

Bör inte läkaren skriva ut det för patienten bästa läkemedlet?

Lars Nilsson, ordförande i Nätverket för läkemedelsepidemiologi, rapporterar enligt ett referat i Läkartidningen 18/98 att kostnaderna för läkemedel skenat iväg under årets tre första månader. I stället för en väntad nedgång blev det en ökning på 26 procent. Anledningen till detta skulle uteslutande vara att läkarna väljer att skriva ut dyrare läkemedel. Som exempel nämns att läkarna skriver ut ACE-hämmare och kalciumantagonister i stället för lika bra och billigare diuretika och betablockerare. Enligt ett referat i samma nummer av Läkartidningen framställs läkarna som en kår utan förmåga till kritisk granskning och helt i händerna på läkemedelsföretagen och som lätta mutoffer. En »flott» konferensresa och sedan skriver läkaren tydligen bara ut det företagets preparat.

Det förvånar mig ytterligt att Lars Nilsson inte beaktar en viktig sak när han gör jämförelsen med läkemedelskostnader. Han tycks ha glömt bort den enorma hamstring av läkemedel som skedde i slutet av 1996. I nyheter-na var det ett stående inslag i december 1996. I Rapport fick vi se patienter som hade lyckats med konststycket att köpa ut läkemedel för ett helt år. En man satt i TV-rutan nästan dold av sitt berg med astmamediciner. Med tanke på denna hamstring borde väl Lars Nilsson förstå att kostnaderna för de första tre månaderna och troligen i viss mån efterföljande månader 1997 borde vara mycket lägre än under 1998.

Bättre och dyrare

En annan sak man glömmer bort när man diskuterar att kostnaderna för läkemedel stiger hela tiden är att vi faktiskt hela tiden får bättre och tyvärr dyrare läkemedel. Det är ej så enkelt som fallet med blodtrycksmedicinerna att de gamla preparaten är billigare och lika bra. Det finns massor av exempel på nya och dyra och mycket effektivare preparat: de nya migränmedicinerna som tar bort huvudvärken i ett trollslag utan biverkningar, herpesmediciner som effektivt kortar ett herpesutbrott, antiemetika som fungerar och inte ger några biverkningar (innan dessa mediciner kom låg patienterna och kräktes och led när de fick cytotatika, numera ligger patienterna nöjt och läser och äter), magmedi-

ciner som tar bort sura uppstötningar effektivt med en kapsel om dagen i stället för att folk som förr tvingades klunka novalucol en gång i timmen.

Listan kan göras nästan hur lång som helst. Frågan är om man som läkare skall avstå från ett betydligt bättre preparat till en patient för kostnadens skull eller om patienten skall betala själv för det bättre preparatet.

Ingen av de ovan nämnda tillstånden är ju livshotande så någon större skada är från den synpunkten ej skedd.

Eller vill vi ha en sådan sjukvård att den som har råd kan betala för bättre mediciner och få en högre livskvalitet? Det är kring dessa frågor debatten bör föras.

Landstingsförbundet och Socialstyrelsen tror att en skärpning av kontrollen av läkare delvis kommer att lösa problemen men det kommer den givetvis inte att göra. Det stora svåra problemet kvarstår: Har en patient rätt att få det bättre dyrare preparatet finansierat av skattemedel?

Den enskilde läkaren kommer ju alltid att vilja hjälpa sin patient på bästa sätt och göra vad hon/han kan för att minska ett lidande optimalt. Hur skall man annars kunna arbeta som läkare? Kan Landstingsförbundet och Socialstyrelsen svara på det?

Elisabet Lidbrink
överläkare, Södra Stockholms
onkologiska klinik

Replik I:

Målet rationellare läkemedelsanvändning

I ett inlägg till Läkartidningen uttrycker Elisabet Lidbrink oro för att den nyligen genomförda läkemedelsreformen kan komma att försvåra eller till och med hindra läkare från att, inom ramen för läkemedelssubventionen, förskriva det för patienten bästa läkemedel om det finns billigare, om än sämre preparat, på marknaden. Elisabet Lidbrink för också fram påståendet att Lands-

tingsförbundet (och Socialstyrelsen) tror att en skärpt kontroll av läkarnas förskrivning blir ett inslag för att lösa kostnadsproblemen inom läkemedelsförmånen.

I Sverige har samhällets kostnader för läkemedel ökat med i genomsnitt ca 12 procent per år i löpande priser under åren 1985–1995. Samtidigt har ökningen i de flesta andra europeiska länder genomsnittligt varit lägre och ligger sammantaget under samma tidsperiod på ca 8 procent per år. Mot den bakgrunden är målet för läkemedelsreformen att åstadkomma en mer rationell läkemedelsanvändning och samtidigt en bättre kontroll över kostnadsutvecklingen, något som såväl dagens som morgondagens patienter har glädje av.

