

SOCIALUTSKOTTET

Läkemedel i framtiden

RIKSDAGENS SOCIALUTSKOTT

Socialutskottet anordnade den 18 mars 1999 en offentlig utfrågning om läkemedel i framtiden.

Den nuvarande läkemedelsförmånen gäller sedan den 1 januari 1997 då ett nytt system med bestämmelser om högkostnadsskydd vid köp av receptföreskrivna läkemedel trädde i kraft (prop. 1996/97:27, 1996/97:SoU5, rskr. 1996/97:58). Läkemedelsförmånen skyddar mot höga sammanlagda kostnader i stället för att subventionera alla enstaka läkemedelsköp över en viss summa. Vidare beslutades i detta sammanhang att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen den 1 januari 1998 skulle överföras från staten genom den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen (landstingen och de landstingsfria kommunerna). En överenskommelse träffades mellan regeringen och Landstingsförbundet om finansieringsprincipens tillämpning under en övergångsperiod i samband med övertagandet av kostnadsansvaret. Staten ersätter landstingen i form av ett särskilt statsbidrag. Parterna var vidare ense om att under år 2000 träffa en överenskommelse om en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader. För år 1999 har riksdagen anvisat 13 491 000 kr till bidrag för läkemedelsförmånen. Syftet med reformen är bl.a. att läkemedel fullt ut skall betraktas som en del av hälso- och sjukvården och ingå i hälso- och sjukvårdshuvudmännens samlade prioriteringar inom området.

I anslutning till utvecklingen av olika nya, ofta dyra grupper av läkemedel som mer kan sägas syfta till att höja livskvaliteten eller det allmänna välbefinnandet (komforten) än att direkt lindra eller bota sjukdom har i debatten väckts frågor om t.ex. dessa grupper av läkemedel skall omfattas av subventionssystemet eller om patienten själv skall svara för kostnaden. En annan fråga som också har berörts i debatten är om forskrivningsrätten bör påverkas på något sätt.

Mot bakgrund av utvecklingen och den allmänna debatten på läkemedelsområdet under senare tid ansåg utskottet det angeläget att få en aktuell och allsidig belysning av olika frågor samt därigenom skaffa sig viss beredskap för eventuella kommande ställningstaganden.

Utfrågningen skall ses som ett led i utskottets uppföljande och utvärderande verksamhet. Utskottet bedömer att vad som sades under utfrågningen är av så allmänt intresse att det bör göras tillgängligt för en vidare krets. Därför publiceras här en utskrift av utfrågningen.

Stockholm i maj 1999

Ingrid Burman

Monica Dohnhammar

Socialutskottets offentliga utfrågning om läkemedel i framtiden
den 18 mars 1999

Deltagande inbjudna:

Karin Johannisson, professor, Uppsala universitet

Jan G. Bruhn, farmacie doktor, universitetslektor, Uppsala universitet

från Socialdepartementet:

Håkan Ceder, departementsråd

Lennart Östblom, hovrättsassessor

från Socialstyrelsen:

Cecilia Claesson, enhetschef

Rolf Wahlström, distriktsläkare

från Läkemedelsverket:

Kjell Strandberg, generaldirektör, professor

från Landstingsförbundet:

Monica Sundström, verkställande direktör

Berit Högman, landstingsråd

Marianne Boivie, projektledare

från Sveriges Läkarförbund:

Anders Milton, verkställande direktör

Lars Olof Boréus, professor

Per-Olov Stålbo, direktör

från Svenska Läkaresällskapet:

Ragnar Norrby, professor

från Läkemedelsindustriföreningen, LIF:

Ulf Edstedt, verkställande direktör

Håkan Mandahl, vice verkställande direktör

Claes Handin, styrelseledamot

från NEPI, Nätverk för läkemedelsepidemiologi:

Arne Melander, professor

Lars Nilsson, professor

Från socialutskottet deltog:

Ingrid Burman (v), ordförande

Chris Heister (m), förste vice ordförande

Susanne Eberstein (s), andre vice ordförande

Rinaldo Karlsson (s)

Leif Carlson (m)

Hans Karlsson (s)

Hans Hjortzberg-Nordlund (m)

Conny Öhman (s)

Elisebeht Markström (s)

Rolf Olsson (v)

Lars Gustafsson (kd)

Cristina Husmark Pehrsson (m)

Thomas Julin (mp)

Kenneth Johansson (c)

Kerstin Heinemann (fp)

Catherine Persson (s)

Maj-Britt Wallhorn (kd)

Utfrågningen ägde rum i Skandiasalen.

Ordföranden: Ni är alla varmt välkomna till socialutskottets offentliga utfrågning om läkemedel. Socialutskottet anordnar denna utfrågning mot bakgrund av utvecklingen och den allmänna debatten på läkemedelsområdet under senare tid.

I anslutning till utvecklingen av nya och ofta dyra grupper av läkemedel, som mer kan sägas syfta till att höja livskvaliteten eller det allmänna välbefinnandet än att direkt bota eller lindra sjukdom, har det i debatten väckts frågor om t.ex. dessa grupper av s.k. komfortläkemedel skall omfattas av subventionssystem eller om patienten själv skall svara för kostnaden. En annan fråga som också berörs i den debatten är förskrivningsrätten och om den på något sätt bör påverkas.

Nuvarande läkemedelsförmån gäller sedan den 1 januari 1997, då ett nytt system trädde i kraft. Samtidigt har en utredare tillsatts som har i uppgift att göra en översyn av det nuvarande förmånssystemet för speciallivsmedel vid vissa sjukdomar. Det uppdraget skall redovisas den 15 oktober.

Regeringen har också nyligen beslutat om ett uppdrag åt Läkemedelsverket och Socialstyrelsen angående vissa läkemedel och att inrätta ett projekt inom läkemedelsområdet med fokus på landstingets övertagande av kostnadsansvaret år 2001.

Det uppdraget omfattar en kartläggning av vissa nya läkemedel som är av karaktären att de mera syftar till att höja patientens livskvalitet än att de direkt är avsedda att lindra eller bota sjukdom, s.k. komfortläkemedel – alltså vilka av dessa som kan förväntas bli godkända för försäljning i Europa under den närmaste femårsperioden. Uppdraget handlar också om att analysera konsekvenser av organisatorisk och finansiell karaktär vid introduktionen av dessa läkemedel. Det uppdraget skall redovisas den 1 juli 1999.

För att belysa dessa och andra frågor inom läkemedelsområdet har socialutskottet bjudit in representanter från Uppsala universitet, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, läkemedelsindustrin, NEPI, Nätverk för läkemedelsepidemiologi, och Landstingsförbundet. Ni är alla varmt välkomna!

Utfrågningen har rönt stort intresse. Socialutskottet är medvetet om att det finns andra aktörer och intressenter inom området som har stor sak- och specialistkunskap och som inte har beretts tillfälle att medverka här i dag. Vi avser att återkomma till dessa då vi ser dagens utfrågning som *ett* led i en pågående process när det gäller att höja och samla vår kunskap för att kunna blicka in i framtiden inom läkemedelsområdet.

Dagens hearing kommer att dokumenteras och publiceras i någon form. Det innebär att vi är tacksamma om de föreläsare som avser att visa overheadbilder kan låta presidiet få tillgång till dessa, så att de kan ingå i den skrift som senare publiceras.

Med dessa ord vill jag än en gång hälsa er alla varmt välkomna till socialutskottets hearing. Jag lämnar ordet till vår första föreläsare professor Karin Johannisson, Institutionen för idé- och lärdoms historia vid Uppsala universitet. Varsågod!

Karin Johannisson: Tack så mycket! Temat läkemedel har alltid varit spektakulärt och färgat av myter, mirakler och dåraktiga utopier i lika mängd.

Drömmar om universalmedel, livselixir, kärleksdroger och lyckopiller har samsats med den vetenskapliga medicinens betydligt gråare läkemedelsrekvisita.

Ännu vid sekelskiftet 1900 var läkemedlen få – kvicksilver, kinin, salicylsyrepreparaten, järn, jod, digitalis och några till. Opium, morfin och kokain höll liv i en växande drogkultur. Salvarsan, ett läkemedel mot syfilis, var en organisk arsenikförening och det första stora kemoterapeutiska genombrottet. Insulin, kortison, sulfa och penicillin innebar revolutioner i relation till sjukdom och död.

Samtidigt har läkemedelsindustrin genom hela 1900-talet varit kontroversiell och kantad av skandaler. Det handlar om läkemedelskatastrofer med neurosedynkatastrofen som nästan emblematiske i det här sammanhanget. Det handlar om miljöfarliga utsläpp. Vem glömmer det våldtagna Rhen t.ex.? Det handlar om utsugning och monopolisering i u-länderna. Modersmjölksersättningen är det tydligaste exemplet. Det handlar om snöda ekonomiska intressen i onödig medikalisering, inte minst av kvinnan. Det handlar om den inbyggda etiska konflikten att hämta vinst ur människors sjukdomar, lidanden och svagheter.

Skandalerna har i sin tur gött naturmedicinen. Parallellt med den kemiska läkemedelsindustrin har naturmedicinindustrin expanderat – ett provocerande faktum där vetenskapen tycks utmanad av en annan sorts rationalitet.

Med tillgång till nya folkliga kanaler, t.ex. veckotidningar, har naturmedicinen fått en politiskt radikal framtoning, ett slags protestfunktion. Med förkärlek har berättelser om mirakulös bot ställts mot den vetenskapliga medicinens felbehandlingar, misslyckanden, biverkningar och snäva sjukdomsdefinitioner.

Jag föreställer mig att en av frontlinjerna i läkemedelsfrågan under de senaste åren har gått mellan den vetenskapliga medicinens just vetenskapligt testade läkemedel och naturmedlen, som trots svag beviskraft om sin effektivitet märkligt nog tycks bära våra djupaste drömmar om evig ungdom, hälsa och sjukdomsbefrielse. Som jag tidigare sade står de också för en växande marknad.

Betraktar man det vetenskapliga läkemedelsutbudet strängt finns det kanske heller inte riktigt anledning till hybris. Nästan hälften används för att kontrollera sjukdom, t.ex. diabetes, astma eller högt blodtryck. En fjärdedel ger lindring, t.ex. smärtstillande medel och hostmediciner. Bara 15 % innebär att en sjukdom botas, och då dominerar antibiotikapreparaten. Medvetenheten om biverkningar är stor.

I dag tycks nya frontlinjer dras. Läkemedel med syftet att bota och lindra sjukdom ställs mot medel som har syftet att höja livskvaliteten och som i sträng mening egentligen inte tycks ha med lidande och sjukdom att göra. Den här frågan är som alla vet – det är ju därför som vi kommit hit i dag – problematisk. Jag skall peka på några punkter.

1. Hur definierar man sjukdom? En intensiv debatt under de senaste decennierna, som faktiskt i första hand är humanistiskt inspirerad och som har drivits intensivt t.ex. av medicinska antropologer och medicinska historiker, har resulterat i att medicinens traditionella utgångspunkt, dvs. att sjukdom defi-

nieras av ett antal objektiva kriterier, utmanats av en annan position. Den skiljer mellan objektiv och subjektiv sjukdom, dvs. mellan det mätbara och det upplevda. Sjuk är inte bara den vars symtom låter sig inordnas i medicinens tillgängliga förklaringsmodeller och diagnoser och läsas av med tillgängliga mättekniker – utan den som känner sig sjuk, väljer eller tilldelas sjukdom.

Till detta kommer det faktum att sjukdomar inte är fasta, oföränderliga, fenomen. Sjukdomar föds, gör karriär och dör. Ett historiskt perspektiv, dvs. ett långtidsperspektiv – och det är just det historiska perspektivets stora styrka i medicinska sammanhang att det representerar det här långtidsperspektivet – visar mycket tydligt just att sjukdomar kommer och går, dvs. att gränserna för vad som betraktas som sjuk och friskt ständigt förändras. En sjukdom kan försvinna därför att den inte längre uppfattas som sjukdom eller därför att dess symtom slukas av andra och nya diagnoser. Omvänt kan fenomen som ingen tidigare betraktat som sjukdom plötsligt vara det.

2. Det har också funnits ett starkt både inom- och utomvetenskapligt intresse av att skapa nya diagnoser. Sjukdom är, som alla vet, en av mycket få socialt accepterade former av avvikelser som vi har. En diagnos skapar legitimitet hos omvärlden, på arbetet och hos försäkringskassan. Det innebär bl.a. att nya diagnoser har tillkommit i ett allt snabbare tempo – amalgamsjuka, bildskärmsallergi, fibromyalgi, kronisk trötthet eller kronisk smärta – med uppgiften att sätta namn på olika symtomkomplex.

Det har också kommit handfastare nya diagnoser: PMS, benskörhet, fetma, akne och håravfall. I en särskild kategori av sjukdomsliknande tillstånd, vilket såvitt jag vet också har diskuterats intensivt, befinner sig t.ex. kategorin barnlöshet.

Sjukdom framstår mer och mer som rörliga konstruktioner, dvs. som skapade och definierade utifrån sociala och kulturella utgångspunkter.

