

Referat från

LÄKEMEDELS RIKSDAGEN

22 januari 2009



Författare Fredrik Hedlund, apotekare och medicinjournalist
Foto, typografi och layout Maud Sundén,
Läkemedelsakademin.

Läkemedelsakademin i Stockholm AB
Box 11 36, 111 81 Stockholm
Tel 08-723 50 00, fax 08-20 50 00
e-post: info@lakemedleakademin.se
www.lakemedelsakademin.se

Tryckort Printografen, Helsingborg 2009

Förord

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Läkemedelsverket, Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen arbetar alla för att stödja utveckling och ändamålsenlig användning av läkemedel. Myndigheterna har olika roller. Men samtidigt samarbetar de nära i ett sammanhållet system för att främja god användning av läkemedel i hälso- och sjukvårdens dagliga verksamhet. De fyra myndigheterna arrangerar tillsammans Läkemedelsriksdagen. Den är från och med 2007 ett årligt återkommande arrangemang. Syftet är att skapa ett forum för diskussion och debatt med viktiga aktörer på läkemedelsområdet.

21 januari 2010

Nästa Läkemedelsriksdag genomförs på City Conference Center (Folkets Hus) i Stockholm torsdagen 21 januari 2010. Boka in dagen nu! Programmet utarbetas under året och kommer under hösten att läggas ut på Läkemedelsakademins hemsida www.lakemedelsakademin.se.

Förslag och synpunkter på Läkemedelsriksdagen kan skickas till:
Anders Pesula e-post:
anders.pesula@lakemedelsakademin.se

Denna rapport är producerad av Läkemedelsakademin i Stockholm AB i samarbete med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Läkemedelsverket, Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen.

Se även hemsidorna: www.sos.se; www.sbu.se; www.lakemedelsverket.se; www.tlv.se

Rapporten är tryckt i 12 000 exemplar och texten distribueras även till forskrivare samt beslutsfattare inom sjukvård, myndigheter och läkemedelsindustri via skriften Informatrion från Läkemedelsverket. En pdf-fil av rapporten kan laddas ner från respektive myndighets hemsidor samt från www.lakemedelsakademin.se



LÄKEMEDELSAKADEMIN

SWEDISH ACADEMY OF
PHARMACEUTICAL SCIENCES

Läkemedelsriksdagen 22 januari 2009

Prioriteringar inom läkemedelsbehandling och läkemedelsanvändning

Moderator *Greger Hatt*

Välkomna! *Lars-Erik Holm*, generaldirektör, Socialstyrelsen

Regeringens prioriteringar på läkemedelsområdet

Göran Hägglund, socialminister

Vilka åtgärder för en mer effektiv läkemedelsanvändning skall prioriteras

Läkarens perspektiv

Cecilia Björkelund, professor i allmänmedicin, Göteborgs universitet

Panel och auditorium reagerar. Omröstning med mentometer

Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Sveriges läkarförbund

Lars-Erik Holm, generaldirektör, Socialstyrelsen

Anders Hernborg, informationsläkare, läkemedelskommittén i Halland

Hur åstadkomma säkrare diagnoser (metoder/utbildning), bättre dosering/färre biverkningar, bättre uppföljning/utsättning? Hur åstadkomma säkrare övergångar mellan öppen- slutna vård? Vilka mått för resultatuppföljning skall prioriteras? Hur bidrar professioner och myndigheter?

Patientens perspektiv

Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet

Panel och auditorium reagerar. Omröstning med mentometer

Ingela Jersenius, Stockholms Patientnämnd

Cecilia Kennerfalk, Läkemedelsindustriföreningen

Margareta Kristensson, lektor i socialmedicin och folkhälsovetenskap, Linköpings universitet

Vilket ansvar har patienten för sin hälsa och sina läkemedel? På vilket sätt kan sjukvården stödja patienten för mer välgrundade val för sin hälsa och sin behandling? Hur hittar patienten välbalanserad information om läkemedel? Vilket stöd skall samhället ge medborgare och patienter när det gäller läkemedelsanvändning?

Lunch

How to optimize resources for drugs & drug usage

Sir Michael Rawlins, chairman, National Institute for Health and Clinical Excellence, UK

Vilka läkemedelsbehandlingar skall prioriteras?

Ekonomi och kostnadseffektivitet

Per Carlsson, professor, Prioriteringscentrum, Linköping

Panel och auditorium reagerar. Omröstning med mentometer

Ann-Christin Tauberman, generaldirektör TLV

Anders Lönnberg, director public affairs, Novartis

Måns Rosén, direktör, SBU

Bo Claesson, läkare, handläggare, SKL

Hur åstadkoms en jämlik tillgång till läkemedel med 21 suveräna landsting? När skall visad kostnadseffektivitet vika för budgetramar? TLV:s beslut visavi landstingens prioriteringar? När skall nya kostsamma läkemedel prioriteras bort till förmån för billigare äldre?

Vad måste man och vad bör man - om juridik, etik och prioriteringar

Elisabeth Rynning, professor, Medicinsk rätt, Uppsala universitet

Panel och auditorium reagerar. Omröstning med mentometer

Carsten Rose, verksamhetschef, Lunds universitetssjukhus

Gunnar Hellström, lungcancerföreningen Stödet

Mona Boström, landstingsdirektör, Stockholm

Vilka principer skall styra när patientens och sjukvårdens prioriteringar kolliderar? Vilken skyldighet har läkaren att upplysa patienten om effektiva men ekonomiskt uteslutna läkemedel? När får läkarens prioriteringar gå före landstingens? Behandlingar med sär läkemedel - vad får de kosta?

