

Den Regionale Lægemiddelkomité

Referat

Den 26. marts 2026 kl. 09:00 - 11:30

Mødelokale F7, stuen, Regionshuset Viborg

Deltagere:

Lægefaglig direktør Kim Houliind, Regionshospitalet Horsens (formand)
Cheflæge Eva Aggerholm Sædder, Klinisk Farmakologisk afdeling, AUH (næstformand)
Ledende overlæge Anne Birgitte Langsted Pedersen, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Gødstrup
Cheflæge Maja Hinge, Medicinsk Diagnostisk Center, Hospitalsenheden Midt
Direktør Susie Vand, Regionsapoteket Midtjylland
Hospitalsfarmaceut Ane Mortensen, Regionsapoteket Midtjylland
Praktiserende læge Kasper Fasdal, PLO-M
Praktiserende læge Bente Virenfeldt, Praksiskoordinator, Medicin
Kontorchef Karen Pedersen, Koncern Kvalitet
Regional Lægemeddelkonsulent Lise Bakkestrøm Rosenbæk, Koncern Kvalitet
Direktør Rikke Skou Jensen, Sundhedsplanlægning
Regional Lægemeddelkonsulent Ann Dalgaard Johnsen, Sundhedsplanlægning (sekretariatet)

Gæster:

Overlæge Klaus Roelsgaard, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers
Læge Nicoline Vestergaard Bull, Klinisk Farmakologisk afdeling, AUH
Speciallæge Kirsten Høj, Klinisk Farmakologisk afdeling, AUH
Specialkonsulent Alexander Sairanen, Sundhedsplanlægning
Farmaceut Linda Jeffery, Regionsapoteket Midtjylland
Overlæge Thomas Damgaard Sandahl, Lever-, Mave- og Tarmsygdomme, AUH
Projektleder Karin Aagot Møller Jørgensen, Center for bæredygtige hospitaler
Funktionsleder i Klinisk farmaci Michelle Ann Matzen, Regionsapoteket Midtjylland

Afbud:

Lægefaglig direktør Charlotte Birkmose Rotbøl, Aarhus Universitetshospital
Cheflæge Bent Windelborg Nielsen, Børneafdelingen, Regionshospitalet Randers
Cheflæge Louise Wamberg, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Horsens
Cheflæge Allan Bach, Præ-hospitalet
Chefsygeplejerske Kirstine Leth Hjort, Hud- og Kønssygdomme, Aarhus Universitetshospital

Indholdsfortegnelse

- 1 [Godkendelse af dagsorden](#)
- 2 [Opdateret kommissorium for Den regionale Lægemiddelkomité](#)
- 3 [Opdateret habilitetspolitik](#)
- 4 [Regional indsats på DOAK-området](#)
- 5 [Orientering om implementering af den regionale retningslinje vedr. patientens egen dosisdispenserede medicin.](#)
- 6 [Procedure omkring ændringer i ophældt medicin](#)
- 7 [Orientering om individuelle ibrugtagningssager](#)
- 8 [Vederlagsfri udlevering af Penicillamin](#)
- 9 [Opdateret smerteguide](#)
- 10 [Orientering om oxycodon forbruget i Region Midtjylland.](#)
- 11 [Status for projekter om bæredygtigt medicinforbrug i Region Midtjylland](#)
- 12 ["Klar-til-brug"-lægemidler](#)
- 13 [Eventuelt](#)

1. Godkendelse af dagsorden

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

at Den regionale Lægemiddelkomité godkender dagsordenen.

Sagsfremstilling

Der er mulighed for, at byde ind med emner til dagsordenens punkt vedr. eventuelt.

Beslutning

Dagsordenen blev godkendt.

Der var ikke punkter til eventuelt.

2. Opdateret kommissorium for Den regionale Lægemeddelkomité

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

At Den regionale Lægemeddelkomité orienteres om nye medlemmer og ændringer i kommissoriet for Den regionale Lægemeddelkomité.

Sagsfremstilling

På baggrund af organisatoriske ændringer, har Koncernforum på møde d. 22. januar 2026 godkendt følgende ændringer til Lægemeddelkomitéens kommissorium.

Ny formand for Den regionale Lægemeddelkomité

Da lægefaglig direktør Jens Friis Bak er gået på pension med udgangen af februar 2026, er der udpeget en ny formand for Den regionale Lægemeddelkomité. Ny formand er lægefaglig direktør Kim Houliind, RH Horsens.

Deltagelse fra Præhospitalet

Efter beslutning i Koncernforum er det skrevet ind i kommissoriet, at der skal være en ledelsesrepræsentant/cheflæge med lægemiddelfaglig indsigt fra præhospitalet. Nyt medlem fra Præhospitalet er Cheflæge Allan Bach.

Deltagelse fra Psykiatri

I forbindelse med arbejdet for integration og ligestilling af psykiatri og somatik bliver Psykiatrien sidestillet med alle andre specialer på hospitalet. Psykiatrien vil derfor fremover være repræsenteret ved hospitalets medlem i Lægemeddelkomitéen.

Ved behov for input til psykiatriske fagområder, vil Specialerådet blive inddraget og eventuelt inviteret med under drøftelsen, ligesom Lægemeddelkomitéen gør i forbindelse med drøftelser inden for andre fagområder. Det er således skrevet ud af kommissoriet, at der skal være fast deltagelse fra Psykiatrien.

Deltagelse af privatpraktiserende speciallæge

Det er skrevet ud af kommissoriet, at der skal være deltagelse fra Foreningen af Speciallæger. De praktiserende speciallæger er meget specialiserede, hvorfor det er sjældent, at der er punkter af interesse for de praktiserende speciallæger.

Ved behov vil Foreningen af Speciallæger blive inddraget og eventuelt inviteret med på møder til drøftelse af relevante punkter.

Øvrige ændringer

Klinikforum er nedlagt, hvorfor kommissoriet er opdateret så Den regionale Lægemeddelkomité nu refererer til Koncernforum.

Basislisten er overgået til en national basisliste forankret i Medicinrådet og udarbejdes i tæt fællesskab med regionerne. Opgaven omkring rekommandations- og basislisten er derfor tilrettet.

Beslutning

Den regionale Lægemeddelkomité tog det opdateret kommissorium til orientering.

Bilag

- [GODKENDT Kommissorium for Den Regionale Lægemeddelkomité \(RLK\) i Region Midtjylland](#)

3. Opdateret habilitetspolitik

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

At Den regionale Lægemeddelkomité godkender opdateringer til habilitetspolitikken.

Sagsfremstilling

Medicinrådet har pr. 1. februar 2025 revideret deres habilitetspolitik med henblik på at gøre den mere transparent og forståelig, så den bliver nemmere at omsætte i det daglige arbejde.

Det forslås derfor, at det tilføjes til Lægemeddelkomitéens habilitetspolitik, at der ved vurdering af habilitet altid tages udgangspunkt i Medicinrådets habilitetspolitik.

Desuden er lovgivningen på området opdateret, hvorfor teksten i Lægemeddelkomitéens habilitetspolitik er tilrettet, så dette er enslydende med teksten i lovgivningen.

Beslutning

Den regionale Lægemeddelkomité godkendte den opdaterede habilitetspolitik.

Bilag

- [1_Habilitetspolitik_Den regionale Lægemeddelkomité_opdateret_2026](#)
- [medicinradets-habilitetspolitik-version-4-0-endelig](#)

4. Regional indsats på DOAK-området

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

at Den regionale Lægemiddelkomité tilslutter sig, at Region Midtjylland iværksætter en trinvis indsats på DOAK-området.

Sagsfremstilling

Ophør af stridspatent på Rivaroxaban

I foråret 2024 udløb patentet på rivaroxaban, og der blev efterfølgende markedsført generika. Dette medførte et fald i listeprisen for et døgn behandling med rivaroxaban fra 22 kr. til ca. 2 kr. Som følge heraf faldt tilskudsudgifterne til rivaroxaban fra 115 mio. kr. i 2023 til 57 mio.kr 2024.

