

# **Läkemedelsstrategi 2013-2017**

Stockholms läns landsting

Rev 2012-11-21

## Innehållsförteckning

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Sammanfattning .....  | 4  |
| 2     | Bakgrund.....   | 6  |
| 3     | Läkemedelsstrategins struktur.....  | 7  |
| 3.1   | Hur kommer strategin att användas.....  | 7  |
| 3.2   | Implementering.....   | 8  |
| 4     | Målbild för läkemedelsanvändningen i Stockholm .....                                | 9  |
| 4.1   | Beskrivning av målbilden.....   | 9  |
| 4.2   | Vad målbilden innebär för den enskilde patienten eller medborgaren ....             | 10 |
| 4.2.1 | ... inom målområde medicinskt ändamålsenlig och säker .....                         | 10 |
| 4.2.2 | ... inom målområde resurseffektivitet.....  | 11 |
| 4.2.3 | ... inom målområde utvecklingsorienterad.....                                       | 11 |
| 4.2.4 | ... inom målområde organiserad för patientens bästa.....                            | 12 |
| 5     | Analys av nuläge, trender, möjligheter och utmaningar .....                         | 12 |
| 5.1   | SLL har en ledande roll på e-hälsoområdet.....                                      | 12 |
| 5.2   | Särskilda problem med barns läkemedelsanvändning .....                              | 14 |
| 5.3   | Läkemedelsbehandlingen är i vissa avseenden ojämlig.....                            | 15 |
| 5.4   | Underbehandling är ett reellt problem.....  | 17 |
| 5.5   | Särskilda problem med äldres läkemedelsanvändning.....                              | 18 |
| 5.6   | Ny läkemedelsförsörjning sätts och innebär ett nytt ansvar för<br>landstinget ..... | 20 |
| 5.7   | Kunskapsstyrning är en nyckelfaktor .....   | 21 |
| 5.8   | Kostnadsutveckling .....  | 22 |
| 5.9   | Höga kostnader för brister i läkemedelsanvändningen .....                           | 25 |
| 5.10  | Använder vi läkemedel resurseffektivt?.....   | 26 |
| 5.11  | Kostnadsmedvetenhet viktigt för rationell läkemedelsförskrivning.....               | 27 |
| 5.12  | Minskade läkemedelsrester i miljön är målsättningen .....                           | 28 |
| 5.13  | Kliniska studier i Stockholms Läns Landsting .....                                  | 28 |
| 5.14  | Fokus på introduktion av nya läkemedel.....   | 30 |
| 5.15  | Forskning för att generera ny kunskap.....  | 32 |
| 5.16  | Organisation för läkemedelsarbetet.....   | 34 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 5.17  | Sjukvården bygger på ett professionellt och ansvarsfullt förhållningssätt<br>..... | 37 |
| 6     | Strategier inom SLL för att uppnå målbilden.....                                   | 37 |
| 6.1   | ... inom målområde medicinskt ändamålsenlig och säker .....                        | 37 |
| 6.2   | ... Inom målområde resurseffektivitet .....  | 38 |
| 6.2.1 | ... inom målområde utvecklingsfokus.....   | 39 |
| 6.2.2 | ... inom målområde organiserad för patientens bästa.....                           | 40 |
| 7     | Uppföljning av läkemedelsstrategin .....   | 41 |

## 1 Sammanfattning



I budget för 2012 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen fått i uppdrag att ta fram en läkemedelsstrategi för de kommande åren. Strategin är ett stöd inför planering av verksamhet och stöd vid beslut och den ska ge landstinget stöd i vilka satsningar som bör prioriteras och vilka verksamheter som behöver struktureras om.

Läkemedel är en av de viktigaste behandlingsmetoderna i hälso- och sjukvården och bidrar till bättre hälsa. Förfinad diagnostik, optimerad användning av befintliga läkemedel och utveckling av nya läkemedel är väsentligt för en modern sjukvård. Det är angeläget att patienter får tillgång

till nya läkemedel om dessa medför väsentliga förbättringar för patienten och är kostnadseffektiva, d.v.s. rimligt prissatta. Det är rimligt att behandlingskosten ökar om det medför ett förhöjt hälsoläge i befolkningen.

Analysen i denna strategi visar att det idag finns ett antal problem inom läkemedelsanvändningen. Både över- respektive underbehandling identifieras. Det finns brister på kunskap och saknas systematik för uppföljning och forskning.

Landstinget kommer att de närmaste fem åren, i läkemedelsarbetet, att arbeta mot ovanstående målbild. Den beskriver att det finns ett samband mellan de fyra målområdena Medicinsk ändamålsenlighet och patientsäkerhet, Resurseffektivitet, Utvecklingsfokus och Organisation för befolkningens bästa.

Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är säker betyder för landstinget att patienter som behandlas med läkemedel inte ska drabbas av vårdskada som hade kunnat undvikas. Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är medicinskt ändamålsenlig betyder för landstinget att förskrivaren gör en korrekt bedömning av patientens problem och väljer rätt läkemedel baserat på bästa tillgängliga kunskap.

Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är resurseffektiv betyder att vi i landstinget hushållar med våra resurser, såväl de ekonomiska som vår miljö. Genom att ständigt effektivisera och prioritera uppnår vi mesta möjliga hälsa för befolkningen inom givna resurser.

Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är utvecklingsorienterad betyder att vi i landstinget inom valda områden ska vara nationellt och internationellt ledande. Vi ska i alla delar sträva efter att finna möjligheter och utnyttja dem.

Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är organiserad för patientens bästa betyder för landstinget att sjukvårdens organisation inte ska vara ett hinder för hur läkemedel används eller hur läkemedelsarbetet bedrivs.

För att uppnå strategins målsättningar har landstinget fastställt ett antal strategier som vägval för handlande de närmaste fem åren.

## 2 Bakgrund

Läkemedel är en av de viktigaste behandlingsmetoderna i hälso- och sjukvården och bidrar till bättre hälsa. Förfinad diagnostik, optimerad användning av befintliga läkemedel och utveckling av nya läkemedel är väsentligt för en modern sjukvård. Det är angeläget att patienter får tillgång till nya läkemedel om dessa medför väsentliga förbättringar för patienten och är kostnadseffektiva, d.v.s. rimligt prissatta. Det är rimligt att behandlingstkostnaden ökar om det medför ett förhöjt hälsoläge i befolkningen.

Läkemedelsbehandling kan medföra problem. Såväl överdosering som överkänslighetsreaktioner kan orsaka biverkningar. Underdosering kan orsaka utebliven eller otillräcklig effekt. Interaktioner kan leda till att kroppen belastas av såväl mer som mindre läkemedel än avsett. Problem relaterade till läkemedelsbehandlingen är tyvärr ofta en orsak till sjukhusinläggning. Kön, ålder och etnicitet och andra individuella förutsättningar kan påverka både förmågan att svara på och att tåla läkemedlet. En god följsamhet till ordinationen är en förutsättning för ett gott behandlingsresultat men alla patienter förstår inte hur och varför läkemedlet skall användas. Vissa läkemedel kan även leda till miljöpåverkan. En felaktig, onödig eller utebliven behandling medför stora kostnader för både individ och samhälle.

Landstinget har haft två läkemedelsstrategier sedan 2002. Erfarenheterna av dessa styrdokument har varit goda och har möjliggjort att landstingets läkemedelsarbete kunnat hållas ihop. Det har också borgat för en långsiktighet i läkemedelsfrågor oavsett politiska majoriteter.

Den senaste strategin har gällt sedan 2008. I den fastslogs att det fanns många viktiga områden att beakta i läkemedelsarbetet de kommande åren. Omregleringen av apoteksmarknaden och den medicintekniska utvecklingen var två områden som beskrevs och som landstinget fokuserat på den senaste femårsperioden.

År 2011 beslutade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en nationell läkemedelsstrategi då det är många aktörer som agerar inom läkemedelsområdet och en samordning tidigare saknats. Den nationella läkemedelsstrategin är indelad i fem målområden.

Målen är:

- Medicinska resultat och patientsäkerhet i världsklass
- Jämlik vård
- Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning
- Attraktivitet för produkter och tjänster
- Minimal miljöpåverkan

Landstinget deltar i flera av de aktiviteter som utmynnar från läkemedelsstrategin.

I budget för 2012 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen fått i uppdrag att ta fram en läkemedelsstrategi för de kommande åren.

### **3 Läkemedelsstrategins struktur**

Läkemedelsstrategin för Stockholms läns landsting är indelad i fyra målområden – att läkemedelsanvändningen alltid ska vara:

- Medicinskt ändamålsenlig och säker
- Resurseffektiv
- Utvecklingsorienterad
- Organiserad för befolkningens bästa

Inom varje målområde görs en analys över nuläge, trender, möjligheter och utmaningar. Därefter formuleras mål och definieras strategier för att uppnå målen. Läkemedelsstrategin kommer gälla under fem år.

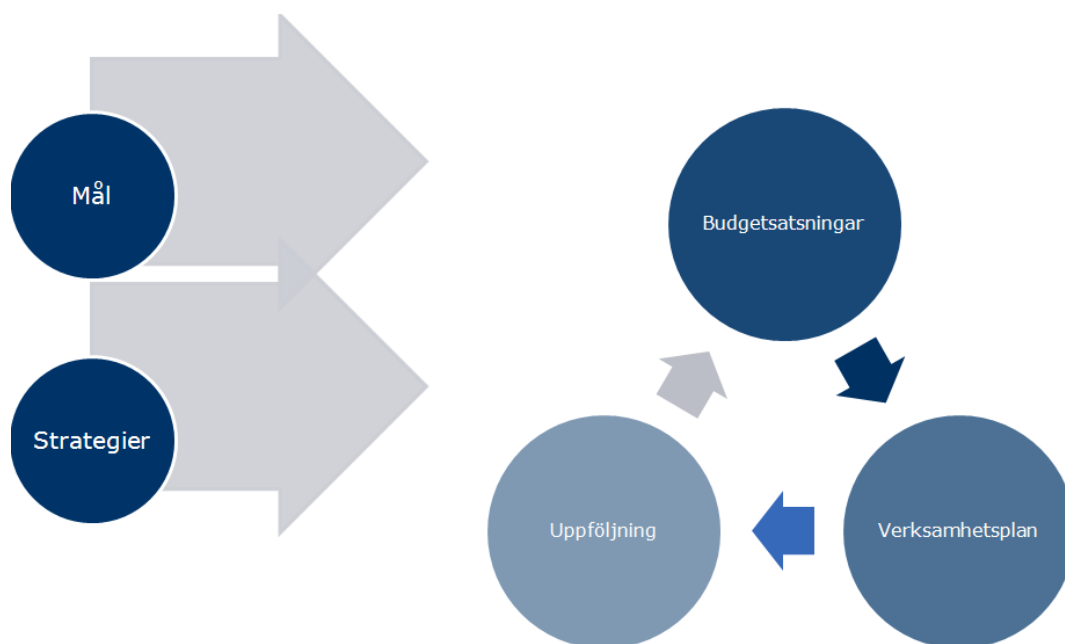
#### **3.1 Hur strategin kommer att användas**

Strategin är ett stöd inför planering av verksamhet och stöd vid beslut. Den ska ge landstinget stöd i vilka satsningar som bör prioriteras och vilka verksamheter som behöver struktureras om.

