

# Läkemedelskommittéerna bör avskaffas eftersom verkligheten har förändrats

Många argument talar för att dagens 34 läkemedelskommittéer avskaffas och ersätts av något bättre. Toleransen minskar för regionala skillnader i vården. Överföringen av kostnadsansvaret från staten till landstingen bör omfatta även receptläkemedlen. Kvalificerade bedömningar och rekommendationer på alla nivåer bör kunna samordnas och effektiviseras. Läkemedelskommittéerna skiljer sig åt i kompetens i små och stora landsting. Bristen på hälsoekonomisk expertis är överlag besvärande.

**BENGT JÖNSSON**  
professor, chef för Centrum för hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm; ordförande för International Health Economics Association

**GÖRAN ARVIDSSON**  
docent vid Stockholms universitet; forskningsledare vid SNS  
*goran.arvidsson@sns.se*

**LARS-ÅKE LEVIN**  
docent vid Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet; ledamot i LFN och Läkemedelskommittén i Östergötland

**CLAS REHNBERG**  
docent vid Medical Management Centre, Karolinska institutet, Stockholm; författarna utgör SNS Välfärdspolitiska råd 2004.

■ I ett inlägg i Läkartidningen 1–2/2005 (sidan 67) går professor Sten Iwarson, ordförande i LOK (Läkemedelskommittéernas ordförandekollegium) till hårt angrepp på vår rapport »Hälsa, vård och tillväxt«. Tidigare har även professor

Lars L Gustafsson, ordförande i LÄKSAK, i en intervju i Läkartidningen 49/2004 (sidan 3986) uttryckt ungefär samma kritik. Det som kritiseras i vår rapport är två saker. Dels att vi anser att läkemedelskommittéerna (LK) överprövar LFNs (Läkemedelsförmånsnämndens) beslut, dels vårt förslag att avskaffa LK i deras nuvarande form. Både Iwarson och Gustafsson utgår ifrån och beklagar att vi är okunniga om bland annat LKs arbete och vilken nytta de gör.

## Vad vi sagt

I vår analys ifrågasätter vi inte att LK gör nytta, tvärtom är vi övertygade om att de fyller en viktig funktion, framför allt när det gäller utbildning och information till förskrivarna. Den kompetens som finns i LK försvinner inte heller om man slopar lagstiftningen och organiserar kompetensen på ett annat sätt. Det är inte rimligt att behålla 34 läkemedelskommittéer, samtidigt som utvecklingen går mot allt mindre tolerans för regionala skillnader i vården. Landstingen behöver också frigöra resurser för utbildning

för att svara upp mot det nya avtalet för utbildningssamverkan med läkemedelsindustrin.

## Argument för förändring

Sedan LK skapades har verkligheten förändrats på många sätt. Det gäller inte bara tillkomsten av LFN utan framförallt överföringen av kostnadsansvaret från staten till landstingen. Vi är i rapporten kritiska till att överföringen av ansvaret inte genomförts fullt ut, och vi menar att beslut rörande läkemedelsanvändningen och avvägning mellan kostnad och nytta skall göras i den politiska, administrativa och kliniska styrningen av sjukvårdens resurser.

Att integrera också receptläkemedlens kostnader i resursstyrningen, på samma sätt som nu görs med läkemedel i slutenvård, medicinsk service, lokaler m m, är nödvändigt för en effektiv resursfördelning. Att exempelvis den som är ansvarig för HIV/aids-vården i ett landsting inte har formellt ansvar och motsvarande befogenheter för läkemedelskostnaderna är ologiskt och ineffektivt. Den kliniska kompetensen och verksamhetsansvaret måste vara avgörande för hur användningen av receptläkemedel, liksom andra sjukvårdsresurser, prioriteras.

## Många slevlar i grytan

Ett annat argument för att se över LKs roll är det stora antalet myndigheter och organisationer som fattar beslut och ger rekommendationer om läkemedelsanvändningen: Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), LFN, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och LK, enskilt och i samverkan. Vi tycker att det är rimligt att se över möjligheterna till samordning och effektivisering när det gäller kvalificerade bedömningar och rekommendationer på alla nivåer. Dels är kompetensen en knapp resurs och ofta är det samma personer som gör bedömningarna för olika myndigheter, dels finns det begränsad tid hos dem som skall ta emot alla de olika budskapen.

## Regionala skillnader

Ett tredje argument är att LK ser olika ut över landet. Det skiljer sig stort mellan vilken kompetens man kan mönstra i ett stort landsting med medicinsk fakultet och ett välfungerande stabsstöd jämfört



SNS Välfärdspolitiska råd 2004, fr v Clas Rehnberg, Lars-Åke Levin, Bengt Jönsson och Göran Arvidsson.



FOTO: PRESENS BILD

Att integrera receptläkemedlens kostnader i resursstyrningen är nödvändigt för en effektiv resursfördelning.

med vad som finns att tillgå i ett litet landsting. Ändå skrivs rekommendationslistor med samma rätt och därigenom med samma inflytande eller brist på inflytande. Ett stort problem är att läkemedelskommittéerna saknar hälsoekonomisk kompetens. Att alla LK skulle bygga upp hälsoekonomisk kompetens är omöjligt på kort sikt och ett ineffektivt sätt att använda knappa resurser på lång sikt. Hälsoekonomisk kompetens behövs inom landstingen främst som stöd för de verksamhetsansvariga. På nationell nivå finns hälsoekonomisk kompetens vid LFN, SBU och Socialstyrelsen, och de studier som görs är lätt tillgängliga för alla i hela landet.

