

VEM VÄLJER PATIENTENS LÄKEMEDEL I FRAMTIDEN?

Obunden läkemedelsinformation måste stärkas

Det behövs en säker finansiering och en oberoende ställning för landets läkemedelskommittéer och -informationscentraler. Därigenom skapas de bästa förutsättningarna för landstingen att åstadkomma en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, till fördel för alla parter och inte minst patienterna.

Vem skall välja läkemedel åt dina patienter i framtiden?

Förskrivande läkare, distriktssköterska eller barnmorska i samråd med patienten är det rimliga svaret. Men indirekt kommer naturligtvis valet av läkemedel starkt att påverkas av dem som har de finansiella resurserna för läkemedelsinformation.

Svensk och utländsk läkemedelsindustri satsar i Sverige, beroende på hur man räknar, mellan 1 300 och 2 700 miljoner kronor per år på läkemedelsinformation och marknadsföring (Läkartidningen 41/95).

De dominerande finansiella resurserna för den offentliga läkemedelsinformationen, som huvudsakligen är skattefinansierad (via läkemedelsförmånen) finns hos Apoteksbolaget – cirka 130 miljoner kronor per år enligt det nyligen av HSU 2000 framlagda delbetänkandet »Reform på recept» (SOU 1995:122).

Blygsamma resurser för obunden information

För obunden läkemedelsinformation, dvs information som i möjligaste mån är obunden av producenter och även distributörer, står endast cirka 6 miljoner kronor per år till Läkemedelsverkets förfogande. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU), Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet, som alla meddelar viss lä-



kemedelsinformation, har endast någon miljon vardera till förfogande.

Läkemedelsverket har den största samlade kunskapen om läkemedel som är under utprövning eller som redan finns tillgängliga. Detta har gjort det naturligt att Läkemedelsverket ansvarar för information om läkemedels egenskaper och hur de bör användas i sjukvården. Vidare följer verket upp läkemedelskonsumtionens utveckling genom epidemiologiska studier.

Även efter en fördubbling av Läkemedelsverkets resurser för läkemedelsinformation, vilket föreslås av HSU 2000, är det uppenbart att mycket blygsamma medel står till samhällets förfogande för obunden information. Information från distributörer kan inte förväntas vara obunden i önskvärd utsträckning.

Oklar finansiering av läkemedelskommittéerna

HSU 2000 förslår att läkemedelskommittéerna får ett ökat ansvar för att uppnå en rationell och kostnadseffektiv förskrivning. De flesta parter synes vara ense om att kommittéerna på det lokala planet bör få en nyckelroll för den obundna informationen till förskrivarna.

Läkemedelskommittéerna har idag så gott som inga egna medel för att föra ut sin information, trots att flera statliga utredningar betonat vikten av att kommittéerna får ökade resurser. De läkare som är engagerade i kommittéernas verksamhet arbetar fortfarande i stort sett ideellt.

Läkemedelsindustrin svarar för den helt övervägande delen av läkemedelsinformationen till sjukvården och även patienterna. Denna information är

DEBATT

»Apoteksbolagets huvudargument för att syssla med information har länge varit att man är producentobunden. Vad Apoteksbolaget avser är något oklart, om man betänker att bolagets finansiering är avhängig storleken på läkemedelsförsäljningen . . . »

emellertid till största delen produktinriktad och säljfrämjande.

Läkemedelsindustrin har löst problemet att föra ut sin information genom att bygga upp en mycket effektiv »fältorganisation» av över 500 heltidstjänstgörande, ofta mycket skickliga, läkemedelskonsulenter. Dessa arbetar med att informera i både muntlig och skriftlig form.

Det finns starka indikationer på att de är mycket framgångsrika och lyckas påverka förskrivningsvanorna, vilket inte inte minst SBU-rapporten om »Måttligt förhöjt blodtryck» visat. Det skrivs t ex ut nya dyra ACE-hämmare när det inte behöver skrivas ut läkemedel alls.

Ingen precisering från HSU 2000

Tyvärr har HSU 2000 inte lyckats lägga fram något preciserat förslag om kommittéernas resurser och ekonomiska ställning, trots att utredningen betonar att resurserna till läkemedelskommittéerna måste förstärkas kraftigt.

Man menar att det är upp till de enskilda landstingen att avgöra hur mycket man har råd att satsa. Utredningen diskuterar inte alls om Apoteksbolagets resurser idag används på ett kostnadseffektivt sätt.

Om läkemedelskommittéerna fick en större andel av medlen för läkemedelsinformation skulle de i likhet med industrin kunna bygga upp en »fältorganisation» av informationsläkare, -sköterskor och -apotekare. Organisationen

Författare

INGER HALLQVIST LINDVALL
leg läkare, ledamot av HSU 2000,
landstingsledamot (mp), Uppsala.