---

1

[http://www.sll.se/Handlingar/HSN/2011/\(11\)%2022%20september/p%203%20Slutlig%20budget%202012%20och%20planering%202013-2014.pdf](http://www.sll.se/Handlingar/HSN/2011/(11)%2022%20september/p%203%20Slutlig%20budget%202012%20och%20planering%202013-2014.pdf)



Inför budgetarbete kommer de enheter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen som arbetar med läkemedel att genomföra en prioriteringsprocess där aktiviteter, deras kostnader, resultat och koppling till läkemedelsstrategin diskuteras och där resurser omfördelas för en så bra läkemedelsanvändning som möjligt.

## 3.2 Implementering

Strategin kommer att beredas och beslut fattas av landstingsfullmäktige. En kommunikationsplan tas fram som identifierar målgrupper, budskap och aktiviteter. En uppföljningsplan tas fram för att följa upp om utvecklingen går åt önskvärt håll och förbättringar sker. Årligen sammanfattas resultat av indikatorer.



## **4 Målbild för läkemedelsanvändningen i Stockholm**

### **4.1 Beskrivning av målbilden**

Landstinget kommer att de närmaste fem åren, i läkemedelsarbetet, att arbeta mot nedanstående målbild. Den beskriver att det finns ett samband mellan de fyra målområdena Medicinsk ändamålsenlighet och patientsäkerhet, Resurseffektivitet, Utvecklingsfokus och Organisation för befolkningens bästa. Patientsäkerheten är central men goda kliniska utfall till rimliga kostnader är det viktigaste och alla delar av målbilden måste utvecklas gynnsamt.



## 4.2 Vad målbilden innebär för den enskilde patienten eller medborgaren

### 4.2.1 ... inom målområde Medicinskt ändamålsenlig och säker

Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är säker betyder för landstinget att patienter som behandlas med läkemedel inte ska drabbas av läkemedelsrelaterade vårdskador som hade kunnat undvikas. Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är medicinskt ändamålsenlig betyder för landstinget att förskrivaren gör en korrekt bedömning av patientens problem och väljer rätt läkemedel baserat på bästa tillgängliga kunskap.

Behandlingen måste ske utifrån den enskilde patientens förutsättningar. Behandlingen med exempelvis läkemedel individualiseras alltmer. Perspektivet ska inte vara hela gruppen äldre eller hela gruppen barn utan den enskilde individens behov av läkemedel oavsett ålder och kön.

Som enskild patient eller medborgare ska jag kunna känna mig trygg i att:

- Min förskrivare har rätt kunskap och information för att föreslå den bästa behandlingen och tillsammans med mig vara överens om att inleda eller avsluta behandling, med eller utan läkemedel.
- Jag får det stöd jag behöver för att förstå och kunna använda de läkemedel jag använder.
- Mitt läkemedel finns på rätt plats, i rätt tid och blir rätt administrerat.

#### **4.2.2 ... inom målområde Resurseffektivitet**

Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är resurseffektiv betyder för landstinget att vi hushållar med våra resurser, såväl de ekonomiska som vår miljö. Genom att ständigt effektivisera och prioritera uppnår vi mesta möjliga hälsa för befolkningen inom givna resurser.

Som enskild patient eller medborgare ska jag kunna känna mig trygg i att:

- De beslut som fattas kring min läkemedelsbehandling baseras på bästa tillgängliga kunskap.
- Mitt landsting verkar för att våra gemensamma resurser ska användas för att skapa mesta möjliga hälsa.
- De läkemedel jag använder är valda för att ge upphov till minsta möjliga miljöpåverkan utan att göra avkall på effekt och säkerhet.
- Jag får läkemedelsbehandling efter behov på ett säkert sätt oavsett vem jag är och var jag bor.

#### **4.2.3 ... inom målområde utvecklingsorienterad**

Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är utvecklingsorienterad betyder för landstinget att vi inom valda områden ska vara nationellt och internationellt ledande. Vi ska i alla delar sträva efter att finna möjligheter och utnyttja dem.

Som enskild patient eller medborgare ska jag kunna känna mig trygg i att:

- Mitt landsting bidrar till utvecklingen av nya och gamla läkemedel och en bättre kunskap om läkemedels användning och resultat.
- Jag får tillgång till nya läkemedel efter behov och på ett säkert sätt.
- Mitt landsting leder utvecklingen på flera delar av läkemedelsområdet.

#### **4.2.4 ... inom målområde Organiserad för patientens bästa**

Att läkemedelsanvändningen i Stockholm är organiserad för patientens bästa betyder för landstinget att sjukvårdens organisation inte ska vara ett hinder för hur läkemedel används eller hur läkemedelsarbetet bedrivs.

Som enskild patient eller medborgare ska jag kunna känna mig trygg i att:

- Sjukvårdssystemet är organiserat för att ge mig rätt läkemedelsbehandling.
- Sjukvården samarbetar med kommunerna för att hjälpa mig med min läkemedelsbehandling.
- Mitt landsting är organiserat för att snabbt ta om hand nya riktlinjer och satsningar.
- Mitt landsting bedriver sitt läkemedelsarbete på ett professionellt och ojävigt sätt.

## **5 Analys av nuläge, trender, möjligheter och utmaningar**

### **5.1 Landstinget har en ledande roll på e-hälsoområdet**

I slutet av 90-talet intog landstinget en ledande roll i utvecklingen av läkemedelsrelaterade e-tjänster, Janusprojektet. De tjänster som utvecklades inom ramen för projektet har i stor utsträckning levt vidare. Många av Janusprojektets e-tjänster har kommit att stå modell för utvecklingen av e-tjänster för läkemedel från såväl privata som offentliga aktörer, exempelvis en gemensam receptserver för överföring av recept från vårdgivare till apotek, sammanställning och kvalitetssäkring av källor som underlag för elektronisk ordination och förskrivning, landstingets rekommenderade läkemedel "Kloka Listan" i elektronisk version,

patientspecifika varningar för läkemedelsinteraktioner samt olämpliga läkemedel under graviditet eller amning.

På nationell nivå sker en satsning på stöd vid läkemedelsordinationer och utveckling av gemensamma läkemedelslistor. Det första landstingsgemensamma ordinationsverktyget har under 2012 implementerats för ordinationer av läkemedel till patienter som får dosförpackade läkemedel.

#### *Utmaning & Möjlighet*

Det finns idag en otydlighet kring vem som ska finansiera, utveckla och förvalta vissa tjänster. Det kan vara statlig, landstingsgemensam eller stockholmsspecifik lösning och kan variera över tid.

I samverkan med akademi och kliniska specialister har landstinget utvecklat och förvaltar flera medicinska kunskapstjänster. Målet är att öka tillämpningen av aktuell evidensbaserad kunskap i patientmötet och därigenom öka kvaliteten i patientens läkemedelsbehandling. Genom avtal mellan landstinget och SKL/ CeHis distribueras Sfinx interaktionstjänst via Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) till samtliga landstings- och journalsystemsleverantörer. Enligt avtalet kommer också de medicinska kunskapstjänsterna Läkemedel och fosterpåverkan, samt Läkemedel och amning att tillhandahållas nationellt via SIL. Tjänsterna finns sedan start tillgängliga i webbversion på Janusinfo och Sfinx även i Janusfönster.

På uppdrag av Socialdepartementet genomförde Läkemedelsverket 2011 en jämförelse av Sfinx interaktionstjänst med den som ingår i Elektroniskt expertstöd (EES), där jämförelsen utföll till fördel för Sfinx på flera punkter.

#### *Utmaning & Möjlighet*

En förändrad och stärkt syn på patienten som medaktör i sin egen hälso- och sjukvård, ställer krav på lättillgängliga e-hälsotjänster anpassade för patienter och invånare.

Därefter har departementets styrgrupp för IT och läkemedel skrivit in i handlingsplanen för 2012-2014 att ”det behövs ett projekt som tillgängliggör Sfinx för apotek” via Apotekens Service AB. Detta för att information som används av vård och apotek bör utgå från samma källa.

Flera tjänster utvecklas nu för att förbättra stödet vid förskrivning av läkemedel. Tjänster i olika utvecklingsstadier planeras ge stöd för jämlik läkemedelsförskrivning,

#### *Utmaning & Möjlighet*

Det tar oftast lång tid innan ny evidens får genomslag i klinisk praxis. Lättillgängliga verksamhetsanpassade e-hälsotjänster för vården är ett effektivt sätt att tillhandahålla aktuell evidensbaserad kunskap och öka kvaliteten i läkemedelsbehandlingen.

stöd för att identifiera olämpliga läkemedel och doser vid nedsatt njurfunktion och stöd för att förhindra farmakodynamiska läkemedelsinteraktioner.

Astrid Lindgrens Barnsjukhus är nationellt ledande med att utveckla och förvalta databas med information om läkemedelsbehandling av barn, ePed. Utifrån avvikelser och risker har även funktionen med rimlighetskontroll och doseringshjälp utvecklats vilket är integrerade verktyg i journalsystemet. En viktig framgångsfaktor är att integrera all kunskap som rör läkemedelsbehandling av barn så att avvikelser som rör läkemedel praktiskt återkopplas till verksamheten och att informationen som förskrivaren har att tillgå är uppdaterad.

I syfte att öka möjligheterna för patienter och vårdgivare att kommunicera kring den enskilde patientens olika steg i vårdflödet har ett stort nationellt tvärvetenskapligt projekt, Mina Vårdflöden, startat. Initialt kommer bland annat stroke och hjärtsjukdomar att belysas. Tjänsterna öppnar upp för möjligheter att inkludera också evidensbaserade läkemedelsrekommendationer.

