

Vi bör sträva efter att använda läkemedel kostnadseffektivt

Det är ofta vanskligt att debattera (Björn Hammarskjöld, Läkartidningen 19/98) baserat på tidningsreferat, eftersom dessa sällan är fullständiga och ofta fokuserar på de detaljer som ger en bra historia. Givetvis diskuterade jag hamstringen av läkemedel vid mitt föredrag på Läkardagarna i Örebro. Den stora ökningen på 26 procent mellan första kvartalet 1997 och 1998 beror till stor del på att första kvartalet 1997 var lågt som resultat av hamstringen i slutet av 1996. Första kvartalet 1998 innebär dock en verklig höjning av kostnaderna, som är 12 procent högre än samma period 1996.

Det intressanta kommer då man ser till utfallet för hela 1997, som innebar en kostnadsänkning på 2 miljarder eller 10 procent jämfört med 1996. Detta är betydligt mer än vad som kan bero på hamstringen, och det skulle kunna tolkas som ett resultat av en ökad kostnadsmedvetenhet vid förskrivningen. Baserat på detta kunde man vänta sig att även 1998 skulle visa relativt låg läkemedelskostnad. Därför var utfallet för första kvartalet 1998 oväntat. Detta var innehållet i min presentation i Örebro i denna fråga.

Skall nyttjas kostnadseffektivt

Jag tror inte att någon insiktsfull person någonsin sagt att läkare inte skulle förskriva de nya, ofta dyra och ibland bättre läkemedlen.

Det som brukar framhållas är att de nya medlen skall nyttjas »kostnadseffektivt». Det innebär att man väljer de produkter som har en dokumentation som visar att det är rätt att acceptera en högre kostnad. Bland blodtryckssänkande läkemedel finns flera exempel på grupper av produkter som saknar sådan dokumentation, vilket tydligt framgår av SBU:s rapport »Måttligt förhöjt blodtryck».

Kostnadsökningen för läkemedel i Sverige under det senaste decenniet har varit betydligt snabbare än i jämförbara länder (se t ex kapitlet om läkemedelsmarknadens utveckling i Läkemedelsboken 97/98, sid 960). Det finns därför anledning att tro att det går att förskriva läkemedel till lägre kostnad även här i landet utan att kvaliteten i vården försämras.

Det är inte lätt att åstadkomma en

kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Mycket kunskap saknas och praktiskt användbara hjälpmedel som stöd vid förskrivningen behöver utvecklas. Kostnadsjämförelserna i Läkemedelsboken är ett sådant verktyg. Landsting- och de nya läkemedelskommittéerna

kommer att ha stor betydelse för denna utveckling. Stiftelsen NEPI har tillkommit för att bli en bidra till en kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

J Lars G Nilsson

Ordförande i Nätverk för läkemedelsepidemiologi, NEPI

Att jämföra kliniker, en grannliga hantering – en fortsättning

I en debattartikel i Läkartidningen 13/98 ger Adam Taube uttryck för ett antal kritiska funderingar kring ett arbete som presenterades vid Läkarstämman 1997. Hans kritik kan i korthet sammanfattas i tre huvudpunkter:

1. Randomiserade behandlingsstudier är den ideala vägen att gå för att jämföra skilda behandlingsalternativ.

2. Om sådana studier ej föreligger kan observationella studier med retrospektivt insamlade data användas, men en av grundförutsättningarna för att kunna göra jämförelser mellan skilda behandlingsalternativ är att s k selektion bias har uteslutits. Ett exempel på selektion bias är att skilda prognostiska faktorer är en av de underliggande orsakerna till att patienterna hamnar i skilda behandlingsgrupper, t ex att patienterna själva får välja vilket alternativ eller den enhet de önskar få vård vid.

3. Vid analysen skall hänsyn tas till kända prognostiska faktorer. Sådan analys kräver ofta större material för att kunna visa på skillnader eller för att med hygglig statistisk säkerhet uttala sig om att större skillnader ej föreligger.

I sitt genmäle till Adam Taubes kritik väljer författarna av den ursprungliga studien att helt bortse från den resta kritiken, utan de presenterar ånyo i stort sett samma siffror som i det ursprungliga föredraget efter att först ha antytt förekomsten av en dold agenda hos Adam Taube. Vad författarna inte tycks inse är att deras förhållningssätt vid en jämförelse av resultaten vid de två klinikerna är förlegad. Metodik och analytisk strategi vid jämförelse av utfall hos skilda patientgrupper prospektivt eller retrospektivt insamlade, en metodik som ibland går under beteckningen »klinisk epidemiologi», har under de senaste 20 åren gjort stora framsteg. Det är därför oroande för svensk klinisk forsknings framtid att företrädare för en klinisk institution vid en universitetsklinik har berörts så lite av detta nya förhållningssätt.

Anders Ekblom,

docent,
institutionen för medicinsk epidemiologi,
Karolinska institutet,
Stockholm

Inga slutsatser kan dras i mycket för litet material

I debatten kring studier vid ortopedi- och hudkirurgiska kliniken i Strängnäs (Läkartidningen 13/98) får Adam Taube inga svar från Huddingegruppen på sitt kritiska inlägg.

Man talar tyvärr helt förbi varandra.

Jag instämmer helt i Adam Taubes kritik av uppläggningsstudien och av den formulerade slutsatsen. Man kan dessutom utveckla resonemanget kring