

även denna grupp att kunna inkluderas i arbetslivet på ett hållbart sätt.

**Gunnar Ahlberg jr**  
avdelningschef, docent

**Kristina Glise**  
enhetschef, överläkare

**Susanne Ellbin**  
leg psykolog; alla vid  
Institutet för stressmedicin,  
Västra Götalandsregionen,  
Göteborg

**Annika Nordin-Johansson**  
verksamhetschef, överläkare

**Lisbeth Slunga Birgander**  
överläkare, docent,  
stresskliniken,

**Therese Stenlund**  
med dr, leg sjukgymnast,  
stresskliniken; alla vid  
Arbets- och beteendemedicinskt centrum, Norrlands  
universitetssjukhus, Umeå

**REFERENSER**

1. Åsberg M, Grape T, Krakau I, Nygren Å, Rodhe M, Wahlberg A, et al. Stress som orsak till psykisk ohälsa. Läkartidningen. 2010;107:1307-10.
2. Ahlberg G jr, Glise K, Jonsdottir IH, Wiegner L. Dälig grund för påståenden om utmattningssyndrom. Läkartidningen. 2008;105:1118-9.
3. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behav Med. 1992;18:53-60.
4. Åsberg M, Glise K, Herlofson J, Jacobsson L, Krakau I, Nygren Å, et al. Utmattningssyndrom – en kunskapsöversikt om stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
5. Sandström A, Rhodin IN, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. Biol Psychol. 2005;69:271-9.
6. Rydmark I, Wahlberg K, Ghatan PH, Modell S, Nygren A, Ingvar M, et al. Neuroendocrine, cognitive and structural imaging characteristics of women on longterm sick-leave with job stress-induced depression. Biol Psychiatry. 2006;60:867-73.
7. Ohman L, Nordin S, Bergdahl J, Slunga Birgander L, Stigsdotter Neely A. Cognitive function in outpatients with perceived chronic stress. Scand J Work Environ Health. 2007;33:223-32.
8. Österberg K, Karlson B, Hansen AM. Cognitive performance in patients with burnout, in relation to diurnal salivary cortisol. Stress. 2009;12:70-81.

**replik till Lars Löf:**

**Hur ser läkemedelskommittéerna på besparingskraven?**

■ Lars Löf kritiserar i LT 22/2010 (sidan 1487) en av åtta punkter i vår artikel »Vad bör en nationell läkemedelsstrategi innehålla?« i samma nummer. Kritiken avser vårt påstående att läkemedelskommittéerna har en njuugg inställning till nya läkemedel i behandlingsarsenalen. Löf hävdar att detta inte är fallet utan att de tillämpade rutinerna tvärtom är ett stöd till den forskande läkemedelsindustrin.

Vi vet att kommittéerna gör värdefulla insatser på läkemedelsområdet och inser att en avvaktande hållning till nyheter oftast är befogad. Men kommittéerna har ett problem med konflikten mellan landstingens krav på besparingar och möjligheterna

**slutreplik:**

**Att »välja billigast« är inte vårt uppdrag**

■ Låt mig först upprepa att Läkemedelskommittéerna inte har någon egen agenda. I våra nationella nätverk och lokalt i landstingen förmedlar och förankrar vi bl a de nationella bedömningsorganens (SBU, LMV, TLV och SoS) riktlinjer och beslut för en effektiv, säker och jämlik läkemedelsbehandling.

Möjligheten att pröva nya, redan godkända läkemedel finns redan i dag. Det som Furängen och Cronlund kallar »konflikt« mellan besparingar och möjligheter kallas med en annan term för prioriteringar inom givna resurser. Det gäller ju för övrigt inte bara läkemedel utan all verksamhet.

Läkemedelskommittéernas roll är rådgivande och stödande till verksamheter/



att pröva nya, oftast dyrare läkemedel. Målet med ordnat införande av läkemedel – noggrann uppföljning av väldefinierade patientgrupper – är givetvis bra, men löser inte konflikten.

Den återfinns för övrigt även inom kliniska prövningar, där landstingens ekonomiska agenda nedprioriterar dessa med resultatet att antalet svenska prövningar minskat. Det hade varit intressant att höra om och när läkeme-

delskommittéerna bemöter besparingskraven.

Med vårt inlägg ville vi lyfta fram den nationella läkemedelsstrategin till debatt innan den »satt sig«. Från förstudien till strategin har några mål läckt ut från departementet, bl a att Sverige ska vara attraktivt för innovation av produkter och tjänster på läkemedelsområdet.

Detta och övriga angivna mål är bra, men de måste göras mycket mer konkreta för att få betydelse.

**Andreas Furängen**  
vd

**Anders Cronlund**  
farm dr; båda Apotekar-societeten  
anders.cronlund@lakemedelsakademien.se

»Läkemedelskommittéernas roll är rådgivande och stödande till verksamheter/ beslutsfattare med underlag enligt ovan. Det är komplicerat förvisso, men »konflikt« är fel beteckning.

beslutsfattare med underlag enligt ovan. Det är komplicerat förvisso, men »konflikt« är fel beteckning. Att tala om dyra eller billiga läkemedel är inte adekvat utan att relatera till nyttan. Ett nytt läkemedel kan ju, även vid högt pris, sett i ett vidare perspektiv innebära en besparing. Att »välja billigast« är inte läkemedelskommittéernas uppdrag.

Läkemedelskommittéerna är som regel inte involverade i kliniska prövningar annat än som remissinstans inför nya huvudavtal mellan huvudmännen och Läkemedelsindustriföreningen. Ekonomiska förutsättningar och andra resurser för enskilda prövningar i de kliniska verksamheterna ska vara tydliggjorda inom avtalsramarna. Avtalen är bilaterala och ska självklart följas av bägge parter.

Läkemedelskommittéernas har ingen annan åsikt och är självklart positiva till att vetenskapliga hypoteser testas i bra kliniska prövningar.

**Lars Löf**  
ordförande i LOK  
(nätverket för Sveriges  
Läkemedelskommittéer)  
lars.loof@ltv.se