E-hälsa möjliggör för patienten att delta i uppföljningar. Patienten kan då själv rapportera hur hon upplever effekten av läkemedlet.

## 5.2 Särskilda problem med barns läkemedelsanvändning

En fjärdedel av Stockholms befolkning utgörs av barn under 18 år. Flera studier visar att det är vanligt med ordination av läkemedel utanför godkänd produktresumé, licens eller extempore läkemedel till barn, så kallad *off-label*. Inom öppenvård är det 14-30 procent och inom slutenvård omkring 50 procent. Detta medför bristande information vid ordinationstillfället vilket gör att osäkerheten är större och att läkaren eller föräldrar/ patient faktiskt inte kan läsa i FASS om den ordinerade behandlingen. Det är vanligt att det finns information i andra källor och det finns en klinisk praktisk erfarenhet bland läkare om behandlingen.

### *Utmaning & Möjlighet*

Det finns stora kunskapsluckor i läkemedelsbehandlingen av barn. Det saknas även informationskällor för att tillgängliggöra den kunskap som finns.

Det är visat i flera studier att riskerna med barnsjukvård är tre gånger större jämfört med vuxensjukvård. Inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin kommer en satsning ske på barn där Läkemedelsverket är huvudansvarig. På europeisk nivå finns sedan fem år tillbaka en ny lagstiftning som gör att fler studier genomförs på barn men det kommer dröja många år innan denna lagstiftning gett användbar information för sjukvårdspersonal och patienter.

I Sverige är det stor brist på informationskällor med strukturerad läkemedelsinformation. Vid Karolinska Universitetssjukhuset, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, har man samlat information med fokus på just *off-label* på ett strukturerat sätt i en databas. Information från denna databas presenteras direkt i journalsystemet.

### 5.3 Läkemedelsbehandlingen är i vissa avseenden ojämlig

Jämlig läkemedelsanvändning innebär att läkemedel skall ges utifrån behov med aktivt arbete för att motverka omotiverade skillnader beroende på patientens ålder, kön, utbildning, inkomst, födelseland och bostadsort. Kvinnors och mäns läkemedelsanvändning skiljer sig åt inom flera terapiområden. Kvinnor använder totalt sett mer läkemedel än män, något som delvis förklaras av att kvinnor söker vård oftare. Läkemedelsgrupper som i högre utsträckning används av kvinnor är analgetika, antidepressiva läkemedel och sömnmedel medan männen i högre grad behandlas med flera hjärt-kärl-läkemedel som ACE-hämmare, lipidsänkare och antikoagulantia. De flesta av könsskillnaderna kan förklaras av könsskillnader i sjuklighet, medan några skillnader väcker frågor om jämlikheten i vården. Under 2011 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen och läkemedelskommittén inom ramen för det SKL-finansierade projektet Hållbar Jämställdhet arbetat med att systematiskt kartlägga könsskillnader i läkemedelsanvändningen och läkemedelsbiverkningar. Satsningar pågår också kring utbildning och information till vårdpersonal och uppbyggnad av ett forskarstöd, en så kallad genusknapp som kan finnas tillgänglig i samband med att läkaren skriver ut recept och ge information om läkemedlet inte är optimalt för patienten ur ett köns- och genusperspektiv. Samarbete har inletts med Läkemedelsverket liksom motsvarande myndighet i USA, FDA.

Socioekonomiska skillnader kan påverka läkemedelsanvändningen. I en nationell studie från 2008 analyserades läkemedelskonsumtionen utifrån utbildningsnivå. Vissa läkemedelsgrupper tycks högutbildade utnyttja i större utsträckning än vad som synes motiverat av deras behov. Framför allt gäller skillnaderna användning av antibiotika, potensmedel, hormonersättningar, läkemedel mot migrän och ARB. Högutbildade äldre får oftare nyare läkemedel utskrivna jämfört med lågutbildade.

Lågutbildade patienter med schizofreni behandlas mindre ändamålsenligt än medel- och

högutbildade patienter.

Lågutbildade ligger klart

högre vad gäller behandling med

minst tre olika

psykofarmaka och att kontinuerligt använda lugnande medel. Ungefär 10 procent av patienterna får tre eller flera olika antipsykotiska läkemedel, vilket tyder på att behandlingen inte är optimal.

#### *Utmaning & Möjlighet*

Det finns ojämlikheter i läkemedelsanvändningen utifrån kön, socioekonomi och bostadsort. Möjligheterna till förändring är stora genom utveckling av beslutsstöd och ökat fokus på uppföljning och öppna jämförelser.

Flera studier har också visat på skillnader i läkemedelsanvändningen utifrån födelseland. I en studie undersöktes exempelvis socioekonomiska skillnader i sekundärprevention efter infarkt. Personer födda utanför EU köpte ut betablockerare, ACE-hämmare och blodfettssänkande läkemedel i lägre utsträckning än motsvarande svenskfödda patienter. En lägre användning av rekommenderade läkemedel förekom bland födda utanför EU även efter vård för hjärtsvikt, stroke och KOL.

Även regionala variationer har varit föremål för diskussioner och stora variationer mellan landsting har exempelvis visats för blodtryckssänkande medel, astmaläkemedel, cancerläkemedel, antiinflammatoriska läkemedel vid reumatoid artrit och antibiotika. Skillnaderna förklaras av en kombination av utbud och efterfrågan, där faktorer som förekomst av universitet, landstingets storlek och utbudet av offentlig jämfört med privat vård visats ha en stor påverkan. Variationen är ofta ännu större inom landstinget och flera analyser har pekat på stora variationer mellan länets kommuner, stadsdelar och olika vårdgivare i hur mycket läkemedel man förskriver, valet av behandling och utköp av läkemedel.

Påfallande många rapporterar också att de av ekonomiska skäl avstått från att hämta ut ordinerade läkemedel på apotek. Det är viktigt att kartlägga och analysera vad detta beror på och vidta eller föreslå åtgärder för att



minska skillnaderna i läkemedelsanvändning. Detta kan bland annat tyda på att kommunikationen mellan vårdgivare och patienter ibland brister och/eller att gruppens ekonomiska resurser är små. Det är främst ensamstående med barn, arbetslösa, personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, långtidssjukskrivna, funktionshindrade och personer i hushåll med ekonomiskt bistånd som avstår från läkemedel på grund av ekonomiska skäl.

## 5.4 Underbehandling är ett reellt problem

För att få goda resultat i hälso- och sjukvården är läkemedel ett viktigt verktyg. Vid många tillstånd, kanske främst vid förebyggande behandling av folksjukdomar finns en betydande underbehandling som leder till ökad sjuklighet och dödlighet.

Ett exempel finns inom hjärtområdet. Efter hjärtinfarkt är blodfettssänkande behandling viktig eftersom den minskar risken för död och ytterligare infarkt. Dock är användningen av dessa läkemedel i Stockholm lägre än i andra landsting.

Andel patienter 40 – 79 år med blodfettssänkande behandling 12 – 18 månader efter hjärtinfarkt, ÖJ 2011

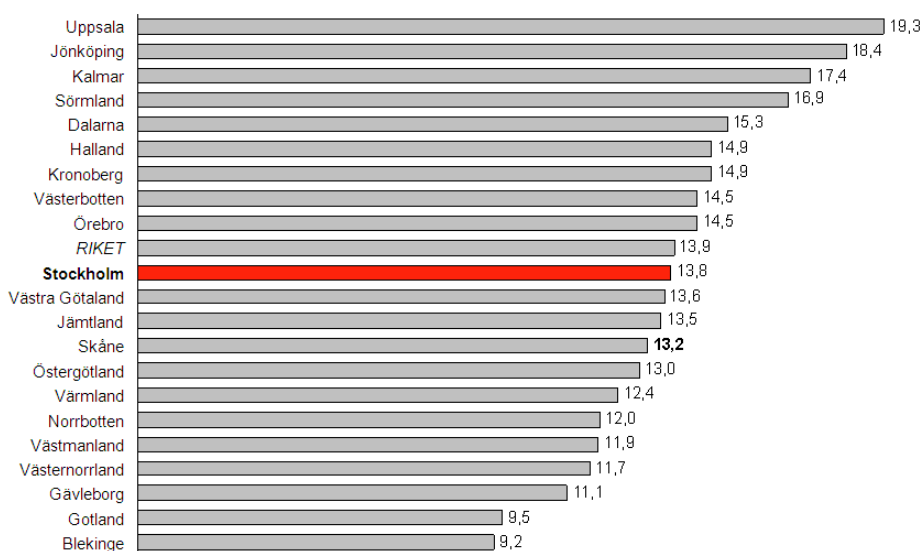


Källa: Öppna jämförelser 2011 och 2010, SKL/SoS

Figur 1

Ett annat exempel är att inom osteoporosområdet. Efter en fraktur som beror på benskörhet är förebyggande behandling med läkemedel rekommenderad för att ingen ytterligare fraktur ska inträffa. Om man följer upp hur många kvinnor som drabbas av frakturer som är vanliga vid benskörhet så borde en majoritet av dessa behandlas med läkemedel. Så är inte fallet vare sig i Stockholm eller i resten av landet.

Andel kvinnor i riket 50 år och äldre med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling mot osteoporos efter 6–12 månader, ÖJ 2011



Not: Vetenskapliga studier i sammanhanget anger målnivåer om 60-70%  
Källa: Öppna jämförelser 2011 och 2010, SKL/SoS

**Figur 2**

Läkemedlen i de redovisade fallen ovan är inte dyra utan det är andra faktorer som påverkar. Sannolikt är det en kombination av att läkemedlen inte ordinerar i den omfattning som rekommenderas och att patienterna inte följer de ordinationer som givits. Det kan också för en del läkemedel finnas medvetna avsteg från riktlinjer då balansen mellan risk och nytta för individer kan vara justerad på grund av ålder och många andra läkemedel.

## 5.5 Särskilda problem med äldres läkemedelsanvändning

Var sjätte stockholmare är äldre än 65 år. Landstinget har en åldrande befolkning och den äldre åldersgruppen förväntas öka snabbast

### *Utmaning & Möjlighet*

En utmaning är att riktlinjer och evidens rekommenderar allt mer läkemedelsbehandling och mer aggressiv sänkning av risknivåer. Särskilt för en äldre människa där läkemedlens omsättning i kroppen förändras och där det ofta finns andra riskfaktorer kan det vara svårt att åstadkomma en optimal läkemedelsbehandling. Detta försvåras också av bristen på helhetsöverblick med många förskrivare involverade i en och samma patient.

de kommande åren. I sin prognos beräknar regionplanekontoret att befolkningen i Stockholms län under åren 2009–2019 kommer öka från 2 till 2,3 miljoner, motsvarande en ökning på 14 procent för hela perioden. Under samma period beräknas antalet äldre (65+) öka med 25 procent från dagens 297 000 till 373 000.