3. Förväntningarna på hälsa har ökat dramatiskt. En gång till skall jag påminna om WHO:s ofta citerade och kontroversiella hälsodefinition: Hälsa är inte bara frånvaro av sjukdom, utan hälsa är fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Detta legitimerar i sin tur, om en sådan definition tas på djupt allvar, ett mycket starkt utvidgat sjukdomsbegrepp. Det gäller att lyssna; allt som inte är fullt välbefinnande skulle alltså kunna uppfattas som sjukdom.

Med detta menar jag att problemet med den nya typ av läkemedel som vi i dag i första hand skall diskutera knappast kan hanteras med hjälp av själva sjukdomsbegreppet. Sjukdomsbegreppet är alldeles för rörligt för det.

På samma sätt förhåller det sig med begreppet lidande. En helt ny patient-syn har lyft fram det subjektivt upplevda lidandet – också från patienthåll har man tagit fatt i de här nya definitionerna. Varje läkare får lära sig att samarbeta med patienten, lyssna och ta lidanden på allvar, även om de inte är omedelbart mätbara.

Förra året kom betänkanDET *Patienten har rätt*. Det är en mycket intressant rubrik som preciserar patientens aktiva rättigheter i relation till sjuk- och hälsovården. Givetvis är detta i allra högsta grad av godo men kanske finns här också risker. Genom att betona det subjektiva lidandet kan i princip varje

livsproblematik och varje subjektiv, eller t.o.m. falsk, kroppsuppfattning omdefinieras till ett medicinskt problem utan att nödvändigtvis vara det. Här ser jag ännu ett stort problem.

Den stora medikaliseringsprocess som har pågått under 1900-talet, och som sociologen Max Weber kallade för livsvärdens rationalisering eller livsvärdens avförtrollning, har inneburit att det ena livsfenomenet efter det andra – sexualiteten, kriminaliteten, avvikelsen, lyckan, det vanartiga barnet, den hysteriska kvinnan osv. – lyfts in i medicinens värld att beskrivas i medicinska termer och behandlas med medicinska metoder. Det har inneburit, som jag redan sagt, att nästan varje livsproblem just kan omdefinieras som ett medicinskt problem. Mycket tillspetsat skulle man kunna säga att vi tycks ha fått ett samhälle där man löser kriser genom att stoppa en tablett i munnen.

En mycket stark tillvänjning till mediciner har skett. Man kan ta moderna tidens kvinna som ett exempel. Återigen mycket tillspetsat skulle man kunna säga att hon är uppfödd på p-piller, sover på Rohypnol, åldras på östrogen och blir lycklig på Prozac. Kanske kan hon också bli smal på Xenical. Det här med läkemedelskonsumtion som kvinnoproblem återkommer jag som hastigast till allra sist här.

Hela den här villigheten att manipulera med kroppen och jaget kan naturligtvis användas som tecken, dvs. de utsäger någonting om den kultur som vi lever i. Alla vet att vi lever i kroppsfixeringens tid; vi lever i en intensivt kropps- och utseendefixerad tid. Detta behöver jag inte fördjupa mig i men det är ett oerhört spännande ämne varför vi gör det. Vi vet att det naturligtvis är någonting som har dramatiska risker och som innebär en fixering på kroppen som skapar oändligt mycket olycka och sjukdom i sig. Den här fixeringen vid kroppen kan man läsa som att vi lever i en njutningskultur, dvs. att vi är mycket medvetna om det som vi kallar för livskvalitet och att vi vill hålla kvar livskvaliteten så högt upp i åldrarna som möjligt – det handlar om att kunna äta det vi vill utan att ta konsekvenserna av det, om att vara sexuellt aktiv etc.

Man kan också säga att det här intresset för kroppen och för att påverka kroppen pekar på att vi lever i en prestationskultur. Det är ingen tvekan om att vi lever just i en intensiv kontroll-, tempo- och prestationsfixerad kultur där detta med att utstråla hälsa, skönhet, ungdomlighet, potens och kraft är fundamentala värden på en större marknad. Man kanske inte skall säga att det är avgörande men det är viktigt för att vi skall kunna hävda oss på nästan alla marknader; så uppfattar vi det.

Därmed tycks vi vara framme vid de s.k. livsstilsläkemedlen, dvs. medel som inte i första hand syftar till att bota och lindra, utan som syftar till att höja livskvaliteten men också vårt individuella värde.

Först och främst gäller det namnet. Jag tror att alla är medvetna om, eller tycker, att begreppet livsstilsläkemedel är ett konstigt namn. Jag tycker att vi skall avliva det. Det handlar faktiskt inte om läkemedel vare sig för eller mot en livsstil. Det handlar inte heller om just läkemedel. Begreppet komfortläkemedel är ännu sämre. Det låter snarast, tycker jag, som att det skulle vara fråga om ett tvättmedel. Jag har funderat mycket på detta. Drömmen är ju alltid att det plötsligt skall falla ut något fantastiskt nytt namn. Åtminstone

alla historiker vet att man, om man skall bli berömd, blir det genom att uppfinna ett nytt namn. Max Weber uppfann t.ex. begreppet karisma. Någon annan har uppfunnit begreppet empati. Det bästa jag kunnat komma på är begreppet plusläkemedel men jag gillar inte heller det begreppet.

Problemen med de här medlen är inte att människor skall få tillgång till dem – de tycks ju svara på urgamla drömmar om evig ungdom, lycka, skönhet och potens – utan problemet är vem det är som skall betala för dem. Läkemedel skall alla betalas inom gemensamma ekonomiska ramar. Inför den växande floden av nya läkemedel har man sett framför sig ett skräcksscenario: en prioriteringslista där övervikt kanske ställs mot astma och där impotens och mindre praktiska personlighetsdrag, t.ex. blyghet, ställs mot reumatism, värk och kärleksjukdomar.

Alla minns säkert stämningarna kring Prioriteringsutredningen, som redan innan den hade kommit fick namnet Sorteringsutredningen, och som väckte så oerhört starka känslor. Skulle drinkaren och syndaren lågprioriteras? Skulle man alltså bygga in ett ansvar i den enskilde patientens relation till den behandling som han eller hon hade rätt till?

Jag tror absolut inte att det går att sortera lidanden efter moraliska kriterier, utan jag tror att man måste vara mycket pragmatisk. Mitt förslag är konkret och verkligen inte sensationellt eller originellt: att inför förskrivning av de nya medlen arbeta med strikta kriterier vad gäller symtom. Om kriterierna är uppfyllda handlar det om sjukdom eller om olika grader av ohälsotillstånd. Läkemedel som används utanför de här indikationerna behöver med en sådan utgångspunkt inte subventioneras. Samtidigt är det rimligt att den som vill får tillgång till dem. Det är ju en klassisk utilitaristisk princip att det är rätt som ökar mängden lycka. Vem som vill skall alltså ha tillgång till den här typen av medel.

Visst finns det problem. Jag skall allra sist här peka på några av dem. Skall de redan privilegierade kunna köpa sig till hälsa, skönhet, ungdom och potens – de som redan kan köpa sig till allting annat? Detta är alltså en klassfråga. Det här problemet är viktigt, kanske inte så mycket, föreställer jag mig, av ekonomiska skäl utan därför att den historiska erfarenheten mycket klart visar att det är de privilegierade samhällsskikten, medelklassen, som har varit mest intresserad av den egna kroppen, just därför att de har varit medvetna om att detta med att utstråla hälsa, ungdom och kraft är ett grundläggande kapital på alla typer av marknader. Det gäller då den sociala marknaden, arbetsmarknaden och den professionella marknaden. Det var tydligt redan under 1930-talet.

I en tid som, som en effekt av detta, fokuserar kroppen så intensivt är risken stor att fetma, depressioner, sjukdom och oskönt åldrande blir ett nytt slags klassmärke.

Dessutom, jag hinner alltså bara snudda vid det, är läkemedelskonsumtionen i högsta grad kvinnofråga. Kvinnor konsumerar 60 % mer läkemedel än män. Det finns en mycket lång tradition kring överkonsumtion av läkemedel hos kvinnor som utan tvekan har med medikaliseringen av kvinnan att göra.

Till sist skall jag göra en summering.

För det första: När det gäller sjukdom är det svårt att arbeta med sjukdomsbegreppet därför att det är historiskt och kulturellt rörligt. Sjukdom är inte alltid samma sak.

För det andra: En ny patientsyn ger patienten rätt att definiera vad som är ett lidande.

För det tredje: Det är mot nämnda bakgrund svårt att skilja på läkemedel och livsstilsläkemedel. Jag tror alltså inte att det går att i egentlig mening på ett konstruktivt sätt skilja på dem.

Min egen huvudståndpunkt är följande: Om jag kan, och har rätt att göra det, vill jag ändå vända mig mot all onödig medikalisering, mot tendensen, som jag flera gånger sagt, att bemöta varje existentiellt problem med mediciner. Jag vill också fästa uppmärksamheten på att läkemedelsproblematiken i stor utsträckning är en kvinnoproblematik och att det är en problematik som kryper allt längre ned i åldrarna. Också unga flickor medicineras.

Tillväjningen till medicinska lösningar är lättvindiga lösningar som långsiktigt kan fördjupa problemen. Jag vill understryka att jag självklart inte vänder mig mot läkemedel som används där det är berättigat. När det gäller detta med att medicinska lösningar är lättvindiga lösningar föreställer jag mig att det finns andra vägar – kanske längre, tråkigare och stenigare, men långsiktigt ändå ett bättre val.

Målet för det goda samhället, lite retoriskt uttryckt, är givetvis färre mediciner, inte fler. Tack!

Ordföranden: Vi tackar för det och lämnar ordet vidare till farmacie doktor och universitetslektor Jan G. Bruhn från institutionen för farmakognosi vid Biomedicum, Uppsala universitet. Varsågod!

Jan G. Bruhn: Tack! Fru ordförande, mina damer och herrar! Jag har blivit ombedd att filosofera över nästa rubrik i programmet som handlar om nutidsmänniskans behov av livsstilsläkemedel. Vi har redan hört en del om detta.

När jag såg programmet med dess massiva uppbåd av medicinsk expertis bestämde jag mig för att försöka få in ett konsumentperspektiv. Till syvende och sist är det trots allt den lilla människan som använder läkemedel och som ser till att det blir någonting av det hela.

Jag tycker att vi kunde börja med en tänkvärd sanning som har hundra år på nacken och som är myntad av en läkare, William Osler. Han sade: Det som skiljer människan från djuren är hennes önskan att ta piller.

Detta är i dag alltför sant. Som Karin sade fanns det ju inte lika många läkemedel för hundra år sedan. Ändå kunde det här uttrycket bli klassiskt.

Ingen kultur saknar läkemedel. I alla kulturer vet man att det inte är läkemedlen som är problemet, utan problemet är vad vi använder läkemedlen till och hur vi använder dem. Det skall vi komma ihåg.

När vi i dag talar om komfortläkemedel skall vi också komma ihåg att den svenska översättningen bekvämlighet inte nödvändigtvis rymmer alla dimensioner som läggs in på andra språkområden. Engelsmännen definierar det även som tröst och välbefinnande, och fransmännen har tydligen ett läkemedelsbegrepp, *confortant*, stärkande medel. (*Bild 1*) Det var kanske inte exakt

vad den som införde begreppet i svenskan hade i åtanke. Men, som Karin sade: Endast få läkemedel läker. De flesta lindrar och hjälper oss på traven.

Ingen av oss vill väl ifrågasätta smärtlindring vid skada och sjukdom. Men hur är det vid en förlossning? Att föda barn är ju inte direkt sjukligt – ännu – även om vi kanske tyvärr kan komma i den situationen. Detta är ett bra exempel på att livet kan börja komfortabelt för mamman. Men när skall fostrets rättigheter till smärtlindring uppmärksammas? Man kan ju fråga sig.

Lite annorlunda är det med Prozac. Torbjörn Tännsjö, professor i praktisk filosofi, menar att med lyckopiller kan vi få ett bättre samhälle och lyckligare människor. Alla håller inte med om det även om det naturligtvis finns patienter som är ytterst tacksamma för att dessa produkter finns i dag. Lars Forsell menar att det inte finns några lyckopiller utom pärlan, och den delen av verksamheten har vi redan reglerat ytterst noggrant som ni säkert är medvetna om.

Tänk om det skulle vara så illa att vi blir så nöjda att vi, med ett gammalt svenskt uttryck, blir liknöjda, att vi inte söker meningen med livet. Vad har vi då gjort med vår befolkning? De riktigt psykiskt sjuka skall vi unna de här preparaten. Men hur är det när det dyker upp indikationer som social fobi? Initialt uppfattar jag det som att naturligtvis skall de som har ångest och umgängesproblem ha rätt till behandling. Men när jag sedan läser vidare att 10 % av alla vuxna amerikaner anses lida av det här problemet börjar jag undra om det inte är det samhället det är fel på i stället för människorna. Frågan är om vi skall behandla patienterna eller om vi skall förändra samhället i stället. Det kanske är det mest lönsamma i längden.

