

»Jag tror det är farligt att sätta upp ekonomiska mål med läkemedelsreformen när kunskapen om hälsoekonomiska effekter är så dålig», säger Marianne Boivie, chef för Läkemedelsprojektet på Landstingsförbundet.

FOTO: HANS PETTERSSON

Läkemedelsreformens andra fas

Landstingen får ansvar för skenande miljardnota

Den 1 januari i år genomfördes läkemedelsreformens andra och tyngsta fas: landstingen övertog kostnadsansvaret för läkemedelssubventionen. Med hjälp av läkemedelskommittéerna ska landstingen bromsa en skenande kostnadsutveckling på 10–15 procent per år. Idag är notan för enbart läkemedelssubventionen lika stor som den för hela primärvården.

REPORTAGE

PETER ÖRN

Läkemedelsreformen – en omställning vars betydelse har jämförts med övergången till högertrafik – tycks ha funnit förespråkare i de flesta läger: bland läkare, inom läkemedelsindustrin, hos landstingen och bland centrala myndigheter som Landstingsförbundet och Läkemedelsverket.

Men visst finns det även kritiska röster, inte minst inom läkarkåren »Det medicinska samtalet blir allt för koncentrerat kring läkemedel» och »ekonomin kommer att styra förskrivarens penna» är några av de farhågor som förts fram.

Reformen är dock ett faktum. Vissa delar, som Apoteksbolagets framtida ställning och hur prissättningen på lä-

kemedel ska fungera, har förvisso bara nått stadiet av utredningsförslag. Tidigast hösten 1998 väntas dessa ärenden läggas som propositioner i riksdagen. Men lagen om högkostnadsskydd vid inköp av läkemedel, lagen om författningsreglerade läkemedelskommittéer och den om ett centralt receptregister gäller från den 1 januari 1997.

Införandet av ett centralt diagnosregister är dock fördröjt och ännu pågår bara ett antal försöksprojekt i Socialstyrelsens regi.

Den största förändringen, landstingens övertagande av kostnadsansvaret för läkemedelssubventionen, gäller från den 1 januari 1998. I grova drag handlar det om 14 miljarder kronor per

år, eller lika mycket som hela den svenska primärvården kostar. Totalt säljer apoteken läkemedel för ca 20 miljarder kronor per år (1996) och under de senaste tio åren har summan stigit med 12–15 procent varje år (Tabell I).

– Det finns en otroligt stor förbättringspotential när det handlar om läkemedelsförskrivningen, säger Marianne Boivie som leder Landstingsförbundets läkemedelsprojekt.

– Flera studier har visat att endast 30 procent av alla läkemedel används på det sätt som läkaren har förskrivit. Människor byter läkemedel med varandra, doserar ner för att man är rädd för biverkningar etc.

Läkemedelsprojektet tillkom för att Landstingsförbundets ledning bedömde att det behövdes ett samlat grepp rörande läkemedelsfrågor i samband med reformen. I projektgruppen finns jurister, ekonomer och handläggare.

Marianne Boivie är jurist och har i många år varit chef för förbundets arbete med vård- och verksamhetsutveckling. Hon är dessutom ledamot i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd samt i SBU:s styrelse.

Läkemedelskommittéerna allt viktigare

Landstingens 24 centrala läkemedelskommittéer spelar en central roll för att läkemedelsreformen ska nå sitt officiella syfte: en effektivare läkemedelsanvändning.

Även om det saknas bra metoder för att beräkna de hälsoekonomiska effekterna av den nuvarande läkemedelsanvändningen talar mycket för att det finns brister. Den dåliga följsamheten till läkarens ordination har förmodligen en stor skuld till att 15–20 procent av inlagningarna på de medicinska klinikererna beror på läkemedelsbiverkningar.

Dessutom finns det stora regionala skillnader i läkemedelsförbrukning (Tabell II).

– Skillnader i ohälsotal kan inte förklara varför läkemedelskonsumtionen är 30 procent högre i Skåne än i Norrlandslänen. Det handlar snarare om kulturella skillnader och det kommer man bara åt med hjälp av kunskap, säger Marianne Boivie.