Vem kan matcha läkemedelsindustrins »fältorganisation» med över 500 duktiga läkemedelskonsulenter?

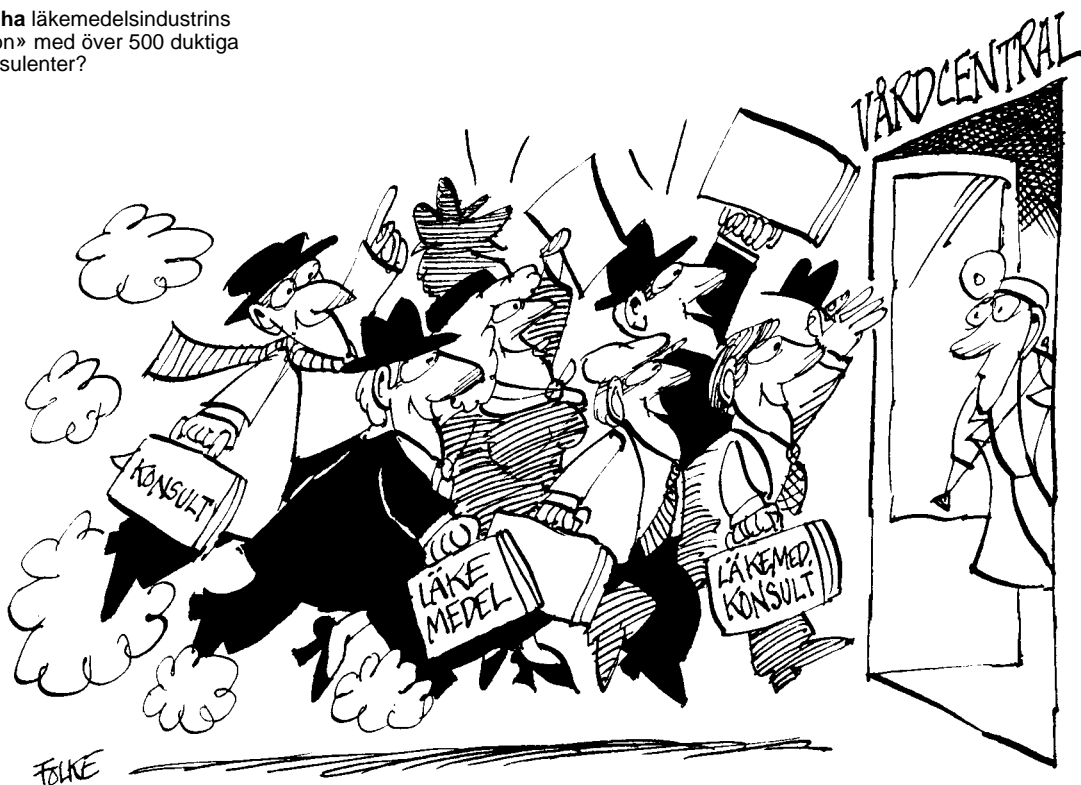


ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

skulle vara obunden av både producenter och distributörer.

Konkurrensverket har i ett remissytt-rande till Socialdepartementet betonat att »ansvaret för vad som med Apoteks-bolagets terminologi kallas producent-obunden information bör i en konkur-rensituation läggas på en myndighet och inte på Apoteksbolaget».

Apoteksbolaget finansierar till största delen via läkemedelsförmånen för närvarande tjänster i en »fältorganisa-tion» bestående av 350–400 s k »KIP-apotekare» som förmedlar läkemedels-information till förskrivande läkare. Detta sker i samarbete med ett 50-tal in-formationapotekare och ett 10-tal forskningsapotekare. Antalet läkare med informationsuppgifter är endast en handfull.

Ökat behov av medicinsk kompetens

Det finns anledning att fråga sig om denna ojämna fördelning mellan medi-cinsk och farmaceutisk kompetens är väl anpassad till sjukvårdens önskemål och behov.

Det behövs ett bredare synsätt på samhällets läkemedelsinformation än vad Apoteksbolaget hittills redovisat. Detta gäller i synnerhet om läkemedels-kommittéerna mer än hittills kommer att initiera och föra ut information om olika vårdstrategier, även icke-farmakologiska.

Förhoppningsvis kan de nya kommittéerna utvecklas till lokala terapi-

kommittéer, som även kan bistå med underlag till avvägningar mellan olika slag av behandlingsmetoder. På sikt bör läkemedlen i detta sammanhang inte särbehandlas.

För att kommittéernas rekommenda-tioner skall få genomslag hos enskilda förskrivare krävs att läkare är med när rekommendationerna ges. Det fordras medverkan av såväl distriktsläkare som sjukhusspecialister för att informationen skall bli fullödlig och ha avsedd effekt.