Tabel 1: Forbrug og tilskudsudgifter på rivaroxaban i RM 2023-2026

	2023	2024	2025	2026
Antal DDD	6.593.736	6.913.277	7.659.152	668.302
Tilskudsbeløb – Regionalt	114.972.526 kr.	57.154.779 kr.	61.086.029 kr.	2.365.965 kr.
Tilskudsbeløb pr. DDD - Regionalt	17 kr.	8 kr.	8 kr.	4 kr.

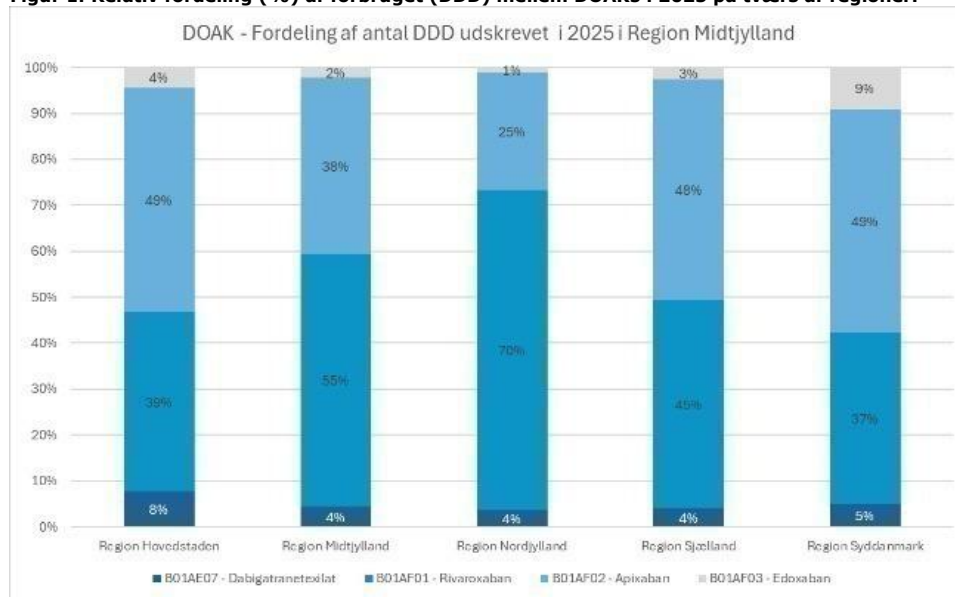
Kilde: LUNA-BI. 2026 dækker kun januar måned.

Besparselsen blev imidlertid kortvarig, idet Bayer, firmaet bag originalpræparatet Xarelto, fik medhold i en patentsag vedrørende et såkaldt stridspatent med virkning fra april 2025. Afgørelsen indebærer, at det oprindelige patent blev forlænget frem til og med januar 2026 for en række formuleringer af rivaroxaban. Dette har hæmmet konkurrencen og fastholdt et højere prisniveau. Efter udløbet af stridspatentet i januar 2026 er der igen fuld konkurrence mellem leverandører af generiske rivaroxabanpræparater, og listeprisen er aktuelt reduceret til omkring 1 kr. pr. døgn behandling. Fortsætter dette prisniveau forventes en besparelse i tilskudsudgifterne til rivaroxaban på ca. 100 mio.kr. i 2026 sammenlignet med 2023.

Potentiale for skifteindsats

Der er aktuelt markedsført fire direkte orale antikoagulantia (DOAK) i Danmark (rivaroxaban, dabigatran, apixaban, edoxaban). Disse er i mange tilfælde klinisk ligeværdige ifølge kliniske guidelines, og i Region Midtjylland er rivaroxaban allerede det rekommanderede førstevalg. Sammenlignes den relative DOAK-anvendelse på tværs af regionerne ses det også, at Region Midtjylland har den næsthøjeste anvendelse af rivaroxaban (figur 1).

Figur 1: Relativ fordeling (%) af forbruget (DDD) mellem DOAKs i 2025 på tværs af regioner.



Tabel 2: Aktuelle priser og forbrug af DOAKs i RM.

Præparat	Rivaroxaban		Apixaban		Dabigatran		Edoxaban	
	20 mg x 1	15 mg x 1	5 mg x 2	2,5 mg x 2	150 mg x 2	110 mg x 2	60 mg x 1	30 mg x 1
Pris pr. tablet (største pakning)	0,48 kr. (100 stk pakning)	0,40 kr. (100 stk pakning)	10,42 kr. (168 stk pakning)	10,42 kr. (168 stk pakning)	0,40 kr. (180 stk pakning)	0,42 kr. (180 stk pakning)	18,84 kr. (100 stk pakning)	23,04 kr. (90 stk pakning)
Pris pr. dag	0,48 kr.	0,40 kr.	20,84 kr.	20,84 kr.	0,80 kr.	0,84 kr.	18,84 kr.	23,04 kr.
Antal DDD i 2025	6.387.760	708.208	4.519.995	798.471	418.118	193.307	265.450	53.088
Antal personer	21.190	4.001	15.144	5.895	1.357	884	845	401

Kilde: medicinpriser.dk 6. marts 2026 samt LUNA-BI for antal DDD og antal personer.

Omkring 40% af forbruget udgøres fortsat af dyrere DOAK-præparater (apixaban og edoxaban (tabel 2)).

Forbruget af edoxaban er begrænset, og brugere af edoxaban vil ofte tidligere have forsøgt et andet DOAK-præparat. Det vurderes derfor, at der ikke er et væsentligt potentiale for behandlingsskifte blandt patienter, der aktuelt behandles med edoxaban.

Forbruget af apixaban er derimod betydeligt (38%). Der er imidlertid en række forbehold og usikkerheder på nuværende tidspunkt, som taler imod at iværksætte en forceret regional skifteindsats fra apixaban til rivaroxaban:

- Apixaban er i henhold til eksisterende klinisk praksis det foretrukne behandlingsvalg hos en række patientgrupper med særlige kliniske forhold, herunder høj blødningsrisiko, svært nedsat nyrefunktion, udtalt skrøbelighed, relevante lægemiddelinteraktioner eller bivirkninger ved anden DOAK-behandling. Relevansen af et eventuelt behandlingsskifte bør derfor altid bero på en individuel og samlet klinisk vurdering.
- Omkring 87% af apixaban-forbruget baserer sig på recepter udstedt i almen praksis, hvor forudsætningerne for at foretage en specialiseret klinisk vurdering af skiftepotentialet er mere begrænsede. En forceret skifteindsats vil medføre et betydeligt antal ekstra patientkontakter i almen praksis.
- Medicintilskudsnævnet indledte i slutningen af februar 2026 en høringsproces med forslag om at fjerne det generelle tilskud til apixaban og edoxaban, mens tilskuddet til dabigatran og rivaroxaban foreslås opretholdt. Høringsfristen er den 24. maj 2026. Forslaget forventes at møde betydelig modstand i de faglige miljøer, særligt fordi apixaban fortsat foretrækkes i en række kliniske situationer på grund af en lavere blødningsrisiko. Der udarbejdes aktuelt høringssvar i de relevante faglige selskaber.
- Der har tidligere manglet direkte sammenlignende studier mellem rivaroxaban og apixaban. Den 11. marts 2026 blev der imidlertid publiceret et stort randomiseret studie i New England Journal of Medicine (n=2.760), som for første gang sammenligner de to præparater direkte^[1]. Studiet inkluderede patienter med akut venøs tromboemboli (VTE) og viste, at apixaban gav signifikant færre klinisk relevante blødninger end rivaroxaban i løbet af 3 måneders behandling (3,3% vs. 7,1%; relative risk (RR) 0.46 [95% confidence interval, 0.33–0.65]). Forskellen i blødningsrisiko kan være drevet af den forskellige varighed af det indledende højdoseregime (1 uge for apixaban vs. 3 uger for rivaroxaban), idet størstedelen af forskellen ser ud til at være opstået i de første tre ugers behandling. Monitoreringsgruppen har været i dialog med regionale fagspecialister, som er bekendte med studiet. De vurderer, at der er behov for faglige drøftelser i regi af Dansk Kardiologisk Selskab for at vurdere dets potentielle betydning for de fremtidige kliniske anbefalinger ved akut VTE.
- Den første udgave af den nye fælles nationale basisliste i regi af Medicinrådet er under udarbejdelse og forventes at udkomme i juni 2026. Den første udgave vil indeholde anbefalinger for førstevalg blandt DOAKs for indikationen atrieflimren.
- Patentet for apixaban forventes at udløbe i slutningen af 2026 med efterfølgende generisk konkurrence og prisfald til følge. Da implementeringen af en eventuel skifteindsats typisk vil indebære en vis latenstid, kan tidsrummet til at realisere en besparelse derfor være begrænset. Prognoser for patentudløb er dog forbundet med usikkerhed, idet der – som set for rivaroxaban – kan forekomme forsøg på at forlænge patentbeskyttelsen.