Sammanfattning och avslutning

Christina R. Åkerman, generaldirektör, Läkemedelsverket



*Lars-Erik Holm general-
direktör för Socialstyrelsen
hälsar deltagarna välkomna*



Socialminister Göran Hägglund

Läkemedelsriksdagen 2009: Prioriteringar inom läkemedelsbehandling och läkemedelsanvändning

Läkemedelsriksdagen 2009, den tredje i ordningen, hölls på City Conference Center i Stockholm den 22 januari. Ungefär hälften av deltagarna var från läkemedelsindustrin och hälften från kommuner, myndigheter och landsting. Riksdagen var uppbyggd kring fyra debatter, var och en med en kort inledning. Speciellt inbjudna var socialminister Göran Hägglund samt Sir Michael Rawlins, ordförande för National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), London. I anslutning till debatterna, som leddes av moderatorn Greger Hatt, genomfördes ett antal mentometeromröstningar kring aktuella frågor.

Göran Hägglund:

”Riksdag och regering behöver kunskap”

Besluten och resonemangen på Läkemedelsriksdagen 2009 kan mycket väl påverka Sveriges framtida läkemedelspolitik.

– Riksdagen och regeringen behöver ta in kunskap från kloka människor. Det som ni säger kommer att spela en roll i vårt arbete, säger socialminister Göran Hägglund.

Socialminister Göran Hägglund inledde med att konstatera att sjukvårds- och läkemedelsfrågor naturligt ligger högt upp på regeringens agenda.

– Dessa frågor är naturligtvis väldigt viktiga för människors välbefinnande, men det är också väldigt viktigt ur ekonomisk synvinkel hur vi hanterar dem, säger han.

Läkemedelsriksdagens beslut ser han som värdefull information i det fortsatta politiska arbetet.

– Riksdag och regering behöver ta in kunskap från kloka människor som är verksamma på olika områden och det som ni säger kommer att spela en roll i vårt arbete. Jag är säker på att riksdagens ledamöter är

lyhörda för alla kloka tankar och synpunkter. Sedan kan det ju vara så att man inte hamnar på samma uppfattning ändå. Men den som tror sig kunna allt på detta område är faktiskt illa ute, säger Göran Hägglund.

Regeringens prioriteringar på läkemedelsområdet just nu, vid sidan om omregleringen av apoteksmarknaden, fokuseras främst på forskning, antibiotikaresistens och patientsäkerhet.

När det gäller regeringens stora forskningssatsning på fem miljarder fram till 2012 kan medicinen räkna med en relativt stor bit av kakan.

– Totalt avsätts över en halv miljard till forskning om olika sjukdomar, vi gör stora satsningar på områden som molekylär bioteknik, epidemiologi, stamceller och regenerativ medicin. Vi gör också riktade satsningar till några särskilda sjukdomar. Till dem hör cancer, Alzheimers sjukdom och diabetes, säger Göran Hägglund.

Under Sveriges ordförandeskap i EU det andra halvåret 2009 kommer regeringen fortsätta ett europeiskt samarbete mot antibiotikaresistens. Göran Hägglund flaggade för att Sverige som ordförandeland kommer att visa ett särskilt intresse för läkemedelsindustrins forskningsinsatser.

– Jag vill uppmana industrin att satsa på utveckling av nya antibiotika.



Cecilia Björkelund, professor i allmänmedicin vid Göteborgs universitet och distriktsläkare i Strömstad

När de antibiotika som vi använder idag inte längre fungerar så kommer detta att utgöra ett enormt hot mot mänskligheten i alla delar av världen, säger han.

En annan hjärtefråga för regeringen är patientsäkerheten. Göran Hägglund menar att en journal som är tillgänglig för alla vårdgivare är ett viktigt steg i patientsäkerhetsarbetet. Och att det snart kan bli verklighet.

– Jag vill ha det så att journalen följer patienten. Oavsett vilken vårdgivare jag uppsöker så ska den vårdgivaren kunna ta upp min journal på skärmen och se vilken situation jag befinner mig i. Det kommer att leda till att vi räddar liv, säger han.

Debatt 1 Läkarens perspektiv:

”Vården måste effektiviseras för att ge tid för kommunikation”

Det finns för lite tid till mötet med patienterna. Tidstjuvar som krångliga tekniska system måste fixas, men läkarna måste också bli bättre utbildade och låta patienterna komma till tals mera för att uppnå en mer effektiv läkemedelsanvändning. Det är representanterna för läkarkåren överens om.

– Det tar i snitt 18 sekunder innan en läkare avbryter sin patient och tar över samtalet vid en konsultation.

Det säger Cecilia Björkelund, professor i allmänmedicin vid Göteborgs universitet och distriktsläkare i Strömstad. Det duger inte, menar hon.

– Det tar två minuter för patienten att förklara och beskriva sina farhågor, föreställningar och förväntningar. Ge patienten den tiden, säger hon.

Hon menar att Sveriges läkarkår måste anamma begreppet patientcenterad kommunikation och låta patienterna få tid att förklara sina tankar kring sin sjukdom och behandling

– Det finns bra forskning som stödjer att det leder till att fler patienter tar sina mediciner på rätt sätt om vi har tid att anpassa informationen efter patientens behov. Man kan också visa bättre effekt på blodtrycks- och diabetesbehandling, mindre smärtstillande medel, nöjdare patienter och kortare sjukskrivningar, säger hon.

Och hon får medhåll från flera av paneldeltagarna.

– Jag tror att tiden med patienten är central, säger till exempel Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Sveriges läkarförbund.