Det finns ett mycket skrämmande perspektiv som ligger bakom denna utveckling, och det är medikaliseringen. Kan vi behandla social fobi, som omfattar 10 % av befolkningen, så kan vi lika gärna behandla alla kortväxta under 1,70 med tillväxthormon. Det vore en drömsituation för Pharmacia att behandla varenda vuxen japan. Marknaden för friska är ju oerhört mycket större än den för sjuka. Tankarna kan finnas, jag säger inte att de *finns*, på läkemedelssidan, på industrihåll. Skall vi behandla mörkhåriga och svarthåriga för att underlätta den sociala integrationen? Tanken svindlar, och jag tycker att vi måste akta oss för den manipulationsiver som kan uppstå.

I dag har vi många människor i landet som hellre vill gå ifrån läkemedel och som i sin iver att hitta biverkningsfria alternativ inte kritiskt tittar på vad de sätter i sig i stället. Rubriker som de jag nu visar upp kan vi hitta hela tiden. Jag vet inte om ni har uppfattat att granskott är en konkurrent till Viagra. På vilka grunder låter jag vara osagt. Viagra är en spännande produkt. Jag har kolleger på apotek som säger att nu kommer det in unga läkare på fredag eftermiddag och skriver ut recept på Viagra åt sig själva. Då kan man fundera på om det är läkarnas komfort vi diskuterar eller om det är någon annans. (Bild 2)

Om ginsengpreparat förbättrar livskvaliteten, och det finns flera studier rörande livskvalitet och ledande naturläkemedel i dag, så kommer det att komma krav från patienter och läkare som tycker att det är värdefullt nog att också omfattas av försäkringssystemet. Skall vi göra det och i så fall varför? 1989 gjordes det en större studie av de svenska egenvårdsconsumenterna. Den gjordes av Åke Wissing och medarbetare i regi av Apoteksbolaget och

Läkemedelsindustriföreningens egenvårdsgrupp. Det är en av de få studier där man har tittat på livsstil och koppling till läkemedelsattityder. Jag skall visa några resultat från den studien. Man kunde se att de svenska egenvårds-konsumenterna sönderföll i fem olika personlighetstyper som man gav klat-schiga namn.

”Naturnära Nora” omfattade ungefär en femtedel av befolkningen. (*Bild 3*) Hon är mycket skeptisk till läkemedel, och hon är den som i första hand köper naturprodukter. Men hon är också närings- och kostmedveten. Hon lever egentligen som hon lär. Det är en intressant konsument, för hon går på den typ av annonser som hela tiden dyker upp och som ifrågasätter våra läkemedel. Den här helsidan går i Vår bostad för närvarande och når alltså ut till miljoner läsare i landet varje månad. Det står: Honung, vitlök och vinäger – billigare och effektivare än apoteksläkemedel? (*Bild 4*)

Vi får inte glömma bort att människor inte ser på läkemedel ur samma perspektiv som läkare och farmaceuter. Man ser sig om i skafferiet och man ser sig om i verkligheten. Man provar allt som man tror kan ge lindring mot problemen. Frågar man, som i det här fallet Apoteket har gjort, 500 vuxna, friska svenskar hur ofta de använder naturläkemedel, visar det sig att 40 % någon gång under året använder sådana produkter. Det kan vara en normal nyfikenhet att vilja prova, men det är en fördubbling på tio års tid. I dag säljs dessa produkter för över en miljard kronor per år i landet. Det är lite jämfört med läkemedelsförsäljningen, men det är en kraftigt ökande tillväxt.

Det som är mycket intressant är att 10 % av befolkningen använder produkterna *dagligen*. Man gör det för att bibehålla hälsan, men också vid svåra sjukdomstillstånd där man har det som komplement. Det innebär att den ordinarie vårdapparaten, läkarna och apoteken, hela tiden har kunder och besökare som parallellt använder dessa produkter och som dessutom visar sig vara storförbrukare av vanliga läkemedel.

En annan grupp som tydligt syns i den undersökning som jag refererar till är ”Fräscha Fia”. (*Bild 5*) Den ligger på 20 %. Hon satsar på utseendet. Hon går naturligtvis till apoteket när hon behöver en huvudvärkstablett, men det är utseendet som gäller för henne. Det är alldeles tydligt livsstilsrelaterat. Ännu tydligare blir det om vi tittar på de nya vecko- och månadstidningar som finns. Här är läkemedlen, *smart drugs*, kopplade till webbsprit, aktieoptioner och Internet. Detta om något är vad våra framgångsrika ungdomar vill syssla med. Det är klart att i dagens börsvärld vill man kunna reagera snabbt i hjärnan när man handlar. (*Bild 6*)

Det finns trots allt några personer som betar sig som de flesta av oss instinktivt känner att vi kanske borde göra; som ”Hurtiga Helga” här. Men det är faktiskt bara en femtedel av befolkningen, beklagansvärt nog. Hon stimulerar sin endogena endorfinproduktion genom att motionera regelbundet. Hon äter gott, och hon är arbetsglad. Hon är väl vad arbetsgivarna skulle kalla ”stresstålig” kan jag tänka mig. (*Bild 7*)

Frågar man henne och de tidigare beskrivna personerna vad de tror om användningen av naturläkemedel som alternativ till vanliga läkemedel så tror en övervägande andel av befolkningen att den kommer att öka. Det är några få som inte tror på det, men 77 % tror att användningen kommer att öka. Vad detta har för effekter på den vanliga läkemedelsanvändningen, förskrivning-

en, informationen etc. har ingen analyserat, men det är ett mycket kraftigt tillskott i debatten – eller borde i alla fall vara det. (*Bild 8*)

En annan faktor som av många omvärldsanalytiker pekats ut som ett kommande område för läkemedelsintresset och för terapin är de s.k. funktionella livsmedlen. Mat som medicin förutspås bara i Europa om ett par år få en marknad på 120 miljarder kronor. Då menar man mat med hälsoargument. Ni har redan sett filmjolk. Ni har sett margarin. Det finns bröd och bullar. Det finns alla möjliga saker. Frågan är om inte detta kanske är något som vi skulle ta fasta på och styra i den riktning som redan Hippokrates talade om: Låt er mat vara er medicin!

Det stora problemet är väl de människor som inte intresserar sig för sin egen hälsa över huvud taget. Det är tyvärr de återstående 40 % av befolkningen. Vi har dem som är helt likgiltiga; det är bara jobbigt. (*Bild 9*) Här är det naturligtvis smärtlindring som kan tänkas vara intressant – eller lite kända droger som man kan ta till. Jag hittade ett väldigt intressant uttalande i Dagens Nyheter härom veckan av Germaine Greer, känd feminist. Hon sade så här: "När jag blir gammal önskar jag att jag drabbas av en dödlig sjukdom så att jag kan pröva alla möjliga sorters härliga droger." Jag tror att vi lever i en väldigt påtaglig drogkultur där människor provar och vill se allt möjligt. De vill ha en hel palett att prova på. Så jag tror inte alls att det är någon självklarhet att man går till läkare eller apotek i framtiden för att få de upplevelsena.

Apoteken kanske får nöja sig med "Osunda Sune", som ligger på 20 % av befolkningen. Det är han som säkert står på apoteket på måndag morgon och skall ha sin Alvedon. Det är han som sitter framför Tipsextra, som ni förstår. Hoppas att ingen känner igen sig. Sune, och andra med honom, reflekterar i alla fall över de här sakerna. (*Bild 10*)

Lotta Olsson, som är kåsör i Dagens Nyheter, skrev så här: "Är det rätt att ta piller och bli lycklig? Är det mer moraliskt att bli lycklig kemikaliefritt?" Och så skrev hon: "Det är klart att det är bra med piller. Det tråkiga är att det inte finns fler." Det är precis det, tror jag, som vi ser i dag. Människor vill ha alternativ på alla möjliga sätt och vis. Och många av alternativen är inte tillräckligt medicinska för att rättfärdiga ett inkluderande i läkemedelssystemet eller på apoteket eller i försäkringen. Och varför stanna vid lycka?

Så här skulle man kunna rita en karta för framtidens egenvårdsconsument, som vi ställer i mitten och som tittar åt olika håll och kanter. Man kan naturligtvis gå och köpa på apoteket eller i sjukvården för att få något medel. Men man kan lika gärna gå till hälsokostaffären eller Pressbyrån och köpa ett naturläkemedel. Man kan gå in i de här nya butikskedjorna, Ego, och hitta *cosmeceuticals* – hemska namn som ingen kommer att kunna uttala – korsningar mellan kosmetik och läkemedel. (*Bild 11*)

Vi har vant oss vid att folk köper kosttillskott, vitaminer. 40 % av befolkningen i landet använder dagligen vitaminer eller friskvårdar sig. Det kanske vi tycker är acceptabelt. Men vi är fortfarande tveksamma till funktionella livsmedel, för vi har inget fack att stoppa dem i. Då behöver vi skaffa oss ett snarast, för här kommer som sagt den stora utvecklingen att ske. Och egentligen är det den önskvärda utvecklingen; när människor kan äta mat som inte bara har ett näringsvärde utan som också tillför något av bestående värde för

hälsan. Här har vi placerat in några produkter som ligger i gränzonen. Man kan fundera på när håravfall är sjukligt och när det är normalt osv.? Kan melatonin vara ett kosttillskott i Sverige? Det kan det tydligen i USA. Det finns många enskilda funderingar.

Jag skall inte föra detta onödigt långt, men jag skulle vilja säga ett par ord avslutningsvis om, som jag ser det, den stora problematiken med läkemedelshanteringen i dag. Dels är det detta att människor vill ha valfrihet. De vill ha mycket att välja på. Vi har ganska få läkemedel i Sverige. Vi skulle egentligen behöva fler bra receptfria läkemedel, och vi skulle behöva ha dem mer lättillgängliga. Det tror jag på. Då skulle vi också avlasta kostnaderna inom vården. Men det är ännu viktigare för att avlasta vårdkostnaderna och läkemedelsförsäkringen att vi skaffar en bättre utbildning i biologi, hälsovård och sjukdomslära i skolan. I dag får eleverna nästan ingenting av det. Många ungdomar vet knappt var levern sitter eller vad den har för funktion. Hur skall vi då kunna ge dem bra information om läkemedel över huvud taget?

Jag anser att vi skulle försöka att styra livsstilen hos i alla fall den kommande generationen till att se till att de äter rätt i stället för att äta piller. Där tror jag att Karin och jag är helt överens. Samtidigt är det ju lätt att säga så om man har någonting att äta. Jag vill ge sista ordet till "Gubbstrutten", som har många visa ord. Det här kan ge oss ett större perspektiv på dagens diskussion: "Nu finns det piller för övergödda men det finns fortfarande inget piller mot svält." Tack för ordet!

Ordföranden: Tack för det. Då lämnar jag ordet till departementsrådet Håkan Ceder. Varsågod!

Håkan Ceder: Tack, fru ordförande! Det finns ju, som redan framgått, många olika infallsvinklar man kan ha när man behandlar läkemedelsområdet. Det är ett stort och viktigt område. Det sker kontinuerligt stora förändringar och ändrade förutsättningar. Det är definitivt ett område som är föremål för mycket uppmärksamhet i Socialdepartementet just nu. Jag har valt att använda mina tio minuter till att redogöra något för det förberedelsearbete som just nu pågår i Regeringskansliet inför den huvudmannaskapsförändring som vi är mitt inne i och som skall landa i att landstingen fullt ut tar över kostnadsansvaret för läkemedel från år 2001.

Som bekant började den här processen ju den 1 januari 1998. Då övergick kostnadsansvaret för läkemedel i formell mening till landstingen. Samtidigt infördes ett särskilt statsbidrag till verksamheten som innebär att staten i princip ersätter alla de kostnader som landstingen har för läkemedel i öppen vård. En del i det nuvarande systemet är ju att staten inför varje år träffar ett särskilt avtal med Landstingsförbundet om storleken på statsbidraget. Dessutom finns en modell för s.k. vinst- och förlustfördelning. Den innebär att skillnaden mellan ett beslut om statsbidrag för ett visst år och det faktiska utfallet fördelas mellan staten och landstinget – med olika teknik beroende på om det är ett överskridande eller ett underskridande.

Den uppgörelse om statsbidrag som träffades för 1998 innebär att ett eventuellt överskridande av kostnaderna skall fördelas på så sätt att 90 % betalas av staten och 10 % av landstingen. Dessutom finns en särskild bestämmelse om att landstingens riskåtagande skall begränsas till högst 50 miljoner kro-

nor. Sedan några veckor tillbaka vet vi att utfallet för 1998 innebar ett överskridande på ungefär 750 miljoner kronor. Kostnaden under 1998 blev ungefär 13,4 miljarder kronor. Konkret innebär det här att staten svarar för ungefär 700 miljoner och landstingen för 50 miljoner kronor av det här överskridandet. Det är i konsekvens med den modell som det har beslutats om.

Enligt den principöverenskommelse mellan staten och landstingen om förändringar i läkemedelssystemet som träffades hösten 1996 är avsikten att det här nuvarande systemet med ett särskilt statsbidrag skall gälla t.o.m. år 2000. Från år 2001 skall en ny modell finnas, och inriktningen är att ersättningen då skall lämnas via det generella statsbidraget. Alla är säkert överens om att det är angeläget att den här tidtabellen kan hållas.