Ett intressant exempel är den primär-vårdsinformation som utarbetats i södra Stockholmsområdet. Det är en kombi-nation av muntlig och skriftlig läkeme-delsinformation till distriktsläkare som utarbetas och genomförs i samråd mel-lan sjukhusspecialister, distriktsläkare med anknytning till klinisk farmakologi, klinisk farmakolog och en informa-tionsapotekare. Modellen har rönt stor uppskattning bland distriktsläkarna.

Landstingen måste ta sitt ansvar

Våra landsting har ett stort antal väl-utbildade läkare inom olika läkeme-delsintensiva specialiteter, som på lämpliga tjänster skulle kunna ansvara för att informationen blev mer problem-och behandlingsorienterad.

Kompetensen finns alltså inom landstingen, men informationsarbete är krävande. Skall det bli något av det man syftar till krävs nya tjänster, inte enbart enstaka veckotimmar. Denna ökade

kostnad kan troligen tjänas in flerfaldigt om resultatet blir en kostnadseffektiva-re läkemedelsanvändning.

Man kan också fråga sig om inte per-soner med annan kompetens än läkare och farmaceuter – såsom sjuksköterskor, barnmorskor och personer med medicinteknisk och hälsoekonomisk kom-petens – borde engageras i informa-tionsarbetet.

Obunden även av distributörer

Skattefinansierad information som genererar samhälleligt finansierad läke-medelsförskrivning bör för att vara trovärdig vara oberoende inte endast av producenter utan även av distributörer.

Apoteksbolagets huvudargument för att syssla med information har länge varit att man är producentobunden. Vad Apoteksbolaget avser är något oklart, om man betänker att bolagets finansie-ring är avhängig storleken på läkeme-delsförsäljningen och att merparten av bolagets information har tillhandahål-lits av läkemedelsindustrin.

Apoteksbolagets styrelseordförande Barbro Fischerström framhåller i en in-tervju (DN 18/11 1995) att informa-tionsfrågan är ett nästan olösligt pro-blem för Apoteksbolaget: »Det är en svår balansgång. Vi är ett monopolfö-retag som ska tillhandahålla alla läkeme-del. Men vi kan inte favorisera vissa. Då skulle vi påverka konkurrenssituatio-nen och det får vi inte.»

Det är viktigt att man erhåller en in-formationsverksamhet med stabil eko-

nomisk grund, »immuniserad» mot dagens »köp-säljssystem» och med någorlunda lika resurstilldelning i olika län. Medlen för läkemedelskommittéernas verksamhet bör fördelas av en central instans lämpligen knuten till Landstingsförbundet.

Läkemedelskommittéerna bör organiseras som resultatenheter med eget personal- och budgetansvar. De bör ledas av resultat-enhetschefer med klinikchefs ställning precis som andra enheter inom sjukvården. Till sitt förfogande för att ta fram och föra ut lokalt förankrad information bör de ha läkemedelsinformationscentraler.

Stödorgan till läkemedelskommittéerna

Sådana centraler bör därför ges en förstärkt ställning och inlemmas i sjukvårdsorganisationen som stödorgan till läkemedelskommittéerna. Informationscentralerna är den enda instans inom sjukvården som ägnar sig åt att lösa läkemedelsrelaterade »bedside»-problem. Centralerna fungerar redan idag som resurs för en del läkemedelskommittéer.

En lämplig lösning vore att utöka informationscentralernas ansvarsområde (en viss ökning av antalet centraler kan även övervägas) och ge dem resurser för förmedling av muntlig och skriftlig läkemedelsinformation till sjukvården. Det är förstas viktigt att centralerna får behålla den självständiga konsultativa ställning som de idag har.

Centralerna bör samverka med både läkemedelskommittéerna och med centrala instanser såsom specialisterföreningarna, Läkemedelsverket och SBU vid t ex utarbetande av vårdstrategier samt planering och genomförande av olika informationsaktiviteter.

Regionalisera informationsarbetet

Läkemedelsverket har påbörjat en hittills mycket framgångsrik regionalisering av biverkningsrapporteringen. Det har skett i nära samarbete med avdelningar för klinisk farmakologi och regionala läkemedelsinformationscentraler vid universitetssjukhusen.

Målet är att kunskapen om läkemedelsbiverkningar skall föras ut i sjukvården som ett led i kvalitetssäkringsarbetet. Läkemedelsverket skulle, om resurser omfördelades, kunna decentralisera även en del av sitt informationsarbete i samverkan med länsbaserade kommittéer och informationscentraler.

Apoteksbolaget använder även betydande medel för skriftlig information. Ett exempel är Läkemedelsboken vars budget uppges ligga på över 10 miljoner kronor per år. Det är uppenbart att det utförs ett dubbelarbete av Läkemedels-

verket och Apoteksbolaget vad gäller sådan information.