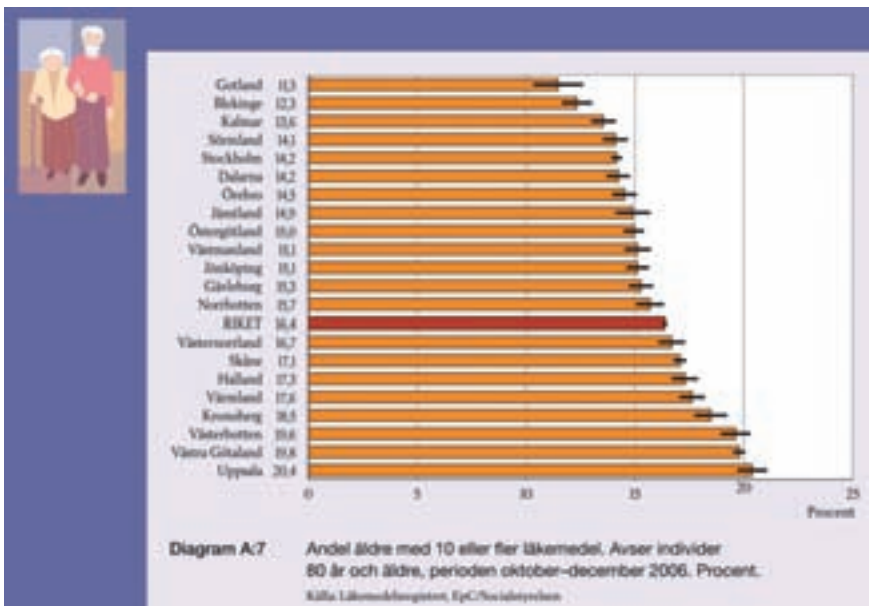
Men det finns många tidstjuvar i läkarens vardag. En av dem är landstingens virrvarr av journalsystem som både försvårar beslutsfattandet och tar onödig tid.

– På sikt är jag helt övertygad om att vi kommer att bara ha en journal till varje patient, men än så länge är vi inte där utan nu har vi väldigt krångliga IT-system som verkligen stjälar tid från patientmötet, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Lars-Erik Holm, generaldirektör vid Socialstyrelsen, menar att det är märkligt att Sverige fortfarande inte har löst dessa problem.

– Sverige är ju inte större än en europeisk storstad och vi har inte kommit längre än så här. Det är beklagligt, säger han.

Därför är det nödvändigt att skapa användarvänliga system i en nationell IT-struktur som gör att patientens information är lätt åtkomlig vid alla läkarkontakter oavsett var i Sverige det sker, menar han. Det skulle frigöra tid för patientmötet.



Och här menar Lars-Erik Holm att landsting och kommuner inte har tagit sitt ansvar.

– Det finns för många småpåvar som styr utvecklingen utifrån olika intressen när det egentligen är så att vi alla vill ha ett enhetligt IT-system som utgår från användarnas behov. Jag förstår inte att det ska vara så svårt, säger han.

En annan sak som upplevs som att det stjälar tid från patientmötet är kommunikationen mellan sjukvården och apoteket.

– Vi bör ha ett gemensamt IT-system, en databas som är gemensam. Vi måste anpassa oss efter varandra, säger Cecilia Björkelund.

Dagens läkemedelsförteckning är ett steg på vägen, menar läkarna, men den är inte tillräcklig vare sig i tillförlitlighet eller i funktionalitet.

– Ibland kan listan vara helt inaktuell eftersom det inte står något om utsättningar, säger Cecilia Björkelund.

– Det tar mig ett par minuter att få fram läkemedelsförteckningen. Jag vill ha en läkemedelsjournal direkt i min journal där jag kan se vad som är förskrivet av olika läkare. Läkemedelsförteckningen är väl bra, men det är inte det vi behöver. Vi behöver något väldigt mycket mer. Det ska vara ett enkelt system där jag kan få fram all information jag behöver väldigt snabbt, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Eva Nilsson Bågenholm menar också att landstingen måste satsa betydligt mer på medicinsk vidareutbildning, både generellt och specifikt när det gäller läkemedel.

– Vi måste naturligtvis få opartisk läkemedelsutbildning. Vi måste få diskutera läkemedelsfrågor fritt från industriintressen, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Läkarförbundet gör årliga enkäter som undersöker förekomsten av fortbildning bland läkarna och de visar en märklig snedfördelning.

– De läkare som har en väldigt bredd på sin förskrivning, det vill säga allmänläkarna, har minst fortbildning av alla läkare, i snitt sex dagar per år. Och det räcker inte, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Lars-Erik Holm menar att det finns brister både i fortbildning och grundutbildning av läkarna som påverkar förskrivningen bort ifrån ett optimalt läge.

– Med tanke på läkemedlens centrala roll i behandlingsarsenalen så har vi läkare alldeles för lite kompetens och vi får för lite utbildning, säger Lars-Erik Holm.

– Vi behöver också en oberoende och opartisk fortbildning som är värd namnet, något vi inte har idag, säger han.

Det tillsammans med ett förskrivarstöd som visar en aktuell förteckning över patientens samtliga läkemedel förskrivna av alla doktorer skulle kunna minska risken för felmedicinering. Särskilt av äldre som ofta har många läkemedel.

– Jag ser läkemedelshantering hos äldre som det största problemet idag där vi förorsakar så mycket onödigt lidande hos gamla människor, när man med väldigt enkla åtgärder skulle kunna minska detta, säger Lars-Erik Holm.

Med fullständig information om patientens läkemedelsförskrivningar kan ett annat ansvar utkrävas av läkaren.

– Har man en samlad förteckning av alla läkemedel är det också rimligt att den förskrivande läkaren får ta ansvar för alla läkemedlen som står där. Det sker inte idag. Den senast förskrivande läkaren tar inte ansvar för den samlade medicineringen, säger han.

