinspild, der er relevant i den aktuelle sammenhæng. Den del af medicinaffaldet, der ikke kan undgås, er uden interesse, bortset fra bortskaffelsesmæssige overvejelser, som har miljømæssig interesse. Disse er ikke inddraget i overvejelserne her.

Det er imidlertid ikke altid helt enkelt at sondre mellem medicinspild og uundgåeligt medicinaffald.

Medicin, der kasseres, fordi behandlingen af patienten med det pågældende lægemiddel indstilles, vil være et medicinspild, hvis det sker uden grund. Det kan f.eks. være, at patienten selv ophører med at tage medicinen af en af de årsager, der beskrives inden for compliance-problematikken. Derimod vil der umiddelbart være tale om et uundgåeligt medicinaffald, såfremt behandlingen indstilles af patientsikkerhedsmæssige årsager. Det kan f.eks. være fordi, der er tale om en fejlbehandling, fordi der er konstateret uhensigtsmæssig interaktion med andre lægemidler hos patienten eller pga. uforudsete bivirkninger.

Også i den sidstnævnte situation vil der dog kunne være tale om et medicinspild, nemlig hvis den omhandlede lægemiddelordination kunne være undgået. Et interaktions-problem kunne måske være undgået ved brug af IT-redskaber som Medicinprofilen, der giver lægen et overblik over medicineringen af den pågældende patient og bl.a. rummer en interaktionsdatabase. Eller ”skaden” kunne have været begrænset ved ordination af en mindre pakningsstørrelse.

Med andre ord vil det ofte være nødvendigt at vurdere situationen individuelt for den enkelte konkrete patient for at kunne afgøre, om en kasseret medicin er udtryk for et medicinspild eller et uundgåeligt medicinaffald.

Dette betyder, at ved vurderingen af de neden for refererede overvejelser vedrørende årsagerne til medicinspild – der f.eks. bare kan bestå af overskriften ”bivirkninger” – er det vigtigt at være opmærksom på hele medicineringsprocessen. Bag den umiddelbare forklaring på et lægemiddels kassation kan der ligge en række forklaringer, som udgør den

egentlige årsag til medicinaffaldet – eller som kan nuancere årsagerne til dets opståen, som i eksemplet ovenfor.

Det skal bemærkes, at de påpegede mulige årsagsforklaringer på medicinspild er af ren kvalitativ art og således ikke rummer oplysninger eller formodninger om de enkelte årsagers indbyrdes betydning i en kvantitativ sammenhæng.

5.2 Høring af parter på området

Med henblik på at belyse årsagerne til medicinspild bredest muligt, er en række relevante aktører på området inddraget. Således er nedenstående parter hørt i forbindelse med arbejdet:

- Danmarks Apotekerforening
- Dansk Sygeplejeråd
- Danske Patienter
- Farmakonomforeningen
- Lægeforeningen
- Pharma Danmark
- Sundhedsstyrelsen/Embedslægerne

Herudover har KL og Danske Regioner bidraget til kortlægningen af årsager til medicinspild.

Nedenfor er givet et referat af de indkomne svar. Det skal bemærkes, at der i de indkomne svar oftest er brugt betegnelsen medicinspild – også i tilfælde, hvor der efter ovenstående definition snarere er tale om medicinaffald, der enten kan være et medicinspild eller et uundgåeligt medicinaffald, jf. også afsnit 5.1.

Høringssvarene er optaget som bilag 2 til nærværende rapport

Danmarks Apotekerforening har indledningsvis anført, at medicinspild aldrig helt kan undgås. Det er naturligt, at der som led i en sikker og tidssvarende lægemiddelbehandling kasseres medicin, og man bør ikke tilstræbe at eliminere medicinspildet helt. De af foreningen påpegede mulige årsager til medicinspild skal ses i dette lys. Foreningen har anført nedenstående årsager til medicinspild:

- Præparatskift i tilfælde, hvor en behandling seponeres eller der sker ændring i valg af præparat eller styrke
- Lægemidler, der er blevet til overs efter endt behandling
- Kassation grundet stop i behandlingen som følge af bivirkninger
- Generisk substitution:
  Varierende præparatnavn eller udseende kan forvirre patienterne og derved foranledige ophør af behandling. Desuden kan vekslende bivirkninger ved generiske præparater medføre seponering af medicinen.
- Overskridelse af udløbsdatoen, inden pakningen er opbrugt, hvorfor lægemidlet må kasseres
- Compliance/konkordans:

Lægens anvisning følges ikke på grund af pateintens manglende forståelse for behandlingen samt efterlevelse af denne.
- Oprydning i medicinskabe i lægepraksis
- Opgørelse af dødsbo, hvorefter restmedicin returneres med henblik på destruktion

Danmarks Apotekerforeningen har desuden henvist til, at tidligere gennemførte undersøgelser viser, at en meget stor andel kasserede lægemidler er fra ATC-gruppen N, som er lægemidler, der anvendes for smerter, epilepsi, søvnløshed, psykofarmaka m.m. Denne gruppe alene udgjorde også den største andel af den samlede værdi. Lægemidlerne i denne gruppe anvendes ofte i en terminalfase, og lægemidlerne kan derfor stamme fra private dødsboer eller plejehjem/hjemmepleje.

Danske Regioner har anført nedenstående årsager til medicinspild i Danmark:

Primærsektoren
- Dosisdispensering til patienter, som ikke er i stabilt medicineret
- Seponering af behandling eller ændringer i behandling/ordination
- Kassation pga. bivirkninger
- Patienten stopper behandlingen før medicinen er brugt, f.eks. fordi patienten føler sig rask
- Mangel på overblik over patientens løbende medicin, hvorfor lægen ordinerer unødig meget medicin

Sekundærsektoren
- Forkert ophældning/blanding af medicin
- Ændring i behandling efter medicinen er ophældt/blandet
- Forkerte lægemiddelbestillinger til sygehusafdelinger, som ikke returnerer lægemidlerne tidsnok til sygehusapoteket
- Pakningsstørrelser, som ikke svarer til afdelingens forbrug
- Kort udløb efter anbrud (f.eks. ved magistrelle lægemidler)
- Rester af lægemiddel i hætteglas eller infusionsposer, hvor f.eks. de sidste medicinrester ikke kan trækkes op
- Beredskabspræparater, der skal være på lager på en afdeling, og som udløber inden anvendelse
- Patientens medbragte medicin, som i visse tilfælde kasseres (ved seponering af behandling eller ved dødsfald)

Dansk Sygeplejeråd har anført, at medicinspildet i Danmark blandt andet skyldes dosisdispenseringsordningen. Dansk Sygeplejeråd har bemærket, at dosisdispensering på mange måder er en brugervenlig, patientsikker form for medicinhåndtering, som er til stor fordel for patienter i stabile forløb. Dansk Sygeplejeråd har dog påpeget, at der er en risiko for et stort medicinspild for patienter i ustabile forløb og med mange ordinationsændringer.

Dansk Sygeplejeråd har desuden anført, at når en borger køber medicin til en kort behandling, bliver der ofte ordineret en større mængde medicin end nødvendigt. Det er Dansk Sygeplejeråds opfattelse, at dette bl.a. skyldes, at de små pakninger er uforholdsmæssig dyrere end større pakninger, samt i tilfælde af at patienten eventuelt skal bruge medicinen med regelmæssige intervaller. I sidstnævnte tilfælde vil det være besparende med større pakninger. Dansk Sygeplejeråd har anført, at der dog sjældent er tale om en reel besparelse, da der ifølge embedslægetilsynene i primærsektoren ikke må ligge medicin hos en borger,

som ikke anvendes, hvorfor medicinen skal sendes tilbage til apoteket med henblik på destruktion.

Endvidere har Dansk Sygeplejeråd anført, at navnene på medicin løbende ændres, og at det i en del tilfælde betyder, at de borgere ikke er opmærksomme på, at der på trods af et ændret navn, fortsat er tale om samme præparat, som borgerne plejer at få, og derfor køber borgerne efterfølgende det kendte præparat.

Danske Patienter har oplyst, at foreningen finder det meget relevant, at der tages initiativ til at kortlægge omfanget og karakteren af medicinspildet for at sikre et solidt vidensgrundlag, som kan danne baggrund for udvikling af metoder til reduktion af samme. Det er Danske Patienters opfattelse, at en reduktion af medicinspildet både vil kunne optimere behandlingseffekter og øge patientsikkerheden.

Danske Patienter har i høringssvaret primært bidraget med forslag til initiativer til reduktion af medicinspild i Danmark, hvorfor der henvises til kapitel 6 om forslag til nedbringelse af medicinspild.

Farmakonomforeningen har generelt henholdt sig til indholdet af høringssvaret fra Danmarks Apotekerforening

KL har anført nedenstående årsager til medicinspild:

- Dosisdispensering til patienter, som ikke er i stabilt medicineret samt situationer, hvor ændringer og levering af ny medicin ikke kan ske fra dag til dag
- Sektorovergange
- Manglende compliance
- Manglende medicingennemgange
- Pakningsstørrelser og ordinationspraksis
- Substitution af lægemidler
- Palliative forløb og dødsfald, hvor medicinbehov hyppigt ændres hos patienterne

Lægeforeningen har peget på nedenstående årsager til medicinspild:

- Fejl i ordination – i tilfælde, hvor patienten har fået udskrevet i en for stor mængde medicin, som patienten ikke kan nå at anvende (både relevant i forhold til primær og sekundær sektor).

- Fejl i dispensering – ændring i dosisdispensering, hvorfor gamle poser må kasseres.

- Compliance – situationer, hvor borgere har fået udskrevet den korrekte mængde medicin, men ophører med at anvende medicinen. Patienten kan f.eks. glemme at fuldføre en antibiotikakur. Der kan også være tale om forvirring vedrørende den udskrevne medicin, særligt for så vidt angår substitutionsproblemer - f.eks. hvis patienten tror, at en behandling er ændret til et nyt lægemiddel, og så smider et generisk præparat med et andet navn ud.

Pharma Danmark har oplyst, at man fra apotekernes side oplever følgende væsentlige årsager til medicinspild:

- Præparatskift som følge af bivirkninger
- Præparatskift som følge af medicinskift ved substitution, hvor patienten ønsker at vende tilbage til det tidligere benyttede præparat
- Ordination af store pakninger til førstegangsbrugere
- Ordination af store pakninger til terminale patienter
- Fejlordinationer hos lægen (præparat/styrke)
- Indkøb af større mængder medicin i forbindelse med udløb af tilskudsperiode
- Dosisdispensering til ikke-stabile patienter
- Ordinationer på receptserveren, som – når de afhentes sent – er blevet uaktuelle som følge af ændret styrke eller lignende

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at styrelsen ikke har konkret kendskab til årsagerne til medicinspild. Det er dog umiddelbart Sundhedsstyrelsens vurdering, at nedenstående faktorer kan resultere i medicinspild, men at der også kan være mange andre årsager:

- Medicinpakninger:
  - Der findes ikke pakninger i den rette størrelse til en given ordination, hvorfor der ordineres en for stor pakke.
  - Prisen på den store pakke er grundet konkurrence forholdsvis meget lavere end prisen på en mindre pakke.