På baggrund af ovenstående forhold vurderer monitoreringsgruppen, at det på nuværende tidspunkt er mest hensigtsmæssigt at vælge en trinvis tilgang til en regional indsats på DOAK-området.

1. I første fase foreslås det at informere receptudstedere i både primær og sekundær sektor om patentudløbet på Xarelto samt de aktuelle prisforskelle mellem DOAK-præparaterne, uden samtidig at udsende direkte skifteanbefalinger.
2. Når den fælles nationale basisliste offentliggøres i juni 2026, vil der være grundlag for at udsende nationale faglige anbefalinger for valg af DOAK til indikationen atrieflimren.
3. Lægemiddelstyrelsen forventes desuden at træffe beslutning om nye tilskudsregler for DOAK-området i efteråret 2026, hvilket vil give anledning til fornyet information til både primær og sekundær sektor vedrørende valg af DOAK-præparater.

^[1] Castellucci LA et al. Bleeding Risk with Apixaban vs. Rivaroxaban in Acute Venous Thromboembolism. N Engl J Med. 2026 Mar 12;394(11):1051-1060.

Beslutning

Den regionale Lægemiddelkomité bakker op om en trinvis indsats på DOAK-området.

Dette er et godt eksempel på, hvor svært det kan være at planlægge en indsats.

5. Orientering om implementering af den regionale retningslinje vedr. patientens egen dosisdispenserede medicin.

1-31-72-82-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

At Den regionale Lægemiddelkomité orienteres om arbejdet med implementering af den regionale retningslinje vedr. patientens egen dosisdispenserede medicin.

Sagsfremstilling

Den regionale Lægemiddelkomité har nedsat en arbejdsgruppe, der skal understøtte implementering af den regionale retningslinje vedrørende dosisdispensering, der skal sikre en ensartet håndtering af patientens dosispakke medicin ifm. sektorovergange. Når der ikke arbejdes som beskrevet i retningslinjen, giver det udfordringer og ekstra arbejde i almen praksis og kommunerne, og dermed risiko for, at patienten ikke får sin medicin, og at opbakningen til dosispakke medicin falder.

Arbejdsgruppen består af personale (læger, sygeplejersker og farmakonomer) fra alle regionens hospitalsenheder, en repræsentant fra kommunerne (farmakonom fra Favrskov kommune), samt en praktiserende læge.

Arbejdsgruppen har vurderet, at der er behov for undervisning af personalet på hospitalerne, som håndterer den dosispakke medicin for at få implementeret de beskrevne arbejds gange i retningslinjen. Arbejdsgruppen er derfor ved at undersøge muligheden for at udarbejde fælles regionale undervisningsmaterialer som fx power point oplæg, e-learning og en video, der forklarer håndteringen af dosispakke medicin. Når undervisningsmaterialet er udarbejdet, er det hospitalets opgave at planlægge og gennemføre undervisning af relevant personale.

Arbejdsgruppen har desuden påpeget, at hvis det skal lykkes at bevare flere patienter i dosisdispensering ved udskrivelse fra hospitalet, er der behov for ens arbejds gange omkring dosispakke medicin i kommunerne. Arbejds gangene med kommunerne skal således være en fælles aftale om hvornår der fx anvendes en akut rulle, hvornår der skal sides dispensereres, og om sygeplejerskerne i kommunerne må fjerne en tablet fra dosisrullen m.v.

Dette er arbejdsgruppen i dialog med Det Fælleskommunalt Social- og Sundhedssekretariat (KOSU) omkring.

Med udgangspunkt i [anbefalingerne fra Det Nationale Program for Udbredelse af Dosisdispensering](#) har arbejdsgruppen udarbejdet vedhæftede forslag til fælles arbejds gange.

Forslaget til fælles arbejds gange har været sendt til høring på hospitalerne i februar 2026. Høringssvarene viser at:

- Der er behov for undervisning og klar implementeringsstrategi.
- Den praktiske håndtering (tekniske vejledninger) skal beskrives nærmere fx hvordan bestilles en akut rulle?
- Der skal være fokus på ansvaret ved "fjernelse af en tablet fra dosisrullen".
- Der skal være klare kommunikationsveje med kommunerne.

Beslutning

Den regionale Lægemiddelkomité blev orienteret om arbejdet med implementeringen af den regionale retningslinje vedr. patientens egen dosispakke medicin og tog til efterretning at arbejdet trækker ud, da Kommunerne skal inddrages i arbejdet.

Bl.a. ønsker arbejdsgruppen at drøfte med kommunerne om personale ansat på fx plejehjem, bosteder og i hjemmeplejen må fjerne en tablet fra en dosisrulle, såfremt personalet vil tage ansvaret, og sikkert og entydigt kan identificere tabletten.

Høringssvarene fra hospitalerne på de fælles arbejds gange vil blive gennemgået og indarbejdet i den regionale retningslinje vedr. patientens egen dosispakke medicin.

Bilag

- [Fælles arbejds gange for dosispakke medicin](#)
- [Oversigt over høringssvar Fælles arbejds gang](#)
- [Patientens egen dosisdispenserede medicin, regional retningslinje](#)

6. Procedure omkring ændringer i ophældt medicin

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

At Den regionale Lægemiddelkomité tager stilling til, om fagpersonale skal have tilladelse til at fjerne medicin fra doseringsposer/-æsker o.l., når allerede ophældt medicin bliver seponeret/pauseret/dosisreduceret.

De forskellige muligheder kan være:

- Der tillades ikke fjernelse af ophældt medicin fra doseringsposer eller -æsker
- Der tillades fjernelse af ophældt medicin fra doseringsposer og -æsker
- Der tillades fjernelse af ophældt medicin alene fra doseringsposer
- Der tillades fjernelse af ophældt medicin alene fra doseringsæsker

Sagsfremstilling

Styrelsen for Patientsikkerhed har i juli 2025 udgivet en rapport og pjece, hvor der gives mulighed for, at personer, der håndterer medicin i primærsektor må fjerne medicin fra dosisposer og doseringsæsker under forudsætning af, at disse kan identificeres sikkert og entydigt. Se vedhæftede bilag.

Nogle kommuner har taget denne arbejdsgang til sig, idet den letter arbejdsgangen, og de vurderer den tilstrækkeligt sikker. Identifikation af medicin lettes af, at der er oplysninger om, hvad dosisposen indeholder, og der samtidig findes billeder af alle tabletter/kapsler på pro.medicin.dk. Oftest vil det være helt oplagt, hvilken medicin, der skal fjernes, men er der tvivl, skal medicinen fra posen/æskan kasseres, og der skal hældes op på ny.

Der er ingen juridiske hindringer for, at samme arbejdsgang vil kunne indføres på hospitalerne.