Flera studier har visat att de äldre får många läkemedel, i medeltal drygt fem läkemedel per person. Antalet läkemedel per person är ännu högre bland patienter som får dosexpedierade läkemedel och som bor på särskilda boenden. Det finns inga studier som visar vilka effekter läkemedel har när de tas tillsammans med så många andra. Det saknas också studier som visar på effekt för den äldre målgruppen överhuvudtaget. Ofta generaliseras effekter från yngre människor och antas gälla även för äldre.

De mest använda läkemedlen hos äldre speglar förekomsten av våra vanliga folksjukdomar. Bland läkemedel som mer än var fjärde äldre använder återfinns smärtstillande medel, antibiotika, blodtryckssänkande och blodfettssänkande medel och vissa psykofarmaka. På sjukhem är andelen som använder dessa läkemedel ännu större, och studier har visat att omkring två tredjedelar av patienterna får laxantia, analgetika och psykofarmaka.

Den höga läkemedelsanvändningen hos äldre förklaras av deras högre sjuklighet, och studier har visat både över- och underanvändning av läkemedel vid vanliga sjukdomar. Samtidig behandling med många läkemedel ökar dock risken för läkemedelsrelaterade problem som, biverkningar, interaktioner, dålig följsamhet och dubbelmedicinering. Dessa läkemedelsrelaterade problem kan leda till allvarigare konsekvenser hos äldre på grund av medicinskt instabila tillstånd, åldersrelaterade förändringar och funktionsnedsättningar.

Inom ramen för den nationella äldresatsningen fördelas nu särskilda stimulansmedel till landsting som minskar sin användning av olämpliga läkemedel hos äldre. Stockholms län ligger kring riksgenomsnittet, men variationen är stor mellan olika kommuner och SÄBO, med potential till förbättring.

Bland olämpliga läkemedel hos äldre ingår långverkande bensodiazepiner, läkemedel med betydande antikolinerga effekter (medel mot urininkontinens, tricykliska antidepressiva, antihistaminer, tramadol och propiomazin). Under den senaste tioårsperioden har förskrivningen i länet av långverkande bensodiazepiner minskat med två tredjedelar. Även

användningen av tramadol och propiomazin har minskat något på senare år. För de antikolinerga läkemedlen har utvecklingen dock gått åt motsatt håll och användningen har nästan dubblats de senaste tio åren.

Användningen av antipsykotiska läkemedel har varit omdiskuterad i flera år. Läkemedlen kan hos äldre frambringa en rad biverkningar såsom extrapyramidala symtom, kognitiva störningar, sedation och ortostatism och ska därför endast användas vid svårare psykiska tillstånd till äldre. Förskrivningen har minskat något på senare år, men 2011 köpte fortfarande fyra procent av alla äldre över 75 år i länet ut antipsykotiska läkemedel. Användningen är särskilt hög på särskilda boenden där studier från andra län visat att uppemot var fjärde äldre behandlas med antipsykotiska läkemedel.

## 5.6 Ny läkemedelsförsörjning sjösätts och innebär ett nytt ansvar för landstinget

En ny läkemedelsförsörjning sjösätts under 2012. Det innebär ansvar och möjligheter. Landstinget tar större ansvar med farmaceutiskt ansvar för helheten, ansvar för beställarregister samt utvecklingsfrågor.

Läkemedelsförsörjningen omfattar ca 1 miljon beställningsrader, till ca 1000 enheter och till ett värde av omkring 1,5 miljarder kronor. Fyra leverantörer har fått delansvar i läkemedelsförsörjningen. Landstingets roll blir att ansvara för beställarregister, samordna leverantörerna och övergripande ansvara för kvalitet och säkerhet i läkemedelsförsörjningen.

Detta är en ny roll för landstinget som kan innebära effektiviseringar, en läkemedelsförsörjning som är närmare knuten till sjukvårdens behov och förutsättningar med egen kompetens i läkemedelsförsörjningsfrågor. Omregleringen av apoteksmarknaden har också inneburit att nya aktörer kommit in på öppenvårdsapoteksmarknaden vilket innebär att koordination mellan apoteken försämrats och det är svårare att planera sitt lager. Det har också förekommit klagomål på tillgängligheten till läkemedel på apoteken. Även detta innebär en ny roll för landstinget.

## 5.7 Kunskapsstyrning är en nyckelfaktor

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården innebär att läkemedelsval och beslut i alla delar av vården baseras på rekommendationer som utarbetats utifrån bästa tillgängliga medicinska kunskap. Det syftar till att hälso- och sjukvården ska kunna bistå med effektiv högkvalitativ vård till så många som möjligt inom ramen för de tillgängliga resurserna. Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) har som uppdrag att verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning inom landstinget utifrån patient-, förskrivare-, miljö- och samhällsperspektiv. Uppdraget är också att vara landstingets rådgivande expertorgan i läkemedelsfrågor. SLK ger årligen uppdaterade och evidensbaserade rekommendationer avseende läkemedel, bland annat Kloka Listan och Kloka råd vilka förbereds av SLK:s 21 expertråd inom olika terapiområden. Expertråden granskar tillgänglig dokumentation om läkemedel och gör oberoende värderingar. Varje expertråd ska följa utvecklingen inom sitt terapiområde och ha både nationell och internationell inblick.

Läkemedelskommittén har sedan som uppgift att genom fortbildning sprida och få gehör för evidensbaserade rekommendationer inom hela landstinget oavsett sjukvårdens driftsformer. Dessutom stimuleras till uppföljning av verksamheternas läkemedelsanvändning.

### *Utmaning & Möjlighet*

Det är viktigt att utveckla en koppling mellan kunskapsstyrningen och avtalsstyrningen. I nuläget är kopplingen bristfällig vilket leder till kommunikationsproblem med vårdgivarna och gör att bästa kunskap inte tas tillvara i arbetet med t.ex. kvalitetsindikatorer och ersättningsmodeller.

Ett flertal olika undervisningsformer används parallellt, då evidensen talar för att det är så bästa resultat uppnås. Stort fokus ligger på personliga besök av initierade personer till de enskilda arbetsplatserna, men fortbildningen sker också både genom traditionella, större katedrala föreläsningar och i mindre nätverk där kollegor lär av varandra. Spridning av kunskap och riktlinjer sker också i skriftlig form i broschyrer och lathundar, på hemsidan [www.Janusinfo.se](http://www.Janusinfo.se) samt i läkemedelskommitténs tidning Evidens – Medicin och Läkemedel.

En utmaning under kommande år är att anpassa såväl föreläsningsformatet som övrigt informationsmaterial till framtidens förväntningar på informationstekniken.

Läkemedelsmodulerna i de elektroniska journalsystemen är det vanligaste verktyget vid förskrivning av läkemedel. För en effektiv kunskapsstyrning är det angeläget att vården har tillgång till adekvata, verksamhetsanpassade och evidensbaserade kunskaps- och beslutsstöd om läkemedel.

Det är viktigt att beslutsstöd på ett enkelt sätt integreras. Att skapa övergripande "favoriter" eller "mallar" som baseras på evidensbaserade rekommendationer är ett enkelt sätt att styra och underlätta förskrivning av rätt läkemedel. Här kan även stödsystem integreras med automatisk kontroll av ordinerad dos så att felordinationer undviks. Detta har utvecklats och implementerats vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus och breddinförts i Stockholm för barnsjukvård.

I samband med att samverkansöverenskommelser med läkemedelsföretagen antagits och skärpt upp umgängesformerna mellan företag och vårdpersonal, har betydelsen av den producentobundna kompetensutvecklingen ökat.

## 5.8 Kostnadsutveckling

Under 2011 uppgick den totala försäljningen av läkemedel i Stockholms län till 7,6 miljarder kronor, varav 6 miljarder var offentligt finansierade vilket är en ökning med 2,6 procent jämfört med föregående år (Tabell 1). I ett historiskt perspektiv är det en mycket låg ökningstakt, i synnerhet mot bakgrund av att befolkningen i länet under det gångna året växte med mer än 35000 personer. Den samlade ökningen uppgick bara till drygt hälften av det belopp som kostnaderna ökade med året innan. En viss omfördelning skedde även i det att kostnadsökningen för rekvisitionsläkemedel mer än halverades från 11 till 4 procent medan kostnaderna för läkemedelsförmånen mer än dubblerades från 0,9 till 2,1 procent.

### *Utmaning & Möjlighet*

Rätt använt är motiverande fortbildning t ex kopplad till kvalitetsuppföljning ett effektivt instrument för att implementera och förändra.

Den uppbromsade kostnadsökningen och

omfördelningen mellan recept och rekvisition förklaras av en mängd faktorer som fortsatta patentutgångar för kostnadsmässigt stora läkemedel (inklusive flera läkemedel, t.ex. cancermedel, som används inom specialistvården), få nya läkemedel som introducerats under året och som riktat sig till stora befolkningsgrupper, större upphandlingsrabatter samt införandet av skarpt kostnadsansvar för öppenvårdsläkemedel (KÖL) vid akutsjukhusen.