Läkemedelsprojektet har satt som ett delmål att under 1998 minska den stora skillnaden i läkemedelskonsumtion mellan olika landsting.

Det krävs mer kunskap om betydelsen av att ge patientsamtalet tillräckligt med tid, menar Marianne Boivie, inte minst för att motivera patienten att följa läkarens ordination.

– Vi är fixerade på att en konsultation alltid ska avslutas med att man förskriver ett läkemedel, men lyckas man inte motivera patienten att följa ordina-

Tabell I. Apoteksbolagets läkemedelsförsäljning (AUP, miljoner kronor, exklusive moms).

År	Totalt milj kr	Till allmänheten					
		Till sjukhus		Enligt recept		Handköp	
		milj kr	%	milj kr	%	milj kr	%
1974	1 816	292	16	1 319	73	205	11
1975	2 117	338	16	1 548	73	231	11
1976	2 369	384	16	1 739	74	246	10
1977	2 725	447	16	2 018	74	260	10
1978	3 049	503	17	2 263	74	283	9
1979	3 273	552	17	2 422	74	299	9
1980	3 619	604	17	2 696	74	319	9
1981	3 945	660	17	2 915	74	370	9
1982	4 526	733	16	3 369	75	424	9
1983	5 084	846	17	3 786	74	452	9
1984	5 359	926	17	3 943	74	490	9
1985	5 860	1 021	18	4 287	73	552	9
1986	6 333	1 057	17	4 690	74	586	9
1987	7 168	1 262	18	5 269	73	637	9
1988	8 194	1 469	18	6 016	73	709	9
1989	9 054	1 529	17	6 764	75	761	8
1990	10 051	1 615	16	7 606	76	830	8
1991	11 313	1 774	16	8 572	76	967	8
1992	12 910	1 948	15	9 895	77	1 067	8
1993	14 079	1 997	14	10 774	77	1 308	9
1994	15 658	2 097	13	12 171	78	1 390	9
1995	17 388	2 100	12	13 802	79	1 487	9
1996	20 124	2 124	10	16 429	82	1 571	8

Källa: Apoteksbolagets ekonomisystem.

Anmärkning: Fr o m andra halvåret 1987 inklusive apoteken i Stockholms läns landsting.

Total läkemedelsförsäljning; sortimentet inklusive veterinärläkemedel, licensläkemedel, extempore-läkemedel och allergener; försäljning till både sjukhus och allmänhet mot recept och i handköp.

Tabell II. Läkemedelsförsäljningen¹ länsvis 1996.

Län	Försäljning totalt milj kr AUP ²	Försäljning till sjukhus milj kr AUP	Försäljning inom läkemedels- förmånen ³ , milj kr	Försäljning inom läkemedels- förmånen kr per capita
AB Stockholm	3 780	388	3 126	1 792
C Uppsala	698	106	550	1 903
D Södermanland	545	52	435	1 690
E Östergötland	910	100	726	1 748
F Jönköping	645	54	528	1 693
G Kronoberg	406	32	349	1 945
H Kalmar	513	44	413	1 707
I Gotland	122	11	97	1 675
K Blekinge	311	32	244	1 603
L Kristianstad	651	55	526	1 793
M Malmöhus	2 085	230	1 789	2 179
N Halland	540	46	429	1 587
O Göteborg-Bohus	2 010	220	1 649	2 126
P Älvsborg	890	63	748	1 670
R Skaraborg	585	48	483	1 734
S Värmland	593	55	465	1 650
T Örebro	605	66	480	1 739
U Västmanland	529	45	426	1 640
W Dalarna	624	54	505	1 751
X Gävleborg	623	61	499	1 739
Y Västernorrland	539	49	426	1 660
Z Jämtland	280	21	226	1 677
AC Västerbotten	582	87	451	1 737
BD Norrbotten	579	53	487	1 842
Län okänt	359	—	—	—
Totalt för riket	20 004	1 972	16 057	1 815

Källa: Apoteksbolagets inleveransstatistik och ekonomisystem.

¹ avser humanläkemedel.

² AUP = apotekens utförsäljningspriser.