På afdelinger i Region Midtjylland er der ikke en specifik retningslinje der tillader eller forhindrer fjernelse af allerede ophældt medicin i doseringsposer/-æsker, dog i retningslinjen [Medicinering i forbindelse med hospitalskontakter, regional retningslinje](#):

*'Ved ændringer i doser, seponeringer og opstart af nye ordinationer under indlæggelse, skal lægen være opmærksom på om patientens medicin allerede er ophældt til den kommende døgn. Hvis det er tilfældet, skal plejepersonalet gøres opmærksomme på ændringen så det ophældte medicin kan **rettes til**.'*

Fordele ved at kunne fjerne allerede ophældt medicin fra doseringsposer/-æsker:

- lette arbejdsgangen ved medicinadministrationen
- reducere medicinspild
- reducere unødvendige bestillinger af præparater der ikke findes i afsnittets standardsortiment
- tillade at bruge patientens egen dosisdispenseret medicin under indlæggelse, trods enkelte ændringer

Ulemper ved at kunne fjerne allerede ophældt medicin fra doseringsposer/-æsker:

- fagpersonen skulle kunne *uden tvivl* identificere det præparat, der skal fjernes
- den nuværende MedicinApp understøtter ikke muligheden

Den fagperson der fjerner medicinen fra doseringsposer/-æsker, grundet ændringer eller andre kliniske grunde, *har til enhver tid ret til at sige fra* (ved tvivl).

Ved udarbejdelse af sagsfremstillingen er der søgt input fra Regionsapoteket, Sundheds-IT og de regionale risikomanager.

Closed-loop medication

Maskinel/robot pakket medicin er et led i closed-loop medication. Så snart man reducerer, pauserer eller seponerer en ordination der allerede er ophældt maskinelt, bryder man closed-loop konceptet for alle lægemidler som posen indeholder (da det ikke er teknisk muligt at producere en ny pose med ændringerne). På nuværende tidspunkt lægges der op til, at hvis ét præparat skal fjernes fra en doseringspose, der indeholder flere præparater, skal de andre præparater ophældes manuelt.

MedicinApp

MedicinApp, der bruges ved closed-loop medicinadministration, understøtter p.t. ikke sikker fjernelse af medicin fra maskinelt dispenseret lægemidler.

Patientsikkerhed

Maskinelt ophældt medicin (i dosisposer)

Der er markant færre dispenseringsfejl (0,0002%) i maskinelt ophældt medicin (i dosisposer) end ved manuel dispensering (2-13%)^{[1];[2]}. Der kan være maksimalt 4 præparater i hver pose (5 i primærsektoren). Navnene på præparaterne i posen fremgår på posen.

Derfor er muligheden for at identificere præparaterne større end ved manuelt ophældt medicin f.eks. i en doseringsæske.

Manuelt ophældt medicin (i doseringsæske)

Medicin ophældt manuelt på f.eks. en afdeling, sker i doseringsæsker med flere forskellige rum, der indeholder alt fra 1 til f.eks. 15 præparater i samme rum.

Oversigten over den ophældt medicin ses kun i EPJ (administrationsoversigten).

Denne oversigt er ikke nødvendigvis retvisende mht. producenten eller styrke/antal, hvilket kan gøre identifikation af præparatet vanskeligt.

Regionale risikomanager

Problematikken blev præsenteret og diskuteret med de regionale risikomanagere på møde d. 26. januar 2026.

Den generelle holdning var, at der ikke var modstand mod muligheden for, at der kunne fjernes et medicinsk præparat fra allerede ophældt medicin i doseringsposer/-æsker.

Det forudsætter at fagpersonen havde mulighed for at:

- identificere præparatet der skulle fjernes, evt. via et billede på MedicinApp'en (ellers via pro.medicin.dk)
- sig fra ved tvivl

Det blev også bemærket at hvis ikke man fik tilladelsen til at fjerne et enkelte præparat, og hele rummet/posen skulle kasseres, vil de evt. andre præparater, der skulle ophældes, gøres manuelt (i medicinrummet). Manuel ophældning af medicin, som tidligere nævnte, er mindre patientsikker end maskinel pakket medicin og harmonerer ikke med closed-loop konceptet.

Sundheds-IT

Problematikken blev præsenteret og diskuteret med Sundheds-IT AUH samt PJ på møde d. 16. februar 2026.

De havde ikke en stærk holdning til fjernelse af lægemidler hældt op i doseringsæsker (primært fordi der er ingen IT-understøttelse involveret i denne manuel proces).

Sundheds-IT gav dog udtryk for bekymringer omkring muligheden ved medicindoseringsposer, bl.a. fordi de nuværende IT-værktøjer (herunder MedicinApp) ikke tillader det.

Ved at give muligheden, sender lægen problemet videre til sygeplejersken, hvis ikke ændringen nås inden deadline, eller udsættes til den næste pakning.

De lagde vægt på at der skulle kigges på hvorfor det er nødvendigt at fjerne præparater fra allerede ophældt doseringsposer/-æsker – er der arbejds gange/deadlines der bør ændres?

Ved ændringer i ordinationerne efter ophældning bør der kigges på andre løsninger, f.eks.:

- Ændring i deadlines for ordinationsændringer/EPJ træk til medicindosering
- Mulighed for at producere 'akut' doseringsposer (ved ændringer)
- Lægerne bør understøttes bedre ved ordinationsændringer, hvis medicin allerede er ophældt

Der er til enhver tid mulighed for, at et eller flere præparater pakkes i en separat dosispose fra robotten, for at gøre evt. fjernelse af et præparat nemmere.

Hvis det besluttet at fagpersonale må fjerne medicin fra doseringsposer/-æsker o.l., når allerede ophældt medicin bliver seponeret/pauseret/dosisreduceret, kræver det tilretning i de regionale retningslinjer, ligesom MedicinApp'ens funktionalitet skal tilrettes, evt. ved flere handlemuligheder.

[1] [dosispakket-medicin-hovedrapport.pdf](#)

[2] [Samarbejde med farmakonomer om medicindispensering | Styrelsen for Patientsikkerhed](#)

Beslutning

Det fremgår ikke tydeligt af de regionale retningslinjer, hvorvidt hospitalspersonale må fjerne en tablet fra allerede dispenseret medicin. Det arbejdes mange steder efter en uskreven regel om, at hvis der skal fjernes en tablet fra allerede dispenseret medicin, så skal al medicin i dosisrullen/doseringsæsken kasseres, og der skal dispenseres på ny.

Det letter arbejdsgangen for hospitalspersonale, hvis de må fjerne en tablet fra allerede dispenseret medicin og det er blevet nemmere pga. billeder af tabletterne på pro.medicin.dk. Det vil også være mere bæredygtigt, da mindre medicin skal kasseres.

Det er dog en forudsætning at hospitalspersonalet vil tage ansvaret, og at tabletten tydeligt og sikkert kan identificeres. Er personalet i tvivl, skal al medicin i dosisrullen/doseringsæsken kasseres og der skal dispenseres medicin på ny.

Jf. tidligere punkt kan vi ikke bede personale i kommunerne om at fjerne en tablet fra en dosisrulle, hvis personale på hospitalerne ikke må fjerne tabletter fra en dosisrulle/doseringsæske.

Den regionale Lægemiddelkomité beslutter at hospitalspersonale kan fjerne medicin fra doseringsposer/doseringsæsker o.l., når allerede ophældt medicin bliver seponeret/pauseret/dosisreduceret. Dog kun når hospitalspersonalet vil tage ansvaret og sikkert og entydigt kan identificere tabletten. Ved tvivl om identifikationen, eller hvis den, der administrerer, ikke ser sig i stand til at tage ansvar for fjernelsen, skal medicinen kasseres, og der skal dispenseres på ny.

Den regionale retningslinje vedr. Lægemiddeldispensering og -administration opdateres og sendes i høring på hospitalerne, da der er tale om en principiel beslutning.

Bilag

- [Korrekt håndtering af medicin 4. udgave](#)

7. Orientering om individuelle ibrugtagningssager

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

At Den regionale Lægemiddelkomité orienteres om årsrapporten over ibrugtagningssager.

At Den regionale Lægemiddelkomité orienteres om ny model for håndtering af ansøgninger om individuel ibrugtagning.

Sagsfremstilling

I Region Midtjylland tager Det Regionale Medicinudvalg i Midtjylland (DRMM) stilling til ansøgninger om individuel ibrugtagning af dyr medicin, der ikke er standardbehandling.

Som led i et kvalitetsprojekt bliver der udarbejdet en systematisk opfølgning på patienter, der har fået bevilget en behandling med regional medfinansiering, så man kan følge, om den farmakologiske behandling har virket efter hensigten og samtidigt opgøre de relaterede økonomiske udgifter.