- Ordination:
  - Ændring af ordinationen, inden den hidtil ordinerede medicin er opbrugt, og hvor dette ikke er nødvendigt af patientsikkerhedsmæssige grunde (f.eks. ved skift mellem analoge, svage smertestillende tabletter).
  - Dobbeltordination, hvor lægen ikke er opmærksom på, at patienten er i behandling med andet (synonymt eller analogt) lægemiddel med samme indikation. Behandlingen fortsættes med et af lægemidlerne, og det andet kasseres. Sundhedsstyrelsen har anført, at dette måske især er et problem ved sektorskift – særligt vedrørende udskrivelse fra sygehus.
  - Ny ordination af lægemiddel, f.eks. initieret af hjemmeplejen, der alligevel er i kontakt med lægen, selvom patienten har tilstrækkeligt af lægemidlet.
  - Bestilling af stor mængde lægemidler for at undgå mange lægehenvendelser.
  - Ordination af dosisdispenseret medicin til patienter, der ikke er tilstrækkeligt stabile.
  - Fortsat ordination af dosisdispenseret medicin under en ustabile fase til patienter, der har været stabile i en/flere perioder.
  - Iværksættelse af dosisdispenseret medicin, hvor patienten har et større lager af medicin i hjemmet, der derfor kasseres.
  - Mangelfuld information af patienten om nødvendigheden af at fuldføre hele behandlingen, også selvom symptomerne er ophørt (f.eks. ved infektioner).

Sundhedsstyrelsen har for så vidt angår lægeklinikker, sygehuse mv. anført, at der kan ske medicinspild i medicindepoter på afdelinger, hvor medicinen kun anvendes sjældent, og hvor der ikke er patientsikkerhedsmæssige krav til akut adgang (som der er af eksempelvis injektionsvæske adrenalin). Sundhedsstyrelsen har desuden anført, at det for så vidt angår lægeklinikker, sygehuse mv. også kan opstå medicinspild grundet den medicin, som de praktiserende læger, der deltager i lægevagten, har i deres lægetasker. Disse har typisk en fyldt lægetaske med medicin, der er nødvendig af patientsikkerhedsmæssige årsager.

Sundhedsstyrelsen har desuden bidraget med forslag til initiativer vedrørende reduktion af medicinspild i Danmark, hvorfor der henvises til kapitel 6 om forslag til nedbringelse af medicinspild.

Afslutningsvis kan i denne sammenhæng erindres om, at den i kapitel 4 omtalte **engelske undersøgelse** fra 2001 pegede på især fire typer af årsager til kassation af medicin:

- Behandling med det pågældende lægemiddel stoppet eller ændret af lægen
- Almindelig oprydning i hjemmet
- Dødsfald
- Overskreden udløbsdato

5.3 Arbejdsgruppens undersøgelse af medicin, afleveret på apoteket

Som nærmere redegjort for i kapitel 3 har arbejdsgruppens undersøgelse af medicin, afleveret på udvalgte danske apoteker i en uge i februar 2009, især udpeget følgende årsager til kassation af medicn:

- Dødsboer
- Overskredet holdbarhedsdato
- Tiloversbleven medicin efter endt behandling
- Behandling afbrudt af læge
- Behandling afbrudt af patient pga. manglende effekt, bivirkninger eller lignende

5.4 Kategorier af årsager til medicinspild

Gennemgangen af de forskellige årsagsforklaringer, som er fremkommet fra høringsparter og undersøgelser, viser, at årsagerne til medicinaffald og dermed i mange situationer også medicinspild kan inddeles i et antal kategorier. En sådan opdeling kan være nyttig i forbindelse med overvejelserne omkring mulige initiativer til imødegåelse af medicinspild. Det skal understreges, at opdelingen i årsagskategorier er rent kvalitativ. Der foreligger ikke oplysninger, der kan danne grundlag for en indbyrdes kvantificering af de enkelte gruppers betydning for det samlede medicinspild.

Kategorierne er kort sammenfattet nedenfor.

5.4.1 Dosisdispensering

Dosisdispensering er i sig selv en ordning, der kan reducere medicinspild, fordi udmålingen af medicinen så at sige tilpasses den enkelte patient.

Det er imidlertid samtidig fremhævet, at dosisdispensering kan være en årsag til medicinspild, nemlig for patienter, der ikke er i stabile forløb og hvis medicinering derfor ofte seponeres. De resterende poser med den tidligere ordinerede medicin vil nemlig så skulle kasseres.

Der er ligeledes peget på, at andre dele af regelsættet omkring dosisdispensering kan virke ufleksible og dermed være årsag til medicinspild. Det gælder f.eks. det forhold, at der typisk dosispakkes til et 14-dages forbrug og at leveringstiden for nye dosispakninger kan være op til syv dage. Dette kan således betyde, at den praktiserende læge eller sygehuslægen må ordinere den nye medicin midlertidigt i traditionelle pakninger, mens man venter på de nye dosispakninger. På den måde kan de gamle dosispakninger med medicin op til 14 dage gå til spilde. En kortere leveringstid vil kunne imødegå dette.

Endelig er der peget på, at kurmedicin såsom antibiotika ikke bør medtages i dosispakninger, da dosispakningerne så skal ændres ved starten og slutningen af kuren – med et muligt medicinspild til følge, jf. ovenfor.

5.4.2 Compliance

Compliance – eller rettere mangel på samme – er ofte anført som en kilde til medicinspild. Betegnelsen refererer til den situation, hvor patienten imod lægens anvisning indstiller en medicinsk behandling og kasserer den resterende medicin. Det kan skyldes en række forskellige årsager: at patienten ikke føler, at behandlingen virker, at patienten oplever ubehagelige bivirkninger, at patienten føler sig rask og derfor stopper behandlingen – uanset at denne måske har en bestemt virkningstid. Compliance-problemer optræder især hyppigt i forbindelse med forebyggende medicin, hvor patienten ikke oplever en direkte virkning af medicinen.

En særlig variant af compliance-problematikken er blevet fremhævet i forbindelse med medicinskift.

Substitutionsreglerne i det danske medicintilskudssystem indebærer, at apotekerne som udgangspunkt skal udlevere det billigste generiske præparat. For lægemidler, hvor der er flere – undertiden mange – generika på markedet, kan dette betyde hyppige skift af præparat af det samme lægemiddel for den enkelte patient. Det er blevet påpeget, at dette kan skabe utryghed hos nogle patienter og føre til, at patienten fravælger et udleveret præparat og i stedet afventer en ny ordination fra lægen. Her vil kunne opstå et medicinspild for det ”fravalgte” præparat.

Manglende compliance er især et stort problem for patientsikkerheden. Men det afleder uden tvivl også et omfattende medicinspild.

5.4.3 Lægens ordination

Der er i svarene peget på en række situationer, hvor lægens ordination er eller kan være en medvirkende årsag til medicinspild. Det drejer sig f.eks. om situationer, hvor lægen ændrer ordinationen af et lægemiddel før det tidligere lægemiddel er brugt op, uden at dette havde været nødvendigt af hensyn til patientsikkerheden. Eller at lægen har udskrevet for store mængder – måske endda til teminale patienter – for at undgå mange lægehenvendelser.

I de fleste af de nævnte eksempler synes den egentlige årsag at være, at lægen har et utilstrækkeligt overblik over patientens medicinering og derfor ikke foretager en optimal ordination.

5.4.4 Sektorovergange

Sektorovergange mellem sygehus og eget hjem eller botilbud er situationer, der ofte giver anledning til ændringer i den pågældende patients medicinering. Manglende overblik over patientens medicinering – og mangelfuld kommunikation mellem de involverede sundhedspersoner – vil her kunne give anledning til dobbeltordination eller unødvendige ordinationsændringer med medicinspild til følge.

5.4.5 Pakningsstørrelser, prissystemet og substitution af lægemidler samt navngivning af lægemidler

Under denne kategori er samlet en række påpegede årsager til medicinspild, som er af en mere teknisk art. Det drejer sig f.eks. om lægemidler, der kun markedsføres i store pakninger, selv om der til en konkret behandling måske kun er behov for et mindre antal piller. Således som det vil være tilfældet med en kur-behandling. Eller lægemidler, hvor enhedsprisen per tablet i små pakninger er så høj, at den tilskynder til køb af større pakninger. Også forholdet mellem generisk navn (indholdsstof) og salgsnavn er nævnt her. I dag er salgsnavnet fremhævet, mens det generiske navn er skrevet med mindre typer. Hvis det var omvendt kunne det måske forhindre den forvirring ved præparatskift, som er nævnt under punkt 5.4.2 ovenfor.

5.4.6 Sekundærsektoren

Endelig er der fra henholdsvis Danske Regioner og Danske Patienter peget på en række konkrete situationer, hvor fejl på sygehuset fører til medicinspild. Der er bl.a. peget på, at fejl kan opstå ved, at der er fejl i bestillingen af medicinen eller i timingen af bestillingen – eller ved at der sker en forkert blanding af medicinen. Nogle lægemidler har kort udløbstid efter anbrud (især magistrelle lægemidler), og for flydende lægemidler vil rester efter en behandling typisk ikke kunne anvendes til andre patienter.

Det skal i den forbindelse nævnes, at det i svaret fra Danske Patienter er påpeget, at man i registret om utilsigtede hændelser vil have en mulig kilde til oplysninger om årsager til medicinspild. Ministeriet har på den baggrund set årsrapporten for 2008 og konstateret, at Dansk Patientsikkerhedsdatabase, som indeholder de utilsigtede hændelser, i 2008 har modtaget 6783 rapporter om hændelser i forbindelse med medicinering. Det svarer til 34 pct. af de samlede rapporter.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at disse rapporter om utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering vil kunne rumme oplysninger om årsager til medicinspild i sekundærsektoren – uanset at selve medicinspild-aspektet ikke som sådan er baggrunden for selve rapporteringen. Det har imidlertid ligget uden for arbejdsgruppens tidsmæssige rammer at inddrage en samlet gennemgang af registret i sit arbejde.