Utgångspunkten för beslutet att föra över kostnadsansvaret för läkemedel till landstingen var ju att läkemedel är en del av hälso- och sjukvården och att de resurser som läkemedel tar i anspråk skall ingå i de samlade resurserna för hälso- och sjukvård och finnas med i sjukvårdshuvudmännens samlade prioriteringar. Det är naturligtvis viktigt både ur ett patientperspektiv och ur ett kostnadsperspektiv. En annan utgångspunkt var att förskrivning av läkemedel och finansiellt ansvar skall kopplas samman och att det i sin tur kan leda till ökad effektivitet inom området. Enligt min mening kommer det att finnas förutsättningar att fullfölja intentionerna med reformen först när landstingen tar över kostnadsansvaret också i verklig mening, dvs. från 2001.

Det finns ett antal viktiga frågor som dock måste klaras ut innan detta kan ske. En första fråga gäller naturligtvis hur vi kan få en bättre kostnadskontroll för läkemedel. Vi kan konstatera att kostnadsökningarna har varit och alltså är betydande. Mellan 1992 och 1998 ökade kostnaderna från ungefär 8,9 miljarder till 13,4 miljarder. I fasta priser handlar det om ungefär 45 %. Dessvärre visar utfallet för 1998 att vi alltså har betydande kostnadsökningar i förmånen. Det har vi trots förändringar 1997 som ju innebar att det nuvarande systemet skapades, alltså den trappstegsmodell som finns.

Det finns naturligtvis flera olika komponenter bakom de här kostnadsökningarna. Det är t.ex. den demografiska utvecklingen, strukturförändringar inom vården och inte minst tillkomsten av nya och dyrare läkemedel. Regeringen har bedömt att det är viktigt att öka kunskapen om vad som ligger bakom kostnadsutvecklingen för läkemedel och samtidigt få fram bättre instrument för att göra bra prognoser inom det här området. Mot den bakgrunden har regeringen uppdragit åt SBU, alltså Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, att göra en översyn när det gäller prognosmetoder för läkemedelsförmånen. Resultatet av det här uppdraget skall redovisas till regeringen efter sommaren.

En särskild fråga som vi ju redan har berört flera gånger är de här "livskvalitetsläkemedlen". Vad det handlar om är så klart den debatt som har följt efter introduktionen av t.ex. Viagra och Xenecal. Det har ställts krav på att de här produkterna inte skall omfattas av läkemedelsförmånen och inte subventioneras. Som ordföranden nämnde inledningsvis har regeringen givit Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ett uppdrag att gemensamt kartlägga vilka liknande nya läkemedel som kan förväntas bli godkända i Europa under den närmaste femårsperioden. I det uppdraget ingår att analysera konsekvenserna av att dessa läkemedel introduceras, både finansiellt och organisato-

riskt och för såväl hälso- och sjukvården som för samhället i övrigt. Avsikten är att regeringen på det här sättet skall få en allsidig belysning av frågor som är kopplade till de här preparaten.

Det finns skäl att tro att vi även fortsättningsvis kommer att ha en snabb kostnadsökningstakt för läkemedel om inte åtgärder vidtas. Samtidigt är det, som jag var inne på, viktigt att vi kan få bättre kostnadskontroll inför 2001. Som ett led i arbetet med vårpropositionen pågår mot den här bakgrunden, något som alla är medvetna om efter de senaste dagarna, just nu beredning i Socialdepartementet om att göra justeringar i trappan. Vidare har vi i departementet inlett arbetet med en mer samlad översyn av läkemedelsförmånen. Huvuduppgiften för en sådan översyn bör vara just att överväga vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att långsiktigt få bättre kontroll över kostnadsutvecklingen.

En särskild fråga i det sammanhanget är hur livskvalitetsläkemedlen skall hanteras i framtiden. Ytterligare en fråga som det kan finnas anledning att särskilt titta på är tillämpningen av nuvarande system och eventuella svårigheter som finns med att tillämpa systemet. Avsikten är att regeringen skall besluta om direktiv till en sådan översyn nu under våren och att den skall kunna komma i gång så snart som möjligt.

Det finns flera andra frågeområden som också måste behandlas inför förändringen år 2001. Ett gäller vilket inflytande landstingen som kostnadsansvariga för läkemedelsförmånen efter år 2001 – om nu intentionerna fullföljs – skall ha över läkemedelssystemet. En särskild fråga i det sammanhanget är systemet med prispförhandlingar för läkemedel och om det finns anledning att göra förändringar i det. Som bekant innebär nuvarande ordning att ett läkemedel omfattas av förmånen när det har godkänts av Läkemedelsverket och när ett pris på preparatet har fastställts. Med nuvarande ordning sköts den här prispförhandlingen av Riksförsäkringsverket. Beslutet om pris skall föregås av samråd med Landstingsförbundet, men det är ju ingen hemlighet att Landstingsförbundet i flera sammanhang har riktat kritik mot nuvarande ordning och ansett att landstingens inflytande över den här processen bör stärkas.

Frågor om prispförhandlingar för läkemedel har som ni säkert känner till setts över av en särskild utredare. Han har i ett betänkande föreslagit en del ändringar i systemet. Vi håller nu på att bereda det här betänkandet i departementet. Betänkandet har också remissbehandlats. Det finns ytterligare en del frågor som det är viktigt att reda ut inför år 2001. En gäller enligt vilka kriterier den statliga ersättningen – det är som sagt ganska mycket pengar det handlar om – skall fördelas år 2001 när medlen inordnas i det generella statsbidraget. Utöver detta finns det flera mer praktiska och organisatoriska, men ändå ganska stora, problem som måste klaras ut inför den här tidpunkten.

Till sist skulle jag vilja nämna att regeringen för att ta ett mer samlat grepp på de här frågorna, de som rör överföringen av kostnadsansvaret, nyligen har beslutat att inrätta ett särskilt läkemedelsprojekt i Regeringskansliet. Det finns en styrgrupp kopplad till det här projektet, och i den ingår företrädare för Socialdepartementet och Finansdepartementet. Dessutom är avsikten att det så klart skall finnas ett nära och kontinuerligt samarbete med Landstingsförbundet, med berörda myndigheter och med andra organisationer. Det här arbetet i projektet har precis satts i gång. Avsikten är att det i varje fall skall

pågå till år 2001, då det alltså är meningen att den här förändringen skall genomföras.

Ordföranden: Tack för det. Då lämnar jag ordet till Socialstyrelsen, till enhetschefen Cecilia Claesson. Varsågod!

Cecilia Claesson: Tack, fru ordförande! Var går gränsen? Tidigare gick ju gränsen mellan sjukt och friskt. I dag talar vi mer om människors *behov* av läkemedel och sjukvårdande behandling och om nyttan av behandlingen. Synen har förändrats. Det är inte bara de rent medicinska behoven man talar om. Det är också, som vi hört tidigare, livskvalitetsbehov. Att livskvalitet är viktigt har tagits upp bl.a. i hälso- och sjukvårdslagen och av Prioriteringsutredningen. De nya möjligheter som finns för att förbättra människors livskvalitet t.ex. med läkemedel, samtidigt som att de begränsade resurserna talar sitt tydliga språk, har ju lett till den stundtals ganska hätska debatten.

Det är emellertid viktigt att komma ihåg att den situation som vi har i dag i grunden beror dels på de förändringar som har skett i synen på sjukdom, dels också på de ökade behandlingsmöjligheter som finns. Ett och samma läkemedel kan användas både för att öka livskvaliteten och för att bota, lindra och förebygga sjukdom. Livskvalitetsbehov och medicinska behov kan inte helt skiljas åt. En och samma sjukdom ger i olika situationer vid vissa tidpunkter för vissa människor upphov till ett medicinskt behov. Vid andra tidpunkter för andra människor ger det upphov till ett livskvalitetsbehov. Ett och samma läkemedel kan användas både för att öka livskvaliteten och för att bota, lindra och förebygga. Som exempel kan man nämna sömnmedel, p-piller östrogenplåster och medel mot magsår. Det finns också vård och behandling som hör hemma inom hälso- och sjukvården men som inte är att bota, lindra och förebygga sjukdom.

Det är läkemedlet vid behandling av sjukdom som subventioneras, inte läkemedlet i sig. Ett läkemedel som inte har fått ett pris fastställt av Riksförsäkringsverket kan aldrig subventioneras. Men ett läkemedel som fått ett pris av Riksförsäkringsverket kan både förskrivas med och utan rabatt för den enskilda patienten beroende på förskrivningsorsak. Som lagstiftningen ser ut i dag skall alltså samhället betala för behandling av sjukdom, inte för behandling av försämrad livskvalitet utan egentlig sjukdom. Problemet är naturligtvis, som jag sade tidigare, att det är samma piller som används. Receptförskrivning behövs både vid sjukdom och vid försämrad livskvalitet. Det behövs för att säkerställa att patientens säkerhet inte på något sätt kan ifrågasättas.

Enligt Prioriteringsutredningen och propositionen som följde bör vård och behandling utgå från en prioritering. Enligt propositionen finns det fyra olika nivåer. Den högsta är bl.a. vård av livshotande, akuta sjukdomar och den lägsta är vård av andra skäl än sjukdom eller skada. Det är självklart att samma prioriteringsprinciper skall gälla för läkemedelsbehandling som för annan vård. Det är också viktigt att komma ihåg att enligt utredningen, och enligt vår syn, är det den enskilda människans behov här och nu som avgör prioriteringen. Man betonar särskilt i utredningen att en generell indelning av sjukdomar är omöjlig eftersom samma sjukdom vid olika tillfällen skall prioriteras olika. Skall samhället betala? Ovan ses exempel på otillfredsställ-

da behov där ett och samma läkemedel har använts. BMI mer än 30 mot vanlig mullighet – samma läkemedel. Djup depression och tillfällig nedstämdhet – samma läkemedel fungerar. Dvärgväxt – kortvuxenhet osv. (Bild 12)

När läkemedlet i fråga används för att tillfredsställa behoven i den vänstra rutan torde det råda samstämmighet om att subvention bör utgå, medan det i de fall som syns i den högra rutan kan ifrågasättas om samhället skall subventionera behandlingen. (Bild 13)

Det är förskrivaren som i det enskilda fallet i samverkan med patienten har att ta ställning till patientens besvär. Riktlinjer för diagnostisering och behandling utgör då underlag för beslut om åtgärd. Prioriteringsriktlinjer, subventionsregler osv. utgör underlag för beslut om subventionering.

Riktlinjerna måste emellertid vara tydligare och täcka många fler områden än i dag. Riktlinjer för diagnostisering och val av behandling är nödvändiga som beslutsunderlag för förskrivare. För att de skall fungera måste de täcka många olika situationer och vara mycket tydliga i sina rekommendationer. Myndigheterna, t.ex. Socialstyrelsen, kan och skall ge riktlinjer för diagnostisering och behandling, och därmed också stöd för prioriteringen i det dagliga patientarbetet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer och *state of the art*-dokument är exempel på riktlinjer som i dag används inom vården. Såväl nationella riktlinjer som *state of the art*-dokumenten finns i dag för ett flertal åkommor. Men det behövs som sagt fler, och de som finns måste bli tydligare.

Sammanfattningsvis kan man säga att läkemedelsbehandling skall prioriteras efter samma principer som övrig behandling. Sjukdom, med den reservation som Karin har tagit upp här om att det är ett svårt begrepp, skall prioriteras högre än enbart välbefinnande. Beslut om vilken behandling som är lämpligast skall fattas i samverkan mellan patient och läkare i den aktuella situationen. Det finns ett stort behov av fler och tydligare riktlinjer för diagnostisering och behandling. Det sista är inte minst viktigt.

Kjell Strandberg: God morgon! Fru ordförande, kära ledamöter och alla andra som har kommit hit för att delta i den här hearingen!

Det finns inget instrument i hälso- och sjukvården som är så samhällskontrollerat som läkemedel. Vi har fått lite grann av bakgrunden till det i den första presentationen. Den svenska läkemedelskontrollen, som i dag utövas av Läkemedelsverket i samarbete med andra myndigheter, går ju faktiskt tillbaka ända till 1600-talet. Den moderna läkemedelskontrollen, dvs. när uppgiften att verkligen se till att man kunde ställa bra läkemedel till sjukvårdens och konsumenternas förfogande, daterar sig i Sverige tillbaka till 30-talet. Vi är faktiskt ett av de första länderna som har ställt krav på att läkemedel verkligen skall ha visat att de är effektiva, säkra och av god kvalitet.

I dag är det Läkemedelsverkets huvuduppgift att ta ställning till den dokumentation som industrin måste förelägga för att det skall kunna bli ett beslut om att få förskriva eller köpa ett läkemedel. Av alldeles uppenbara skäl har läkemedelskontrollen drivit säkerheten väldigt starkt. Det är en av de tre hörnstenar som jag nämnde.

Den andra huvuduppgiften som Läkemedelsverket har är att i samverkan med myndigheter, sjukvård och andra organisationer försöka se till att läkemedel används så rätt som möjligt. Vi har också ett ansvar för naturläkemedel och s.k. läkemedelsnära produkter.

Med andra ord kan man säga att med mindre än att man har fått läkemedlet prövat att det är ett bra läkemedel kan man inte använda det i Sverige. Vi hjälper till med att ge rekommendationer hur det bör användas. Läkemedel godkänns endast för att behandla sjukdomar och sjukdomstillstånd. Definitionsmässigt bör vi ha detta väldigt klart för oss. Läkemedel godkänns mycket utifrån diagnoser som har kommit till i internationella klassifikationer.