**Tabell 1. Försäljning i Stockholms län av läkemedel och läkemedelsnära produkter 2011 jämfört med 2010. Uppgifter om försäljningen för egenvård på apotek och i allmän handel, saknas. Källor: VAL/GUPS, Bokshutsresultat 2011 Läkemedel/ K. Sollenmark**

| Varutyp, försäljningssätt     | Totalt, Mkr  |              |            |            | SLL kostnader, Mkr |              |            |            |
|-------------------------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------------|--------------|------------|------------|
|                               | 2011         | 2010         | Diff.      | %          | 2011               | '2010        | Diff.      | %          |
| <b>Läkemedel:</b>             |              |              |            |            |                    |              |            |            |
| Recept & dosdispenserat       | 5 790        | 5 670        | 120        | 2,1        | 4 194              | 4 115        | 79         | 1,9        |
| Dosdispensering, tjänsten     | 60           | 57           | 3          | 4,8        | 60                 | 57           | 3          | 4,8        |
| Fria läkemedel recept*)       | 293          | 277          | 16         | 5,4        | 293                | 277          | 16         | 5,4        |
| Summa läkemedel recept        | 6 144        | 6 005        | 138        | 2,3        | 4 547              | 4 449        | 98         | 2,2        |
| Rekvisitioner **)             | 1 440        | 1 385        | 55         | 4,0        | 1 440              | 1 385        | 55         | 4,0        |
| <b>Summa läkemedel</b>        | <b>7 583</b> | <b>7 390</b> | <b>193</b> | <b>2,6</b> | <b>5 987</b>       | <b>5 834</b> | <b>153</b> | <b>2,6</b> |
| <b>Läkemedelsnära:</b>        |              |              |            |            |                    |              |            |            |
| Recept/Hjälpmedelskort***)    | 243          | 221          | 23         | 10,3       | 221                | 209          | 13         | 6,1        |
| Hjälpmedel direktdistribution | 83           | 95           | 2          | 2,1        | 83                 | 95           | 2          | 2,1        |
| Rekvisitioner                 | 44           | 44           | 0          | -1,0       | 44                 | 44           | 0          | -1,0       |
| <b>Summa läkemedelsnära</b>   | <b>370</b>   | <b>360</b>   | <b>24</b>  | <b>6,8</b> | <b>349</b>         | <b>348</b>   | <b>14</b>  | <b>4,1</b> |
| <b>Summa totalt</b>           | <b>7 954</b> | <b>7 749</b> | <b>218</b> | <b>2,8</b> | <b>6 335</b>       | <b>6 182</b> | <b>167</b> | <b>2,7</b> |

\*) Avser läkemedel enligt SML, omeprazol till barn, läkemedel till patienter utansjukdomsinsikt.

\*\*) Netto centrala upphandlingsrabatter. Rabatterna för cytostatika (40 Mkr 2012, ingår ej i VAL).

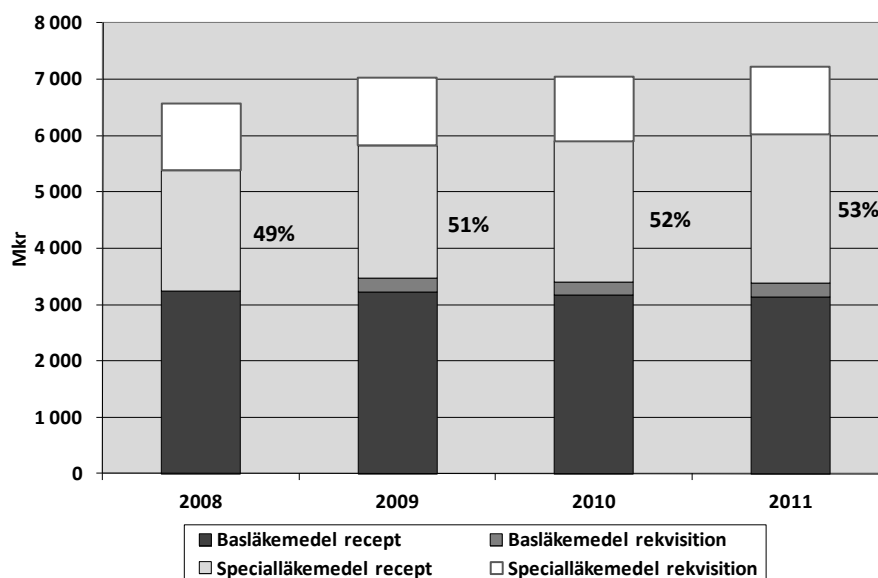
\*\*\*) Avser stomihjälpmedel, särskilda livsmedel, läkemedelsanknutna hjälpmedel, exklusive moms för momspliktiga varor.

Under året fortsatte även trenden med omfördelningar från bas- till specialläkemedel. Under 2011 medförde patentutgångar och få nyintroduktioner att kostnaderna för basläkemedel minskade med 0,5 procent medan kostnaderna för specialläkemedel såsom onkologiska och

#### *Utmaning & Möjlighet*

Landstinget har i dagsläget kostnadskontroll över läkemedel. De närmaste åren kommer dock färre kostnadsreduceringar från patentutgångar och en del riktigt dyra läkemedel som kan tvinga fram svåra prioriteringar (se exemplet Yervoy).

biologiska läkemedel vid reumatoid artrit och andra autoimmuna sjukdomar, ökade med 5,3 procent. Andelen för specialläkemedel ökade därmed till 53 procent av den totala läkemedelskostnaden.



**Figur 3. Kostnader för special- och basläkemedel per försäljningsätt. Procentsiffran anger den totala andelen specialläkemedel respektive år.**

Kostnadsutvecklingen beror på en mängd faktorer. I grunden är det förskrivarens läkemedelsval i mötet med patienten som avgör vilka läkemedel som ordinerar. Det valet påverkas av vårdprogram, rekommendationer, studier, massmedia, marknadsföring, ekonomiska incitament samt producentobunden information och utbildning från läkemedelskommittén och andra regionala och nationella aktörer. Det går också en trend mot ökade krav/önskemål från patienterna som i dagens mediala brus i många fall är mycket upplysta om de behandlingsalternativ som finns. Befolkningstillväxten och det ökade antalet äldre gör att kostnaderna kommer att öka. Andra faktorer som bidrar till ökade kostnader är den ökade förekomsten av vissa sjukdomar och introduktionen av nya läkemedel. Övergången till nya dyrare läkemedel har traditionellt förklarat en stor del av kostnadsökningen, i de flesta fall är det medicinskt motiverade läkemedel för behandling av sjukdomstillstånd som tidigare saknat effektiv behandling eller som förenklat behandlingen för patienterna.

Den enskilda faktor som haft störst effekt för att minska kostnaderna är patentutgångar med introduktion av generika. I flera fall har priserna



minskat med mer än 90 procent på några månader. Effekterna av patentutgångar kommer dock på några års sikt att bli mindre då allt större andel av kostnaderna utgörs av biologiska läkemedel utan generisk konkurrens. Andra faktorer som i allt högre grad bidrar till att dämpa kostnadsökningarna är Tand- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) beslut om begränsad förmån samt den ökade kostnadsmedvetenheten hos enskilda förskrivare som en effekt av läkemedelskommitténs arbete och decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel.

Under kommande åren sker flera förändringar som kan få en stor påverkan på kostnadsutvecklingen. Läkemedelsförsörjningen till sjukhusen har upphandlats och nya leverantörer kommer att ta över mot slutet av året. Det är också viktigt att följa utvecklingen med nya vårdvalsområden och Framtidens hälso- och sjukvård då det kan ha en stor påverkan på läkemedelsanvändningen inom vissa specialiteter.

## 5.9 Höga kostnader för brister i läkemedelsanvändningen

Allt fler patienter behandlas med allt fler läkemedel både i hemmet och inom olika vårdformer. Vårdtiderna på akutsjukhus är vanligtvis korta. En framgångsrik och medicinskt ändamålsenlig behandling baseras på en korrekt diagnos, och ordination av lämpligt läkemedel efter beaktande av patienten tillstånd och kontraindikationer. Det kräver en också en tillförlitlig läkemedelsförsörjning och säker läkemedelshantering samt korrekt information om patientens aktuella behandling i vårdens övergångar.

Studier av de totala kostnaderna i Sverige för felaktig läkemedelsanvändning saknas. För USA har man uppskattat den totala kostnaden i landet under år 2000 för det man kallar ”drug related morbidity”, vilket anges omfatta alla situationer då en läkemedelsterapi av någon anledning misslyckas. Slutsatsen blev att för varje dollar som man lade ut för läkemedel, lade man också ut en dollar för att täcka de kostnader som brister i läkemedelsanvändningen orsakade<sup>2</sup>. Man kan inte säga att förhållandena i Sverige är desamma som i USA, men man kan anta att det finns en likhet. Kostnaderna för receptbelagda läkemedel i Sverige uppgick

---

<sup>2</sup> F R Ernst, A J Grizzle. Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. J Am Pharm Assoc 2001;41:192-199

under år 2000 till omkring 24,5 miljarder kr. Det är därför inte orimligt att anta att kostnader för brister i läkemedelsanvändningen även i Sverige ligger i storleksordningen 20 miljarder kr per år.

Inom befintlig sjukvårdsstruktur skulle en ytterligare förbättring i blodtrycksbehandlingen kunna ge vinster i form av minskad kardiovaskulär sjuklighet. Strokeförebyggande läkemedel till ett större antal patienter skulle också sannolikt förebygga ett flertal ny- och återinsjuknanden i stroke. I en studie från Sverige<sup>3</sup> visas att följsamheten till behandling efter en stroke gradvis minskar vid 12-18 månaders uppföljning till 74.2 % för läkemedel mot högt blodtryck och 56.1 % för blodfettssänkande läkemedel.

## 5.10 Använder vi läkemedel resurseffektivt?

En resurseffektiv läkemedelsanvändning förutsätter att vi i landstinget har en god kontroll över läkemedelskostnaderna och en uppföljning av dess medicinska effekter och biverkningar. Som beskrivs ovan har kostnadsökningstakten för läkemedel avtagit. Under 80- och 90-talen ökade läkemedelskostnaderna 10-15% årligen och läkemedel kom därmed att utgöra en allt större del av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna. Sedan 2002 är ökningstakten måttlig och de senaste åren har läkemedlens andel av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna minskat något. Vi har inom landstinget genom ett medvetet arbete kring nya läkemedel också blivit allt bättre på att förutspå utvecklingen. Under 2011 ökade läkemedelskostnaderna med 2.7% vilket var exakta samma som prognosen hade förutspått. Under 2012 förväntas kostnaderna mattas av ytterligare till 1.7%.

De begränsade kostnadsökningarna för läkemedel beror på flera faktorer:

- Den effektiva priskonkurrensen för patentutgångna läkemedel.
- Den höga följsamheten till Kloka listan och förskrivarnas val av substanser som är mer kostnadseffektiva än motsvarande icke rekommenderade läkemedel.
- Införandet av kostnadsansvar och incitament för hög följsamhet.
- Ett minskat inflöde av nya innovativa läkemedel.
- Rationellt införande av nya läkemedel.