6. Vurdering af aktuelle og nye initiativer til nedbringelse af medicinspild

6.1 Indledning

Som det er fremgået af kapitel 5, har arbejdsgruppen anmodet en række relevante aktører inden for området om at bidrage med overvejelser omkring mulige årsager til medicinspild. I sammenhæng hermed har arbejdsgruppen ligeledes bedt de pågældende aktører om at fremkomme med eventuelle forslag til initiativer, der kan imødegå medicinspild. I dette kapitel er redegjort nærmere for de forslag, som er fremkommet i denne høringsproces såvel som gennem arbejdsgruppens undersøgelser og drøftelser heraf.

Gennemgangen af de enkelte forslag er disponeret ud fra den kategorisering af årsagerne til medicinspild, som er foretaget i kapitel 5.

For hver kategori er først redegjort for indsatsen i dag, herunder særligt hvilke igangværende initiativer, der måtte være på det pågældende område. Hvor der foreligger kvantitative data til belysning af indsatsen, er disse søgt medtaget.

Ved vurderingen af de enkelte forslag til initiativer til nedbringelse af omfanget af medicinspild i Danmark er lagt vægt på at inddrage eventuelle virkninger, forslaget måtte have i forhold til patientsikkerheden.

6.2 Gennemgang af de enkelte områder

6.2.1 Dosisdispensering i primærsektoren

Regelgrundlaget
Dosisdispensering blev indført i primærsektoren i 2001. Ordningen har i praksis fungeret siden 2002 med en langsom, men støt stigende udbredelse, jf. nedenfor.

Dosisdispensering indebærer, at den enkelte borger kan få pakket sin medicin til hvert indtagelsestidspunkt i engangsposer (dosispakker). Medicinen doseres i dosispakker til hvert indtagelsestidspunkt og pakkes i den kronologiske rækkefølge, som medicinen skal indtages. Hver dosispakke forsynes med borgerens navn og cpr-nummer, samt med information om indhold og indtagelsestidspunkt.

Formålet med maskinel dosisdispensering er at opnå en mere sikker og hygiejnisk måde at ophælde lægemidler på. Dosisdispensering kan dermed øge patientsikkerheden og skabe en

bedre compliance hos patienterne. Ordningen sigter mod at kvalitetssikre lægemiddelbehandlingen, hvor der er ordineret flere lægemidler af lægen til en patient.

Det er udelukkende tabletter og kapsler, der må dosisdispenseres til patienter i den primære sundhedssektor. Da selve dosisdispenseringen foregår på en række centrale pakkeapoteker, er der en leveringstid fra dosisdispensering ordineres, indtil patienten kan modtage dosispakkerne. Denne periode må højst være syv dage. Patienten modtager sine dosispakker kontinuerligt hver 14. dag, når vedkommende indgår i ordningen, naturligvis under forudsætning af fortsat lægelig ordination.

Ved ordinationsændringer skal lægen enten angive, at lægemidlet skal seponeres, reduceres eller forøges. Ved akutte ordinationsændringer må en recept på mindste pakning udstedes af lægen, da der som nævnt er nogle dages ekspeditionstid, før patienten modtager de nye dosispakker. Ved akut reduktion eller seponering af et lægemiddel, som indgår i dosispakkerne, må det pågældende lægemiddel fjernes fra dosispakkerne. Kan patienten eller dennes pårørende/hjælpere ikke gøre dette, må dosispakkernes kasseres.

Patienterne, der indgår i dosisdispenseringsordningen, betaler ikke for hele pakninger, men kun for det antal tabletter og kapsler, som modtages i dosispakkerne. Der er fastsat et gebyr for at modtage dosisdispenseret medicin.

Benyttelsen af ordningen
Antallet af patienter, der benytter sig af dosisdispenseringsordningen er efter en langsom start ved indførelsen i 2001 steget betydeligt i de senere år. I januar 2007 fik 30.941 personer dosisdispenseret deres medicin. I januar 2008 var tallet steget til 36.203 og i januar 2009 til 41.246 personer. Det svarer til en årlig stigning på henholdsvis 17 og 14 pct.

En overvejende del af brugerne af ordningen er ældre patienter. Af de 41.246 personer, der benyttede ordningen i januar 2009 var de 32.043 65 år eller derover. Det svarer til 78 pct. af brugerne.

Antallet af brugere på 65 år eller derover udgjorde dog kun 3,7 pct. af befolkningen i denne aldersgruppe. Der må således antages at være et betydeligt potentiale for en fortsat vækst i brugen af ordningen i de kommende år.

I tabel 6 ses fordelingen af ældre brugere af dosisdispenseret medicin i januar 2009 på aldersgrupper. Det fremgår, at andelen især vokser fra 80-85 års alderen.

Tabel 6. Fordelingen af ældre brugere af dosisdispenseret medicin i januar 2009

Aldersgruppe	Antal personer	Befolkningstal pr. 1. januar 2009	Andel af befolkningen i pct.
65-69	2.137	280.068	0,8
70-74	3.000	211.089	1,4
75-79	4.588	157.483	2,9
80-84			6,0

	7.089	118.400	
85-89	8.073	72.101	11,2
90+	7.156	36.355	19,7

Kilde: Lægemiddelstyrelsen

Den samlede mængde af dosisdispenseret medicin udgjorde 78 mio. DDD i 2008. Det er en stigning på 22 pct. i forhold til 2007. I forhold til den samlede mængde medicin udleveret i primærsektoren i 2008 på 2.669 mio. DDD udgjorde dosisdispenseret medicin 2,9 pct

Dosisdispenseret medicin havde i 2008 en samlet værdi af 333 mio. kr. – svarende til 2,5 pct. af værdien af al medicin udleveret i primærsektoren.

Igangværende initiativer
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har aktuelt planlagt følgende aktiviteter i relation til dosisdispenseringsordningen.

I bruttoavanceaftalen mellem regeringen og Danmarks Apotekerforening for 2009-2010 er det aftalt at igangsætte en analyse af dosisdispenseringsordningen. Analysen vil indeholde en gennemgang af regelgrundlaget for ordningen med henblik på en vurdering af mulighederne for at optimere ordningen. I gennemgangen skal bl.a. indgå overvejelser om, hvorvidt der skal gælde særlige regler for lægemidler til dosisdispenseringsformål i forhold til f.eks. udleveringsregler, takstperiodens længde og anvendelsen af særlige leverancer af lægemidler til dosispakkeformål. Analysen forventes at foreligge den 1. oktober 2009 og vil herefter danne grundlag for overvejelser om ændringer i de økonomiske vilkår for dosisdispensering.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vil i forbindelse med udmøntningen af den sidste del af compliancepuljen anmode om at modtage forslag til projekter, som omhandler dosisdispenseringsordningen. Det påregnes således, at der inden udgangen af 2009 vil blive meddelt støtte til et større projekt, som skal identificere potentielle risici og problemer ved dosisdispensering med henblik på at imødegå disse, så det kan sikres, at dosisdispensering anvendes rationelt i praksis. Et led heri er naturligvis, at dosisdispensering anvendes i forhold til den rigtige patientgruppe.

Arbejdsgruppens overvejelser
Det er arbejdsgruppens opfattelse, at dosisdispenseringsordningen er en nyttig ordning, som brugt rigtigt vil kunne forbedre patientsikkerheden og samtidig medvirke til at reducere medicinspild.

Der er imidlertid i arbejdsgruppens høring fra flere sider peget på, at ordningen øger medicinspildet, hvis den bruges i forhold til patienter, der ikke er stabilt medicinerede og derfor tit skal have seponeret medicinen. Ikke brugte dispenseringsposer vil nemlig blive kasseret. Ligeledes er der i høringen peget på, at en større fleksibilitet i ordningen vil kunne medvirke til mindre medicinspild.

Arbejdsgruppen konstaterer, at der allerede er igangsat en gennemgang af regelgrundlaget for dosisdispenseringsordningen. Denne gennemgang har først og fremmest til formål at sikre en økonomisk optimering af ordningen. Arbejdsgruppen ser det imidlertid som en mulighed, at der i regelgennemgangen samtidig inddrages hensynet til at reducere medicinspild. Det vil bl.a. omfatte reglerne om 14-dages pakninger og spørgsmålet om, hvor hurtigt seponerede dosispakninger kan leveres, så medicinspild ved seponeringer reduceres mest muligt.

Arbejdsgruppen konstaterer samtidig, at det planlagte, større projekt vedrørende anvendelse af dosisdispensering med støtte fra compliancepuljen netop adresserer hovedproblemet i forhold til medicinspildsproblematikken: afgrænsningen af den relevante patientgruppe såvel som spørgsmålet om, hvilke former for lægemidler, der bør indgå i en dosisdispensering.

6.2.2 Compliance

Begrebet compliance
Compliance dækker over patientens evne eller vilje til at følge en given ordination. Målet er naturligvis størst mulig compliance, dvs. patienter, som fuldt ud følger lægens ordination og anvisninger for anvendelsen af det enkelte lægemiddel.

Der er imidlertid ikke tvivl om, at lav compliance er et omfattende problem – adskillige undersøgelser har bekræftet dette, jf. nedenfor. Årsagerne til lav compliance kan være almindelig glemsomhed eller mere eller mindre bevidst ikke-compliance, hvor patienten stopper behandlingen før tid, holder pauser i behandlingen eller på anden vis ikke følger lægens ordination. Oftest fordi patienten ikke føler behandlingen virker eller oplever bivirkninger ved denne. Som bagvedliggende årsag til manglende compliance findes ofte en manglende konkordans, dvs. at der ikke er overensstemmelse mellem lægens og patientens opfattelse af sygdom og behandlingsforløb. Endvidere er peget på, at medicinskift som følge af substitutionsreglerne i medicintilskudssystemet kan skabe tryghedsproblemer og medvirke til lav compliance. Dette spørgsmål er behandlet selvstændigt i afsnit 6.2.5 nedenfor

Uanset årsagen vil lav compliance have den virkning, at medicin ikke indtages og at der således er forbundet medicinspild hermed.

Omfanget af compliance
I 2006 blev der med støtte fra compliance-puljen udarbejdet en rapport om compliance-problematikken af Institut for Rationel Farmakoterapi. Rapporten indeholder bl.a. en gennemgang af foreliggende undersøgelser af omfanget af problemet med manglende compliance.