#### Nödvändig omprövning inget angrepp

Välfärdspolitiska rådets rapport 2004 behandlar samspelet mellan hälsa, sjukvård och välfärd och visar bl a hur prioritering av sjukvårdens resurser efter deras bidrag till befolkningens hälsa blivit allt viktigare för fortsatt välfärd. Vi visar också hur denna utveckling medfört en ökad internationalisering av sjukvårdspolitiken, och en centralisering på nationell nivå. Att våra analyser leder till slutsatser som innebär att nuvarande institutioner och mekanismer för beslutsfattande bör omprövas är inget angrepp eller någon nedvärdering av deras arbete. Vi noterar att nya myndigheter för kunskapsstyrning tillkommit, och det är då nödvändigt att ompröva om institutioner som tillkommit under andra förutsättningar fortfarande behövs.

#### Kvalificerad referensgrupp

I vårt arbete med rapporten har vi haft god hjälp av en mycket kvalificerad referensgrupp under ledning av Anders

Milton och som inkluderat ledande företrädare för bl a LFN, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Apoteket, Läkarförbundet och landstingen. De har sakgranskat hela texten och kommenterat våra analyser och slutsatser. Några kvalitetsbrister i rapporten har inte påpekats. Däremot kan man givetvis ha olika åsikter om vilka policyslutsatser som kan och bör dras.

Majoriteten i referensgruppen, inkluderande Läkarförbundets och Läkemedelsverkets representanter, har enat sig om ett offentligt yttrande i tio punkter (<http://www.sns.se/zino.aspx?articleID=469>) där man beträffande läkemedelskommittéerna skriver: »Gruppen ställer sig bakom Rådets förslag om att dagens läkemedelskommittéer ute i landstingen ges ändrad instruktion, om än inte avskaffas helt.«

#### Illustrerar förändringssvårigheterna

Generaldirektörerna för Socialstyrelsen och LFN avstod från att offentligt kommentera och ta ställning till rapporten för att undvika att hamna i jävssituationer i myndighetens policyorienterade arbete. De framförde dock att rapporten »är ett viktigt och väl genomarbetat bidrag till

diskussionen om vårdens framtid«. Att de tre landstingsrepresentanterna inte undertecknade uttalandet motiverades med att de inte instämde i referensgruppens samtliga slutsatser. Att referensgruppen inte kunde enas om ett gemensamt uttalande utan avlämnade fyra olika skrivningar säger kanske något om svårigheterna att vidta förändringar i sjukvården. Det handlar inte bara om att enas kring en utvecklingslinje utan också om att uppträda i rätt sällskap.

När det gäller vår egen kunskap om LK vill vi till sist informera om att 25 procent av Välfärdspolitiska rådets medlemmar är ledamöter i LK. De (korrektare: Han) utgör 100 procent av alla hälsoekonomer som ingår i kommittéerna. Hälsoekonomernas andel av LK-ledamöterna är bara 0,6 procent [1].

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

#### Referens

1. Socialstyrelsen. En uppföljning av läkemedelskommittéernas arbete – Hur påverkas läkemedelsanvändningen? Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

## Förvånande att förslaget inte ses som en möjlighet

Sten Iwarson är ute i ogjort väder – rapporten från SNS Välfärdspolitiska råd är väl genomarbetad och baserad på aktuell forskning. Det är förvånande att kritikerna inte ser förslaget att avskaffa läkemedelskommittéerna i dess nuvarande form som en möjlighet.



ANDERS MILTON  
ordförande i SNS Välfärdspolitiska rådets referensgrupp 2004  
[anders.milton@social.ministry.se](mailto:anders.milton@social.ministry.se)

Jag har noterat Sten Iwarsons kritik mot SNS Välfärdspolitiska rådets rapport för okunskap i kapitlet om läkemedel, och att SNS, om andra delar av rapporten håller samma nivå, nog bör ta sig en funderare över kvaliteten på Välfärdspolitiska rådet. Till det vill jag helt kort säga att Sten Iwarson är ute i ogjort väder. Rapporten är väl genomarbetad. Dess syfte är att på basis av aktuell forskning ge underlag för beslut om sjukvården i framtiden. Det är självklart att man kan trampa på ömma tår när man drar policykonklusioner.

Det förvånar mig att förslaget om att lagstiftningen som reglerar läkemedelskommittéerna bör upphöra, och dessa

således avskaffas i sin nuvarande form, inte ses som en möjlighet.

I referensgruppen fanns starka röster för att vidga kommittéernas roll till att bli »behandlingskommittéer« med vidare mandat. Den diskussionen får Sten Iwarson och andra som slår vakt om läkemedelskommittéerna gärna föra vidare.

Både Välfärdspolitiska rådet och dess referensgrupp har sagt sitt, i förhoppning om att förargelse hos mottagarna ska ta sig konstruktiva uttryck.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

#### || Nästa sida:

Lars L Gustafsson och Sten Iwarson replikerar.