En sak som läkarna efterfrågar för att kunna styra sin egen förskrivning är lättillgänglig förskrivningsstatistik med återkoppling på sitt eget agerande.

– Vi vet att sådan återkoppling kan förändra förskrivningsmönstret och göra att vi bättre anpassar oss efter ny kunskap, säger Cecilia Björkelund.

Men landstingen bedriver en ojämnr kamp om läkarnas öron och förskrivningsbeteende konstaterar Anders Hernborg, allmänläkare och informationsläkare i läkemedelskommittén i Halland.

– Läkemedelsindustrin är betydligt skickligare än samhället på att påverka läkarnas förskrivning, så vi har mycket att lära av dem. De går ut och gör läkaren sedd och frågar hur det är med fruns golfhandikapp och sådant där. Och det är något att ta efter, säger Anders Hernborg lite raljerande.

Men han blir strax allvarlig igen och föreslår ett mer utvecklat system med ekonomiska incitament för en effektivare läkemedelsanvändning.

– Jag tror att det behövs både piska och morot. Många länder har infört någon form av ekonomiska incitament. Man får avdrag om man inte följer terapirekommendationerna, inom rimliga gränser, eller bonus om man gör det, säger han.

Han menar att läkarna i Sverige inte sköter sitt jobb så bra som de borde.

– Läkarkåren har som kollektiv inte gjort sig förtjänt av en fri förskrivningsrätt. Istället slösar de bort ett par miljarder varje år. Det finns en besparingspotential i läkemedelsförskrivningen på i storleksordning en eller annan miljard om man bara hade varit lite mer följsam mot rekommendationerna, säger han.

Anders Hernborg tar exemplet med blodfettsänkaren Lipitor som förskrivs för drygt 100 miljoner kronor per år trots att samma effekt kan fås av generiskt simvastatin till en tiondel av kostnaden.

– Vi skulle alltså kunna spara en 100 miljoner direkt i ett nafs. Det anser inte jag vara att göra sitt jobb och ta sitt samhällsansvar, säger han.

Men den fria förskrivningsrätten försvaras omedelbart av läkarförbundets ordförande.

– Jag håller med Anders om att det finns många saker som läkare skulle kunna göra bättre när det gäller förskrivningen, men jag tror definitivt inte att man kommer åt det genom att inskränka den fria förskrivningsrätten, säger Eva Nilsson Bågenholm.



Paneldebatt med Anders Hernborg, informationsläkare, läkemedelskommittén i Halland, Cecilia Björkelund, professor i allmänmedicin, Göteborgs universitet, Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Sveriges läkarförbund och Lars-Erik Holm, generaldirektör, Socialstyrelsen

– Landstingen måste se till att läkarna får bättre fortbildning när det gäller läkemedel så att vi inte bara förlitar oss på läkemedelsindustrin, för det tror jag är den främsta anledningen till att det ser ut som det gör. Det måste bli en balans så att vi får bättre möjligheter att kunna göra ett bra val, säger hon.

Och inte heller Läkemedelsriksdagen menade att en inskränkning i förskrivningsrätten var rätt väg att gå för att öka kvaliteten i behandlingen. Två tredjedelar var emot inskränkningar i förskrivningsrätten när frågan ställdes.

Ja till generisk förskrivning

Ett rungande ”Ja” blev resultatet när Läkemedelsriksdagen röstade i frågan om generisk förskrivning skulle införas. Med siffrorna 72 procent mot 28 förklarade deltagarna sig positiva till en förändring.

Dåliga datasystem utan fullständiga läkemedelsjournaler och mängder av olika generiska preparat är en orsak till en ineffektiv läkemedelsbehandling eftersom patienterna riskerar att få samma medicin i flera varianter.

– Jag har sett många patienter som har kommit in och stått på dubbelmedicinering. Ju sjukare man är och ju fler läkare man har desto lättare är det att detta inträffar, säger Cecilia Björkelund, professor i allmänmedicin vid Göteborgs universitet och distriktsläkare i Strömstad.

Problemet med dubbelmedicinering diskuterades ingående på Läkemedelsriksdagen.

Från åhörarplats ställer sig plötsligt professor Folke Sjökvist upp och håller ett brandtal för att införa generisk förskrivning.

– Det finns ett väldigt enkelt sätt att avhjälpa problemet med dubbel-förskrivning och det är att införa generisk förskrivning. Det har vi pläderat för från kliniskt farmakologiskt håll i 30 år, tror jag, säger han. Argumentet att de krångliga generiska namnen skulle vara för svåra för patienterna, menar han inte håller.

– Varför skulle inte denna bildade allmänhet som vi har kunna lära sig att säga diazepam istället för Valium när nästan alla som är intresserade av miljöfrågor kan säga vinylklorid, säger han.



Det skulle medföra många positiva saker, menade han.

– Diskussionen om olika generika och vad de innehåller behöver aldrig uppkomma och ta tid från patientmötet och dessutom sedan vålla kaos i patientleden.

Och han får medhåll av Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Läkarförbundet.

– Det är jättebra med generisk förskrivning. Jag tror att det är enda sättet att komma vidare för att använda de billiga generiska läkemedlen, säger hon.

I den påföljande röstningen svarade närmare tre fjärdedelar av den medverkande publiken ja på frågan om generisk förskrivning skulle införas.

– Därmed förklarar jag generisk förskrivning införd, avslutar moderatorn Greger Hatt.

Debatt 2, Patientens perspektiv:

”Patienten är en medproducent till sin egen hälsa”

Patienter känner sig ofta i underläge i sin relation med sin läkare, men så behöver det inte vara. Patienten borde istället ses som en medproducent till sin egen hälsa, menar Margareta Kristensson från Linköpings universitet.