Just Viagra och Xenical är utmärkta exempel på två läkemedel som är godkända för behandling av sjukdomar och som, tack och lov i den här diskussionen, råkar ha en utomordentligt god dokumentation så att vi kan diskutera hur man skall prioritera om så behövs. De är effektiva och säkra läkemedel.

Har vi för få läkemedel eller har vi för många läkemedel? Det går förstås inte att svara entydigt på den frågan. Det enda vi kan konstatera är att det för närvarande sker en kraftig ökning av antalet läkemedel på den europeiska marknaden, och så även i Sverige.

Den här bilden visar antalet nya kemiska substanser som finns möjliga att förskriva i Sverige under två treårsperioder. (*Bild 14*) Situationen är ungefär likadan för den senare perioden. Som ni kan se av den här bilden har vi en kraftig uppgång av antalet farmaceutiska specialiteter på den svenska marknaden, och det är särskilt markerat under senare år. Skälet till detta är flerfaldigt. (*Bild 15*)

Det första och det viktigaste är att det sker en intensiv produktutveckling inom industrin. Det andra är att Läkemedelsverket sedan i år i princip inte godkänner några nya läkemedelsprodukter utan att göra det i en internationell samverkan. Vi är en Europamyndighet i det perspektivet.

Men det finns också ytterligare skäl till det, och det är att vi har fått en ekonomisk konkurrenssituation av betydande slag. Antalet kopior, generika, har ökat kraftigt. Det som har tillkommit närmast explosivt är s.k. parallellimport, dvs. när man importerar ett läkemedel som i och för sig är godkänt och salufört i Sverige men som kan tas från ett annat land till ett billigare pris.

Den fråga som vi naturligtvis ställer oss är om det är bättre eller sämre läkemedel eller om det är många likartade läkemedel. Det viktigaste i det här sammanhanget är väl att peka på att vid vår värdering – som säkert kan kritiseras i de enskilda fallen, men som jag tror håller generellt – har vi under de senare åren en kraftig tillväxt av läkemedel där vi har nya terapeutiska principer. Vi har kunnat börja behandla sjukdomar som vi tidigare inte har kunnat behandla annat än genom nog så viktig omvårdnad. Så är det t.ex. inom det centralnervösa området och området degenerativa sjukdomar. Vi har ”Maj Fant-sjukdomen” och Alzheimer. Låt vara att resultaten är blygsamma, men det är en början. Det finns andra sjukdomar där vi har fått produkter som är rent livsräddande, men där vi har få patienter. Det är klart att det ligger stora utvecklingskostnader här. Kostnaden för samhället blir också påtaglig om man skall använda dem.

Vi har också fått förbättringar av existerande läkemedel. Det som jag här kallar "intet väsentligt nytt" har mer att göra med att vi förstås får många läkemedel som är ganska likvärdiga men där det terapeutiska värdet ännu inte är klart dokumenterat i relation till vad vi redan har. Men om inte annat kan det innebära en priskonkurrens.

Den här situationen innebär en stor utmaning för hälso- och sjukvården. Hur skall man kunna hålla koll på allt nytt som kommer? Det handlar om information. Efter Hälso- och sjukvårdsutredningen fattade regeringen och riksdagen ett beslut om att stärka informationen till förskrivarna i Sverige på ett unikt sätt. Jag vågar faktiskt påstå att den svenska läkarkåren har den bästa myndighetsutgivna informationen i västvärlden. Detta är ett resultat av den samverkan som finns mellan Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och SBU.

Vad gör vi? Jo, ingen annanstans i Europa har läkemedelsmyndigheten gett ut en beskrivning av varje nytt läkemedel med en värdering av dess terapeutiska värde i förhållande till existerande terapi på ett sådant precist sätt att ingen läkare kan hävda att han eller hon inte har tid att ta till sig den informationen.

Det handlar om behandlingsrekommendationer, uppföljningsmöten efter speciallistmöten, samverkan med läkemedelskommittéerna och utbildningsmaterial. Under förra året genomförde vi drygt tio möten med läkemedelskommittéerna för att lära dem att bättre värdera nya läkemedel.

Den här informationen kan ni ta del av, kära ledamöter. Jag har tagit med mig så att ni kan studera vår information kring Xenical och Viagra. Jag tror att ni mycket lätt kan ta till er vad vi säger. (*Bilderna 16 och 17*)

Den här informationen ges ut i vår tidskrift som kommer åtta gånger per år och också via särskilda böcker. I dagarna finns det också en utgåva som kommer på vårt nät i början av nästa månad om hur man bättre skall ta ställning till de praktiska problemen när det gäller t.ex. Viagraterapi.

Den här informationen finns också tillgänglig i dag i samverkan med myndigheterna i Svenskt medicinskt fönster på Internet. Dessutom kan man som förskrivare eller patient hämta hem den här informationen via Internet, hemfax eller på annat sätt.

Jag välkomnar det uppdrag vi har fått som myndighet. Jag ser det som en absolut självklarhet att regeringen, riksdagen och andra som jobbar med de här frågorna skall veta vad det är för utveckling på området. Vi känner i väldigt stor utsträckning till vilka läkemedel som är på gång av det enkla skälet att det är de som vi bedömer i dag inom ramen för kliniska prövningsprogram eller i den europeiska samverkan.

Jag välkomnar alla de uttalanden som har klargjort det omöjliga i att differentiera mellan livsstil, livskvalitet och läkemedel. Låt oss titta på livskvaliteten. Många behandlingar sänker livskvaliteten i samband med att man tar terapin. Där hoppas man att motivationen hos patienten är stark nog. Hur känner sig en cancerpatient under behandlingen? Hur känner sig en blodtryckspatient när han får biverkningar under behandlingen där man försöker att fördröja någonting som kanske skulle hända om ett eller två år?

För oss kan livskvalitet inte vara någonting som står ensamt vid sidan om. Utgångspunkten är självfallet att behandlingen på något sätt kommer att påverka livskvaliteten, och förhoppningsvis till det bättre.

Diskussionen har kommit att koncentreras rätt mycket kring dessa medel. Jag tycker att det är bra, eftersom det inte är vilka läkemedel som helst och inte vilka sjukdomar som helst. Vi har faktiskt ett underlag för värdering i det här sammanhanget.

Låt oss se på det som har kommit att diskuteras inom det här området, fetma, erektil dysfunktion, manligt och kvinnligt håravfall, rynkor osv. Om vi ser på det utvecklingsmässigt är detta inte den stora utmaningen för svensk sjukvård eller dem som skall bära kostnaderna. Här kommer det ganska få medel. Det kan komma nya saker som vi inte har tänkt på inom andra områden, men just inom de här områdena är det ganska få produkter. Den ekonomiska konkurrensen ökar kraftfullt, eftersom det kommer flera inom samma område.

Den stora terapeutiska och ekonomiska utmaningen ligger i den forskningsintensitet som finns. Det kommer att ställa stora krav på hälso- och sjukvården att behärska de verkligt nya medlen. Som jag tidigare nämnde är detta produkter som drar stora utvecklingskostnader samtidigt som de kommer att gälla stora folksjukdomar. Det blir volymer i det här sammanhanget. Jag har inte tagit upp profylax så mycket i det här sammanhanget. Det handlar ju om ännu större volymer. Begreppet profylax är lite oklart i dag.

Vi kommer också att få se en forskningsutveckling som ger oss förbättrade möjligheter att individualisera terapin. Det har alldeles riktigt påtalats i debatten, och NEPI kommer säkert tillbaka till frågeställningen att man exponerar väldigt många patienter för att kanske ta hem effekten hos några. Inom den genetiska forskningen pågår projekt som inom kort kommer att leda till bättre förutsättningar att säga att den här patienten verkligen behöver den medicinen i den här dosen. Därmed får man förstås även en bättre granskning av kostnaderna.

Fru ordförande! Vad kan då ytterligare göras? Jag vill bara betona att detta är en samverkan mellan många parter. Att jag nu vänder mig lite grann till landstingen understryker inte att det enbart är landstingen som skall jobba med den här frågan. Jag kan bara konstatera att här finns i dag ett underlag som läkemedelskommittéerna jobbar hårt med när det gäller information, värdering och vad man skall rekommendera. Man skulle gärna vilja se att det blev ett starkare genomslag för det arbetet.

Här finns det stora problem. Jag hör alltför ofta nu att även om läkemedelskommittéerna vill gå ut med rekommendationer och utbildning så släpper klinikerna inte till sina läkare beroende på sjukvårdssituationen. Då blir det ett glapp. Detta bör åtgärdas. För att man skall kunna få den här effekten måste man ha en kontinuerlig uppföljning och analys av läkemedelsanvändningen på landstingsnivå och på lokal nivå. Då måste man ha ett fullgott statistikmaterial. Det som är oöverträffat att påverka, vare sig det gäller användning av läkemedel eller annat, är det nära arbetet och uppföljningen. Det handlar om synpunkter från dem som respekteras i sjukvården. Med mindre än att man får det till stånd, tvingas man kanske ta till annat.

Låt mig slutligen ta upp en teknisk aspekt. Det gäller den här diskussionen om varför generika inte används i större utsträckning. Den ligger ju i händerna på landstingen, läkarna och sjukvården. Den kan förenklas genom att det i dag finns möjligheter att se till att apotekspersonalen byter ut till billigaste generika om man har ett sådant avtal med sjukvården eller skriver det på receptet.

Berit Högman: Jag hoppas att ni orkar lyssna på ännu ett anförande innan det blir paus. Jag är ordförande i Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning.

Läkemedelsbehandling är ju som ni säkert känner till den vanligaste formen av behandling i hälso- och sjukvården. Varje dag används ca 12 miljoner dygnsdoser läkemedel i Sverige. Antalet operationer är ungefär 3 000 per dygn. Säkra och effektiva läkemedel är ju en förutsättning för att kunna bedriva vård av hög kvalitet. Läkemedel är ofta också ett kostnadseffektivt alternativ till t.ex. kirurgiska ingrepp. Vår förhoppning är ju förstås att nya och effektiva läkemedel skall komma fram som hjälper patienter med åkommor som vi i dag inte kan behandla med framgång. I vår vision om en bättre och effektivare vård har läkemedel en stor roll.

Tanken bakom läkemedelsreformen, som också Håkan Ceder var inne på, var ju att landstingen, genom att utöka sitt ansvar för läkemedel till att omfatta också den öppna vården, skulle göra bättre avvägningar mellan läkemedelshandling och andra insatser utifrån patientens behov och önskemål. Genom att integrera läkemedelsbehandling i hälso- och sjukvården skulle läkemedelsbehandling prioriteras samtidigt med andra angelägna insatser. Kostnader och effekter av läkemedel skulle vägas mot kostnader och effekter av andra insatser eller metoder.

Före reformen skulle läkemedel i öppenvård betraktas som en fri nyttighet sett ur sjukvårdens perspektiv. Staten betalade på löpande räkning, och läkemedelsbehandling var kostnadsfri behandling för landstingen.

Läkemedelskostnaderna i öppenvård har under 90-talet stigit med 10 % per år. Samtidigt har hälso- och sjukvården under samma tidsperiod minskat kostnaderna med 8 %. Personalkostnaden har minskat med 20 %. Läkemedel står alltså för en allt större andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården totalt.

En annan tanke bakom läkemedelsreformen var att landstingen på ett effektivt sätt skulle kunna hantera de ökade kostnaderna för öppenvårdsläkemedlen. Mot den bakgrunden är det intressant att se vilka möjligheter som landstingen i dag egentligen har att påverka olika förhållanden.

Kostnaderna för läkemedel bestäms av priset på läkemedel och de volymer som förskrivs. Priset bestäms av staten genom Riksförsäkringsverket. Vilka läkemedel som skall vara subventionerade bestämmer regeringen. Riksdagen beslutar om hur subventionen skall vara utformad och hur mycket patienten skall betala själv. Om ett läkemedel skall vara receptfritt och betalas av patienten eller receptbelagt, och därmed omfattas av subventionering, bestämmer ju i praktiken läkemedelsföretaget och inte Läkemedelsverket.

Även om Läkemedelsverket, som i fallet Losec, har bedömt att en mindre förpackning kan vara receptfri och användas för egenvård vid sura uppstöt-

ningar kan företaget hindra detta genom att vägra ta fram en bipacksedel med anvisningar till patienten om hur läkemedlet skall användas, hur länge behandling får fortgå och vad patienten skall vara uppmärksam på under behandlingstiden. Företagets agerande hindrar därmed patienten från en effektiv egenvårdsbehandling som av kontrollmyndigheten bedömts kunna ske med bibehållen säkerhet för patienten.

Volymerna bestämmer förskrivarna. I dag finns det mellan 50 000 och 60 000 förskrivare. Av dessa är 35 000 läkare med i princip fri förskrivningsrätt. Då är det inte svårt att inse att landstingens påverkansmöjlighet är högst begränsad. Det är ju allmänt känt att ansvar och befogenheter måste följas åt för att man skall kunna följa ett resultat gentemot ett mål.

Priser och volymer bestämmer således inte landstingen över.