Flera exempel finns från senare år där vissa nya läkemedel av expertråden bedömts ha tveksam nytta. Detta har varit bedömningar som senare också

---

<sup>3</sup> *Stroke*. 2010;41:397-401

har bekräftats. Flera läkemedel som inte rekommenderats har senare dragits in från marknaden på grund av säkerhetsbrister, biverkningar och bristande efterfrågan. Detta har sannolikt bidragit till mindre medicinska risker och ett bättre hälsoläge för Stockholms befolkning. Exempel på detta är viktreduktionsmedlet rimonabant (Acomplia) som blev indraget pga säkerhetsbrister och måttlig effekt. Exubera, inhalerbart insulin är ett annat läkemedel där den tänkta populationen var kraftigt överskattad. Preparatet blev indraget från marknaden på grund av bristande efterfrågan och risker. Läkemedel inom gruppen Glitazoner, som använts vid diabetes, har aldrig rekommenderats i landstinget och blev indragna på grund av medicinska biverkningar.

För en bedömning av resurseffektiviteten krävs även ökad uppföljning av läkemedlens medicinska effekter. Flera studier antyder att det finns ett förbättringsutrymme i hur läkemedlen används i sjukvården.

## 5.11 Kostnadsmedvetenhet viktigt för rationell läkemedelsförskrivning

En del av kostnadsansvaret för öppenvårdsläkemedel överförs successivt från hälso- och sjukvårdsförvaltningen till vårdgivarna. Målet är att en del av ansvaret för kostnaden och ansvaret för kvaliteten i läkemedelsförskrivningen i sin helhet ska finnas hos vårdgivaren.

Införandet av ersättningsmodell har hittills skett på olika sätt beroende på vilken vårdverksamhet som avses och så bör ske även fortsättningsvis. En utvärdering som gjorts<sup>4</sup> visar att tydliga effekter av det decentraliserade kostnadsansvaret på läkemedelskostnader och förskrivningen fortfarande är svåra att påvisa. Därför bör fortsatt utvärdering ske innan ytterligare kostnadsansvar förs ut. Arbetet har dock bidragit till en ökad kostnadsmedvetenhet och startat processer kring verksamhetens struktur och ansvar i vårdkedjan.

Framgångsfaktorer för det fortsatta arbetet är enligt utvärderingen:

- Struktur- och stödfunktioner, såsom farmakologisk expertis och teknisk support vid arbetet med uppföljningen av förskrivningen.
- Uppföljning och kontakt med förvaltningen om kunskapsstöd.

---

4

[http://www.sl.se/Handlingar/HSN/2012/\(04\)%2024%20april/08%20HSN%201203-0323.pdf](http://www.sl.se/Handlingar/HSN/2012/(04)%2024%20april/08%20HSN%201203-0323.pdf)

- Generellt kvalitetsarbete och kunskapsstyrning inom verksamheten. Landstinget måste erbjuda tillräckliga utbildningsinsatser för vårdpersonal om/när det nya etikavtalet med läkemedelsindustrin är klart och börjar tillämpas.

Handlingsplaner för den successiva ansvarsöverföringen i bestämda tidsperioder tas fram och genomförs årsvis via budgetuppdrag. Detta ska ske med varsamhet så att det säkerställs att förskrivning av läkemedel till patienten inte begränsas med felaktiga ekonomiska incitament.

## 5.12 Minskade läkemedelsrester i miljön är målsättningen

Minskade läkemedelsrester i mark, vatten och luft är viktiga inslag i Stockholms läns landstings miljöarbete. Enligt det miljöpolitiska programmet för perioden 2012–2016 ska landstinget utföra sitt uppdrag på ett sätt som är klimateffektivt och resurseffektivt samt bedriva ett hälsofrämjande miljöarbete.

Ett förebyggande miljöarbete ger friska invånare i en miljö med frisk luft och rent vatten. Vår vision är att landstingets verksamhet inte ska tillföra några miljöstörande läkemedelsrester till naturen. En del i detta arbete är att bedöma och klassificera läkemedel efter deras påverkan på miljön.

Klassificering sker både av läkemedlens inneboende förmåga att kunna påverka miljön (miljöfarlighet) och av den miljörisk läkemedels-substanserna medför vid användning i nuvarande omfattning.

Miljöfarlighetsbedömningen påbörjades år 2003 av Stockholms läns landstings miljöavdelning. Under 2005 utvecklades klassificeringen till att även omfatta en miljöriskbedömning som utförs av Läkemedelsindustriföreningen (LIF). Från och med år 2006 inhämtas uppgifter om miljöriskbedömning, resistens-, bioackumulations- och toxicitetsdata från den miljöinformation som publiceras på [www.fass.se](http://www.fass.se).

## 5.13 Kliniska studier i Stockholms läns landsting

Det sker en mycket omfattande klinisk forskning inom landstinget, mycket tack vare landstinget långa och framgångsrika samarbete med Karolinska

Institutet. I dag bedrivs den största delen av forskning och utbildning vid Karolinska Universitetssjukhuset, men även vid övriga upplåtna enheterna Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och SLSO. Landstingets primära uppgift är att stödja klinisk (patientnära) forskning och avsätter årligen ca 900 miljoner kronor till klinisk forskning. Enligt 2011 års redovisning från regionala etikprövningsnämnden i Stockholm är antalet godkända kliniska läkemedelsprövningar fler under 2011 än tidigare år. Prövningarna inom landstinget är lika många som etikprövningsnämnderna i Lund och Uppsala har registrerat tillsammans. Samma redovisning visar också att forskning som behandlar personuppgifter ökar markant för varje år.

Trenden är annars att antalet kliniska läkemedelsstudier, som utförs på människa, generellt sett minskar något i Sverige enligt "EU Clinical Trials Register" dit Läkemedelverket rapporterar in alla godkända studier. Det är främst inom cancerområdet samt sjukdomar i immun- och nervsystemet som de kliniska studierna genomförs. Minskningen i antalet studier är ungefär densamma i länder som Finland, Holland, Österrike och Belgien medan de större länderna och marknaderna som Tyskland, England och Spanien har oförändrat stort antal läkemedelsstudier.

En undersökning 2011 från Läkemedelsindustriföreningen (LIF) där cirka 50 medlemsföretag ingick visar också att det i Sverige de senaste åren har skett en minskning av antalet kliniska läkemedelsstudier samt att allt färre antal patienter deltar i studierna och att kostnaderna per patient ökar. Förklaringen kan vara att studierna är främst inom terapiområden med relativt få patienter, protokollen är komplicerade med många undersökningar samt att företagens strategi i många fall numera är att skära ner på den egna forskningen och i stället köpa in läkemedelskandidater under utveckling eller mindre företag. I undersökningen konstateras också att mindre än 50 % av alla studier sponsras av läkemedelsföretag. Företagen ser gärna att ett ökat antal läkemedelsstudier ska genomföras i Sverige.

Karolinska Trial Alliance (KTA) prim och Fas 1 är etablerad verksamhet för läkemedelsprövning för både företag och akademi i landstinget. Både landstinget och Karolinska Institutet stödjer KTA:s verksamhet. Landstingsledningen har också i nära samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset initierat ett arbete med att kartlägga antalet akademiska, respektive kliniska studier med ekonomiskt avtal med extern part. Detta kommer att möjliggöra stärkt uppföljning och förbättrat stöd av kliniska läkemedelsstudier initierade av såväl företag som akademi.

Situationen kan sammanfattas som att det totalt i landet genomförs ett något mindre antal kliniska läkemedelsstudier än tidigare men att det i landstinget trots det sker en ökning av antalet studier samt att studierna ofta har andra sponsorer än läkemedelsföretag.

Landstinget bör samverka med andra landsting och regioner, främst Västra Götaland och Region Skåne, för att kunna erbjuda ett tillräckligt patientunderlag för läkemedelsstudier. En smidig ingång för läkemedelsindustrin kan då etableras när de har prövningar där sjukvården i Sverige kan vara en attraktiv samverkanspartner.

Introduktion av nya läkemedel måste ske på ett säkert sätt. Samarbete med olika nationella organ är av stor betydelse för att få in ett så omfattande kunskapsunderlag som möjligt vid introduktionen.

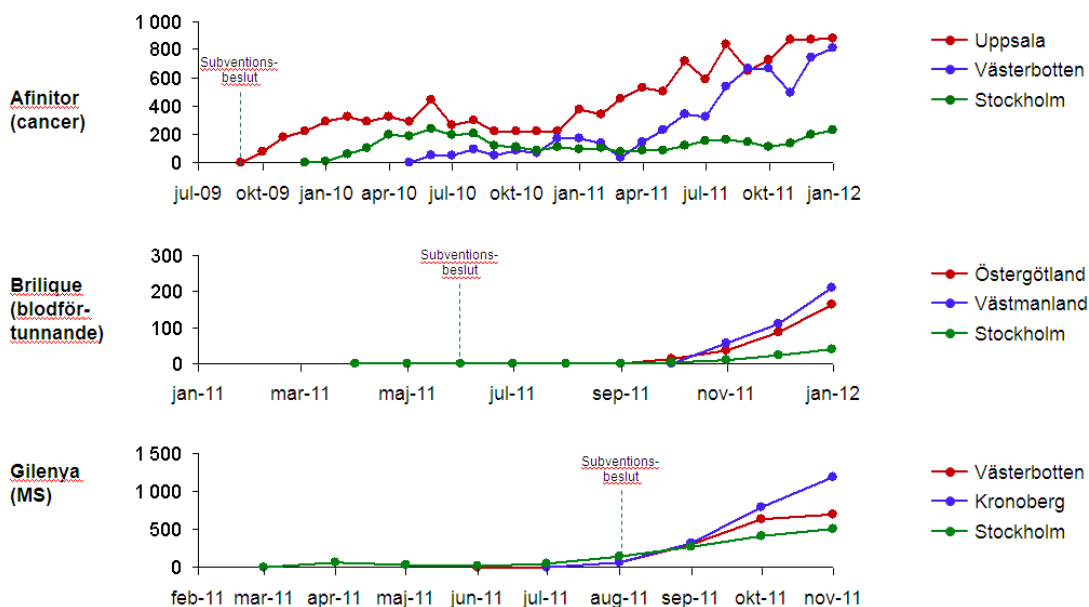
## 5.14 Fokus på introduktion av nya läkemedel

Det finns en mängd patentutgångna mycket effektiva generiska läkemedel för behandling av alla stora folksjukdomar. Det gör att kraven för att använda nya läkemedel ökat de senaste 10 åren. I kliniska studier har de nyare läkemedlen ofta inte kunnat visa en betydelsefullt bättre effekt annat än eventuellt för vissa begränsade patientgrupper.