– Vi behöver ett paradigmskifte i vården, säger hon.

Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet, beskriver hur Sveriges patienter idag vill ta ett större ansvar för sin sjukdom och behandling.

– Det är viktigt att vi patienter är pålästa och kunniga och att vi också tillåts vara det. En av de stora utmaningarna i sjukvården är att hitta ett system som kan stödja och göra patienterna mer delaktiga i behandlingen, säger hon.

Men så fungerar det inte idag, enligt henne. Läkaren är alltför ofta fortfarande en allvetande auktoritet som inte möter patienten. Hon tar genast till sig begreppet patientcentrerad kommunikation som Cecilia



*Anne Carlsson, ordförande
i Reumatikerförbundet*

Björkelund presenterade tidigare.

– Att dialogen mellan patienten och läkaren fungerar är helt avgörande för resultatet av behandlingen, det vill vi bestämt hävda, säger hon.

Hon får stöd av Margareta Kristensson som är lektor i socialmedicin och folkhälsovetenskap vid Linköpings universitet och har ägnat mycket tid till patientmötet.

– Jag skulle vilja vända på perspektivet att patienten självklart är en underlägsen part till ett synsätt där patienten är en medproducent till sin egen hälsa. Då får man ett möte mellan två kompetenta och jämbördiga parter snarare än en hierarkisk ordning, säger hon.

Läkarens inställning till patienten är helt avgörande för hur mötet och kunskapsöverföringen ska fungera och här finns det en hel del att göra, menar Margareta Kristensson.

– Vi i vården måste diskutera attityder och människosyn mycket mer. Det är en lika grundläggande fråga som patientsäkerhet. Här behövs ett paradigmskifte i vården, säger hon.

Vissa läkare har redan denna syn. Anne Carlsson citerar en ”klok reumatolog” som säger; ”Den kunniga och medvetna patienten ska alltid ses som en resurs”.

Men Anne Carlsson menar också att nya positioner och ett nytt ansvar tillsammans med allt dyrare läkemedel också ställer nya krav på dagens och framtidens patienter.

– Vi patienter måste, i den mån vi kan och förstår, göra någon form av motprestation som att förändra vår kost eller börja motionera för att vår behandling ska bli så effektiv som möjligt, säger hon.

Och i den frågan verkar hon tala för en majoritet bland Läke-medelsriksdagens deltagare som röstade för att dyra läkemedel skulle kunna villkoras på ett sådant sätt att patienten till exempel måste sluta röka för att få behandlingen.

Ingela Jersenius från Stockholms patientnämnd har erfarenhet från många patienter som har haft synpunkter på den vård de har fått. Och hon vill anknyta till läkarnas perspektiv och lyfta fram tiden som en av de viktigaste faktorerna för en effektivare läkemedelsanvändning.

– Många vill hemskt gärna kunna sitta kvar längre och kunna ställa följdfrågor, men också hinna reagera på den information man får, säger hon.

Även patienterna förundras över landstingen svårigheter att få till en enhetlig datahantering och ett enhetligt journalsystem.

– Det är väl ytterst märkligt att det inte ska gå att få fram en samlad patientjournal, det går ju att få fram allt annat i detta land. Vi vill ha systemet en patient, en journal, säger Anne Carlsson.

Hon ser den bristande datahanteringen som en klar säkerhetsrisk i vården och uppmanar Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm att ta tag i frågan.

En annan faktor som påverkar möjligheterna till en effektiv läkemedelsanvändning är tillgången till läkemedel. Och den är allt annat än rättvis i olika delar av landet, menar Anne Carlsson.

– Jag vill hävda att svensk hälso- och sjukvård inte alltid bygger på medicinska bedömningar utan är i högsta grad ojämnt fördelad, säger hon.

När det till exempel gäller biologiska läkemedel som används mot reumatism är skillnaden mycket stor kan hon visa. Mellan olika landsting skiljer andelen som får dessa medel mellan 74 och 172 per 100 000 invånare.

– Dessa läkemedel är jättedyra, men för en stor grupp av våra medlemmar är de väldigt effektiva. Det gör också att behandlingen totalt sett blir kostnadseffektiv, säger hon.



Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet, Cecilia Kennerfalk, Läkemedelsindustriföreningen, Ingela Jersenius, Stockholms Patientnämnd, Margareta Kristensson, lektor i socialmedicin och folkhälsovetenskap, Linköpings universitet

Michael Rawlins, NICE:

”Prioritering är en balansakt mellan effektivitet och rättvisa”

Den brittiska prioriteringsmyndigheten ”National Institute of Clinical Excellence”, NICE, har fått mycket skäll för att de bedömer nya läkemedel för hårt. Ordförande sir Michael Rawlins försvarar och förklarar beslutet.

– Vi måste balansera mellan kostnadseffektivitet och rättvisa, säger han.