Läkemedelskommittéerna har till uppgift att vara professionella organ med en rådgivande funktion gentemot förskrivarna. Läkemedelskommittéerna arbetar med olika terapirekommendationer och med en generell kunskapsuppbyggnad. Man är ute i verksamheten och möter läkare och övrig personal. I dag vet vi att deras arbete är väldigt uppskattat. Men generellt sett har de inte nått ut med sin information lika effektivt som läkemedelsföretagen gjort. Läkemedelsföretagens övertag är säkert historiskt betingat. Resursinsatsen när det gäller information om nya läkemedel är ju betydande.

Landstingen har alltså som enda styrmedel att lägga budgetansvaret ute i organisationen på vårdcentral- eller klinikinivå. För att kunna göra detta på ett bra sätt behöver vi kunskaper om hur mycket som förskrivs. Dessa uppgifter skulle landstingen kunna få genom det s.k. receptregistret, men apoteken har emellertid inte klarat av att föra tillbaka uppgifter från receptblanketterna till förskrivare, verksamhetschefer eller läkemedelskommittéer. Landstingen saknar därför i dag möjlighet att följa upp förskrivningen och se vad läkemedelsnotan blir för olika enheter.

Det finns ett landsting, Östergötlands, som hade uppgifter som gjorde att man kunde fördela ut budgeten på vårdcentralerna redan för 1998, men alla övriga landsting saknar alltså underlag för att göra detta. Det är mycket svårt att skapa en kostnadsmedvetenhet och ett intresse för uppföljning om inte verksamheten på basenivå kan få tillbaka information om vad som förskrivs och om förskrivaren inte kan jämföra sig med en annan likartad verksamhet. Bristen på återföring och information skapar de här problemen, och därmed uppstår inget lärande i detta.

När landstingen sade ja till att bli ansvariga för läkemedel var det ju under förutsättning att vi skulle kunna påverka såväl priser på läkemedel som volymerna. Nu vet vi ju att det inte är så. Det har lett fram till att Landstingsförbundet har krävt en översyn av hela förmånssystemet. Denna översyn måste föregås av en genomgripande politisk prioriteringsdiskussion där läkemedel ses som en integrerad del av hälso- och sjukvården. Detta måste naturligtvis riksdagen och de olika landstingen göra gemensamt.

I dag är läkemedelsbehandlingen insatt utanför det gängse prioriteringssystemet. För landstingen är det hälso- och sjukvårdslagens krav som gäller. Den som har det största behovet skall också få sina behov tillgodosedda först. Men när det gäller läkemedelshantering är tillgängligheten till läkemedel mycket större än andra insatser. Medan många patienter får stå i kö till

ögonoperation eller rehabilitering står 35 000 läkare med fri förskrivningsrätt till förfogande för läkemedelsbehandling. I just exemplen Viagra och Xenical är det enkelt att illustrera frågan om prioriteringen och samtidigt visa att läkemedelsbehandling inte integreras i den vanliga diskussionen om prioriteringen omkring behov och resurser.

När det gäller Viagra som behandlingsmedel för män med impotensproblem är det ju så att detta behandlas av urologer och prioriteras av dessa i förhållande till andra insatser och andra patientgruppers behov. Läkarna bestämmer i förhållande till de resurser de har fått och vilka behov som finns hur resurserna skall användas. Då är det som sagt var hälso- och sjukvårdslagen som är grundbulten. Men läkemedel mot impotens kan förskrivas av 35 000 läkare.

Man kan säga att tillgängligheten till behandling för impotensproblem, utan att vi egentligen har tagit ställning i en prioriteringsdiskussion, har ökat med tusentals procent. Samma förhållanden gäller bantningsmedlet Xenical. Resurserna för behandling av fetma, förutom att säga till patienten att gå på Viktväktarna eller ut och springa, har ju varit koncentrerat till vissa sjukhus. Med det här nya läkemedlet har ju tillgängligheten till behandling ökat väldigt mycket. Ni har säkert också läst i tidningen att de tre första veckorna som läkemedlet funnits på apoteken har 35 000 recept skrivits ut. Ändå visar den kliniska studien att endast 12 % av patienterna klarar en viktminskning på 10 % efter ett års behandling. För 88 % av patienterna är behandlingen en besvikelse. Denna besvikelse har säkert dessa överviktiga människor råkat ut för många gånger tidigare.

Det är klart att en viktminskning på 10 % för en människa som väger 90–100 kilo eller över det inte är särskilt stor i förhållande till den kostnad det innebär för samhället. Det är inte heller givet att det påverkar de andra riskfaktorerna, högt blodtryck, höga blodfetter eller risk för diabetes, i någon större omfattning, utan andra mediciner måste till för att avhjälpa det.

Detta är några exempel på varför landstingen och Landstingsförbundet så envist argumenterar för en genomgripande översyn av hela förmånssystemet. Vi måste ha en gemensam prioriteringsdiskussion där läkemedel är en del av det totala i hälso- och sjukvården. Detta är en oerhört viktig trovärdighetsfråga i en tid när vi ute i hälso- och sjukvården brottas med prioriteringar som jag stundom tror kan riskera trovärdigheten för hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Jag tycker att man här verkligen kan tala om att sila mygg och svälja kameler. Innan riksdagen tar ställning till en eventuell höjning av högkostnadsskyddet måste den här diskussionen om vilka läkemedel som skall subventioneras föras.

(Paus)

Anders Milton: Fru ordförande! Jag vill börja med att se på varför kostnaderna för läkemedel stiger. Som Kjell Strandberg och andra har visat beror huvuddelen av kostnadsökningen på introduktion av nya läkemedel. För några år sedan var det så – jag vet inte exakt hur det ser ut nu – att tre fjärdedelar av kostnadsökningen berodde på nyintroduktioner och en fjärdedel på prisstegringar, dvs. på vanliga uppräknings av priset. Om man skall påverka läkemedelskostnaderna bör man bestämma sig för om man skall försöka

påverka kurvans lutning, dvs. kostnaden för nyintroduktionerna. Det är ju färre eller billigare nyintroduktioner som ger någon effekt. Alternativt kan man försöka göra ett jack i kurvan men låta den ha oförändrad lutning. Då spar man möjligen ett halvår, ett år eller något sådant.

Vad är då orsaken till nyintroduktionerna? Det är den utomordentligt framgångsrika forskning som inte minst de svenska läkemedelsindustrierna har bidragit till och som gör att vi i dag har mer selektiva läkemedel, som i och för sig är dyrare, därför att det har kostat mycket att ta fram dem, men som också är väsentligt mycket mer effektiva än tidigare läkemedel.

Låt mig beröra några välkända exempel. Vi kan se på magsårsbehandlingen. För tio år sedan opererade vi i Sverige 15 000 magsår varje år. I dag är det kanske i storleksordningen 500 sådana operationer. Alla de långa sjukskrivningar som vi hade på grund av diagnosen magsår finns inte i dag, utan dem som det gäller är i arbete.

Titta vidare på migränbehandlingen! De av er som har migrän vet att det är en enormt stor skillnad mellan att vara fullt verksam och arbeta även då man har en migränattack och att ligga i ett mörkt rum med någonting över pannan. Det kan sägas att det inte gäller någon botande behandling i den meningen att man blir av med sin migrän för all framtid. I den meningen är det bara fråga om en livskvalitetshöjande behandling. Men för den som har migrän är det vansinnigt mycket bättre att kunna få de moderna medicinerna.

Ett motsvarande område är astmabehandlingen, som gör att barn och vuxna med astma i dag kan leva ett så gott som normalt liv. Det kunde de inte göra för 5, 10 eller 15 år sedan. Även deras möjligheter att dö av andra skäl och i hög ålder har förbättrats väsentligt. Återigen är det inte fråga om någon medicin som botar astman i den meningen att sjukdomen försvinner, men den håller nere symptomen, vilket gör att man kan leva.

Ett annat område som jag tycker är värt att nämna är de antidepressiva, stämningshöjande medicinerna. Det är samma sak där. Det är en väldig skillnad mellan att kunna gå till arbetet och fungera i en social miljö och att ha sådana depressiva besvär, fobier eller vad det kan vara som gör att man inte fungerar i ett socialt liv. Om alternativet är mångårig terapi, är det billigare att ta läkemedel. Om man kan hjälpa de här aktuella patienterna till ett normalt liv, tror jag att det är bra.

Låt mig också beröra de s.k. livsstilsläkemedlen eller komfortläkemedlen. Jag kan peka på Viagra som ett intressant exempel. Viagra behandlar diagnosen erektil dysfunktion, dvs. impotens i någon form hos män. Frågan är: Har vi behandlat den här diagnosen tidigare? Ja, det har vi gjort. För 20–30 år sedan behandlade vi män med den här diagnosen genom att operera dem i bäckenbotten och lägga om kärLEN så att blodflödet till penis skulle förbättras. Senare kom implantationerna, som i princip innebar att man opererade in ballonger i penis, som man sedan med hjälp av en boll kunde blåsa upp.

Sedan kom läkemedel som man kunde injicera, och nu har vi fått Viagra, som är billigare och bättre. Om man då säger att vi inte skall ta in detta läkemedel, är frågan: Betyder det att vi skall gå tillbaka till det gamla sättet att behandla de här besvären, eller betyder det att vi inte skall behandla dem alls?

Det är lite på liknande sätt med fetma. Vi vet att det finns en översjuklighet vid allvarlig fetma och att fetma ger en överdödlighet t.ex. i hjärt-kärlsjukdomar. Också det har vi behandlat bl.a. operativt. Man kan snöra av magsäcken, förminska magsäcken eller göra ett antal andra ingrepp. Om man nu får ett läkemedel som kan ge samma effekt för patienten med väsentligt högre kvalitet, skall vi då säga att vi inte skall ta in detta läkemedel, eller skall vi säga att vi över huvud taget inte skall behandla patienter med den diagnosen? Det är egentligen alternativet.

De här läkemedlen har inneburit förbättringar för de patienter som det gäller. Det är det viktiga som man måste inse. Från läkarkårens sida har vi sagt att vi har stor förståelse för att samhället eller riksdagen med vår medverkan kan bestämma sig för att indikationen för rabatterning kan vara en annan än de här läkemedlens verksamhetsområde. Man kan när det gäller Viagra eller de läkemedel mot fetma som kommer, t.ex. Xenical, bestämma sig för att patienten skall ha haft besvär minst under en viss tid eller på annat sätt sätta upp staket för rabatterning. Man kan säga att det skall vara minst en viss typ av övervikt, att den skall ha funnits en lång tid osv.

Vi tycker att detta är riktigt. Då har samhället bestämt att om man har så allvarliga besvär, får vi alla betala behandlingen över skatten. Men även för dem som medicinskt kan behöva de här läkemedlen men som inte uppfyller de här kriterierna måste det enligt vår uppfattning finnas en möjlighet till förskrivning utan rabatterning. För de patienter som behöver läkemedlet men som inte uppfyller de kriterier som man har satt upp av ekonomiska skäl vill vi alltså kunna förskriva läkemedlet utan rabatterning.

Om detta finns det en konsensus på vår sida. Jag tror också att det åtminstone delvis på myndighetssidan finns en liknande uppfattning. Jag tror att det är viktigt att man gör så.

Vi har alltså i dag flera sjukdomar och besvär som kan botas. Vi har åldersbetingade funktionsnedsättningar som i dag kan behandlas på ett helt annat sätt än tidigare. Som Karin Johannisson säger kan man naturligtvis diskutera en del av det här, men ur den enskilda patientens synvinkel är det här av avgörande betydelse. För de kvinnor som får östrogen efter menopausen har den insatsen ofta en mycket stor livskvalitetshöjande effekt. Vad gäller osteoporosbehandling är alternativet i en framtid, om man inte har någon behandling för dem som behöver den, en ökad frekvens av lårbenshalsfrakturer. Jag menar att samhället och vi måste diskutera vad som då är den bästa behandlingen. Vilken är den bästa förebyggande behandlingen för den här typen av patienter?

Det är viktigt för läkarkåren att se detta i någon mening ur patientens synvinkel, vad vi kan göra för att hjälpa våra patienter. Det finns flera sådana här sjukdomar och besvär som kan behandlas och som är allvarliga för den enskilde patienten. Man kan naturligtvis säga att insulin inte botar diabetes. Det är riktigt att insulin inte gör det. Det lindrar bara symtomen, eftersom det ersätter det insulin som kroppen skulle ha producerat. Men man kan å andra sidan säga att alla diabetiker som har en insulinbrist dör, om de inte får insulin. Fram till 1922 hade vi så att säga fullskaleexperiment på detta. Då hade insulinet ännu inte upptäckts, och alla diabetiker dog i tidig ålder. Även de

läkemedel som inte botar sjukdomar kan alltså vara livsuppehållande och ge en livskvalitet.

Ta t.ex. erythropoetin, det hormon som hjälper benmärgen att producera röda blodkroppar! Njursjuka patienter som inte själva har samma produktion i sina njurar som vi andra måste få erythropoetin. De har ett blodvärde som är hälften av vad vi andra har – 60–65 i stället för 130. För dem betyder tillförsel av detta hormon att de kan gå i trappor och kan leva ett liv i sin familj. Utan det orkar de inte leva, även om de får dialys som gör att de i övrigt fungerar. Skall man ge de här patienterna det hormon som kan göra att de kan få ett bättre liv? Ja, vi tycker det. Jag tror att också riksdag och regering tycker det.