³ Kostnaden skattad genom uppräknings av RFV-belopp.

Anmärkning: Malmöhus, Göteborgs och Bohus samt Stockholms län belastas i okänd grad av förskrivningen av antihemofil faktorer. Grundmaterialet medger ej önskvärd korrigering.

tionen borde man undvika att skriva ut något överhuvud taget.

Kritiska röster inom läkarkåren menar att läkemedelsreformen leder till att

patientsamtalet blir ännu mer koncentrerat kring läkemedel, och att t ex sociala faktorer som kan vara orsak till sjukdomstillståndet glöms bort. Dessutom

är de utbildningsinsatser som förväntas öka främst sådana som rör läkemedelsförskrivning.

Läkemedelsindustrin och Landstingsförbundet har dessutom reviderat avtalet om information och utbildning, och en del anser att det nya avtalet ger industrin ännu större inflytande på läkares vidareutbildning än tidigare: förr fick läkemedelsföretag endast arrangera utbildningar om det gjordes tillsammans med sjukvårdshuvudmannen, en klinik eller institution, eller motsvarande.

Nu kan företag arrangera dessa utan någon annans medverkan. Företagen måste dock informera huvudmän och läkemedelskommittéer om utbildningsinsatser.

Ska likna andra sektorer i samhället

– Det nya avtalet bygger ju på att vi i ökad utsträckning ska likna andra sektorer i samhället, och då bör vi ju också göra det i frågan om fortbildning. Företag måste ha en frihet att att erbjuda utbildningar.

– Men samtidigt ska huvudmannen, genom bl a verksamhetscheferna, bedöma om läkaren har behov av utbildning eller inte. Huvudmannen står för resor, traktamenten, arbetstiden etc. För varje läkare bör det finnas en individuell utbildningsplan. Den enskilde läkaren bestämmer inte själv, utan tillsammans med sin chef, säger Marianne Boivie.

Om läkemedelsreformen ska leda till avsedda effekter krävs effektivare läkemedelskommittéer som kan se till att bl a den information som kommer från Läkemedelsverket, SBU etc verkligen förankras bland förskrivarna.

Men kommittéernas ekonomiska resurser är och förblir ganska små i jämförelse med läkemedelsindustrins. Medan industrin avsätter omkring 30 procent av omsättningen på information, utbildning etc, kommer kommittéerna under 1998 att i genomsnitt få 0,46 procent av den totala läkemedelsersättningen i respektive landsting.

Det visar en sammanställning över läkemedelskommittéernas budgetar, som gjordes av Spri i november 1997. Skillnaderna mellan landstingen visade sig också vara stor. I Jönköping, där läkemedelskommittén får störst budget, är siffran 0,98 procent av den totala läkemedelsersättningen. I t ex Sörmland är motsvarande siffra bara 0,18 procent.

Industrins rädsla för att reformen skulle leda till att landstingen i första hand går in för att spara pengar, och därmed väljer billigare läkemedel, har också övergått till en sorts positiv förhoppning med reformen, eller som Håkan Mandahl, vice VD i Läkemedelsindustriföreningen (LIF) uttryckte det vid ett

symposium under 1997 års Medicinska riksstämma: »Reformen har lyft upp frågan om läkemedel på ett behagligt plan. Parterna har blivit mer medvetna om läkemedel som produktionsfaktor.»

Marianne Boivie på Landstingsförbundet tror dock inte att obalansen i satsade medel mellan industri och landsting är något att oroa sig över.

– Samtidigt som industrin satsar jättebelopp på sina läkemedelskonsulenter är sjukvården ganska trött på deras besök. Läkarna har helt enkelt inte tid och de tycker inte heller att informationen är speciellt effektiv.

– Hanteras läkares fortbildning som den görs för strategiska personer i andra verksamheter, att man genom planerings- och utvecklingssamtal bestämmer vad var och en måste förkovra sig i, kan man få ut mycket mer av den tidsmängd som nu ges till läkemedelskonsulenter, säger Marianne Boivie.