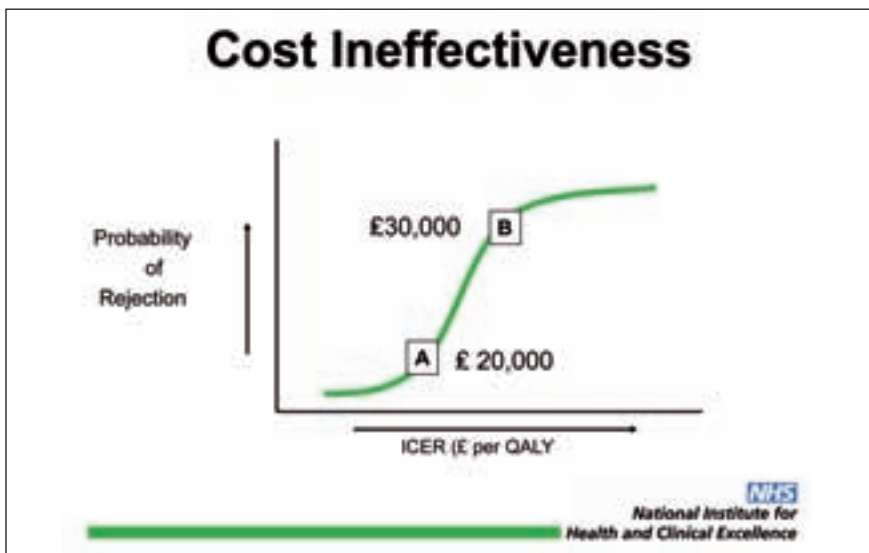
– Tanken att vi skulle kunna spendera hur mycket pengar som helst på hälso- och sjukvård är tyvärr inte genomförbar i praktiken. Istället måste vi se till att de resurser vi har tillgängliga för hälso- och sjukvård används på ett rationellt sätt, säger sir Michael Rawlins.

Han är ordförande i den brittiska myndigheten ”National Institute of Clinical Excellence”, NICE, som fungerar som en blandning av SBU och TLV som gör vetenskapliga utvärderingar av medicinska behandlingar och bedömer om de är tillräckligt bra i förhållande till sitt pris för att användas på den brittiska marknaden. Ett godkännande från NICE innebär att ett läkemedel får användas inom den offentliga vården (NHS) och ett avslag omöjliggör användning trots att preparatet är godkänt av det europeiska läkemedelsverket EMEA.

Rationell läkemedelsanvändning brukar definieras som rätt läkemedel till rätt patient i rätt dos till ett överkomligt pris.

– Mycket kraft har lagts på de tre första punkterna tidigare, men det är först de senaste tio åren som fokus har hamnat på kostnaden, säger Michael Rawlins.

NICE tittar på kostnadseffektiviteten av olika behandlingar för att avgöra vilka behandlingar som verkar vettiga att ta in i det brittiska systemet. Som en ungefärlig gräns för vad som anses acceptabelt använder de kostnaden 350 000 kronor (30 000 £) per kvalitetsjusterat levnadsår, så kallat QALY. Men det är ingen fast gräns eftersom det finns fler variabler än bara kostnadseffektiviteten att ta hänsyn till.



– Vi måste balansera mellan kostnadseffektivitet och rättvisa. Man kan försöka åstadkomma största möjliga nytta för det största antalet människor, men även det kan leda till orättvisor, säger Michael Rawlins.

Till exempel berättar han att NICE använder sig av en annan måttstock när det gäller livsförlängande behandling som tillåts kosta mer per QALY än andra behandlingar.

Detsamma gäller behandlingar för ovanliga sjukdomar där utvecklingskostnaderna blir mycket högre utslaget per behandling.

– Vi är beredda att betala mycket höga priser för ovanliga behandlingar, men då förväntar vi oss att läkemedelsföretagen erbjuder oss läkemedel mot vanliga sjukdomar till ett lägre pris än tidigare, säger Michael Rawlins.

Ett annat undantag är väldigt ovanliga sjukdomar där behandlingen kan kosta i storleksordningen tio gånger så mycket per QALY som NICE:s gräns för kostnadseffektivitet. För beslut kring sådana behandlingar har NICE inrättat ett medborgarråd som får avgöra vad som ska ingå i den offentliga vården eller inte.

– Sådana beslut ska inte vi fatta utan det måste de som äger hälso- och sjukvården göra – det brittiska folket alltså, säger Michael Rawlins.



Sir Michael Rawlins och professor Folke Sjökvist samtalar i pausen.

Debatt 3, Hälsoekonomi:

”Ingen vill ta ansvar för prioriteringarna i Sverige”

Alla pekar på varandra när ansvaret för prioriteringar i vården kommer på tal. Det duger inte, menar Per Carlsson, professor i hälsoekonomi vid Linköpings universitet och chef för Prioriteringscentrum, som menar att ansvaret ligger hos de som är närmast patienten.

– Läkare och verksamhetschefer inom sjukvården måste vara beredda på att utmana varandra, säger han.

När kliniker och vårdcentraler spränger sina budgetar och tvingar landstingen till underskott och smärtsamma besparingar och när nya dyra läkemedel introduceras på helt olika sätt i olika landsting är det uppenbart



*Per Carlsson, professor,
Prioriteringscentrum,
Linköping*

att Sveriges hälso- och sjukvård behöver en tydlig prioritering. Men vem ska göra den?

Alla är överens om att de terapier som används ska vara kostnadseffektiva, men vad innebär det?

– Kostnadseffektivitet i den etiska plattformen som riksdagen har antagit handlar om att bejaka en hälsoförbättring även om den kostar mer. Det vi har att hålla oss till är att det ska vara en rimlig relation mellan kostnad och hälsovinst, säger Per Carlsson, professor i hälsoekonomi vid Linköpings universitet och chef för Prioriteringscentrum.

– Men vad som är rimligt har ingen myndighet eller riksdag och regering formulerat exakt. Det återstår att komma fram till, säger han lite syrligt.

Per Carlsson har förutom sitt arbete vid Linköpings universitet en lång erfarenhet av att granska läkemedelsbehandling hälsoekonomiskt. Han har varit ledamot av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets, TLV, läkemedelsförmånsnämnd sedan starten, han har arbetat med prioriteringar i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och varit verksam inom Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, i tio år. Det ger honom en unik position och överblick.