Kunskap om de nya läkemedlens säkerhet, inklusive allvarliga men sällsynta biverkningar, och om deras långtidseffekter och påverkan på hälsa (i form av relevanta kliniska utfall) är ofta ofullständig i samband med godkännande. Då läkemedlen ofta används på andra patientgrupper (äldre, mer samsjuklighet) än de strikt selekterade patienter som studerats i de kliniska prövningarna är risken för patienter i vanlig sjukvård större än de är i prövningarna. Ett viktigt argument för att ha en försiktig introduktion av nya läkemedel är osäkerheten om biverkningar.

## Exempel från senare år på läkemedel som introducerats tidigt men långsamt i SLL jämfört med landsting med högt upptag

AUP per tusen invånare, rullande tre månadersgenomsnitt, SLL + två exempellandsting med högt upptag



Källa: Conoise; Health Navigator analys

Figur 4

Samtidigt är sjukvården beroende av att nya läkemedel tillförs vården för att ständigt kunna behandla patienter på bättre sätt.

Landstinget har utvecklat en beslutsprocess för strukturerad introduktion av nya läkemedel samt metoder för uppföljning av läkemedel. I processen fastställs hur landstinget i framtiden tidigt fångar upp tillgänglig dokumentation, bedömer effekt, säkerhet och

### *Utmaning & Möjlighet*

En tydlig process och en satsning på planerad introduktion och uppföljning av nya läkemedel garanterar medborgarna tidig åtkomst till läkemedel med största möjliga nytta och minsta möjliga risk.

budgetpåverkan, behov av prispförhandlingar med företagen samt prognostiserar omfattningen av läkemedlets förmodade användning. Tidigt, efter läkemedlets godkännande, sammanställs och rekommenderas därefter förskrivning utifrån indikation och evidens. Då identifieras även behov av fortbildning och kommunikation, indikatorer för introduktionsfasens uppföljning. Beslut fattas om vilka resurser som ska avsättas för introduktionsstöd.

Uppföljningen sker med hjälp av aidentifierade data från landstingets egna databaser alternativt i kombination med nationella databaser efter att ett etiskt godkännande har införskaffats. En metodhandbok för att garantera hög kvalitet på uppföljningsdata samt återkoppling av data till läkemedelskommittén respektive vårdgivarna är under framtagning.

#### *Utmaning & Möjlighet*

Det finns goda förutsättningar för uppföljning av läkemedel i klinisk användning i Stockholm med god analyskompetens, välutbyggda datalager, och nära koppling till nationell och internationell forskning inom området.

Landstingets strategi för hur nya läkemedel ska prövas och introduceras med målet att skyndsamt utvärdera nya läkemedel vilket normalt sett bör kunna ske inom en tvåårsperiod. Detta för att läkemedlen ska kunna användas på ett optimalt sätt.

## 5.15 Forskning för att generera ny kunskap

I landstingets FoUU-strategi <sup>5</sup> anges inriktningen på landstingets forskning och strategin slår fast att forskning ska prioriteras samlat. Den strategiska forskningen avses att inriktas mot folkhälsoområdet samt underlätta för möjligheterna att utveckla den högspecialiserade vården i synnerhet sådan som är av rikssjukvårdskaraktär.

Avseende den kliniska forskningen fastslår strategin att landstinget, för att kunna möta behov av ökad klinisk forskning, måste stärka samarbetet med olika aktörer samt

samordna och förstärka resurser inom landstinget. Det krävs en ökad uppmärksamhet på att säkerställa att de resurser som avsätts till FoUU används på ett optimalt sätt. Formerna för hur det kan utvecklas bör anges med utgångspunkt från

#### *Utmaning & Möjlighet*

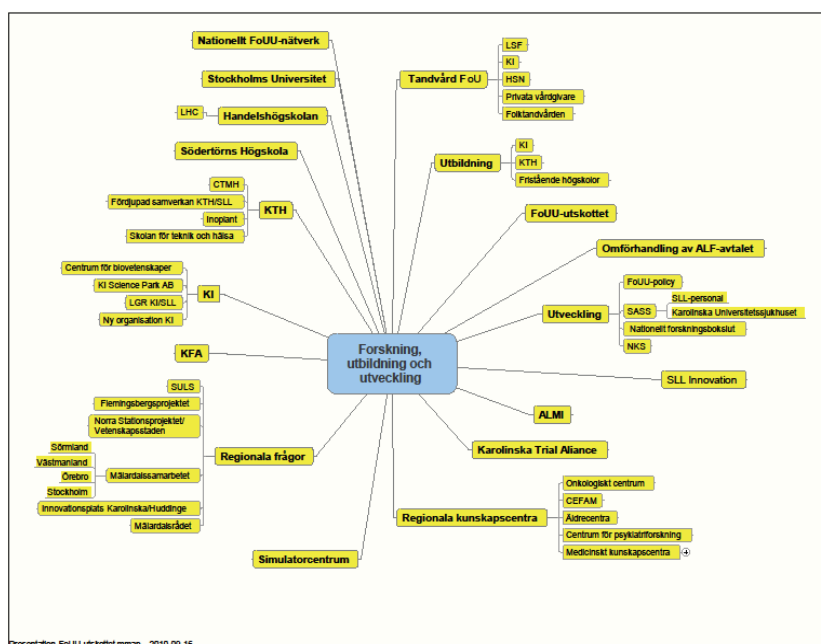
Det saknas information, sammanställning och samordning avseende vilka resurser som SLL satsar inom läkemedelsområdet på FoUU. Det finns en förbättringspotential genom att prioritera och kanalisera resurser till strategiskt viktiga läkemedelsfrågor. Riktade forsknings- och utvecklingsprojekt kan ha stor betydelse att klargöra och vidare motivera till nödvändig förändring.

<sup>5</sup> <http://www.sll.se/upload/Policies/SLL%20FoUU-strategi%202011.pdf>



FoUU-strategin och de mer specifika handlingsprogram som föreslås för strategiskt viktiga forskningsområden.

Särskilt strategiska FoUU-områden anges vara forskning inom patientsäkerhetsområdet och forskning inom arbetsorganisation och ledning.



Figur 5 Översikt över landstingets engagemang inom FoUU september 2010

När läkemedel närmar sig patentutgång riskerar utveckling och vidare forskning på produkten upphöra då det inte är kommersiellt intressant för ett läkemedelsföretag. Även studier av möjligheter till lägre doser och kortare behandlingstider är ofta mindre intressanta från läkemedelsföretagens sida. Denna målkonflikt mellan läkemedelsföretag och sjukvården är naturlig. Det lämnar eventuell utveckling till den offentliga forskningen. Landstinget skulle genom att prioritera forskningsresurser kunna öka kunskapen om läkemedel som varit i användning länge och också förbättra resurseffektiviteten. Detta bör om möjligt ske i samarbete med andra landsting och regioner.

Landstinget har som mål att medverka i olika verksamheter och projekt som stödjer en framgångsrik forskning i Stockholms län. Det är därför viktigt att stödja och utveckla life-science sektorn inom läkemedelsområdet i Stockholms län. Landstinget har olika roller inom läkemedelsområdet

bland annat som beställare av läkemedel. Detta får dock inte hindra att landstinget från att delta i projekt med olika aktörer för att utveckla nya läkemedel.

## 5.16 Organisation för läkemedelsarbetet

I Stockholm bedrivs läkemedelsarbetet inom flera verksamheter. Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) utfärdar läkemedelsrekommendationer, t ex Kloka Listan och Kloka råd, samt policydokument inom området. SLK sprider rekommendationer, stödjer vårdgivarnas kvalitetsarbete och erbjuder fortbildning och information om läkemedel via publikationer, seminarier och arbetsplatsbesök med operativt stöd från Enheterna

### *Utmaning & Möjlighet*

En utmaning är att Stockholms läns läkemedelskommitté under många fokuserat på att stödja primärvården med fortbildning och rekommendationer. De senaste årens utveckling medför att även den specialiserade vården behöver ökat stöd.

Läkemedelsstöd och Medicinsk fortbildning inom avdelningen Stöd för evidensbaserad medicin. Dessutom stödjer enheten för Uppföljning & Utvärdering vid Utvecklingsavdelningen sjukvården med kvalitativa och kvantitativa analyser, utvärderingar och statistik samt landstingets webbapplikation för läkemedelsstatistik [www.gups.sll.se](http://www.gups.sll.se) där man kan analysera vilka läkemedel stockholmarna köper ut och vad olika vårdgivare förskriver.

Läkemedelsarbete pågår även vid avdelningen för E-hälsa och strategisk IT. Enheten Medicinska kunskapstjänster ansvarar för att utveckla, kvalitetssäkra och förvalta elektroniska läkemedelstjänster. Enheten Beslutsstöd och implementering ansvarar för implementeringen av framförallt nationella e-tjänster som t.ex. läkemedelsförteckningen, NOD o Pascal i landstinget, men förvaltar också vissa tjänster som t.ex. Janusfönster.

Många vårdgivare har läkemedelsråd, läkemedelsgrupper eller läkemedelsansvariga som resurser för en rationell läkemedelsanvändning. Arbetet är betydelsefullt och den lokala förankringen ger god effekt. Ofta deltar medlemmar i

### *Utmaning & Möjlighet*

Vårdgivarnas läkemedelsarbete blir alltmer utvecklat. I och med kostnadsansvarsdecentralisering finns tydliga incitament för stora vårdgivare att fokusera på en kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

läkemedelsråd i expertgrupper och läkemedelskommittéverksamhet.

Strama Stockholm arbetar med rationell antibiotikaanvändning och mot antibiotikaresistens. Strama verkar för att öka medvetandet om den hotande resistensutvecklingen och erbjuder olika former av stöd och råd såsom informationsmaterial, lathundar, utbildningar och genomgångar av antibiotikaförbrukning och -föreskrivning med återkoppling på arbetsplatsnivå.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen utvecklar ekonomiska styrmodeller för läkemedel samt stöder vårdgivarnas och kunskapsorganisationens

läkemedelsarbete med olika stimulansåtgärder. Härutöver bedrivs läkemedelsrelaterat arbete av landstingsstyrelsens förvaltning (exempelvis IT, upphandling, miljö, samverkansregler mellan industri och vård), vid kliniska farmakologiska avdelningen vid Karolinska Universitetssjukhuset (kliniknära läkemedelsarbete mot sjukhus och andra vårdgivare, exempelvis fortbildning, läkemedelsvärdering, läkemedelssäkerhet, läkemedelsanvändning, kunskapskällor, läkemedelsinformations central och laborativ service), i Patientsäkerhetskommittén, inom det medicinska programarbetet och naturligtvis hos vårdgivarna.