Til orientering har Klinisk Farmakologi udarbejdet vedhæftede årsrapport for ibrugtagningsområdet.

Ny model for håndtering af ansøgninger om individuel ibrugtagning.

Med kræftpakke 5 kommer der en ny model for håndtering af ansøgninger om individuel ibrugtagning, hvor der blandt andet nedsættes en landsdækkende vurderingskomité bestående af regionale repræsentanter.

Per 1. september 2026 er det således ikke længere Region Midtjylland som selvstændigt skal tage stilling til ibrugtagning af dyr medicin i Region Midtjylland. I stedet nedsættes en fælles regional komité bestående af regionale repræsentanter, som skal afgøre ibrugtagningssager på tværs af regioner indenfor kræftområdet. Komitéen oprettes i tilknytning til Tværregionalt Forum for Koordination af Medicin. Danske Regioner har udarbejdet vedhæftede modelbeskrivelse, som er godkendt af Sundhedsdirektørerne.

Den fælles regionale komité kommer til at tage stilling til alle ibrugtagningssager og ikke kun de, der udgår fra kræftområdet. Der pågår lige nu et stort arbejde med at ensrette processer imellem regioner, ligesom der forventeligt vil komme til at ske en ensretning af refusionsmodeller på tværs af regioner.

Beslutning

Den regionale Lægemiddelkomité tog årsrapporten over ibrugtagningssager til orientering.

Den regionale Lægemiddelkomité tog ny model for håndtering af ansøgninger om individuel ibrugtagning til orientering.

Bilag

- [Årsrapport 2025 enkeltansøgninger \(1\).pdf](#)
- [Forum - Bilag 4 - Model for fælles vurdering af individuel ibrugtagning DR.pdf](#)

8. Vederlagsfri udlevering af Penicillamin

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

at Den regionale Lægemiddelkomité anbefaler, at Penicillamin til indikationen Wilsons sygdom kan udleveres vederlagsfrit fra AUH.

Sagsfremstilling

Wilsons sygdom er en arvelig tilstand, der er betinget af en mutation i genet for et kobber-transporterende protein, ATP7B. Resultatet er, at kobber hober sig op i kroppen og giver skader på organerne, særlig hjernen og leveren. Ubehandlet er sygdommen altid dødelig og børn ned til 3-4 år er beskrevet med skrumpeliver. Med den rette behandling har patienterne normal livslængde.

Penicillamin er førstevalgsbehandling til disse patienter. Stoffet binder kobber i blodbanen (kelering) og øger urinudskillelsen af kobber, så der opstår en negativ kobberbalance og kroppens kobberindhold normaliseres i løbet af 1-2 år. Anden linjebehandling er trientine (med tilsvarende virkningsmekanisme, meget højere pris), og zink-salte (med en anden virkningsmekanisme og mindre effektivt). Behandlingen skal varetages af speciallæger med indgående kendskab til Wilsons sygdom, da den styres efter klinisk respons, idet både under- og overbehandling skal undgås. Indholdsstoffet penicillamin har en række sporadisk forekommende alvorlige bivirkninger som kan være irreversible, hvilket også taler for centralisering af behandlingen. Patienterne risikerer at blive akut syge med leversvigt, hvis de er udsat for pauser i behandlingen på mere end 1-2 uger.

Varetagelse af patienter med Wilsons sygdom i Danmark er af Sundhedsstyrelsen centraliseret til Lever-, Mave- og Tarmsygdomme, Aarhus Universitetshospital. Der er 45 patienter på landsplan. Afdelingen har en generel udleveringstilladelse på penicillamin-præparatet Metalcaptase® og udskriver recepter på dette.

De øvrige lægemidler, som er godkendt til behandling af Wilsons sygdom (zink-præparatet Wilzin® samt forskellige trientine-præparater (Cuprior®, Trientin Waymade®), udleveres vederlagsfrit fra Lever-, Mave- og Tarmsygdomme, Aarhus Universitets hospital, da disse lægemidler har udleveringsreglen BEGR (Må kun udleveres til sygehuse).

Da Metalcaptase® i flg. den generelle udleveringstilladelse kan udleveres via apotek (sv.t. udleveringsregel A), betyder det, at der på nuværende tidspunkt udskrives recept til udlevering på apoteker i primærsektoren, og præparatet ikke udleveres vederlagsfrit fra sygehuset. Regionsapoteket har i samarbejde med afdelingen haft kontakt med Lægemiddelstyrelsen for at få en forklaring på, hvorfor der er forskel på udleveringsreglerne for penicillamin i fht. de øvrige præparater til Wilsons sygdom. Årsagen er, at penicillamin tidligere har været registreret i Danmark til bl.a. indikationen reumatoid arthritis.

Da penicillamin er et tilladelsespræparat som skaffes hjem fra udlandet, er forsyningssikkerheden langt mere usikker end ved markedsførte lægemidler. I forbindelse med COVID-19 er afdelingen og Regionsapoteket blevet meget opmærksomme på forsyningssikkerhed af ikke-markedsførte præparater, som importeres fra udlandet og vigtigheden af at have tilstrækkelige lagre i Danmark.

På grund af de forholdsvis få patienter, er der ikke mange privatapoteker, som har præparatet på lager. Dvs. de primære lagre ligger hos grossisterne Nomeco og TMJ. De få patienter gør, at grossisterne heller ikke har store lagre, og vi oplever ofte, at en eller begge grossister har restordre på produktet. De private apoteker har leveringsaftale med én specifik grossist og køber nødt til fra den konkurrerende grossist (trods deres forsyningspligt). Det har flere gange medført, at patienterne bliver afvist på apoteket med besked om restordre, selvom den anden grossist har lager. Dette er meget u hensigtsmæssigt, da patienterne som tidligere nævnt kan risikere at blive akut syge selv ved kortere pauser i behandlingen.

Inden for en kort årrække har afdelingen flere gange oplevet at måtte skifte præparat, fordi patienterne blevet sendt hjem fra apoteker i primærsektoren uden medicin og med besked om, at præparatet er i restordre. Ligeledes bruger afdelingens personale tid på at ringe rundt til forskellige privatapoteker for at sikre sig, at de kan skaffe produktet. Den usikre levering har medført, at nogle patienter har ønsket at skifte til Trientine, hvilket påfører regionen en betydelig merudgift. Se nedenstående beregning.

For at sikre patienterne en stabil behandling ønskes penicillamin finansieret af den centrale medicinpulje således, at udleveringen foregår via Lever-, Mave- og Tarmsygdomme, og produktet kan lagerføres på Regionsapoteket. Desuden giver det Regionsapoteket mulighed for at søge billigere og mere leveringssikre alternativer hos andre leverandører end de to grossister. Administrationen afklarer spørgsmålet om finansieringen, når Den regionale Lægemiddelkomite har givet faglig rådgivning i sagen.

Der er netop nedsat en ny arbejdsgruppe for Vederlagsfri Medicin under Tværregionalt Forum for Koordination af Medicin. Arbejdsgruppen har fået til opgave at revidere listen for vederlagsfri medicin, foruden at definere hvilke kriterier, der skal gælde for optagelse på listen, som det første. Der modtages derfor ikke ansøgninger til optagelse på listen før til efteråret 2026.

Metalcaptase (penicillamin) 300 mg, 100 stk. 1.260 kr. (SAIP)

Trientin "Waymade" 200 mg, 100 stk. 10.894,25 kr. (SAIP)

	Metalcaptase	Trientin "Waymade"
Dosering	10-20 mg pr kg	800-1600 mg
Pris pr. patient/år	10.731-21.462 kr.	163.400-315.926 kr.

Beslutning

Overlæge Thomas Damgaard Sandahl fra Lever-, Mave- og Tarmsygdomme på AUH deltog under behandlingen af punktet. AUH har landsfunktion på behandling af Wilsons sygdom. Der er ca. 20 patienter i behandling om året.

Koncern Kvalitet drøfter problemstillingen om private apotekers manglende villighed til at bruge andre grossister ved restordre med de private apoteker.