**Vad menas med kostnadseffektivitet?
Ny terapi mot etablerad terapi**

		Kostnad		
		Högre	Samma	Lägre
Effekt	Bättre	Knepigt	Byt	Byt
	Samma	Förkasta	Neutralt andra skäl?	Byt
	Sämre	Förkasta	Förkasta	Knepigt

– Jag har arbetat med prioriteringar och hälsoekonomi i över 30 år. Jag har både ett perspektiv från det lokala landstinget och ett statligt perspektiv. Och jag uppfattar det som att mycket av de frågor som nu kommer upp handlar om gränslinjen mellan den statliga nivån och verksamhetsnivån, säger han.

Att kliniker och sjukhus spenderar över sina budgetar eller stryker vården visar tydligt på bristerna i systemet.

– Jag menar att kostnadskontroll alltid måste vara överordnat kostnadseffektivitet. Alternativet är ju någon form av anarki. Problemet idag är ju att vi inte har ett budgetsystem som är tillräckligt flexibelt, säger han.

– Någon måste göra omfördelningen utifrån någon form av prioriteringsresonemang, säger han.

Men i Sverige pekar alla på varandra när prioriteringsfrågorna kommer upp. Ingen vill ta ansvaret, menar Per Carlsson och visar en gammal bild av satirtecknaren Paul Ströyer.

Per Carlssons uppfattning är att det är de medicinska företrädarna och inte politikerna som måste axla detta ansvar.

– Man måste hitta ett system där man från verksamheten är beredd att

ta mer av den interkollegiala diskussionen och inte förvänta sig att politiken är mäktig att göra det, säger han.

– Läkare och verksamhetschefer inom sjukvården måste vara beredda på att utmana varandra i den här diskussionen för att få mer flexibilitet i systemet, säger han.

Framtidens kärvare ekonomi tillsammans med en fortsatt utveckling inom läkemedelsområdet kommer att tvinga fram ett sätt att hantera prioriteringar i Sverige. Enligt Per Carlsson kommer det inom det närmaste 1,5 åren närmare 50 stycken nya dyra cancerläkemedel.

– Jag ser en framtid där många av dessa knäckfrågor ska upp till ytan och det är då man ser vem som är beredd att ta bollen och försvara beslutet när enskilda fall lyfts fram i pressen, säger han.

De aktuella prioriteringsfrågorna handlar om att hantera olika nya och dyra läkemedelsbehandlingar, men det är bara en liten del av den totala sjukvårdsbudgeten. Och nu växer insikten och kraven på att alla behandlingar inom sjukvården bör bedömas på ett likartat sätt.

– Idag har vi ett genomarbetat system när det gäller hälsoekonomi och läkemedel, men inte för några andra terapier. Det gör att man får en slag-sida och ställer andra krav på läkemedel i förhållande till övriga terapier, säger Anders Lönnberg, tidigare socialdemokratisk landstingspolitiker i Stockholm och apoteksutredare, numera lobby-chef och vice vd på läkemedelsföretaget Novartis.

Han föreslår att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, får i uppdrag att värdera alla terapier som används i hälso- och sjukvården och inte bara läkemedlen.

– Det största hindret för att göra det är att andra behandlingar är inte lika bra dokumenterade när det gäller effekter och annat som läkemedel. Det finns alltså inget att basera en kostnadseffektivitetsanalys på, säger Ann-Christin Tauberman, generaldirektör för TLV.

Men alla verkar ändå vara överens om att prioriteringsfrågorna måste vidgas trots de praktiska svårigheterna.

– Vi måste få fram ett likartat synsätt för alla terapier för att kunna göra de här prioriteringarna i framtiden, säger Lars-Erik Holm, generaldirektör för Socialstyrelsen.

”Lagstiftningen är oklar kring prioriteringar”

De juridiska ramarna är inte mycket att luta sig emot när det gäller frågor om prioriteringar i vården.

– Utrymmet för horisontella prioriteringar är oklart, säger Elisabeth Rynning professor i medicinsk rätt.

När ansvaret är oklart blir prioriteringsfrågan en het potatis som kastas mellan läkare och landstingsledning.

Grunden för den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är respekten för de mänskliga rättigheterna och varje människas rätt till ett liv med bästa uppnåeliga hälsa utan diskriminering. Det finns också ett lagstiftat företräde för de som har de största behoven, men prioriteringsgrupp ett är relativt omfattande.

– Den innehåller både livshotande och andra allvarliga skador och sjukdomar, kroniska allvarliga sjukdomar liksom personer med nedsatt autonomi som barn och dementa så det är en ganska stor grupp, säger Elisabeth Rynning professor i medicinsk rätt vid Uppsala universitet.

Dessa ska alltså prioriteras före mindre allvarliga sjukdomar, men när det gäller den övergripande prioriteringen bland de olika sjukdomarna, som görs av sjukvårdspolitiker, så kallad horisontell prioritering är lagen mera oklar.

– Klart är dock att man inte behöver tillgodose alla behov i grupp ett innan man får börja ägna sig åt grupp två, säger Elisabeth Rynning.

Hon menar att det är en omöjlighet att reglera dessa medicinska avvägningar i lagtext.

– Vi vill ha tydlighet i lagen så att man vet vad man kan vänta sig. Men samtidigt måste vi ju ha viss flexibilitet för att kunna göra bedömningar från fall till fall. Och då förlorar vi genast i förutsebarhet, säger hon.

Istället blir det en balansgång på slak lina för läkare och landstingspolitiker att genomföra efter bästa förmåga.

– Det gäller att ha legitimitet och hitta principer som är förenliga med mänskliga rättigheter men som också går ihop med vad man kan klara av att genomföra, säger Elisabeth Rynning.