#### *Utmaning & Möjlighet*

Det finns i Sverige en utveckling mot att landstingen får ett helhetsansvar för läkemedel och att gränsdragning mellan myndigheter och landsting tydliggörs. Detta ger landstingen större möjligheter att hantera läkemedel utan att tvingas till snedvridna incitament.

#### *Utmaning & Möjlighet*

Det pågår en utveckling där strategier för mer effektiva upphandlingar utvecklas. Det kan handla om volymförändringar, samordning, analyser, upplägg och modeller.

SLL Upphandling har ansvar att på uppdrag av förvaltningen genomföra upphandling av läkemedel och läkemedelsnära tjänster. I arbetet engageras Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd och övriga experter.

Läkemedelsgruppen vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus leder utvecklingen av strukturerad läkemedelsinformation till barn både inom landstinget men även nationellt. Här förvaltas information, utbildning och utveckling av tjänster som rör läkemedelshantering inom barnsjukvård.

Det är i första hand vårdgivaren, den enskilde förskrivaren och dennes verksamhetsledning, som kan påverka om eller vilka läkemedel som

förskrivs. Ordinationsprocessen är komplex och påverkas av en mängd faktorer såsom etiska och mänskliga hänsyn, patientens önskemål, företagsrelationer, kollegialitet, tids- och informationsbrist, behandlingsrekommendationer, terapitraditioner och ekonomi. Att enbart ordinera läkemedel utifrån evidens och rationella val kan i praktiken vara svårt. Det senaste året har kunskapsstyrningen blir mer involverad i processer och projekt efter att avdelning med ansvar för stöd för implementering av evidensbaserad kunskap nu finns inom förvaltningen.

Mångfalden ökar inom landstingets producenter och de närmaste åren kommer även den specialiserade vården få mer inslag av mångfald. Idag används de kostnadsdrivande specialläkemedlen av ett fåtal kliniker som kan samordna insättning och uppföljning på ett annat sätt än vad som blir möjligt i framtiden. Detta kommer att ställa krav på hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Stockholms läns läkemedelskommitté att ändra arbetssätt för att nå resultat.

Det finns många kontaktytor mellan kommunen och landstinget i vård och omsorg av framför allt den äldre medborgaren. Vad avser läkemedel så finns en överenskommelse på övergripande nivå som inte ratificerats av alla kommuner. Det presidium med kommun- och landstingsrepresentanter som styr samverkan har gett i uppdrag att skapa en målbild av hur läkemedelsförsörjning och läkemedelsanvändning ska ske gentemot patienter och brukare.

Från internationell, statlig och landstingsgemensam nivå kommer ständigt uppdatering av evidens, riktlinjer, beslut som påverkar sjukvården i Stockholm, liksom nationella riktlinjer och prioriteringsbeslut från myndigheter.

Landstingen samordnar sig allt oftare i större eller mindre grupperingar för högre effektivitet och kvalitet. Det kan ske i form av upphandlingssamarbeten, kommunikationsinsatser, IT-utveckling eller affärsutveckling. Stockholms läns landsting har alldeles särskilt utvecklat ett nära samarbete med Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland där man gemensamt bedriver Horizonscanning-verksamhet för alla landstings räkning.

## 5.17 Sjukvården bygger på ett professionellt och ansvarsfullt förhållningssätt

Den medicinska utvecklingen och ett ökat kostnadsansvar för läkemedel, kommer att medföra att prioritering i den enskilda vårdsituationen blir allt viktigare. Läkemedelsbehandling bör i varje enskilt fall ske säkert, kostnadseffektivt och med eftertanke. Hänsyn ska i första hand tas till den enskilde patientens medicinska behov och förutsättningar men även till verksamhetens och samhällets resurser och rimligheten i behandlingen avseende förhållandet mellan nytta och kostnad samt eventuella effekter på miljön. Läkemedelsarbetet kräver således ett stort professionellt ansvar hos såväl vårdgivare, beställare, ägare och kunskapsorganisation som hos ansvariga politiker. Även myndigheter och läkemedelsföretag måste medverka till att läkemedelsanvändningen blir säker och kostnadseffektiv och kommer de patienter till del som bäst behöver dem. Till stöd för detta är det nödvändigt att skapa tydliga regelverk, etiska riktlinjer och normerande dokument.

## 6 Strategier inom SLL för att uppnå målbilden

### 6.1 ... inom målområde medicinskt ändamålsenlig och säker

Min förskrivare har rätt kunskap och information för att föreslå den bästa behandlingen och tillsammans med mig vara överens om att inleda eller avsluta behandling med eller utan läkemedel.

- Låta den medicinska ändamålsenligheten och patientsäkerheten vara styrande.
- Förskrivaren har ansvaret för att aktuell ordination är lämplig utifrån patientens status och behov samt mot bakgrund av tillgänglig historik med beaktande av alla aktuella läkemedel.
- Behandlingsmålet är att ge patienterna god livskvalitet på kort och lång sikt. Det kan t.ex. innebära att man för patienter med många

sjukdomar inte följer riktlinjer och vårdprogram för varje enskild sjukdom utan prioriterar bland behandlingar.

- Fokusera våra stödresurser mot specialiserade läkemedel i högre utsträckning än idag.
- Öka patientens medverkan i behandlingen för bästa resultat.

Jag får det stöd jag behöver för att förstå och kunna använda de läkemedel jag använder.

- Stödja vården kring utvecklingsindikatorer som identifierar riskläkemedel och riskpatienter.
- Använda de kunskaps tjänster som är utvecklade och göra dem tillgängliga.

Mitt läkemedel finns på rätt plats, i rätt tid och blir rätt administrerat.

- Utveckla en gemensam bild av hur läkemedelsförsörjningen optimeras.
- Prioritera att läkemedelsarbetet ska stödja och möjliggöra Framtidens hälso- och sjukvård<sup>6</sup>.

## 6.2 ... inom målområde resurseffektivitet

De beslut som fattas kring min läkemedelsbehandling baseras på bästa tillgängliga kunskap.

- Ge våra förskrivare stöd i kloka läkemedelsval genom evidensbaserade och lätt tillgängliga rekommendationer.
- Använda såväl kunskapsstyrning som ekonomisk styrning.
- Bygga styrning på en evidensbaserad grund och med obunden värdering.
- Använda kvalitetssäkrade kvalitetsindikatorer.

<sup>6</sup> [http://www.sll.se/upload/HSNf/FHS/Fhs\\_webb11\\_03\\_16.pdf](http://www.sll.se/upload/HSNf/FHS/Fhs_webb11_03_16.pdf)

Mitt landsting verkar för att våra gemensamma resurser ska användas för att skapa mesta möjliga hälsa.

- Säkerställa att alla vårdgivare har en kostnadsmedvetenhet.
- Utveckla affärsinriktat förhållningssätt vid inköp av läkemedel.
- Prioritera den mest kostnadseffektiva behandlingen.
- Arbeta aktivt för att motverka oegentlig förskrivning.

De läkemedel jag använder är valda för att ge upphov till minsta möjliga miljöpåverkan utan att göra avkall på effekt och säkerhet.

- Väga in miljöaspekter vid landstingets rekommendationer.
- Ställa krav på minsta möjliga miljöpåverkan vid inköp av läkemedel samt följa upp de krav som ställs.
- Minska onödiga utköp av läkemedel.
- Minska och förbättra antibiotikaanvändningen.

Jag får tillgång till läkemedel efter behov på ett säkert sätt oavsett vem jag är och var jag bor.

- Identifiera och agera avseende under- och överanvändning av läkemedel.

### 6.2.1 ... inom målområde utvecklingsfokus

Mitt landsting bidrar till utvecklingen av nya och gamla läkemedel och en bättre kunskap om läkemedels användning och resultat.

- Använda uppföljningsmöjligheter för att lära och utveckla sjukvården.
- Skapa en samordning och en kontaktpunkt in i landstinget för företag inom läkemedelsområdet.
- Medverka och ha en positiv syn på kliniska läkemedelsprövningar och läkemedelsutveckling.

- Skapa möjligheter att forska och utveckla nya läkemedel tillsammans med företag inom Life-Science sektorn i regionen.
- Stödja kliniska prövningar som utformats för att optimera användning av redan registrerade läkemedel och läkemedel utan patent.

Jag får tillgång till nya läkemedel efter behov på ett säkert sätt.

- Värdera, rekommendera och stödja introduktion av nya läkemedelsterapier av stort värde.

Mitt landsting leder utvecklingen på flera delar av läkemedelsområdet.

- Identifiera de områden där landstinget vill leda utvecklingen och ta initiativet inom dessa områden.

### **6.2.2 ... inom målområde organiserad för patientens bästa**

Sjukvårdssystemet är organiserat för att ge mig rätt läkemedelsbehandling.

- Skapa en tydlig läkemedelsprocess med tydligt ansvar och tydlig information både i stödverksamhet och i sjukvården.
- Samordna läkemedelsfrågor inom landstinget.
- Patientföreningar är en viktig samverkanspartner när det gäller övergripande läkemedelsfrågor. Landstinget måste därför förbättra och utveckla samverkan med patientföreningarna.

Sjukvården samarbetar med kommunerna för att hjälpa mig med min läkemedelsbehandling.

- Utveckla en gemensam målbild, strategi och handlingsplan för läkemedelsförsörjning och läkemedelsbehandling tillsammans med kommuner inom landstinget.



Mitt landsting är organiserat för att snabbt ta om hand nya riktlinjer och satsningar.

- Det finns tydliga beslutsvägar inom landstinget.
- Det finns god kompetens inom landstinget för att värdera och prioritera olika insatser.
- Ta fram plan och strategier för implementering av nationella satsningar.




Mitt landsting bedriver sitt läkemedelsarbete på ett professionellt och ojävigt sätt.

- Ha ett tydligt regelverk emot jäv och för professionellt beteende i läkemedelsarbetet.

## 7 Uppföljning av läkemedelsstrategin

Under hösten kommer indikatorer att tas fram inom respektive målområde för att mäta om landstingets läkemedelsarbete rör sig mot de definierade målen och i enlighet med de fastlagda strategierna. Indikatorerna kommer att följas upp regelbundet och årligen kommer en rapport att sammanställas med åtgärdsplaner kopplat till de områden där utvecklingen inte varit tillfredställande.

Utvecklingen kommer att klassificeras enligt följande:

-  Indikatorn utvecklas tillfredsställande.
-  Indikatorn utvecklas långsamt och insatser krävs för att mål ska uppnås.
-  Indikatorn utvecklas inte åt rätt håll. Sannolikt inte så att mål uppnås.