Normalt skal et lægemiddel være optaget på listen over vederlagsfri medicin til særlige ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling (vederlagsfrilisten), før lægemidlet må udleveres vederlagsfrit. Det vil dog tidligst være muligt at søge om optagelse til efteråret 2026. Der er derfor behov for en afklaring i den mellemliggende periode.

Da der er tale om et lægemiddel der kræver styring og af hensyn til patientsikkerheden, anbefaler Den regionale Lægemiddelkomité, som en midlertidig løsning, at lægemidlet udleveres vederlagsfri fra AUH indtil Arbejdsgruppen for Vederlagsfri Medicin har taget stilling til, om lægemidlet kan optages på vederlagsfrilisten.

Sundhedsplanlægning afklarer spørgsmålet om finansieringen fra den centrale pulje.

9. Opdateret smerteguide

1-31-72-129-16

Indstilling

Administrationen indstiller,

at Den regionale Lægemeddelkomité orienteres om den opdaterede smerteguide.

at Den regionale Lægemeddelkomité drøfter hvordan smerteguiden skal implementeres i Region Midtjylland.

Sagsfremstilling

Smerteguiden 2026 er en opdatering af den tidligere version fra 2019, som blev udarbejdet i et samarbejde mellem Medicinteamet i Midtkraft, de øvrige regioners lægemiddelenheder og Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) i Sundhedsstyrelsen.

Smerteguiden har til formål at støtte læger i en hensigtsmæssig, ikke-specialiseret farmakologisk smertebehandling inden for akutte og kroniske smerter ved maligne og non-maligne tilstande.

Smerteguiden søger at balancere den nyeste evidens inden for smertebehandling med god klinisk praksis. Behandling af smerter vil dog altid bero på en individuel, faglig vurdering, som foretages i samarbejde mellem patienten og den behandlende læge.

Den primære målgruppe er almen praksis, men smerteguiden kan ligeledes anvendes til ikke-specialiseret smertebehandling i hospitalsregi.

Aktuelle version er fagligt opdateret i et samarbejde mellem Klinisk Farmakologi, AUH, Klinisk Farmakologisk Enhed, AAUH og Medicinteamet i Midtkraft. Guiden har været i høring ved relevante høringsparter indenfor smerteområdet i Region Midt- og Nordjylland. De øvrige Regioner får mulighed for at få deres logo på folderen, da de var med i udarbejdelsen af den tidligere udgave.

I forhold til den tidligere version er de primære ændringer:

- Smerteanamnesen er udgået som selvstændigt afsnit, da dette vurderes at være basal lægefaglig viden.
- De indledende afsnit er udbygget med øget fokus på vigtigheden af at lægge både en behandlings- og udtrappingsplan fra start og der er en tydelig opdeling mellem forskellige smertetyper.
- Det understreges, at depotmorfin er førstevalg blandt opioiderne, og at brugen af oxycodon bør begrænses mest muligt.
- Det fremhæves, at oxycodon indebærer større afhængighedsrisiko end morfin.
- Tramadol udgår helt af anbefalingerne.
- Folderen indeholder nu flere redskaber og konkrete eksempler på opstart af behandling, skift mellem præparater og administrationsformer samt struktureret aftrapning.
- Der er større fokus på at sammenholde fordele og ulemper ved de forskellige præparatgrupper, herunder tydelig understregning af misbrugspotentialet ved gabapentinoide og det begrænsede evidensgrundlag for at anvende centralt virkende muskelrelaksantia (fx chlorzoxazon).
- Der er tilføjet et afsnit om lægemidler, der kræver personligt fremmøde ved receptfornyelse.

Den opdateret Smerteguide er vedhæftet.

Dog gøres der opmærksom på, at der fortsat kan komme få ændringer til Smerteguiden, da Sundhedsstyrelsen i slutningen af februar 2026 har udsendt høringsmateriale om optagelse af pregabalin og gabapentin på liste B i bekendtgørelsen om euforiserende stoffer. Dette betyder at pregabalin og gabapentin muligvis ændrer status, hvilket medfører at der vil være krav om fremmøde ved receptfornyelse. Den endelige version af Smerteguiden afventer derfor Sundhedsstyrelsen afgørelse.

Implementeringen af Smerteguiden

Det er muligt at bestille smerteguiden i en trykt udgave (A5- format). I 2025 er der sendt 525 trykte eksemplarer af smerteguiden til hospitalerne. Siden 2022 har Midtkraft sendt 947 eksemplarer til almen praksis.

Hospitalerne orienteres via en mail til hovedpostkasserne, som også beskriver hvordan hospitalerne kan rekvirere en trykt udgave af Smerteguiden.

Almen praksis orienteres om opdateringen via en praksis.dk meddelelse og via nyhedsbrevet Medicinnyt. Heri beskrives det, hvordan almen praksis, kan rekvirere en trykt udgave af Smerteguiden.

I samarbejde med ledende overlæge Randi Eltved fra Smerteklinikken Silkeborg afholdes et webinar, der sætter fokus på smerteguiden og smertebehandling i almen praksis.

Den regionale Lægemeddelkomité bedes drøfte hvordan den opdaterede version af smerteguiden ellers kan implementeres i Region Midtjylland.

Beslutning

Den regionale Lægemeddelkomité tog den opdaterede smerteguide til orientering.

Lægemeddelkomitéen konstaterer at det er positivt, at der i smerteguiden er fokus på udtrappingsplaner. Der blev orienteret om, at Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark ønsker at få deres logo på den

opdaterede smerteguide. Efter at IRF er nedlagt beskæftiger Sundhedsstyrelsen sig ikke længere med materialer til almen praksis. Ansvar for opdatering af Smerteguiden overgår derfor til Medicinrådet, hvorfor denne version af Smerteguiden formentlig vil have en kortere levetid. Det forventes at alle regioner fremadrettet vil blive inddraget i opdateringer af Smerteguiden.

I forhold til implementering vil det også være muligt for hospitalerne at deltage på det planlagte webinar.

Det foreslås desuden, at der i mail til hospitalerne skrives at udbredelsen af smerteguiden på hospitalerne drøftes i de lokale medicinudvalg.

Det er vigtigt, at smerteguiden kan findes både i en digital og fysisk form.

Bilag

- [K11 9811 Smerteguide 2026 A5 24-02-2026 final](#)

10. Orientering om oxycodon forbruget i Region Midtjylland.

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

At Den regionale Lægemedelkomité drøfter oxycodon forbruget i Region Midtjylland.

Sagsfremstilling

Den regionale Lægemedelkomité anbefaler at morfin er 1. valg i Region Midtjylland både på hospitalerne og i almen praksis.

Den regionale Lægemedelkomité er løbende blevet orienteret om udviklingen i forbruget af oxycodon og morfin. Senest på mødet i Lægemedelkomitéen den 18. december 2023.

På regionalt niveau er forbruget af Oxycodon faldende set over de seneste 3 år:

År	Antal definerede døgn-doser i Region Midtjylland
2023	54.547
2024	44.313
2025	37.911

Status på hospitaler og relevante specialer

På afdelingsniveau er der set på, om Oxycodon-forbruget er højst 20% af det samlede Morfin+Oxycodon-forbrug. Som tabellen viser, er der ikke noget generelt problem med oxycodon på tværs af regionen, men enkelte specialer/afdelinger har stadig noget at arbejde med.

Andel (%) Oxycodon af total Morfin + Oxycodon ud fra antal definerede døgn-doser (DDD):

	4. kvartal 2023					4. kvartal 2025				
Samlet:	Region Midtjylland					Region Midtjylland				
	20%					18%				
Hospitaler:	AUH	RHG	HEM	RHH	RHR	AUH	RHG	HEM	RHH	RHR
	23%	19%	24%	17%	21%	16%	19%*	19%	17%	13%
Medicinske specialer:	Intern medicinsk	Anæstesi	Akut	Onkologi	Gyn/Obs	Intern medicinsk	Anæstesi	Akut	Onkologi	Gyn/Obs
	22%**	19%	9%	6%	7%	21%**	10%	9%	7%	10%
Kirurgiske specialer:	Orto	Mave/tarm	Urologi	Thorax/Karkirurgi		Orto	Mave/tarm	Urologi	Thorax/Karkirurgi	
	31%	20%	37%	36%		25%	20%	24%*	28%*	

	Oxycodonforbruget er ≤ 20 % af samlet Morfin+Oxycodon-forbrug
	Oxycodonforbruget er > 20 % af samlet Morfin+Oxycodon-forbrug, men der ses et faldende forbrug over de seneste 2 år
	Oxycodonforbruget er > 20 % af samlet Morfin+Oxycodon-forbrug

Morfin: Alle lægemiddelformer under ATC-kode N02AA01

Oxycodon: Alle lægemiddelformer under ATC-kode N02AA05

* Tallet viser ikke det reelle fald/stabile andel, da der ses et noget svingende forbrug.