Rapporten påpeger indledningsvis, at det er et fælles budskab i de mange artikler om emnet, at lav grad af efterlevelse af lægemiddelordinationer er et hyppigt fænomen. Ved behandling af kroniske sygdomme bliver ca. 50 pct. af de ordinerede lægemiddeldoser indtaget som ordineret. Generelt anføres det, at lav compliance kan forventes hos 25-50 pct. af patienterne med stor variation, især efter sygdommens karakter. 60-75 pct. af cancerpatienter tager således den ordinerede behandling med morfinlignende smertestillende midler, li-

gesom der ved diabetes og HIV ses forholdsvis høj compliance. Ved behandling af astma, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol tager derimod kun ca. 50 pct. af patienterne mindst 80 pct. af de ordinerede doser. Lav compliance er ligeledes et stort problem inden for de psykiske sygdomme. Ved depression stopper 30-40 pct. af patienterne helt med at tage medicinen inden for 12 uger og ved manisk-depressiv sygdom er compliance ca. 40 pct.

Rapportens samlede konklusion vedrørende omfanget af compliance er følgende:

- Overordnet er compliance ca. 50 pct. ved behandling af kronisk sygdom
- En tredjedel af patienterne følger ordinationerne strikt, mens en tredjedel har så lav compliance, at behandlingseffekt ikke kan forventes
- Compliance falder typisk i de første 6 måneder for herefter at stabiliseres
- Ca. en tredjedel af patienterne holder behandlingspauser af mindst tre dages varighed
- Compliance stiger i den sidste uge før en konsultation hos lægen. Den høje compliance opretholdes i ca. en uge efter konsultationen
- Compliance er lavere ved psykisk sygdom, ved behandling af sygdom, der ikke giver symptomer, og ved forebyggende behandling
- Compliance hos børn er nogenlunde på samme niveau som hos voksne
- At bo alene er hos ældre associeret med lav compliance

Det kan i tilknytning hertil bemærkes, at i arbejdsgruppens gennemførte undersøgelse af medicinaffald, afleveret på apoteket, udgjorde andelen af medicinaffald, der blev afleveret, fordi patienten selv havde afbrudt behandlingen eller aldrig havde påbegyndt denne, 6,6 pct. af det samlede medicinaffald der blev afleveret, jf. kapitel 3.

Igangværende initiativer
Med medicinaftalen fra 2004 blev der mellem regeringspartierne og Folketingets øvrige partier truffet aftale om, at der over en fireårig periode årligt afsættes 10 mio. kr. til iværksættelse af studier og initiativer vedrørende lægemiddelforbruget og lægemiddelanvendelsen for forskellige patientgrupper.

Midlerne er primært anvendt til iværksættelse af konkrete projekter med compliancemæssigt sigte. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har desuden i 2007, bl.a. for at sikre opmærksomhed på problemstillingen, afholdt en compliancekonference med fokus på internationale erfaringer og danske complianceinitiativer. Det planlægges at afholde en ny compliancekonference den 12. juni 2009 med fokus på implementering af compliancemæssige tiltag. Det planlægges ligeledes at runde det fire-årige projektforløb af med en rapportering af resultaterne af de gennemføre projekter med særligt sigte på hvilke initiativer, der i praksis har vist sig som egnede instrumenter til at opnå compliance.

Arbejdsgruppens overvejelser
Der er efter arbejdsgruppens opfattelse ikke tvivl om, at lav compliance er et problem, der resulterer i, at ordineret medicin ikke afhentes, og at afhentet medicin ikke indtages, men i stedet kasseres. Omfanget af kassation er vanskeligt at anslå, men der er næppe tvivl om, at der kan være tale om en væsentlig kilde til medicinspild. Det er derfor vigtigt, at der gennemføres projekter og initiativer i øvrigt, der kan medvirke til at skabe en bedre compliance. Det er imidlertid samtidig arbejdsgruppens opfattelse, at disse aktiviteter har som deres primære formål at forbedre patienternes medicinanvendelse ud fra et patientsikkerhedsmæssigt hensyn: altså at sikre, at patienterne rent faktisk indtager den medicin, som er ordineret til dem. I det omfang dette lykkes, vil det naturligvis samtidig betyde, at der

ikke fremkommer et medicinspild i forbindelse med en indstillet medicinsk behandling, som burde være fortsat.

Arbejdsgruppen finder ikke, at medicinspildsaspektet i sig selv giver anledning til at foreslå nye initiativer på dette område.

6.2.3 Lægens ordinationer

Problemet
Som omtalt i kapitel 5 er ændringer i lægens ordination den hyppigste begrundelse for aflevering af kasseret medicin til apotek og lægeklinik i en engelsk undersøgelse fra 2001.

I den af arbejdsgruppen gennemførte undersøgelse af medicinaffald, afleveret på apoteket, havde ”behandling afbrudt af læge” derimod en noget mindre placering som forklaringsfaktor. Andelen af medicinaffald, afleveret med denne begrundelse, udgjorde 7,1 pct. ud af det samlede medicinaffald, der blev afleveret, hvilket er af omtrent samme størrelse som forklaringsfaktorerne ”behandling afbrudt af patienten selv” og ”behandling færdiggjort, men stadig medicin tilbage”

Lægens ordination er udpeget som en årsag til medicinspild fra flere af de hørte parter. Gennemgående årsagsforklaringer er ordinationsændring, der kunne have afventet at den tidligere lægemiddelpakning var opbrugt, ordination af for store pakninger, bl.a. ved opstart af ny behandling, som det måske viser sig nødvendigt at stoppe igen, og til terminale patienter samt dobbeltordination. Ligeledes er der peget på, at flergangsrecepter kan betyde, at der indløses medicin – af patienten, pårørende eller hjemmesygeplejen – som de pågældende eventuelt ikke skal have mere, fordi lægen har ændret ordinationen.

Problemet er mere generelt, hvordan det sikres, at den enkelte læge ordinerer lægemidler optimalt i forhold til den enkelte patient: dvs. det rigtige lægemiddel (uden uacceptable bivirkninger eller interaktioner med andre lægemidler hos patienten), i den rigtige mængde (små pakninger ved startbehandlinger) på det rigtige tidspunkt.

Det umiddelbare svar er: ved at sikre at lægen har de bedst mulige redskaber til sin rådighed ved fastlæggelsen af ordinationen til den enkelte patient.

Eksisterende redskaber
Der er i de senere år udviklet en række generelle it-baserede redskaber, hvis formål netop har været at forbedre grundlaget for lægens ordination.

Her skal især nævnes:

- Den fælles Lægemiddelinformation, som indeholder en samlet oversigt over alle markedsførte lægemidler med tilknyttet relevant information
- Interaktionsdatabasen, som indeholder oplysninger om de forskellige lægemidlers indbyrdes interaktioner
- De nationale rekommendationslister, som indeholder en gruppering af analoge lægemidler ud fra effekt og bivirkninger og herudfra præsenterer et udvalg af hensigtsmæssige præparatvalg

- Ordiprax-systemet, som gør det muligt for den enkelte læge at sammenligne sin ordinationsadfærd med gennemsnit for f.eks. regionen

Et af de senere års udviklede it-redskaber er Den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM), som har til formål at tilvejebringe et overblik over den enkelte patients medicinering – og dermed danne et grundlag for en optimal lægeordination.

Den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM)
Det elektroniske redskab Medicinprofilen er oprettet med henblik på at øge kvaliteten af medicinsk behandling. Formålet med Medicinprofilen er således at øge kvaliteten i behandlingen af patienterne, og Medicinprofilen skal være med til at sikre, at borgeren får:

- den rigtige medicin
- den rigtige mængde medicin
- medicin, der virker efter hensigten og ikke virker anderledes end ventet sammen med anden medicin.

Medicinprofilen indeholder:

- en komplet oversigt over alle borgerens elektroniske recepter samt oplysninger om ekspederede papir-, fax- og telefonrecepter, som borgeren har fået de seneste to år
- en oversigt over den medicin, som borgeren har købt på recept på apoteket de seneste to år – derimod indgår oplysninger om indkøbt håndkøbsmedicin ikke
- detaljerede oplysninger om alle ordinationer og købt medicin
- oplysninger om patientens praktiserende læge
- oplysninger om, hvilken læge der har ordineret lægemidler til borgeren
- oplysninger om, hvilket apotek der har ekspederet borgerens recepter
- oplysninger om borgerens medicintilskud
- en kontrol af om de ordinerede lægemidler påvirker hinanden (interaktionskontrol)
- desuden kan oplysninger om lægemidler eller grupper af lægemidler, som borgeren ikke kan tåle (lægemiddelcave), indlægges
- endelig indeholder Medicinprofilen en log, hvor borgeren kan se, hvilke aktiviteter, der har været på profilen

I Medicinprofilen har lægen således mulighed for at se:

- hvilke lægemidler, der er ordineret elektronisk til patienten, og hvilke recepter, patienten har indløst på apoteket
- om der til samme patient er ordineret flere lægemidler, der virker ens, fra forskellige læger (praktiserende læger, speciallæger, sygehuslæger m.v.)
- om der er interaktioner mellem lægemidlerne i patientens medicinprofil
- om der er registreret lægemiddelcave på patienten
- oplysninger om patientens medicintilskud.

Der er desuden en række særlige funktioner til læger i Medicinprofilen. Læger har mulighed for at:

- ansøge elektronisk om medicintilskud

- oprette og forny elektroniske recepter
- annullere udstedte elektroniske recepter, som ikke er hentet og reserveret af et apotek.
- inaktivere elektroniske recepter, så recepten ikke kan ekspederes på et apotek (inaktiverede recepter kan senere aktiveres igen, hvis behandlingen skal fortsætte)
- se compliance-kurver for hvert enkelt lægemiddel og for den samlede lægemiddelbeholdning.
- registrere lægemiddelcave, hvis der er bestemte lægemidler, som en patient ikke kan tåle.
- tjekke for interaktioner mellem købte lægtemidler samt nye lægemidler, der endnu ikke er købt.

Med oplysninger i Medicinprofilen vil lægen kunne danne sig sammenhængende billede af ordinationer og køb, som kan bidrage til at give lægen et overblik over hvilken mængde medicin, patienten har adgang til. Om patienten reelt følger den anviste lægemiddelbehandling, kan Medicinprofilen naturligvis ikke i sig give oplysninger om.

Ud over læger har også apoteker og kommuner lovmæssig adgang til oplysningerne i Medicinprofilen – efter samtykke fra den pågældende patient.

Benyttelsen af Medicinprofilen
Antallet af læger, der foretager opslag i Medicinprofilen, er kun steget langsomt, siden adgangen blev åbnet. I oversigten neden for er vist en aktuel dagstatistik for opslag i medicinprofilen.