I verkligheten blir de vaga reglerna till svåra etiska problem ute på de svenska klinikerna. Carsten Rose, klinikchef på onkologkliniken vid Universitetssjukhuset i Lund, tvingades förra året att förbjuda all behandling med vissa nya dyra cancerläkemedel.

– Jag hade att välja mellan att stänga vårt hospice eller lägga begränsningar på läkemedlen, säger han.

Han berättar att han minst 25 gånger har skrivit till sin sjukhusledning och varnat för de nya dyra medlen och äskat mera pengar utan resultat.

– När det gäller onkologi har vi drabbats av en stadig incidensökning på två–tre procent per år. Samtidigt har det kommit en rad nya behandlingar som är ganska kostsamma i budgetsammanhang. Därför finns det idag inte en enda onkologklinik i Sverige som håller budget. I ett sådant läge skulle jag behöva stöd från regiondirektör och sjukhuschef att de vågar göra en horisontell prioritering, säger Carsten Rose.

Och han får delvis stöd av Mona Broström, landstingsdirektör i Stockholms läns landsting. Hon menar att det är den behandlade vårdpersonalen som får ta smällen när landstingsledningarna inte klarar av att förändra verksamheten tillräckligt snabbt.

– Det är väldigt lätt att säga att det är slut på pengarna i sjukvården. Min uppfattning är att det inte är sant. Vi kan göra väldigt mycket mer än vad vi gör idag med de befintliga resurser vi har.

– Vi i ledningen måste bli väldigt mycket bättre på att styra och skapa förutsättningar för att åstadkomma den här effektiviteten. Det tycker jag är vårt ansvar, säger hon.

Men sedan menar hon att beslutet om hur en patient ska behandlas ändå i slutändan måste vara en fråga för läkaren.

– Man måste hela tiden utgå ifrån patientnyttan vilken typ av åtgärd och behandling man ska sätta in. Och det är en medicinsk bedömning. Man kan aldrig komma ifrån det och det finns ingen annan än den behandlande läkaren ska kan göra den, säger hon.

Carsten Roses beslut att förbjuda vissa nya dyra cancerläkemedel vid onkologkliniken fick förra året mycket uppmärksamhet och kritik i medierna, främst i södra Sverige, men även på rikspanet. Och risken är att utan tydliga regler och någon som tar ansvar för prioriteringarna så blir medieexponering en effektiv metod. Carsten Rose berättar att han nu har fått en utökad budget för 2009 med nio procent och han har nu hävt förbudet mot de dyra läkemedlen.



På podiet Elisabeth Rynning, professor, Medicinsk rätt, Uppsala universitet, Carsten Rose, verksamhetschef, Lunds universitetssjukhus, Mona Boström, landstingsdirektör, Stockholm, Gunnar Hellström, lungcancerföreningen Stödet

Läkemedelsriksdagens beslut

1. Ska vi ha generisk förskrivning?

Ja: 72,4 %, (Nej: 27,6 %)

2. Är inskränkningar i läkarnas förskrivningsrätt en väg att öka kvalitén i behandlingen?

Nej: 66,5 %, (Ja: 33,5 %)

3. Skall sjukhuspatienter kunna välja dyrare läkemedel genom att betala mellanskillnaden?

Inget beslut; (Ja: 49,5 %, Nej: 50,5 %)

4. Skall dyra läkemedel kunna villkoras – t ex ja om du slutar röka?

Ja: 59,4 %, (Nej: 40,6 %)

5. Skall regionala/lokala beslut kunna påverka tillgången av läkemedel i olika delar av landet?

Nej: 80,4 %, (Ja: 19,6 %)

6. Skall läkaren upplysa patienten om effektiva men ekonomiskt utslutna behandlingar?

Ja: 81,6 %, (Nej: 18,4 %)

7. Bör politiska beslut tydligare ange prioriteringar mellan olika behandlingar?

Ja: 60,7 %, (Nej: 39,3 %)



TLV:s, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, främsta uppgift är att besluta om vilka läkemedel, förbrukningsartiklar och vilken tandvård som ska subventioneras av samhället. Att en statlig myndighet beslutar beror bland annat på att förmåner ska vara lika för alla i hela landet. TLV hette tidigare Läkemedelsförmånsnämnden (LFN).



SBU har regeringens uppdrag att utvärdera olika metoder i vården ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv. SBU:s rapporter ska visa på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag - evidens - om nytta, risker och kostnader som är förknippade med olika åtgärder. SBU beskriver alltså vilka metoder som sammantaget gör störst nytta och minst skada, och pekar på bästa sättet att hushålla med vårdens resurser. SBU ska också identifiera metoder som används men som inte gör nytta, inte har studerats eller som inte är kostnadseffektiva.



Läkemedelsverket ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Verkets uppgift är att se till att den enskilda patienten, hälso- och sjukvården samt djursjukvården får tillgång till säkra och effektiva produkter och att dessa används ändamålsenligt och kostnadseffektivt. Läkemedelsverket är en av de ledande myndigheterna inom EU och arbetar tillsammans med övriga EU-myndigheter för att driva och utveckla den europeiska produktkontrollen.



Socialstyrelsen har många olika arbetsuppgifter inom områden som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård, hälsoskydd, smittskydd och epidemiologi. Större delen av vår verksamhet är riktad till personal, ansvariga och beslutsfattare inom de områden som nämndes ovan. Socialstyrelsen samlar in, sammanställer, analyserar och förmedlar kunskap, tar fram normer baserade på lagstiftning och kunskap. utövar tillsyn för att se till att normerna följs och för att minimera risker samt utför andra myndighetsuppgifter som till exempel att ansvara för hälsodataregister och officiell statistik.