** Over de 2 år er det udelukkende AUH og HEM, der har en gns. %Oxycodon > 20%

Status i almen praksis

Brugen af oxycodon relativt til morfin er større i almen praksis end på hospitalerne. Oxycodon udgjorde således en andel på 30 % i 2025. Forbruget er dog faldet 6 pct.point siden 2021. Det samlede forbrug af morfin og oxycodon er samtidig faldet med 36 % fra i alt ca. 1,9 mio. DDD i 2021 til ca. 1,2 mio.DDD i 2025.

Forbrug af morfin og oxycodon i almen praksis fra 2021-2025 i Region Midtjylland.

	morfin og oxycodon	2021	2022	2023	2024	2025
Antal DDD	Morfin	1.212.824	1.226.714	1.206.007	1.109.717	842.498
	Oxycodon	681.880	643.410	586.316	512.322	365.248
Andele	Morfin	64%	66%	67%	68%	70%
	Oxycodon	36%	34%	33%	32%	30%

Antal personer	Morfin	29.121	30.515	30.956	29.431	25.027
	Oxycodon	9.596	9.644	7.936	6.543	5.385

Datakilde: BI-LUNA trukket den 10. marts fra ordinationer

Forbruget af smertestillende lægemidler i almen praksis er generelt faldende.

ATC, niveau 5, kode & tekst	% af total antal DDD		Antal DDD	
	2024	2025	2024	2025
Grand total	100 %	100 %	3.051.880	2.133.194
N02AA01 - morfin	36 %	39 %	1.109.717	842.498
N02AX02 - Tramadol	36 %	31 %	1.106.974	668.414
N02AA05 - Oxycodon	17 %	17 %	512.322	365.248
N02AB03 - Fentanyl	6 %	6 %	181.171	136.476
N02AE01 - Buprenorphin	3 %	4 %	93.929	88.934
N02AX06 - Tapentadol	2 %	2 %	47.768	41.625

Status på forbrug i de øvrige regioner

Sammenlignet med de øvrige regioner, så har Region Midtjylland blandt almen læger det laveste forbrug per 1.000 sikrede.

Brug af morfin og oxycodon per 1.000 sikrede i 2025

Receptudstedertype	Forbrugende Region	N02AA01 - Morfin	N02AA05 - Oxycodon
Almen læger	Region Hovedstaden	456,3	331,8
	Region Midtjylland	755,2	329,0
	Region Nordjylland	902,7	422,3
	Region Sjælland	794,9	625,1
	Region Syddanmark	757,4	428,7
Offentlige hospitaler og institutioner	Region Hovedstaden	96,3	50,5
	Region Midtjylland	101,5	23,5
	Region Nordjylland	134,0	64,9
	Region Sjælland	123,0	84,2
	Region Syddanmark	107,1	36,6

Datakilde: BI-LUNA trukket den 10. marts fra ordinationer per 1.000

Beslutning

Den regionale Lægemedelkomité anerkender det store arbejde, der er gjort for at sænke forbruget af oxycodon, hvilket også fremgår af tabellerne.

Lægemedelkomitéen drøftede hvor forbruget af smertestillende så har flyttet sig hen, når det ikke umiddelbart ser ud til at være flyttet over på andre opioider. Mon der ses en stigning i forbruget af en antiepileptika fx gabapentin og pregabalin og antipsykotika? Monitoreringsgruppen opfordres til at undersøge dette.

Der har fra Regionsapotekets side været fokus på at få oxycodon ud af standardordinationer (SO) og standardordinationspakker (SOP). Nogen afdelinger har fortsat brug for SO og SOP med oxycodon, men antallet SO og SOP indeholdende oxycodon er reduceret.

Der laves på nuværende tidspunkt ikke yderligere indsatser for at reducere oxycodon forbruget. Den regionale Lægemedelkomité følger dog fortsat udviklingen i forbruget af oxycodon tæt.

11. Status for projekter om bæredygtigt medicinforbrug i Region Midtjylland

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

at Den regionale Lægemedelkomité orienteres om tre igangværende projekter med fokus på reduktion af medicinspild og et mere bæredygtigt medicinforbrug i Region Midtjylland.

Sagsfremstilling

Medicinområdet udgør en væsentlig del af sundhedsvæsenets samlede ressourceforbrug og klimaaftryk. I Region Midtjylland arbejdes der derfor med flere initiativer, der skal bidrage til et mere bæredygtigt medicinforbrug, herunder reduktion af medicinspild og fokus på rationel anvendelse af lægemidler.

Center for Bæredygtige Hospitaler har i samarbejde med Regionsapoteket igangsat tre projekter, som på forskellige måder adresserer dette område.

1. Brug patientens egen medicin

Projektet har til formål at reducere medicinspild på hospitalerne ved i højere grad at anvende patientens egen medicin under indlæggelse, når det er fagligt forsvarligt. Baggrunden er, at en betydelig del af medicinspildet på hospitalerne stammer fra lægemidler, der bestilles særskilt til enkeltpatienter uden for afdelingernes standardsortiment og efterfølgende må kasseres. Initiativet understøtter den anbefaling, som Den Regionale Lægemedelkomité har lanceret i forbindelse med kampagnen om patientens egen medicin.

2. Kun nødvendig medicin

Projektet har fokus på at understøtte rationel medicinanvendelse ved at styrke opmærksomheden på løbende vurdering af patienters medicinbehandling og seponering af unødvendig behandling. Initiativet kan tage afsæt i eksisterende faglige redskaber såsom STOPP/START-kriterier, seponeringslisten og afmedicineringsvejledningen, der kan understøtte klinikere i vurderingen af patienters medicinbehov. Projektet lægger op til et samarbejde på tværs af regionens hospitaler med understøttelse fra Regionsapoteket og Klinisk Farmakologi på AUH med henblik på at styrke videndeling og udvikle indsatser, der kan understøtte en mere systematisk tilgang til afmedicinering, særligt hos patienter med polyfarmaci.

3. Vælg mere bæredygtig administrationstype

Projektet har til formål at identificere muligheder for at anvende mere bæredygtige administrationsformer for lægemidler, hvor dette er fagligt forsvarligt. Valget af administrationsform – fx intravenøs eller oral behandling – kan have betydning for ressourceforbrug, affald og transport. Projektet vil blandt andet identificere konkrete områder, hvor alternative administrationsformer kan reducere klimaaftrykket fra lægemidler. Arbejdet sker i samarbejde med kliniske afdelinger, Regionsapoteket og Amgros samt i dialog med nationale initiativer under Danske Regioners arbejde med bæredygtige lægemidler.

Projekterne er i en indledende fase, hvor projektgrupper etableres og mulige indsatsområder identificeres. Resultater og erfaringer fra arbejdet vil løbende kunne indgå i regionens arbejde med bæredygtighed og rationel lægemiddelanvendelse.

Karin Aagot Møller Jørgensen, Projektleder på Center for bæredygtige hospitaler, og Michelle Ann Matzen, Funktionsleder i klinisk farmaci på Regionsapoteket Midtjylland, uddyber projekterne på mødet og deltager under punktet.

Beslutning

Den regionale Lægemedelkomité takker for et godt oplæg. Præsentationen er vedhæftet referatet til orientering.

Der var en god drøftelse af projektet "Brug patientens egen medicin". Der blev givet en status på hvor mange afdelinger, der har implementeret initiativet og det ses, at ca. halvdelen har implementeret eller er i gang med at implementere initiativet. Der er således fortsat behov for fokus på initiativet.