Att skapa en gemensam budget för läkemedel och övrig hälso- och sjukvård är en angelägen uppgift när landstingen nu har ansvaret för läkemedel. Avvägningen mellan läkemedel och andra behandlingsalternativ kan då ske efter medicinska bedömningar och blir inte beroende av skillnaden i finansieringssätt. Tidigare betalade staten läkemedlen i öppenvården på i princip löpande räkning. Samtidigt fick hälso- och sjukvården hårda besparingskrav och minskade resurser. Vi tror att den nya ansvarsfördelningen är ett bra verktyg för att uppnå reformens syfte.

I Sverige har vi en för läkare friare förskrivningsrätt än i något annat jämförbart land. Den är inte ifrågasatt. Därför är den viktigaste uppgiften för läkemedelskommittéer och landsting att arbeta med kunskapsuppbyggnad och information till förskrivare. Idag är kunskaperna om på vilka grunder läkemedel förskrivs och används mycket bristfälliga. Vissa studier pekar på att endast 30 procent av de förskrivna läkemedlen



ORRESPONDENS KORRESPONDENS

används på det sätt läkaren förutsatt. Vidare finns uppgifter som tyder på att läkemedel för en miljard kr per år står oanvända i patienternas badrumsskåp.

Det finns således en stor förbättringspotential som vi måste utnyttja för att patienter som behöver nya och dyra läkemedel skall få dessa. Vi vet att många nya läkemedel är på väg att godkännas för användning i Sverige. Dessa kan ibland vara den enda effektiva hjälpen för människor med svåra medicinska problem. Om den svenska hälso- och sjukvården även i framtiden skall ha en tätposition måste vi se över både förskrivningsmönster och läkemedelsanvändningen.

Marianne Boivie
projektledare,
Landstingsförbundet

Replik II:

Registren inte till för att öka kontrollen

Den fråga Elisabet Lidbrink ställer till Socialstyrelsen är lite oklar, men som jag uppfattar det undrar hon om vi tror att en skärpning av kontrollen kommer att lösa problemet. Avsikten med det register som har diskuterats är när det gäller receptregistret inte att öka kontrollen utan att öka kunskapen om sina egna förskrivningsvanor. Erfarenheter från andra länder visar att kunskap om egna förskrivningsvanor gör att förskrivningsvanorna blir bättre. Det är säkert som Elisabet Lidbrink säger att den enskilda läkaren alltid vill hjälpa sin patient på bästa sätt men dessvärre medför inte det med automatik att förskrivningsvanorna och förskrivningsmönstren är de bästa i alla lägen. Det finns svenska och andra studier som talar för det.

Förskrivningsvanorna när det gäller hypertoni har under lång tid varit av den arten att man undrar om de varit helt optimala. Där har förskrivningsmönstren nu blivit mer i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det andra registret, säkerhetsregist-

ret, är till för att kunna upptäcka sena biverkningar associerade till läkemedel. Det är typen av biverkningar som har mycket låg frekvens och där biverkningen kan komma långt efter det att patienten tagit medicinen eller till och med avslutat medicineringen. Ett sådant typ av larm är t ex cancerförekomst efter östrogentillförsel.

Det förtjänar att påpekas upprepade gånger att inget av registren är till för kontroll av den enskilde läkaren, men det är vår fasta uppfattning att ökad kunskap leder till bättre förskrivningsmönster.

Nina Rehnqvist
överdirektör,
Socialstyrelsen

Vi protesterar mot provsprängningarna!

Indien och Pakistan har i och med provsprängningarna i maj 1998 passerat kärnvapentröskeln och vill nu höra till officiella kärnvapenländer. Ansvaret för detta åvilar respektive land som måste fördömas. Men USA, Ryssland, England, Frankrike och Kina bär också ett stort ansvar för den uppkomna situationen, då man bryter mot andemeningen i Icke Spridningsavtalets sjätte paragraf som uppmanar till kärnvapenedrustning »in good faith». Detta är också de krav FN uttalat upprepade gånger, liksom Internationella domstolen i Haag i sitt utlåtande.

Det finns ett stort engagemang inom läkarkåren och de nu aktuella provsprängningarna väcker farhågor. Vi publicerar därför, till alla er som vill protestera, ett förslag till brev med fullständig adress till berörd president/premiärminister i Pakistan, Indien, USA och Kina.

Adresser till övriga kärnvapenländer kan fås via e-post: birgitta.burman@slf.se

Gösta Alfvén
ordförande,
Stockholmregionen,
Svenska Läkare mot kärnvapen

Förslag till protestbrev:

(Prime Minister
Atal Behari Vajpayee
Prime Ministers Office
South Block 110011
New Delhi
Indien

President Jiang Zemin
Beijing
Kina

President Bill Clinton
The White House
1600 Pennsylvania Ave
Washington DC 20500
USA

Prime Minister Nawaz Charif
Prime Ministers Secretary
Islamabad
Pakistan)

Dear President/Prime Minister,

We the undersigned firmly protest against the nuclear tests that India and Pakistan have carried out recently. Nuclear tests and nuclear bombs pose unacceptable threats to human life and must be abolished. All nuclear tests, critical and subcritical, must be stopped immediately. We urge India and Pakistan as well as the declared nuclear weapons states and the threshold states to pursue in good faith a prompt nuclear disarmament.

We demand the total and permanent abolition of nuclear weapons.

Yours sincerely and respectfully,