

REPLIK:

Rationell introduktion av nya läkemedel kräver både ett sjukvårds- och samhällsperspektiv

■ Det är glädjande att Novartis välkomnar Stockholms läns landstings initiativ att förbättra introduktionen av nya läkemedel i sjukvården.

Den medicinska utvecklingen med fler högpotenta biologiska och andra läkemedel har ökat behoven av att tidigt värdera och följa upp läkemedlens effekt, säkerhet och hälsoekonomiska konsekvenser. En fungerande samverkan mellan läkemedelsindustri, akademi och sjukvård är nödvändig för att lyckas och kan samtidigt öppna nya möjligheter för klinisk forskning i Sverige.

Som vi ser det är det ingen motsättning mellan de utvärderingar som görs på internationell, nationell och regional nivå. TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) gör i dag hälsoekonomiska bedömningar av nya läkemedel. Detta sker dock enbart för läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen; många nya läkemedel t ex inom onkologin genomgår i dag ingen nationell prövning. Det vore naturligt att TLV gavs utvidgat mandat att bedöma även dessa läkemedel.

TLVs uppdrag är att bedöma läkemedlen ur ett samhällsperspektiv. Det är klokt, men prioriteringar kräver att intäkter och utgifter inom olika samhällssektorer synliggörs samt att utgifter och intäkter går ihop. Det är naturligt att läkemedelskommittéerna har ett sjukvårdsperspektiv och att landstingen har en skyldighet att tillhandahålla läkemedel som gör så stor nytta som möjligt för så många patienter som möjligt, dvs att prioritera mellan olika patientgrupper och behov.

Om det nationella perspektivet

skiljer sig från sjukvårdsperspektivet bör staten avsätta särskilda medel för den satsningen. Ett aktuellt exempel är HPV-vaccination i stor skala till en betydande kostnad i ett läge där vi först om 20–30 år vet i vilken utsträckning vaccinationsprogrammet minskar risken för cervixcancer.

Kritisk värdering av dokumentation och bedömningar av klinisk nytta måste av flera skäl göras även lokalt. De kliniska studier som finns vid registrerings-tillfället svarar bara delvis mot de frågeställningar som finns i sjukvården. Ofta saknas relevanta jämförelser med den terapi som används i sjukvården. Marginalnyttan jämfört med bästa tillgängliga alternativ måste alltid bedömas.

Det är även nödvändigt att behålla och utveckla den lokala kompetensen i sjukvården för att göra bra bedömningar och tydliggöra underlagen för beslut och prioriteringar. En ökad hälsoekonomisk kompetens inom vården borde ju också bädda för en bättre dialog mellan landstingen, läkemedelsindustrin och olika myndigheter.

Det lokala perspektivet står dock inte i motsats till ett ökat nationellt och internationellt samarbete. Det är särskilt viktigt med ett ökat europeiskt samarbete för läkemedel som används på små patientgrupper, där varierande kompetens kan medföra ojämlig tillgång till bästa behandling.

Avslutningsvis välkomnar vi i Stockholms läns landsting en ökad dialog med läkemedels-

industrin, TLV och andra myndigheter kring hur läkemedel bäst kan introduceras i sjukvården i framtiden. Läkemedel är den viktigaste produktionsfaktorn i sjukvården, men det är även den vars

kostnader nu ökar snabbast. Att läkemedlens andel av de totala sjukvårdskostnaderna inte ökat de senaste åren stämmer, men det beror helt på hur man väljer att analysera data.

LIFs rapport, som omnämns i repliken, speglar åren efter generi-

kareformen då kostnadsökningarna under några år kompenserades av patentutgångar och kraftiga prisfall för flera öppenvårdsläkemedel. Den trenden är dock bruten, och alla prognoser pekar på att läkemedelskostnaderna nu och i framtiden ökar snabbare.

Lars L Gustafsson
professor, överläkare,
Läkemedelscentrum,
Stockholms läns landsting;
avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska institutet, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge; ordförande i Läksak lars-l.gustafsson@ki.se

Björn Wettermark
apotekare, med dr,
Läkemedelscentrum,
Stockholms läns landsting;
avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska institutet, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge; adjungerad ledamot i Läksak

Mats Kalin
professor, överläkare,
infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna; projektledare för SLLs specialläkemedelsprojekt

Seher Korkmaz
med dr, överläkare,
Läkemedelscentrum,
Stockholms läns landsting;
avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska institutet, Karolinska Universitetssjukhuset Solna; vetenskaplig sekreterare, adjungerad ledamot i Läksak

Marie E Persson
apotekare, farm lic,
Läkemedelscentrum,
Stockholms läns landsting;
Apoteket AB

Henrik Almkvist
chefläkare, hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting; adjungerad ledamot i Läksak

Paul Hjemdahl
professor, överläkare,
avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset Solna; ledamot i Läksak

Margaretha Julander
apotekare, Läkemedelscentrum,
Stockholms läns landsting;
sekreterare i Läksak

Krister Kristianson
apotekare, farm lic, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska institutet, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Bo Ringertz
docent, överläkare,
reumatologkliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna; vice ordförande i Läksak

Gunilla Thörnwall Bergendahl
läkemedelssamordnare,
hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning,
Stockholms läns landsting

Nils Wiking
docent, Karolinska institutet,
Stockholm; ledamot av Läksaks expertgrupp för onkologi och hematologi