Läkemedelsverket har fått en ökad budget för att kunna serva läkemedelskommittéerna. Dels ska verket producera utbildningsmaterial som kommittéerna kan använda, dels läggs all information om nya läkemedel ut på Internet, t ex utredningsprotokollen. Det ger kommittéerna en möjlighet att vara uppdaterade och även ta ställning till om Läkemedelsverkets beslut om ett nytt läkemedel är rimligt.

Industrin vill ha en dialog

Inte heller professor Sten Iwarson, ordförande i läkemedelskommittén i Göteborg och södra Bohuslän, ser industrins betydligt större resurser som ett problem. Inom hans läkemedelskommittés ansvarsområde finns 3 500 förskrivare av läkemedel. För 1998 har kommittén 4 miljoner kronor som ska användas till att initiera och driva utbildning, ta fram rekommendationer om läkemedelsval, finasiera kostnader för ordförandens insatser, ersätta ledamöter i privat verksamhet för bortfall av arbetsinkomst, och mycket annat.

– Det är inte pengar som saknas, tvärtom är mitt intryck det att de politiska instanserna verkligen förstår betydelsen av den här reformen, säger Sten Iwarson.

– På kort sikt kommer vi naturligtvis inte att kunna konkurrera med industrin ifråga om information och utbildning. Men på längre sikt är det rimligt att landstingen och kommittéerna tar över en större del av den kompetensutveckling som industrin står för idag.

Sten Iwarson tror inte att det nya avtalet mellan läkemedelsindustrin och Landstingsförbundet ger industrin större möjligheter att ensamma bestämma innehållet i läkares fortbildning.

FOTO: MAGNUS GOTÅNDER

Läkemedelsreformen leder till en ökad fokusering på läkemedelsförskrivningen i det medicinska samtalet. »Det har blivit allt vanligare att förskrivningen görs slentrianmässigt eller enbart på patientens egen begäran. Det behövs mer dialog mellan läkaren och patienten om läkemedel», säger professor Sten Iwarson, ordförande i läkemedelskommittén i Göteborg och södra Bohuslän.

– Industrin är mycket intresserad av en dialog med läkemedelskommittéerna och även att låta kommittéerna styra utbildningsinsatserna. Vi har haft många diskussioner med olika tillverkare om hur vi ska kunna samverka i framtiden.

Att läkemedelsreformen innebär en fokusering på en effektivare läkemedelsanvändning, och att det är kring detta som det medicinska samtalet koncentreras, behöver inte vara av ondo, menar Sten Iwarson.

– Det har blivit vanligare att förskrivningen görs slentrianmässigt eller enbart på patientens begäran. Det skulle behövas mer dialog mellan läkaren och patienten om läkemedel, och vi anser att syftet med hela reformen är att patienten i framtiden ska få rätt medicin i rätt dos vid rätt tid och till rätt pris. Syftet är för oss inte primärt att spara pengar.

I januari i år bjöd Sten Iwarson in ordförandena i landets samtliga läkemedelskommittéer till Göteborg för att diskutera framtida samarbete mellan kommittéerna i landet. Det var första

gången de träffades utan medverkan från Landstingsförbundet, Läkemedelsverket eller industrin. Förutom frågor som förhållandet till industrin, kommittéernas övergripande inriktningar och jävsförhållanden behandlades frågan om ett nationellt nätverk mellan läkemedelskommittéer.

– När det gäller terapirekommendationer och vissa utbildningar har vi redan ett regionalt nätverk tillsammans med övriga läkemedelskommittéer inom Göteborgs kommun, Bohuslänstinget, Landstinget i Älvsborg och Landstinget Skaraborg.

– I det nationella nätverket är tanken att mera övergripande policyfrågor behandlas.

Är den fria förskrivningsrätten hotad?

För att läkemedelskommittéerna ska lyckas åstadkomma en effektivare läkemedelsförskrivning – som i långa loppet också kan vara avgörande för om den fria förskrivningsrätten ska bestå – måste de få en stark förankring både bland förskrivare och sjukvårdshuvudmän. En enkätstudie som Läkemedelsverket genomförde bland 1 000 läkare 1995 rörande förtroendet för olika informationskällor om läkemedel hamnade läkemedelskommittéerna på ca 50 procent (stort eller ganska stort förtroende).