Förutom det faktum att flera sjukdomar och tillstånd kan behandlas är det också så att läkemedel är lättare urskiljbara än annan typ av behandling. Vi kan se på kostnaden för t.ex. tithålskirurgi jämfört med kostnaden för kirurgi där man skär upp ett stort hål och öppnar hela buken. Enbart för den kirurgiska kliniken är tithålskirurgin dyrare. Den kräver dyrare instrument, operationerna tar längre tid och det finns omkringskostnader. Men för patienten är det en väsentlig förbättring med tithålskirurgi. Också för samhället är det en väsentlig förbättring, eftersom man vid tithålskirurgi har mycket kortare sjukskrivningar och mycket mer begränsade vårdtider.

På motsvarande sätt är det med läkemedlen. Problemet är att ingen av oss har gjort riktiga *cost-benefit*-analyser och sett på vad samhället får igen med de moderna läkemedlen. Jag tycker att vi gemensamt skall efterlysa sådana analyser.

Men även om t.ex. dagens kirurgi eller den moderna radiologin, alltså röntgenundersökningarna, är dyrare är dessa åtgärder väsentligt mycket bättre för patienterna. Ingen av oss skulle säga att vi vill gå tillbaka till att öppna hela buken, som man gjorde förr, i stället för att gå in med skopen, eller att vi skulle kunna gå tillbaka till att göra luft- och färgskallar i stället för att använda de nya kamerorna när vi vill undersöka hjärnan. Det gör vi inte, eftersom vi vet att kvalitetsförbättringarna är stora.

Vad kan man då göra? Skall man ändra lutningen på den kurva som kostnadsrörelsen beskriver? Jag tror att utgångspunkten skall vara den att vi förskriver lite i Sverige jämfört med västvärlden i övrigt och relativt sett har billiga läkemedel. Vi förskriver mindre och har billigare läkemedel än de flesta jämförbara länder.

Vi säger från vår sida för det första: Gör inte läkemedlen så dyra att patienten inte har råd att ta dem! Man måste se till konsumtionsmönstret, som visar att det är en väldigt liten del av befolkningen som äter väldigt mycket läkemedel.

Ge oss för det andra möjlighet att förskriva utan rabatt, på det sätt som jag har beskrivit! Ge också den förskrivande läkarkåren bättre information vid förskrivningstillfället! Vad vi vill ha är en elektronisk, pc-baserad förskrivning. När man förskriver läkemedel skall det komma upp pris, eventuella generika, Läkemedelskommitténs rekommendation osv., så att läkaren vid förskrivningstillfället har all denna information framför sig. Det har han eller hon inte i dag utan skall slå i FASS, i läkemedelsboken eller på annat sätt för att se de olika priserna osv. Det är otympligt. Man måste ha denna informa-

tion vid förskrivningstillfället. Då behöver man inte heller något generiskt utbyte på apoteken, eftersom läkarkåren kommer att förskriva det som är bäst och billigast och rekommenderat av Läkemedelskommittén.

På motsvarande sätt tror jag att det är viktigt med bättre utbildning i läkemedelslära. Med de nyintroduktioner som kommer och som har kommit måste man få en kontinuerlig utbildning i läkemedelslära, om man skall vara en bra läkare och följa med i vad som sker. Den utbildningen saknas i dag. Det är något som jag har efterlyst tidigare tillsammans med Landstingsförbundet och även har diskuterat med staten, men jag tror att det är viktigt att man gör någonting.

Inskränkningar i förskrivningsrätten, som har diskuterats de senaste dagarna, tror vi inte är någon väg framåt. Återigen: För att kunna påverka kurvans lutning måste man inskränka förskrivningsrätten för läkemedel som används av många patienter. Då skulle man skapa onödiga remissomgångar, onödiga köer och flaskhalsar och ytterligare försämrad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården för stora vanliga patientgrupper. Det är inte någon bra väg att gå.

Man skall också komma ihåg, parentetiskt sagt, att samtidigt som socialministern diskuterar inskränkningar i förskrivningsrätten håller Socialstyrelsen på att diskutera utvidgad förskrivningsrätt för sjuksköterskor. Jag tror att det är viktigt att staten är lite mer konsistent i vad den gör.

Sammanfattningsvis:

1. Se läkemedlen och deras effekter inte bara ur kostnadssynvinkel utan också i patientens perspektiv. Vad kan de moderna läkemedlen ge patienterna?
2. Möjliggör förskrivning utan rabatt på det sätt som nu sagts.
3. Ge oss i läkarkåren mer information vid förskrivningstillfället.

Ragnar Norrby: Fru ordförande, ledamöter! Jag vill bara påminna lite grann om att läkemedel är en terapiform bland många andra. Det är viktigt att vi ser läkemedelskostnader i ett helhetsperspektiv och förstår att det i dag inte bara är landstingen som betalar för vården. Det gör också staten via Riksförsäkringsverket och försäkringssystemet liksom ute i kommunerna i allt större utsträckning kommunerna själva, inte på läkemedelssidan men för andra insatser. Därför tror jag att det är viktigt att komma bort från en alltför ensidig koncentration på en viss terapiform, något som man kanske delvis har just nu.

Besluten om vilka terapiformer som man skall använda skall helst grundas på s.k. *evidence based medicine*, dvs. det skall finnas en vetenskapligt sund bas för de beslut som fattas. Det måste också inkludera inslag av sunt förnuft, så att vi inte behandlar struntåkommor. Vi skall inte sätta statistisk signifikans före klinisk relevans, vilket nog sker i vissa fall.

Kostnaderna för att utveckla nya läkemedel är gigantiska, och det gör att nya läkemedel blir avsevärt mycket dyrare. I många fall kan man nöja sig med att använda äldre och billigare preparat. Men man skall ha klart för sig att i många fall får man avsevärda vinster genom att använda nya och bättre läkemedel.

Vi skall naturligtvis förhindra konsekvenserna av sjukdomar. Att behandla högt blodtryck är i sig relativt ointressant. Vad vi vill förhindra är hjärnblödning och andra konsekvenser av det höga blodtrycket. Att behandla det höga blodsockret är också i sig ointressant. Det är konsekvenserna av diabetes-sjukdomen vi vill förhindra.

Det finns nu ett högkostnadsskydd som skall skydda patienten från alltför höga kostnader och som skall avlasta samhället en del av läkemedelskostnaderna. Där har läkaren en formell rätt – tror jag – att genom sitt signum, en signatur i rutan uppe till höger för varje läkemedel – r – säga om högkostnadsskyddet skall omfatta receptet eller inte. Det är ett bra sätt att hantera de s.k. livsstilsmedicinerna. Men då måste reglerna för signum vara glasklara. Det går inte att få dubbla meddelanden från olika myndigheter. Den ena myndigheten säger att signumrätten i princip inte existerar, den är bestämd av att vissa läkemedel är undantagna från högkostnadsskyddet. I konsekvens med detta skall alla andra mediciner omfattas av högkostnadsskyddet. Det skulle innebära att alla recept på Viagra skall omfattas av högkostnadsskyddet. Andra myndigheter hävdar att signumrätten finns kvar, dvs. läkaren kan bedöma om han behandlar en sjukdom eller om han behandlar en livsstilssituation. Han kan genom sitt signum indikera om högkostnadsskyddet skall gälla eller ej.

Jag tror att professionen gärna vill ha kvar den möjligheten att på så sätt styra samhällets insatser.

En förutsättning för att vi skall kunna ha en vettig läkemedelsförskrivning är att vi har välutbildade läkare. En specialist hanterar 30–50 läkemedel i sin verksamhet. En allmänläkare hanterar 700–800 läkemedel, vilket ibland gör det svårt för allmänläkaren att hantera förskrivningssituationen. Det gäller att få ned antalet läkemedel som den enskilde läkaren hanterar och ge en så bra utbildning som möjligt i att hantera de läkemedel som förskrivs.

Man skall kunna kräva att varje läkare skall kunna stå emot krav från patienten att ett recept skall omfattas av ett högkostnadsskydd.

Det positiva med högkostnadsskyddet i dag är att det begränsar samhällets totala kostnader och det begränsar individens totala kostnader. Det negativa är att den höga initialkostnaden leder till att många patienter inte löser ut sina recept. Det spelar ingen roll om det finns ett avbetalningssystem eller inte. Det är allvarligt. Det är inte bra om patienten skall väga tjockleken på plånboken mot att lösa ut förskrivna mediciner.

Det är alldeles klart att det nuvarande högkostnadsskyddet inbjuder till hamstring och manipulation. Om man har nått den övre gränsen finns det tendenser att säga att ”min son/dotter är sjuk. Skriv ut receptet på mig för jag har frikort”. Det råder inget tvivel om att det förekommer ofta. Det är svårt för förskrivarna att stå emot.

Vad har vi för styrmedel? Man kan försöka begränsa den fria förskrivningsrätten. Vi håller med Läkarförbundet att det inte är bra. Det har genomförts försök tidigare. Jag var för några år sedan chef för en infektionsklinik. Jag var en av 26 läkare som fick förskriva hivläkemedel. Det fungerade naturligtvis inte. Jag såg en minimal fraktion av patienterna, och de läkare som såg de flesta patienterna hade inte förskrivningsrätt. Vi blev överens med Läkemedelsverket att det var ett system som i realiteten inte fungerade.

Läkemedelslistorna är bra. Vi ser ibland bekymmer med att specialisterna ställer sig lite ovanför läkemedelslistorna. Om solidariteten inom läkarkåren ökar, är det ett bra sätt att styra och få en optimal förbrukning av läkemedel. Utbildning är alldeles klart viktigast.

Fri prissättning är sannolikt ett sätt på vilket samhället kan nedbringa sina kostnader. Det är lite förvånande att det tvunget skall kosta lika mycket i Korpilombolo som i Malmö. Går det inte att ha en helt fri prissättning med möjligen ett takpris, och sedan låta den s.k. marknaden styra kostnaden?

Sedan finns det några problem som inte har berörts här. Ungefär en tredjedel av alla mediciner som förskrivs används som avsett var. Det är inte riktigt bra. Det kanske man skall göra någonting åt.

Ett problem inom slutenvården, som detta inte är någon slutlig lösning på, men ett sätt att närma sig problemet, är att det ideligen kommer in gamla och svårt sjuka patienter som äter många mediciner. Vi har ingen aning om vilka mediciner de har. Vi vet inte om deras sjukdomstillstånd orsakas av medicinen, vilket är vanligt. Om man då kan tänka sig att varje individ har ett individbundet datakort med vilket det går att ta fram en läkemedelsprofil, skulle det hjälpa till. Det skulle sannolikt förbättra vården med ett centralt register där det, med bevarande av patientens integritet, går att återsöka data när kortet inte finns med.

Claes Handin: LIF representerar i Sverige 62 företag. Vi har 95 % av den läkemedelsförsäljning som existerar i Sverige. Vi har ca 16 000 anställda, varav en tredjedel är i forskning och utveckling. Tillsammans investerar vi ca 8 miljarder kronor i forskning och utveckling och anläggningstillgångar per år i Sverige.

Århundradet som snart är till ända har utmärkts av en rad viktiga medicinska framsteg som har lett till bättre hälsa och ökad livslängd. Läkemedel har haft en stor betydelse för denna utveckling.

Med de förväntade genombrotten på det bioteknologiska området kan vi se fram emot nya generationer läkemedel som kan bekämpa än mer komplexa sjukdomstillstånd. Dessa läkemedel kommer inte bara att ha betydelse för folkhälsan utan även ha ett stort hälsoekonomiskt värde.

Men nu ökar läkemedelskostnaderna i Sverige, och detta medför problem för landstingen. De givna budgetramarna överskrids. Det paradoxala med vårt system är att landstingen investerar i läkemedel, men en stor del av den hälsoekonomiska vinsten tas hem av andra, dvs. staten, kommunerna, arbetsgivarna och inte minst patienten själv. Detta leder ofta till att läkemedel av landstingen bara betraktas som en kostnad och inte som en resurs.

Det är viktigt att samhället har ett tillfredsställande system för subventionering av läkemedel. När nu systemet skall ses över anser vi att man måste slå vakt om de grundläggande principer som låg till grund för dagens system och som antogs av riksdagen så sent som 1996. De principerna var att det skall upplevas som acceptabelt och rättvist, högkonsumenten måste skyddas så att ingen skall behöva avstå från vård av ekonomiska skäl och systemet skall medföra en effektiv vård.

LIF ser inget skäl att frångå dessa värderingar, varför systemet även i fortsättningen måste bygga på en obligatorisk försäkring, finansierad av sociala

avgifter. Vi menar också att man bör öka inslaget av privat finansiering. Det blir i dag alltmer vanligt att arbetsgivaren står för hälsokontroll, friskvård och vaccinationer.

En annan åtgärd som bör kunna bidra till en mer kostnadseffektiv användning av läkemedel är ökad egenvård. LIF har nyligen föreslagit socialministern att medverka till en ökad tillgänglighet av receptfria läkemedel genom att tillåta försäljning utanför apoteken. Vidare menar vi att det bör uppdras åt Läkemedelsverket att se över om det går att receptfriförklara fler läkemedel.