	Antal daglige opslag/ forespørgsler	Antal unikke læger, der i løbet af en dag har foretaget opslag
Praksislæger	ca. 2.000	ca. 250
Lægens medhjælp	ca. 200	ca. 20
Sygehuslæger	ca. 500	ca. 26

Det kan ikke ud fra den foreliggende dagstatistik oplyses, i hvilket omfang det er de samme læger, der dagligt benytter Medicinprofilen.

Det må dog generelt konkluderes, at det fortsat kun er et meget begrænset antal læger, der foretager opslag i Medicinprofilen som hjælperedskab. Dette gælder for læger i såvel primær- som sekundærsektoren.

26 kommuner har i dag opslagsmulighed i Medicinprofilen.

Der er lidt over 500 borgere dagligt, der logger sig på deres medicinprofil.

Nye redskaber
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har iværksat et initiativ, der har til formål at skabe grundlaget for en udvikling af et Fælles Medicinkort (FMK), som er en fælles, national elektronisk service. Denne service er en videreudvikling af PEM og receptserveren. Initiativet er organiseret som et selvstændigt program (FMK-programmet), der ledes af Digital

Sundhed. Derudover bidrager alle relevante parter til projektet, f.eks. Lægemiddelstyrelsen, MedCom og regioner/kommuner.

Mens PEM indeholder en oversigt over de receptordinerede lægemidler udleveret på apoteket, er receptserveren et system, der samler alle recepter sendt fra læger og sygehuse til apotekerne. FMK bygger videre på de to systemer, idet grundtanken er, at alle relevante informationer samles i ét medicinkort, der via system-til-system integration og udbyggede sikkerhedsmekanismer stiller data og services til rådighed som en integreret del af de it-systemer, aktørerne i forvejen anvender. Der skal altså ikke anskaffes ny software, kun foretages tilpasninger i eksisterende systemer, og brugerne kan gå ind i systemet fra deres eksisterende medicinmoduler.

FMK skal bidrage til, at borgere i Danmark får en korrekt og sikker medicinsk behandling. Visionen er, at alle borgere i Danmark får et elektronisk medicinkort, hvor alle ordinationer af medicin er opført. Det gælder den medicin, de praktiserende læger og sygehusene udskriver, den medicin, som apotekerne udleverer, og den medicin, som kommunerne administrerer, samt på sigt også den medicin, som private aktører (privathospitaler mv.) udskriver.

Ved at give adgang til FMK vil alle de centrale aktører i sundhedssektoren til enhver tid - på deres skærm i eget system - kunne se en korrekt og aktuel liste over den medicin, deres patient eller den ældre medborger modtager.

Hovedformålet er at få reduceret hyppigheden af fejlmedicineringer, der typisk opstår, når en del af sundhedsvæsenet ikke kan se hvilken medicin, en anden del af systemet har ordineret. FMK vil bl.a. være værdifuldt ved de akutte indlæggelser, hvor patienten ikke selv kan videregive medicinoplysninger, eller ved udskrivelser fra sygehus, hvor patientens egen læge efterfølgende kan se, hvilket behandling patienten er udskrevet med.

FMK forventes at øge kvaliteten i behandlingen og forenkle arbejdsgange ved at give aktørerne i sundhedsvæsenet adgang til patienternes samlede medicinoplysninger. Det er dog en forudsætning herfor, at der etableres et regelsæt, som sikrer, at alle aktører bruger systemet, således at medicinkortet altid repræsenterer en korrekt og aktuel liste over hver enkelt borgers medicin.

Frem til årsskiftet afprøves løsningen i et pilotprojekt. Der er udarbejdet en business case for projektet, og afsat en ramme til igangsætning af udviklingsarbejdet. Der er imidlertid på nuværende tidspunkt ikke truffet beslutning om et finansieringsgrundlag for projektet. Såfremt der træffes beslutning herom, vurderes det, at en udrulning til den samlede sundhedssektor vil kunne ske i 2009 og 2010.

Arbejdsgruppens overvejelser
Det er arbejdsgruppens opfattelse, at de grundlæggende it-redskaber til at sikre en optimal lægemiddelordination allerede er til stede i dag.

Som det imidlertid fremgår ovenfor har et centralt redskab som Medicinprofilen ikke vundet indpas som værktøj i lægens dagligdag i det ønskede omfang. Dette skyldes først og fremmest, at Medicinprofilen er et selvstændigt it-redskab, der skal aktiveres selvstændigt i forbindelse med den enkelte konsultation.

Det er netop dette problem, der er adresseret i konceptet bag Det Fælles Medicinkort, idet tanken her er at gøre Medicinprofilen tilgængelig i den enkelte læges eget it-system – og samtidig videreudvikles.

Arbejdsgruppen ser derfor udviklingen af det Fælles Medicinkort som et initiativ, der vil kunne medvirke til at optimere lægens ordination og begrænse det medicinspild, der måtte stamme herfra.

Herudover skal arbejdsgruppen pege på en kommunikation med lægerne vedrørende en række af de forhold omkring deres ordinationer, der er blevet peget på. Der skal i den forbindelse henvises til, at det generelt må forudsættes, at lægens ordinationer hviler på et overblik over den pågældende patients medicinering, herunder en vurdering af mulighederne for interaktion mellem de lægemidler, der ordineres til patienten.

6.2.4 Sektorovergange

Regelgrundlaget
Patienters overgang mellem sektorer i sundhedsvæsenet – især patienters udskrivning fra sygehus til botilbud eller eget hjem – er ofte forbundet med ændringer i patientens medicinordination. Der vil i disse situationer være behov for, at patientens læge tilpasser medicinordinationen til den nye situation.

I Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler står der i forbindelse med indlæggelse/udskrivning:

”Er der under indlæggelsen foretaget ændringer i medicineringen, skal der udarbejdes en liste over patientens aktuelle medicin ved udskrivelsen. Patienten skal medgives en kopi af medicinlisten med angivelse af lægemidlernes betegnelse, indikation, lægemiddelform, styrke, dosis, doseringshyppighed og eventuelt administrationsmåde. Når hjemmeplejen varetager medicingivningen eller patienten bor i plejebolig, skal der sendes en kopi af medicinlisten hertil.

Ved udskrivelse skal egen læge hurtigst muligt informeres om ændringer i medicineringen under indlæggelsen, således at den nødvendige opfølgende behandling kan iværksættes. Medicineringen skal fremgå af epikrisen, eventuelt ved en kopi af medicinlisten. Gennemføres der ændringer i medicineringen ved ambulant behandling, skal egen læge ligeledes informeres tids nok til at opfølgende behandling kan iværksættes.”

Det overordnede formål hermed er at reducere antallet af fejl i medicinordinationer i overgange i patientforløb, men der vil samtidig kunne opnås en reduktion af medicinspild, f.eks. ved at der undgås dobbeltordinationer.

Erfaringerne viser imidlertid, at kommunikationen mellem sektorerne ikke altid fungerer tilfredsstillende. Der er i disse situationer mulighed for fejl i lægens ordination, eventuelt i form af dobbeltordination eller unødige ordinationsændringer med medicinspild til følge.

Arbejdsgruppens overvejelser

Sektorovergange er efter arbejdsgruppens opfattelse utvivlsomt situationer, der kan give anledning til fejl i lægens ordination med deraf følgende medicinspild. Problemet opstår, når en del af sundhedsvæsenet ikke kan se, hvilken medicin, en anden del af systemet har ordineret. Derfor er den rigtige indsats at etablere et overblik over patienters medicinering, som er fælles for alle sektorer. Dette er netop hovedformået med Det fælles Medicinkort. Der henvises til omtalen i afsnit 6.2.3 ovenfor.

Indtil der måtte blive truffet beslutning om udvikling af det fælles medicinkort – og en udrulning er komplet – vil der imidlertid være behov for at der sker en kommunikation vedrørende ændringer i patientens medicinering i forbindelse med sektorovergange i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning, jf. ovenfor.

6.2.5 Pakningsstørrelser, prissystemet og substitution af lægemidler samt navngivning af lægemidler

Pakningsstørrelser og prissystemet

Regelgrundlaget
Lægemiddelvirksomheder kan selv bestemme, i hvilke pakningsstørrelser, de ønsker at markedsføre deres lægemiddelprodukter, ligesom de frit kan prisfastsætte pakninger af deres lægemiddelprodukter. Dette sker ved, at de hver 14. dag har mulighed for at indmelde en ændring i apotekets indkøbs pris (AIP) til Lægemiddelstyrelsen. Der er ingen krav om, at der skal være sammenhæng mellem priserne på pakninger af lægemiddelprodukter i forskellig styrke eller størrelse.

Den fri konkurrence fører generelt til lavere priser på markeder med generisk konkurrence. På grund af den fri konkurrence kan det bl.a. hænde, at små pakninger er uforholdsmæssigt dyrere pr. enhed end større pakninger. Dette kan således skyldes, at der er stærkest konkurrence/priskrig på de store pakninger.

Der findes imidlertid også eksempler på, at små pakninger kan være billigere pr. enhed end store pakninger. Lægemiddelstyrelsen stiller datagrundlag til rådighed for apotekerne, således at der ved ordination af en stor pakning kan udleveres flere, ens, mindre pakninger - f.eks. 3x30 stk. i stedet for 1x98 stk. – hvis dette er fordelagtigt for kunden. Har lægen ordineret en stor pakning, kan kunden altid vælge at få udleveret en mindre pakning og senere få udleveret det resterende antal af den ordinerede mængde.

Problemet
Det er i flere høringssvar anført, at man med fordel kunne have flere såkaldte "startpakninger" på markedet, så førstegangsbrugere kan starte med en lille pakning. Hvis der startes en behandling med en stor pakning, er der risiko for medicinspild, hvis patienten ikke kan tåle lægemidlet eller det ikke ser ud til at have den ønskede virkning. Endvidere er der fra henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Danmarks Apotekerforening peget på, at der ikke altid findes pakninger i den rette størrelse til en given ordination, hvorfor der ordineres en for stor pakke og er medicin til overs efter endt behandling. Eksempelvis kan der være medicin til overs efter endt penicillinkur. Denne medicin vil blive kasseret og repræsenterer dermed et medicinspild. Endelig er der peget på, at prissystemet kan rumme et incitament til medicin-

spild i tilfælde, hvor store pakninger er forholdsmæssigt meget billigere end små pakninger.

Lægemiddelstyrelsen har bedt Sundhedsstyrelsen og Apotekerforeningen om at uddybe ovenstående synspunkter vedrørende tilgængelige pakningsstørrelser med eksempler.