Det forslås at der sættes fokus på:

- Samspillet mellem de forskellige medicin-koncepter og "Brug patientens egen medicin".
- At der indsamles erfaring fra de afdelinger, der har implementeret "Brug patientens egen medicin".
- At der er tydelighed omkring hvad "egen medicin" er i dette koncept fx at det ikke er alt medicin, men særligt den medicin, der ikke er i afdelingens standardsortiment.
- At de lokale medicinudvalg opfordres til at drøfte implementering på eget hospital.

Der opfordres også til at få opdateret udskrivelsesSFI'en, så patientens egen medicin fremgår af denne, på lige vilkår med andre af patientens personligt ejendele.

Der er også fortsat et spor ud mod kommunerne, der skal udforskes. Dette går Sundhedsplanlægning i samarbejde med Center for bæredygtige hospitaler i dialog om.

Projektet "Kun nødvendig medicin" kan med fordel kobles sammen med "Vælg Klog – Polyfarmaci". Der opfordres til at der er fokus på beskrivelse af stop i epikriserne. Det er gavnligt for almen praksis, hvis der i epikriserne er en beskrivelse af, hvornår patienten med fordel kan afslutte behandlingen fx afslut behandling hvis ingen effekt efter 8 uger.

Det orienteres om at der kommer en FMK-opdatering, hvor det bliver muligt at indtaste en revisionsdato. Der opfordres til at hospitaler der ønsker at deltage i dette projekt, kontakter Karin Aagot Møller Jørgensen, Projektleder på Center for

bæredygtige hospitaler. Kontaktoplysninger findes i oplægget.

Projektet "Valg af mere bæredygtige administrationsformer" indeholder flere projekter af forskellig størrelse, kompleksitet og CO2 reduktions potentiale. Af eksempler kan nævnes skifte fra IV til PO behandling når muligt, og skift af inhalationspray til pulver.

Karin Aagot Jørgensen sidder i den nationale Implementeringsgruppe for Grøn Omstilling IGO under Danske Regioner og sørger for at sikre videndeling og sammenhæng med arbejdet, der foregår der.

Bilag

- [Oplæg Bæredygtigt medicinforbrug_RLK 260326.pptx](#)

12. "Klar-til-brug"-lægemidler

1-31-72-117-24

Indstilling

Administrationen indstiller,

at Den regionale Lægemiddelkomité orienteres om lukning af projekt om Klar-Til-Brug (KTB)-lægemidler.

Sagsfremstilling

I efteråret 2024 involverede Sygehusapotekerne og Amgros de regionale lægemiddelkomiteer i et tværgående projekt omhandlende klar-til-brug lægemidler med henblik på at få principiel opbakning til at arbejde på mod at øge forbruget af Klar-Til-Brug-antibiotika til 50% af det samlede antibiotikaforbruget på hospitalerne.

Formålet med det tværgående projekt var at beskrive argumenter som baggrund for, at der i Danmark kunne tages en national overordnet beslutning om øget brug af KTB-præparater både til indlagte patienter og behandling i patientens hjem eller nærmiljø.

Dette med henblik på at synliggøre de fordele, der er forbundet med forbrug af KTB-lægemidler fx afhjælpe mangel på personaleressourcer, patientsikkerhed og hjemmebehandling.

Hovedleverancen i projektet var et notat til Sundhedsdirektørkredsen, som blev behandlet på møde i Sundhedsdirektørkredsen d. 25. april 2025. Nedenstående fra referatet blev sendt fra sekretariatet,

"Kredsen drøftede sagen og er enige om, at der er flere uklarer herunder, hvem der skal producere lægemidlerne, hvorvidt den afsatte økonomi skal bruges på produktion af lægemidler, samt hvorvidt der er en reel reduktion af tidsforbrug på afdelingerne. Regionerne er dog positive overfor mere behandling hjemme, og vil gerne se en ny sagsfremstilling. Der er enighed om, at regionerne kan fremsende skriftlige kommentarer med henblik på, at Danske Regioner fremsender en ny sagsfremstilling til skriftlig behandling".

Det vurderes, at der kan være flere udfordringer forbundet med timingen for sende en ny sagsfremstilling dette efterår. Fx,

- *Sammenlægning af to regioner til samlet region øst*
Sammenlægningen medfører organisatoriske og økonomiske udfordringer, hvilket gør det svært at træffe beslutninger om KTB-lægemidler. Diskussionen bør udsættes, indtil der er mere klarhed.
- *Forskellig økonomistyring i regionerne*
Forskelle i pris, prioritering og tilgængelighed af KTB-lægemidler gør det svært at lave en samlet business case. Der er behov for mere klarhed og enighed på tværs af regionerne. Et foreslået pilotprojekt skulle dokumentere effekterne og danne grundlag for fremtidige beslutninger, men der er bekymring for, at kortsigtet finansiering ikke vil løse betalingsvilligheden i klinikken.

På baggrund af ovenstående har projektorganisationen vurderet ikke at sende en ny sagsfremstilling i denne omgang. I stedet er det blevet besluttet, at projektet lukkes og at drøftelser og det fortsatte arbejde med at overvåge forbrug og efterspørgsel på KTB-lægemidler fortsætter i Strategisk udvalg for det nære sundhedsvæsen, der er et etableret samarbejde mellem Amgros og Sygehusapotekerne.

På baggrund af erfaringer fra dette og tidligere projekter vurderer projektorganisationen ydermere, at hvis man skal lykkes med udvikling og implementering af større forbrug af KTB-lægemidler, er der behov for andre/flere aktører til at drive arbejdet. Et arbejde som Sygehusapotekerne og Amgros fortsat gerne vil bakke op om og supportere.

For at gøre det nemmere at samle projektet op på ny, er der udarbejdet en rapport med opsamling på det arbejde der er udført med KTB fra 2011-2025 i samarbejdet mellem Sygehusapotekerne og Amgros.

Beslutning

Den regionale Lægemiddelkomité tog lukning af projekt om Klar-Til-Brug (KTB)-lægemidler til orientering.

13. Eventuelt

1-31-72-117-24

Sagsfremstilling

Permanentgørelse af ordning vedr. ordination af håndkøbsmidler til udtømning forud for kikkerundersøgelse

Regionshospitalet Gødstrup har gennemført en tidsafgrænset prøvehandling vedrørende ordination af håndkøbsmidler til udtømning forud for kikkerundersøgelse i Mave- og Tarmkirurgi i perioden 1. juni 2025 til udgangen af 2025.

Til inspiration orientere Regionshospitalet Gødstrup hermed Lægemiddelkomitéen om de positive erfaringer ved ordningen.

Ordningen indebærer, at det af indkaldelsesbrevet fremgår, at patienter med behov for kommunal hjælp til administration af udtømningsmidler skal kontakte Mave- og Tarmkirurgi. Afdelingen ordinerer herefter udtømningsmidlerne i FMK og fremsender korrespondancebrev til kommunen, så kommunen kan yde den nødvendige hjælp til medicinadministration.

Erfaringer fra prøvehandlingen

- Samarbejdskommunerne har ikke meldt om problemer relateret til ordningen (pba. drøftelser i Medicineringsrådet og Den tværsektorielle patientsikkerhedsgruppe).
- Mave- og Tarmkirurgi på Regionshospitalet Gødstrup oplyser, at afdelingen over en periode på godt tre måneder har haft omkring 50 henvendelser vedrørende ordningen. Erfaringen er, at arbejdsgangen fungerer tilfredsstillende. Afdelingen har ikke oplevet, at patienter er mødt op til kikkerundersøgelse uden at være korrekt udtømt som følge af manglende ordination i FMK.
- Der er ikke rapporteret utilsigtede hændelser i forbindelse med ordningen.

På baggrund af de samlede positive erfaringer og fravær af rapporterede utilsigtede hændelser er det besluttet at gøre ordningen permanent i Regionshospitalet Gødstrups optagerområde.

Har I spørgsmål til ordningen, kan I kontakte Regionshospitalet Gødstrup (kontaktperson Ditte Kirk Ibsen).