Nuvarande splittring av samhällets medel för »central» läkemedelsinformation ointetgör tveklöst viktiga samordningsvinster. Det finns inga rationella skäl för att låta Apoteksbolaget ha kvar ansvaret för Läkemedelsboken.

Budgetmedel och redaktion för Läkemedelsboken och annan »central» läkemedelsinformation bör föras över till den instans som har den största samlade kunskapen om läkemedel, dvs Läkemedelsverket.

Eget budgetansvar genom statlig norm

En viktig principiell fråga är hur man bäst tillförsäkrar läkemedelskommittéerna en självständig ställning. Att kommittéerna tydligt framstår som oberoende och objektiva är viktigt. En beroendeställning till landstinget, dvs finansiering av läkemedelsnotan, borde ifrågasättas. HSU 2000 har inte ägnat dessa frågor tillräcklig uppmärksamhet.

En oberoende ställning för kommittéerna kan enklast uppnås genom en ekonomiskt stabil grund med eget budget- och personalansvar. Finansieringen kan därvid lämpligen säkerställas via en norm.

Staten borde således ange hur stor del av läkemedelskostnaderna som landstingen skall avsätta för kommittéernas arbete. För att inte ge felaktiga incitament för kommittéarbetet (ökad läkemedelsförsäljning = ökade kommittéresurser) kan normen sättas i förhållande till den nationella försäljningen. Ett annat alternativ är att normen relateras till den försäljning som rådde vid överföringen till landstingen.

Normen skulle förslagsvis sättas till 1 procent av läkemedelsnotan. Medlen kunde fördelas bland kommittéerna t ex av Landstingsförbundets prisförhandlingsdelegation i samverkan med Läkemedelsverket efter redovisade aktivitetsplaner. Inom normen måste rymmas även medel för läkemedelsinformationscentralerna och för den del av Läkemedelsverkets information, t ex Läkemedelsboken, som inte kan finansieras med registreringsavgifter.

Hälso- och sjukvårdslagen värnar bl a om patientens rätt att få vara med när behandlingen, inklusive valet av läkemedel, utformas. Patienten är emellertid i underläge och måste kunna lita på att läkarnas och andra förskrivares farmakoterapeutiska kunskaper är balanserade och inte endast hämtade från industrins budskap. •

Fotnot

Apoteksbolaget replikerar i nr 16/96. Red

Litteraturlistor

Några detaljer förtjänar att påpekas då de ofta vållar problem:

Läkartidningen publicerar inte fler än 20 referenser (max 5 i korrespondensinlägg). Om fler finns skall författaren ange vilka som skall publiceras. Efter litteraturlistan skrivs då: »En fullständig litteraturlista kan rekvireras från författaren (författarna).» Ange både namn och adress!

Om ett verk har upp till sex författare anges samtliga; om författarna är sju eller fler anges de sex första plus et al.

Förkorta tidskrifters namn enligt Index Medicus. Om tidskriften inte återfinns i den senaste upplagan skriv ut hela namnet.

Personliga meddelanden och opublicerade data redovisas i texten, inte i litteraturlistan. Undvik referenser till abstracts, sammanfattningar.

Författare skall alltid anges. Många skrifter har namngivna författare även om namnen inte finns på titelsida, utan t ex endast i förord eller liknande.

Om »författare» är en organisation, utredning eller expertgrupp skrivs detta, t ex »Synskadeutredningen. Synskadade och samhället . . .»

Finns ej angiven författare anges typ av artikel inom parentes efter rubriken, exempel: Syftet med läkarstrejken (ledare). Läkartidningen 1986; 83: 75-6.»

Seriebeteckning för vissa publikationer – t ex Socialstyrelsen redovisar, SOU, departementsrapporter – anges inom parentes i slutet av referensen. Exempel: Rannek J, Wahren H, Ringnér Å. Kväveföreningar i grundvattnet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1981 (Socialstyrelsen redovisar 1981:9).

Vid hänvisningar till vad som sades vid konferenser och symposier anges konferensnamn, konferensplats och datum. Referera i första hand till tryckt protokoll eller sammanställning, ange förlag.

Vid hänvisningar till Svenska läkarsällskapets riksstämmas sammanfattningar anges Hygiea, årtal, volym/band, nr och sida. Exempel: Bergdahl S, Eriksson M. Neonatal osteomyelit – ett 10-årsmaterial. Svenska läkarsällskapets handlingar Hygiea 1980; 89 (häfte 5): 67.

Om en referens inte finns tryckt anges »stencil» sist i referensen.

Om en referens är en akademisk avhandling anges »Akad avh», »Thesis» sist i referensen.

OBS! Många institutioner och universitet står själva som förlag.