Apotekerforeningen har oplyst, at det ikke er mangel på markedsføring af små pakninger af antibiotika, der fører til medicinspild. Der forekommer imidlertid situationer med restordrer på små pakninger, hvor man er nødt til at udlevere en stor pakning for at sætte kuren i gang. Desuden er peget på, at miksturer til børn somme tider doseres nøjagtigt pr. kg. De er dermed meget individuelt ordineret, hvorved der kan blive medicin til overs fra pakninger, der jo kun foreligger i standardstørrelse.

Sundhedsstyrelsen har som eksempel anført Hjertemagnyl, som kun findes i 100 stk. og ikke i mindre pakninger.

Arbejdsgruppens overvejelser
Som det fremgår ovenfor har myndighederne ikke i dag mulighed for at pålægge lægemiddelvirksomhederne at markedsføre bestemte pakningsstørrelser eller lægge særlige begrænsninger på prissætningen af lægemiddelpakninger. Dette skal ses på baggrund af organiseringen af lægemiddelmarkedet, hvor der på den ene side er fri prisdannelse på lægemidler og på den anden side er et medicintilskudssystem, som tilskynder til køb af det billigste lægemiddel, hvor der er generisk konkurrence.

Dette system har tilvejebragt en stærk konkurrence på markedet for generiske lægemidler og medvirket til at fastholde en begrænset stigning i priser og udgifter til lægemidler i primærsektoren. Arbejdsgruppen ser ikke hensynet til en begrænsning af medicinspild som et forhold, der i sig selv kan begrunde en ændring af prissystemet. Tilsvarende vil der næppe være grundlag for lovgivningsmæssigt at gennemtvinge markedsføring af lægemidler i bestemte pakningsstørrelser. Med en fri prisdannelse ville dette næppe have nogen effekt, da små pakninger kan prissættes højt, hvis de anses for uønskede fra lægemiddelvirksomhedernes side.

Arbejdsgruppen skal frem for sådanne tvangsmæssige indgreb i stedet pege på muligheden for at tage kontakt til lægemiddelindustrien om markedsføring af mindre pakninger – ”startpakninger” – hvor dette er fagligt relevant.

Som grundlag herfor bør der i første omgang ske en sundhedsfaglig afklaring af for hvilke typer af lægemidler, dette vil være relevant. Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen bør i fællesskab stå herfor.

Substitution, tilskudssystemet

Regelgrundlaget
For lægemidler, der kan substitueres, grupperes de enkelte pakninger i såkaldte pakningssubstitutionsgrupper alt efter pakningsstørrelse. For lægemidler med udleveringsbestemmelse ”B”, dvs. receptpligtige lægemidler med mulighed for flere udleveringer eller for håndkøbslægemidler, må der maksimalt være en forskel i størrelsen på 25 pct. fra den mindste til den største pakning for, at de kan være i samme pakningssubstitutionsgruppe.

For lægemidler med andre udleveringsbestemmelser (f.eks. kopieringspligtigt eller receptpligtigt med kun én udlevering) er grænsen 10 pct.

Substitutionsreglerne sikrer herefter, at kunden på apoteket får tilbudt den billigste lægemiddelpakning, der kan substitueres til. Den udleverede pakning har ikke nødvendigvis præcis den samme mængde, som man får ordineret. Langt de fleste substitutionsgrupper, hvor der er forskellige pakningsstørrelser, består dog af enten 98 og 100 stk. eller 28 og 30 stk. Det er således sjældent, at kunden på apoteket kan komme hjem med mere end 2 tabletter flere, end der var ordineret.

Tilskudsprisen, dvs. den pris, som en eventuel tilskudsandel beregnes ud fra, følger altid den billigste pakning i substitutionsgruppen, som ikke er i leveringssvigt, således at man ved udlevering af denne pakning får beregnet tilskuddet ud fra den fulde pris. Ønsker kunden en anden pakning end den billigste, gives der ikke tilskud til prisforskellen.

Problemet
Konkurrenceforholdene på det generiske lægemiddelmarked indebærer hyppige skift af det lægemiddel, som er det billigste i en substitutionsgruppe. For at få fuldt tilskud vil nogle patienter derfor opleve at få udleveret forskellige lægemidler inden for en substitutionsgruppe fra gang til gang. Det er fra flere sider påpeget, at dette skaber utryghed hos nogle patienter. Utrygheden kan føre til medicinspild, såfremt patienten i stedet for at bruge det udleverede lægemiddel anmoder lægen om at ordinere det præparat, der tidligere er brugt.

Igangværende initiativer
Spørgsmålet om eventuelle problemer i forbindelse med medicinskift har været diskuteret ved flere lejligheder og indgik bl.a. som et tema på Sundhedsministeriets compliance-konference i 2007. Det kunne her konstateres, at der internationalt kun foreligger ganske få undersøgelser af emnet.

Dette var en medvirkende årsag til, at ministeriet besluttede at iværksætte en større dansk undersøgelse af emnet ”Generisk substitution: Indflydelse på medicinbrugernes komplians og tryghed”.

Efter udbud blev Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense under Syddansk Universitetscenter i december 2007 valgt til at gennemføre undersøgelsen. Afrapporteringen af undersøgelsen ventes at ske inden for kort tid.

Arbejdsgruppens overvejelser
Arbejdsgruppen kan konstatere, at resultatet af en større dansk undersøgelse af omfanget og karakteren af eventuelle problemer i forbindelse med medicinskift vil foreligge i løbet af 2009.Arbejdsgruppen finder, at de videre overvejelser om emnet samt eventuelle initiativer i den anledning bør afvente denne rapport.

Arbejdsgruppen er endvidere bekendt med, at det af Apotekerforeningen fremlagte forslag om, at substitutionsreglerne for apoteket udvides, således at der – inden for en fastsat grænse – kan tilbydes andre pakninger end den billigste med et eventuelt tilskud beregnet ud fra den fulde pris, har været behandlet bl.a. som et led i bruttoavanceforhandlingerne for 2009-2010 mellem regeringen og Apotekerforeningen, men at der ikke ved denne lejlighed blev fundet grundlag for at fremme forslaget.

Navngivning af lægemidler

Regelgrundlaget
Godkendte lægemidlers navne reguleres i lægemiddellovens kapitel 6 og i bekendtgørelse om mærkning m.m. af lægemidler. EU-reglerne fremgår af afsnit 5 i lægemiddeldirektivet samt – for centralt godkendte lægemidler – af Kommissionens guidelines om information på pakninger af lægemidler til mennesker godkendt efter den centrale procedure.

Reglerne giver i dag lægemiddelvirksomhederne ret vide muligheder for selv at fastlægge, hvordan informationen om lægemidlets navn og indhold skal præsenteres på pakningen. Virksomheden kan således selv vælge, om navnet på et lægemiddel skal være et særnavn – f.eks. Panodil, Pinex eller Pamol – eller et fællesnavn – f.eks. Paracetamol, som er fællesnavnet for de tre nævnte særnavne – efterfulgt af et varemærke eller navnet på indehaveren af markedsføringstilladelsen. Eller alternativt kan vælges en videnskabelig betegnelse – dvs. den kemiske betegnelse for substansen i lægemidlet – efterfulgt af et varemærke eller navnet på indehaveren af markedsføringstilladelsen.

Såfremt der anvendes et særnavn, skal fællesnavnet tydeligt fremgå på pakningen/etiketten med mindst halv så stor typestørrelse som lægemidlets særnavn og i samme synsfelt som dette. Fællesnavnet skal anbringes på en sådan måde, at det ikke vanskeliggør en entydig identifikation af lægemidlet. Der eksisterer desuden en række yderligere mærkningskrav.

Problemet
Som omtalt ovenfor vil medicintilskudssystemet for nogle patienter kunne medføre hyppige skift af lægemiddel inden for en substitutionsgruppe. Sådanne skift vil kunne være forbundet med utryghed hos patienten og eventuelt føre til at udleveret medicin ikke benyttes, men i stedet kasseres.

I den forbindelse er der peget på, at en forskellig mærknings-praksis fra de enkelte lægemiddelvirksomheders side – især omkring brug af særnavn kontra fællesnavn vil medvirke til skabe utryghed ved medicinskift.

Det er derfor foreslået, at reglerne omkring mærkning strammes op, f.eks. således, at lægemidlets fællesnavn altid skal anføres først og med de største bogstaver. Herved kan der opnås en større tryghed om, at der er tale om det samme lægemiddel, uanset at særnavnet er et andet end sidste gang patienten fik den pågældende medicinen udleveret.

Arbejdsgruppens overvejelser
Det er umiddelbart arbejdsgruppens opfattelse, at en mulig forvirring omkring lægemidlers navne vil kunne medvirke til at skabe utryghed i forbindelse med medicinskift.

Som omtalt oven for forventes en større undersøgelse af forholdene ved medicinskift i løbet af 2009 at afrapportere. Såfremt denne undersøgelse viser, at der er behov for særlige initiativer finder arbejdsgruppen det naturligt, at spørgsmålet om mærkning af lægemiddelpakninger også medtages i disse overvejelser.

Arbejdsgruppen skal dog henlede opmærksomheden på, at det næppe vil være muligt inden for rammerne af den gældende EU-regulering at fastsætte særlige nationale krav til ud-

formningen af pakningsmateriale for lægemidler, som i øvrigt opfylder de fælles kvalitets- og sikkerhedskrav. Lægemiddelstyrelsen vil imidlertid i sin vejledning om mærkning af lægemidler kunne henstille til lægemiddelvirksomhederne om at følge en bestemt praksis.

Tidsmæssig begrænsning af udlevering af lægemidler

Regelgrundlaget
Der er ikke i dag regler, der lægger generelle begrænsninger på den mængde af et lægemiddel, som lægen kan udskrive på recept til den enkelte patient.

Som nævnt i kapitel 4 har man i Finland som et middel mod medicinspild indført en bestemmelse om, at der på recepten kun må udskrives medicin, svarende til et tre måneders forbrug.

Arbejdsgruppens overvejelser
Udskrivning af store mængder af lægemidler på såvel engangs- som flergangsrecepter er en mulig kilde til medicinspild. Dette gælder naturligvis ikke mindst, hvor der er tale om terminale patienter. Også hensynet til en bedre terapeutisk styring af den enkelte patients medicinering kan tale imod udskrivning af store mængder.

Arbejdsgruppen finder det imidlertid betænkeligt at indføre egentlige generelle regler, der lægger begrænsninger på de mængder af et lægemiddel, som lægen kan udskrive på recept – f.eks. en regel om maksimal udskrivning til et tre måneders forbrug af lægemidlet.

Det skyldes, at de besparelser, der vil kunne opnås i reduceret medicinspild, må afvejes i forhold til den større arbejdsbyrde hos lægerne, som vil opstå ved, at patienten skal kontakte lægen hver tredje måned.