Även förankringen uppåt är viktig.

Landstingen har en ambition att minska kostnadsökningen för läkemedel och kommittéerna är ett av deras verktyg. Medan t ex Danmark har en kostnadsökning på 4–5 procent per år ligger motsvarande siffra i Sverige på 10–15 procent (en förklaring är dock att patienten i Danmark betalar hela 40 procent av läkemedelskostnaden ur egen ficka).

Läkemedelskommittéerna vill själva inte se sig som några »kostnadspoliser», med rätt att utdela repressalier till förskrivare som inte följer kommittéernas rekommendationer. Den stegrande kostnadskurvan ska kunna brytas med bättre utbildning, det tror även Marianne Boivie på Landstingsförbundet.

– Jag utgår från att kommittéerna kommer att fortsätta arbeta som de gör idag. Men det förutsätter att de klarar notan. Gör de inte det kan det komma direktiv och den fria förskrivningsrätten hotas.

– Förankringen sker genom att man får med de absolut bästa kompetenserna på läkemedelsområdet i kommittéerna. Men för att de ska vara intresserade måste arbetet mot förskrivarna bygga på frivillighet – genom rekommendationer underbyggda av fakta.

Läkemedelsreformen ska leda till att läkemedelsförskrivningen integreras i all annan medicinsk behandling. Konsekvensen av detta är att det blir verksamhetschefen som får ansvaret även för läkemedelskostnaden, och skyldig-

heten att se till att enskilda läkare förskriver kostnadseffektivt.

Men enskilda läkare kan se på en sjukdom på olika sätt, och därmed välja olika behandlingsalternativ. När t ex Läkemedelsverket, tillsammans med avdelningen för internationell hälso- och sjukvårdsforskning (Ihcar) vid Karolinska institutet, i början av 1990-talet gjorde en studie i form av omfattande intervjuer om läkares uppfattning om åderförkalkning, visade det sig att ca hälften ansåg att det handlade om ett naturligt åldrande. De övriga såg det som en sjukdomsprocess.

– Precis som vid remitteringar eller provtagningar utgår jag från att verksamhetscheferna har det omdöme och den förmåga till eftertanke som krävs för att det inte ska behöva uppstå några konflikter mellan förskrivare och chefer på grund av en enskild läkares förskrivningsmönster, säger Marianne Boivie.

Dyra läkemedel ofta effektiva

Kostnadsökningen på läkemedel kan till stor del förklaras med att gamla och billiga läkemedel ersätts med nya och dyrare läkemedel.

Marianne Boivie menar att läkemedelskommittéerna i första hand kommer att inrikta utbildningsinsatserna på de läkare som ofta förskriver de 20–50 läkemedel som, menar hon, främst svarar för kostnadsökningen. Enbart Losec säljs för drygt 850 miljoner kronor per år.

Men det kan finnas en konflikt i detta: dyra läkemedel är ofta effektiva. Under perioden 1987 till halvårsskiftet 1997 godkändes 320 nya läkemedel i Sverige. En studie av de terapeutiska effekterna av dessa preparat som Läkemedelsverket genomfört visade att 45–50 procent av dessa nya läkemedel hade »påtagliga terapeutiska fördelar».

Det behövs därför fler och bättre hälsoekonomiska studier. Läkemedelsindustrin avkrävs allt oftare en bra hälsoekonomisk redovisning då nya produkter lanseras, och har därför byggt upp en sådan kompetens. Och Landstingsförbundet försöker nu tillsammans med Handelshögskolan se till att även landstingen får en sådan kompetens.

– Jag tror det är farligt att sätta upp ekonomiska mål med läkemedelsreformen när kunskapen om hälsoekonomiska effekter är så dålig, säger Marianne Boivie.

– Det är klart att landstingen har en förhoppning om att bryta den branta kostnadsökningen, men jag tror inte att det finns några överdrivna förhoppningar om snabba kostnadsminskningar. Där- emot ger reformen landstingen incitament att nu verkligen ta sitt utbildningsansvar. •