Arbejdsgruppen finder det derfor mere nærliggende, at forholdet inddrages i en kommunikation med lægerne omkring en række af de forhold i forbindelse med deres ordinationer, der er blevet rejst i denne sammenhæng. I den sammenhæng skal arbejdsgruppen også pege på muligheden for, at lægen udskriver seponeringsrecepter på medicin, som patienten ikke skal have udleveret mere, således at det undgås, at der indløses flergangsrecepter på medicin, som patienten ikke skal have mere. Herved vil der således være mulighed for at imødegå de nævnte problemer med udskrivning af store medicinmængder på flergangsrecepter.

Endvidere skal arbejdsgruppen pege på muligheden for at indhente erfaringer fra Finland omkring effekterne af bestemmelsen.

6.2.6 Sekundærsektoren

Som beskrevet i kapitel 3 har det ikke været muligt inden for arbejdsgruppens tidsramme at gennemføre en undersøgelse af karakteren og omfanget af medicinspild på sygehusene samt årsagerne hertil.

Der er dog i kapitel 5 anført en række konkrete situationer, som giver anledning til medicinspild på sygehusene. Der er først og fremmest tale om fejl i forbindelse med bestilling - herunder timing af bestillingen - og opblandingen af medicinen.

Eksisterende redskaber
Danske Regioner har oplyst, at i relation til forebyggelse af medicinspild, er et af de vigtigste initiativer, der er gennemført på sygehusene i de seneste år, er indførelsen af medicinservice.

Medicinservice vil sige, at en farmakonom fra sygehusapoteket, med støtte fra en farmaceut, overtager ansvaret for de kliniske afdelingers forsyning med lægemidler. Medicinservice er således en klinisk farmaceutisk service, som sørger for en bedre og mere sikker brug af lægemidler på sygehusene.

Målet med medicinservice er at sikre, at sygehusafdelingen har tilstrækkelige mængder af den medicin, der kan forudses forbrug af, og samtidig sikre, at afdelingens medicin fastholdes på standartsortimentet, hvilket er besparende på grund af færre medicinrester og mindre kassation.

På sygehusafdelinger med medicinservice styrer farmakonomer – i samarbejde med farmaceuter – afdelingernes medicinbeholdning. På denne måde opnår man i praksis, at sygehusapotekspersonalet fungerer som informationskilde for afsnittets personale i lægemiddelrelaterede opgaver og spørgsmål. Sygehusapotekspersonalet er f.eks. aktive omkring information og undervisningstilbud til sygehusafdelingen.

Farmakonomer og farmaceuter arbejder således tæt sammen med afdelingerne om at servicere afdelingerne om eksempelvis:

- at bestille de lægemidler afdelingen har brug for, ud fra Lægemiddelkomiteens anbefalinger og afdelingens standardsortiment
- at bestille medicin til afdelingerne i mængder, der modsvarer afdelingens aktuelle forbrug
- at sikre at lægemidlerne er korrekt opbevaret, og returnere lægemidler, der er udløbet
- at svare på lægemiddelrelaterede spørgsmål
- at undervise i optimal brug og håndtering af lægemidler
- at medvirke til at øge patientsikkerheden
- at udarbejde og opdatere standardsortimenter
- at gennemgå medicinskemaer og -journaler.

Farmakonomen sørger som nævnt for, at der altid er en passende lagerbeholdning til stede af hyppigt anvendt medicin, så afdelingen disponerer over den medicin, der reelt er brug for, uden der unødigt bindes kapital i medicinlageret. Sjældent anvendt medicin lagerholdes normalt ikke, men bestilles af farmakonomen, når en patient har brug for det.

Hvis der alligevel ikke er brug for den medicin, der er hjemkøbt til en klinisk afdeling, har afdelingen mulighed for at returnere ikke-anbrudte medicinpakninger til apoteket. Denne

praksis sikrer, at medicinen ikke bliver spildt, men i stedet kan bruges på en anden afdeling.

For at minimere antallet af anbrudte medicinpakninger yderligere og dermed øge medicinservices mulighed for fleksibel lagerstyring opereres med dosisdispensering. Dosisdispensering via en dosisbeholder med egen identitet med udløbsdato, navn og dosis menes at kunne reducere mængden af lægemidler, der skal kasseres, idet ophældt medicin kan recirkuleres og de leverede mængder er tilpasset afdelingens forbrug. Der markedsføres allerede nu på nogle hospitalsapoteker dosispakninger af dyre lavfrekvente præparater til afdelingerne.

Det har i praksis vist sig f.eks. i Region Hovedstaden, at på stort set alle de afdelinger, hvor der er indført medicinservice, har sygehusapoteket været i stand til at reducere lagerbeholdningen betydeligt. Det kan forklares med, at forsyningsopgaven for farmakonomen er den centrale kerneopgave, mens det for de sygeplejersker, der tidligere havde ansvar for afdelingens medicinforsyning, ofte var en opgave, som kom i anden række i forhold til patientplejen. Den reducerede lagerbeholdning indebærer, at praktisk talt alt indkøbt medicin bliver brugt, og at spildet derfor er begrænset.

Udbredelsen af medicinservice
Danske Regioner har foretaget en undersøgelse af udbredelsen af medicinservice. I undersøgelsen er regionerne blevet bedt om at opgøre, i hvilket omfang medicinservice er taget i brug i, set i forhold til hvor mange afsnit, regionen vurderer, kunne have gavn af medicinservice.

Resultatet af undersøgelsen er, at medicinservice er taget i brug på hospitalerne, men at der er stor forskel på i hvilket omfang medicinservice er taget i brug.

Forskellene i omfang antages især at afspejle:

- geografi – det er svært at starte første afsnit på et sygehus, hvor der ikke allerede er et sygehusapotek
- ”tradition” – er den lokale sygehusledelse ”pro” eller ”contra” til medicinservice/opgaveglidning
- finansieringsforhold – det har været forskelligt, om sygehusledelsen har tilvejebragt finansieringen eller om det enkelte afsnit selv har skulle prioritere medicinservice inden for sit eget budget.

Neden for er omfanget belyst for de enkelte regioner. Regionerne har i deres svar benyttet forskellige fremstillingsmetoder og detaljeringsgrader, hvilket afspejles neden for.

<u>Region Sjælland</u>
I Region Sjælland er dækningen på de enkelte somatiske sygehuse mellem 25 og 100 pct. Gennemsnittet ligger på ca. 60 pct. Region Sjælland er netop begyndt med også at tage medicinservice i brug på nogle ganske få afsnit inden for psykiatrien.

<u>Region Midtjylland</u>

Hospital[11]	Status for 2008
Herning	23 %
Århus	84 %
Viborg	100 %
Horsens	97 %

Region Hovedstaden

Hospital	Status for 2008
Amager Hospital	90 %
Bispebjerg Hospital	60 %
Bornholms Hospital	20 %
Frederiksberg Hospital	30 %
Gentofte Hospital	80 %
Glostrup Hospital	65 %
Herlev Hospital	95 %
Hvidovre Hospital	80 %
Hillerød Hospital	100 %
Helsingør Hospital	100 %
Frederikssund Hospital	100 %
Rigshospitalet	75 %

Region Nordjylland

Sygehusapoteket Region Nordjylland har medicinservice på 120 sengeafsnit og ambulatorier. Der mangler medicinservice på ca. 15 sengeafsnit. Derudover er medicinservice på flere ambulatorier relevant.

[11] *Herning = Hospitalerne i Hospitalsenhed Vest, inkl. Psykiatrien.*

Århus = Århus Sygehus, Skejby Sygehus, Regionshospitalet i Randers, Regionshospitalet i Silkeborg, psykiatri Øst.

Viborg = Hospitalerne i Hospitalsenhed Viborg, inkl. Psykiatrien.

Horsens =Hospitalerne i Hospitalsenhed Horsens, inkl. Psykiatrien.

Sygehus	Marts 2009
Aalborg Sygehus	98 %
Dronninglund Sygehus	100 %
Hjørring sygehus	13 %
Frederikshavn sygehus	0 %
Hospice, Region Nordjylland	50 %
Psykiatrisk sygehus, Aalborg	100 %
Psykiatrisk sygehus, Brønderslev	100 %
Psykiatrisk sygehus, Frederikshavn	0 %
Hobro sygehus	100 %
Farsø sygehus	100 %
Thisted sygehus	100 %
Nykøbing Mors sygehus	100 %
Ortopædkirurgien, Aalborg	100 %
Ortopædkirurgien , Hjørring	100 %
Ortopædkirurgien, Frederikshavn	0 %
Ortopædkirurgien, Farsø	100 %
Ortopædkirurgien, Thisted	100 %
Anæstesien, Aalborg	95 %
Anæstesien, Hjørring	66 %
Anæstesien, Thisted	100 %
Anæstesien, Hobro	100 %
Anæstesien, Farsø	0 %

Region Syddanmark

Vejle/Give Sygehus
Vejle Sygehusapotek tilbyder medicinservice på Vejle Sygehus. Der er aktuelt 35 sengeafsnit og ambulatorier i medicinserviceordning. Der tilbydes ikke længere medicinservice på Give Sygehus som led i specialeplanlægning og etablering af Sygehus Lillebælt. Der er ikke planer om at udbrede ordningen yderligere, idet alle relevante afsnit vurderes at være inkluderet.

OUH Odense Universitetshospital
Sygehusapotek Fyn har indført medicinservice på alle afdelinger på OUH med undtagelse af 3 ambulatorier/operationsstuer, som forventes at få indført medicinservice i løbet af 2009. Der er en få afsnit, hvor det ikke anses for velbegrundet at indføre medicinservice på grund af et meget lille forbrug af lægemidler.

OUH Svendborg Sygehus
Der er medicinservice på samtlige sengeafsnit og samtlige ambulatorier og røntgenafdelingen.

OUH – øvrige sygehuse på Fyn
I Nyborg og Faaborg er der medicinservice undtagen på de to røntgenafdelinger og medicinsk ambulatorier i Nyborg.

Ærø får en helt speciel semi-udgave, hvor en medarbejder fra Sygehusapotek Fyn, OUH Svendborg Sygehus, som bor på Ærø, besøger sygehuset ca. hver 2. måned.

Ringe har ikke medicinservice.

Fredericia/Kolding Sygehus
På Fredericia og Kolding Sygehuse er medicinservice indført fuldt ud på alle relevante kliniske afdelinger.

Sygehus Sønderjylland
Der udføres på nuværende tidspunkt medicinservice på 14 afsnit på Sygehus Sønderjylland. Det er principielt besluttet, at samtlige afsnit skal have medicinservice. På nuværende tidspunkt ligger det fast, at der skal opstartes medicinservice på yderligere en række afdelinger i 2009. Sandsynligvis bliver der tale om yderligere ca. 7 afsnit på grund af begrænsede farmaceutressourcer til varetagelsen af opstarten samt til den nødvendige backup funktion for de farmakonomer, som udfører medicinservicen. Det vurderes, at der herefter mangler at blive opstartet medicinservice på ca. 20-25 afsnit, før medicinservicen er udbygget.

Sydvestjysk Sygehus
Der foretages medicinservice på samtlige afdelinger:

- 13 afdelinger har fuld top-up
- 11 afdelinger har delvis top-up
- 11 afdelinger aflæses bestillingen af apotekspersonalet
- 17 afdelinger sender selv bestillinger på kort
- 4 afdelinger bestiller on-line

Regionernes vurdering af medicinservice
Det er regionernes vurdering, at der er mange fordele forbundet med medicinservice, både i forhold til patientsikkerhed og samfundsøkonomi.

For så vidt angår patientsikkerhed, er der tale om en styrket kvalitetssikring. Herudover er der mulighed for at informere og undervise om faglig og økonomisk rational brug af lægemidler med henblik på at sikre en optimal lægemiddelbehandling.

Det har i praksis vist sig, at afdelinger, der indfører medicinservice, er i stand til at reducere lagerbeholdningen og mindske afdelingens kassation af lægemidler. Medicinservice er bl.a. med til at fastholde medicinforbruget på afdelingens standardsortiment. Der foreligger dog ikke et egentligt talmæssigt grundlag til brug for en opgørelse heraf.

Arbejdsgruppens overvejelser
Det er arbejdsgruppens vurdering, at indførelsen af medicinservice på de relevante hospitalsafsnit kan være et vigtigt redskab til at både at styrke patientsikkerheden og imødegå medicinspild.

6.2.7 Øvrige fremførte forslag

Ekspertsygeplejersker

Forslaget
Dansk Sygeplejeråd har i et høringssvar anført, at erfaringer fra udlandet viser, at man kan opnå øget kvalitet, styrke patientsikkerheden og mindske medicinspildet ved at anvende kliniske ekspertsygeplejersker.

Igangværende initiativer
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i samarbejde med andre aktører på området iværksat initiativer på området, bl.a. i form af nedsættelsen af en task-force for fleksibel opgavevaretagelse mv.og en arbejdsgruppe vedrørende det fremtidige behov for efter- og videreuddannelse på sygeplejerskeområdet.

Task-force for fleksibel opgavevaretagelse mv.skal udarbejde en strategi for fleksibel opgavevaretagelse, glidende faggrænser og hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse på sundheds- og ældreområderne. Og arbejdsgruppen skal fremlægge en samlet vurdering af det fremtidige behov for efter- og videreuddannelser på sygeplejerskeområdet inden sommerferien 2009.

Arbejdsgruppens overvejelser
Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der mellem de relevante parter er igangsat en række initiativer, der bl.a. skal afklare spørgsmålet om ekspertsygeplejersker. Arbejdsgruppen finder, at resultatet af disse initiativer bør afventes, idet spørgsmålet om ekspertsygeplejersker bør ses i en bredere sammenhæng omkring hele arbejdstilrettelæggelsen på sundheds- og ældreområderne.

På samme måde er det arbejdsgruppens opfattelse, at det parallelle spørgsmål omkring farmaceutordination af lægemidler tilsvarende må anskues ud fra en bredere vurdering af tilrettelæggelsen af arbejdsfordelingen mellem læger og farmaceuter frem for ud fra et medicinspilds-aspekt.

7. Arbejdsgruppens overvejelser og forslag

7.1 Indledning

I kapitel 6 har arbejdsgruppen vurderet aktuelle og nye initiativer til nedbringelse af medicinspild. I dette kapitel er arbejdsgruppens overvejelser og forslag, udarbejdet på baggrund af forslagene, som fremgår af kapitel 6.

7.2 Dosisdispensering

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at den regelgennemgang, som følger af bruttoavanceaftalen, også bør inddrage aspekter vedrørende nedbringelse af medicinspild. Det foreslås derfor, at regelgennemgangen omfatter regler, der har mulig indflydelse på medicinspild,

og at regelgennemgangen desuden fremlægger initiativer i form af regelændringer til at imødegå det.

Arbejdsgruppen anbefaler, at regelgennemgangen på dette punkt især fokuserer på de tidsmæssige regler vedrørende ordningen, herunder syv-dages reglen (leveringstid fra ordination af dosisdispensering til modtagelse) og reglen om levering til 14 dage af gangen.

Arbejdsgruppen tager desuden til efterretning, at der vil blive gennemført et projekt vedrørende anvendelse af dosisdispensering, der bl.a. har til formål at afgrænse den gruppe af patienter og den kategori af lægemidler, der er egnede til at indgå i ordningen.

7.2 Compliance

Arbejdsgruppen anbefaler, at der skabes overblik over resultaterne fra initiativerne på complianceområdet, så der kan ske en målrettet indsats til forbedring af compliance.

7.3 Lægens ordinationer

Arbejdsgruppen imødeser det videre forløb omkring det fælles medicinkort (FMK). Dette projekt vil efter arbejdsgruppens opfattelse kunne medvirke til at optimere lægens ordination og begrænse det medicinspild, der måtte stamme herfra. Arbejdsgruppen anser det i den forbindelse for vigtigt, at det sikres, at redskabet finder anvendelse i den kliniske hverdag – herunder i forbindelse med sektorovergange.

Arbejdsgruppen foreslår desuden, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at henlede de danske lægers opmærksomhed på problemet omkring medicinspild. Sundhedsstyrelsen kan i denne forbindelse bl.a. fokusere på de problemer omkring lægens ordinationer, der vedrører, at der ikke foretages dobbelte ordinationer, at der ikke ordineres uhensigtsmæssige store mængder, herunder på flergangsrecepter, og at der ikke ordineres medicin unødigt – f.eks. hvis et medicinskifte kan afvente, at den eksisterende pakning opbruges.

Arbejdsgruppen konstaterer, at det netop er problemer omkring lægens overblik over patientens medicinering i forbindelse med ordinationer, der er adresseret i konceptet bag Det Fælles Medicinkort, idet tanken er at gøre Medicinprofilen tilgængelig i den enkelte læges eget it-system – og samtidig kunne videreudvikle systemet.

Arbejdsgruppen ser derfor udviklingen af det Fælles Medicinkort som et vigtigt initiativ, der vil kunne medvirke til at nedbringe medicinspild under hensyntagen til patientsikkerheden.

7.4 Sektorovergange

Arbejdsgruppen vurderer, at udviklingen af FMK vil være et vigtigt redskab til at sikre klarhed over den enkelte patients medicinering og eventuelle ændringer heri i forbindelse med sektorovergange. Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at Sundhedsstyrelsens vejled-

ning om ordination og håndtering af lægemidler i forbindelse med indlæggelse/udskrivning indskærpes over for de ansvarlige.

7.5. Pakningsstørrelser, prissystemet og substitution af lægemidler samt navngivning af lægemidler

Vedrørende pakningsstørrelser foreslås det, at Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen gennemgår området med henblik på at udpege områder, hvor det kan være sundhedsfagligt relevant at have startpakker. Når disse områder er identificeret, er det arbejdsgruppens anbefaling, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse opfordrer industrien til anvendelse af startpakker på området, eventuelt at ministeriet tager kontakt til Lægemiddelindustrien om, at industrien frivilligt indfører sådanne startpakker for disse lægemidler.

Arbejdsgruppen har noteret sig, at en undersøgelse om substitution af lægemidler – ”Generisk substitution: Indflydelse på medicinbrugernes komplians og tryghed” – forventes at foreligge i løbet af 2009. Arbejdsgruppen anbefaler, at resultaterne af undersøgelsen afventes både i relation til et medicinspild vedrørende substitutionsproblematikken og spørgsmålet om navngivning af lægemidler. Arbejdsgruppen anbefaler, at spørgsmålet om medicinspild herefter indgår i de generelle overvejelser omkring resultaterne af undersøgelsen ”Generisk substitution: Indflydelse på medicinbrugernes komplians og tryghed”.

7.6. Sekundærsektoren

Arbejdsgruppen henholder sig til afsnit 3.2.3.3 om en eventuel undersøgelse af medicinspild på sygehusene. Arbejdsgruppen har fundet, at det til brug for nærværende rapport ikke har været realistisk at gennemføre en undersøgelse af sygehusenes medicinaffald. Årsagerne hertil er bl.a., at der ikke tidligere er foretaget en lignende undersøgelse, hvorfor der ikke foreligger noget kendt undersøgelsesdesign, og at medicinaffaldet på sygehusene er af en anden karakter end på apotekerne. For en nærmere beskrivelse heraf henvises til afsnit 3.2.3.3 om nye undersøgelser. En eventuel undersøgelse af sygehusenes medicinspild har ligget uden for den tidsmæssige ramme, som arbejdsgruppen har arbejdet under.

Det kan efter arbejdsgruppens opfattelse overvejes, hvorvidt arbejdsgruppens undersøgelse af medicinspild i primærsektoren bør suppleres med en undersøgelse for sekundærsektoren. En sådan undersøgelse bør i givet fald efter arbejdsgruppens opfattelse både kortlægge omfanget af og årsagerne til medicinspild på sygehuse, således at der kan tegnes et mere komplet billede af medicinspildet i sekundærsektoren og fremlægges relevante initiativer til nedbringelse heraf.

Arbejdsgruppen skal dog samtidig pege på, at undersøgelserne i nærværende rapport har sandsynliggjort, at medicinaffaldet i langt højere grad stammer fra husholdningerne end fra institutioner, herunder sygehusene. Såfremt der måtte ønskes en undersøgelse gennemført i sekundærsektoren, anbefaler arbejdsgruppen, at STS ansøges om de nødvendige midler til inddragelse af ekstern ekspertise.

Arbejdsgruppen anbefaler, at regionerne fortsat søger at fremme anvendelse og udbredelse af medicinservice på sygehusene med henblik på at nedbringe mængden af medicinspild.

8. Bilag

- Bilag 1: ”Undersøgelse af omfanget og arten af returmedicin på apoteket, samt årsager hertil”, rapport udarbejdet af Lægemiddelstyrelsen og Apotekerforeningen, 2009
- Bilag 2: Høringssvar fra Apotekerforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Danske Patienter, Lægeforeningen, Pharma Danmark, Sundhedsstyrelsen

www.sum.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Tlf. 72 26 90 00
Fax 72 26 90 01