Det finns också anledning att överväga en höjning av patientens egenavgift, men denna gång måste man bestämma hur stor egenavgiften skall vara. När högkostnadsskyddet infördes 1997 låg den på ca 22 %. Man antog att det nya systemet skulle medföra en ökning av egenavgiften, vilket det initialt också gjorde. Den gick upp till ca 28 % för att nu ha sjunkit tillbaka till 22 %. Vi menar att man måste ha en klar målsättning, vilket ger regeringen möjligheter att successivt justera systemet.

När förändringar i nuvarande subventioneringssystem diskuteras, skall man hålla i minnet att den huvudsakliga delen av statens kostnader ligger på andra sidan av högkostnadstaket. 14 % av landets befolkning svarar för ungefär 83 % av statens kostnader för läkemedel. Denna grupps konsumtion ligger i genomsnitt på ca 10 000 kr per år. Skulle man ändra på systemet så att samtliga patienter betalar hela avgiften upp till 1 300 kr skulle bara 6 % ha sparats under 1997. Dessa förhållanden understryker vikten av en noggrann analys av tänkta förändringar och att de utformas så att de även blir socialpolitiskt försvarbara. Vidare bör man markera att läkemedel inte behöver vara helt kostnadsfria, genom att införa en expeditonsavgift även efter det att frikortsgränsen har uppnåtts.

Viktigast av allt är dock att uppnå en rationell och kostnadseffektiv användning av de läkemedel vi har, att säkerställa att läkemedlens hela besparingspotential utnyttjas optimalt. En förbättrad vidareutbildning av förskrivare av läkemedel är därför väsentlig, men också olika insatser som kan medverka till att patientens följsamhet till ordinerad terapi förbättras.

Olika länders utformning av subventioneringssystemet har en direkt påverkan på den forskning som bedrivs inom industrin. Systemets utformning kan bli en stark politisk signal som styr vilken terapi och vilka patientgrupper som industrins forskning skall fokuseras på.

Arne Melander: Jag vill först understryka: NEPI är inget kommersiellt företag utan en statlig stiftelse. Det krångliga namnet har givits oss av detta utskott. Det är ni som har varit jordemoder åt Nätverket för läkemedelsepidemiologi. Inte för att jag har något emot titeln verkställande direktör, men rätt skall vara rätt.

Jag skall försöka att hålla tiden och visa några saker.

Vad sysslar NEPI med? Det föregicks av en statlig utredning, som gav tydliga direktiv om vad NEPI skulle vara bra för. Det är en statlig, allmännyttig och samhällsnyttig stiftelse, som skall jobba med frågan om läkemedels effektivitet i befolkningen. Det avser det stora perspektivet. Lite populärare uttryckt går det att säga att vi försöker att bedöma läkemedlens nytta och risker ur ett verklighetsperspektiv, dvs. hur behandlingen ute i sjukvården de

facto fungerar. Det är inte fråga om hur det ser ut i kliniska prövningar. De är helt oundgängliga, men de representerar bara den potentiella effektiviteten. Vi måste också se till den verkliga effektiviteten. Där har vi ett mandat att arbeta både med den medicinska och ekonomiska effektiviteten.

Jag tänker koncentrera mig helt och hållet på ekonomin, eftersom det är det som ligger bakom denna offentliga utfrågning.

Vi måste acceptera faktum att nya läkemedel kommer fram. Ofta är de bättre, men inte nödvändigtvis alltid. Det tar också tid att se vad som är avigsidan. Det är svårt att se framför sig en situation där kostnaderna minskas. Vi skall minimera ökningarna samtidigt som vi värderar vad vi får. Jag håller med samtliga mina kolleger att det är den centrala frågan.

Kan nya, dyrare läkemedel vara kostnadseffektiva genom att minska vårdkostnaderna? Svaret är självklart ja. Det tråkiga är att det inte finns studier som undersökt detta i verkligheten. Svaret bygger – när det bygger på något annat än fluffiga hälsoekonomiska luftpastejer – på kliniska prövningar. Det är bra att de görs, men vi måste komma längre.

Detta är så svårt att det inte går att analysera på ett par minuter. Ett komplement är naturligtvis att använda läkemedel som är billigare men har lika god medicinsk effektivitet. Frågan är om det går att förskriva billigare läkemedel med bibehållen behandlingskvalitet. Svaret är på vissa områden där det finns gott om läkemedelsalternativ tveklöst ja. Jag har tillåtit mig att välja ett enda exempel för att kunna vara konkret, nämligen tillståndet högt blodtryck, hypertoni. Det kan gälla upp till 10 % av befolkningen. Rutinbehandlingen är och kommer länge att förbli läkemedel.

Behandlingen blir ofta livslång. Som med så många andra läkemedel läker behandlingen inte, men den kan förebygga – vilket är gott nog. Detta gäller nu läkemedel som har förskrivits på grund av högt blodtryck, hypertoni. Kostnaden ligger i dag på 1 200 miljoner kronor. Det är lätt att räkna ut med hjälp av apotekens statistik. Det är alltså en tiondel av hela statsbidraget. Det är därför detta är intressanta siffror. Här kan det göras en hel del.

I fråga om hypertoni handlar det om förebyggande behandling. Vid smärtlindring vittnar patienten själv om nyttan. När magsåret läker vittnar patienten tillsammans med röntgen eller annan doktor om den nytta som har gjorts. Men vi kan aldrig vid förebyggande behandling säga att just *du* har haft nytta av detta. Vi måste använda oss av statistiska bevis. Det är därför det figurerar siffror som är lite svårsmälta. Jag skall försöka förklara.

De 15 största kliniska prövningarna kring högt blodtryck har syftat till att se om behandlingen lett till färre hjärtinfarkter, slaganfall och minskad dödlighet. Från dem har det gått att räkna ut att under ideala förhållanden – det finns en ny amerikansk studie – måste 86 medelålders hypertoni-patienter behandlas i fem år för att en av dem skall skyddas mot slaganfall, hjärtinfarkt eller död under denna tidsperiod. Det är bättre hos de äldre som har större risk. Där behöver bara 29 behandlas. Problemet är att det inte går att säga vem som kommer att skyddas. (*Bild 18*)

Tillåt mig en tramsig association till USA. I en försäkringsdiskussion konstaterade någon att i Förenta staterna blir en man överkörd av en bil var tredje minut. Sedan frågades det efter åtgärder. Någon svarade: Hitta den

mannen. Någon sade: Hitta den föraren. Vi kan inte agera på detta vanvettiga sätt här. Tyvärr. Det hade varit bra.

Men vi kommer att få bättre redskap att spåra just dem som borde ha behandling. Kostnaderna kommer att bli värre i verkligheten, eftersom vi inte har dessa ideala situationer.

Låt mig ge några mycket konkreta exempel. Om vi skall behandla dessa 86 medelålders personer i fem år för att rädda eller skydda en patient, kan vi klara det med medel som ligger på hundratusen kronorsnivån, dvs. kostnaden på fem år. Vi kan också göra det med medel som kostar 20 gånger så mycket, nästan 2 miljoner. Ironiskt nog har dessa dyra medel ännu inte visat att de faktiskt skyddar mot hjärtinfarkt, slaganfall eller för tidig död. (*Bild 19*)

Nu kan detta leda till en mycket invecklad medicinsk diskussion där stickor och strån kommer att ryka. Jag vill inte ta den diskussionen här, och den kan inte intressera er. Vi har inom NEPI gjort en utredning där vi har tittat på vad hypertonibehandlingen har kostat under 1998. Vi utgick från att man gjorde exakt som tidigare, alltså att läkare skrev precis lika mycket av precis samma saker och lika många doser. Det enda som skedde var att man inom varje grupp bytte medel mot medel med exakt samma verkningsmekanism och samma biverkningar. Det var ett medicinskt otadligt byte. Till min oerhörda förvåning är siffran mycket större än vad jag kunde drömma om. Den närmar sig 300 miljoner kronor bara för de fyra ledande, bevisligen fungerande, läkemedelsgrupperna. Om man skrev ut tiazider skulle man inte spara så mycket, men 8 miljoner är inte att förakta. Den stora bomben kom på betablockerarna, där det dominerande medlet kostar fyra och en halv gånger så mycket som ett lika effektivt alternativ. Det är ett minst lika bra originalpreparat med god dokumentation. (*Bild 20*)

Det är ännu intressantare på kalciumantagonistområdet. Där är det fråga om att byta från preparat A till preparat A. Det är bara ett byte mellan två tillverkare. Tillverkare nr 2 har fått ett lägre pris.

Slutligen går det att spara 59 miljoner kronor på de s.k. ACE-hämmarna.

Detta betyder inte att jag tror att vi kan pressa ned läkemedelskostnaderna totalt. Vi skall inte sikta på det. Vi skall ha bästa möjliga läkemedel. Men i en situation som hypertoni har det varit omöjligt att visa att nya läkemedel är medicinskt effektivare och absolut inte kostnadseffektivare. Det går att diskutera vissa schatteringar mellan biverkningar, men jag håller mig inom grupperna som har samma biverkningar. Jag tror att vinsten skulle vara en struntsak.

Låt mig ge en ekonomisk relief. Många har varit inne på att man måste titta på andra kostnader. Vad kan vi få för 284 miljoner kronor? Landstingen kan få 25 000 kranskärslröntgen utförda, eller går det att betala 25 000 vård dagar på hjärtintensiven, eller thoraxkirurgerna kan göra 2 500 kranskärsl-operationer. Det är fullständigt orimligt att vi inte redan har vidtagit dessa åtgärder. Jag är beredd att diskutera åtgärdsförslag, men nu har tiden gått ut. (*Bild 21*)

Ordföranden: Tack för det. Då tänker jag släppa fram frågor till de föreläsare som har bidragit med sin kunskap. Jag vill också att frågeställarna namnger vem de ställer frågan till.

Leif Carlson (m): Jag skulle först vilja ställa en fråga till Socialstyrelsen, men även departementet eller fler kan bli inblandade. Frågan gäller subventions- och rabatteringsreglerna.

Varken i HSU, i utskottet eller i riksdagen i övrigt hade vi någon tanke på att de gamla reglerna, dvs. möjligheten att genom signum ange om ett receptbelagt preparat skall säljas med eller utan rabatt, skulle ändras. Men det är uppenbart att när det nya systemet kom i gång utgick man från att om varan var prissatt och medtagen i subventionssystemet gällde subventionen fullt ut. Pratade man med läkare på vårdcentraler eller med personal på apotek, och sade att det gamla systemet måste gälla, dvs. att läkaren med sitt signum skall tala om om varan skall rabatteras eller inte, möttes man närmast med förvåningens finger i hjälpsöndens mun.

Nu har jag uppfattat att Socialstyrelsen gör klart att här gäller möjligheten att kunna rabattera. Lika klart tycker jag att Landstingsförbundet, Berit Högman, uppfattade det så att endera var medlet receptfritt eller så var det subventionerat. Läkarsällskapet uppfattade jag som genuint osäkert.

Detta är väsentligt. Läkemedelsverket går ut och tittar på 35 000 Xenical-recept. Det är uppenbart att 25 000 patienter hade kunnat betala själva om recepten signerats utan rabattering, och kostnaden hade inte varit 70 miljoner utan lägre.

Är det en klar osäkerhet i detta, är det en sak som vi i detta hus kan göra något snabbt åt t.ex. med ett utskottsinitiativ där frågan utreds om det är en oklarhet i lagen. Eller har någon misstolkat det hela och därmed dragit med sig diskussioner och kostnader som egentligen har varit onödiga?

Cecilia Claesson: Den här diskussionen kom upp i slutet av förra året. Vi gjorde en grundlig juridisk utredning. Vi har kommit fram till en ståndpunkt som vi har publicerat i ett meddelandeblad från Socialstyrelsen. Det har gått ut till vårderna. Alla förskrivare kommer att få det via Läkemedelsverkets blå skrift. Bakom detta meddelandeblad står då Socialstyrelsen men också Läkemedelsverket, Landstingsförbundet, Läkarförbundet och Riksförsäkringsverket.

Där står det att det går att skriva ut både med och utan rabatt. Lagstiftningen är sådan att man inte får skriva ut med rabatt om det inte är för att bota/lindra sjukdom. Vad som är sjukdom eller inte i det enskilda fallet kan bara avgöras av förskrivaren i förskrivningsögonblicket. Det är inte bara möjligt, man skall inte skriva ut med rabatt om det inte är fråga om sjukdom.

Leif Carlson (m): Hur har då detta problem uppkommit? Det är alldeles uppenbart att det föreligger i verkligheten.

Cecilia Claesson: Problemet har uppkommit främst därför att vi i dagsläget – det kan framstå som lite egendomligt – har en receptblankett som har olika rutor och som hänvisar till en lagtext som inte längre gäller. Det är det som har föranlett diskussionen och problemen. Nu håller Läkemedelsverket på att ta fram en ny blankett, och man arbetar snabbt och effektivt med detta. Det här problemet skall nog lösas.

Marianne Boivie: Vi är angelägna om att få klarhet i frågan. Det skulle vara en välsignelse om alla kunde enas om samma tolkning. Dessvärre måste jag

säga att det meddelandeblad som har gått ut till de praktiskt verksamma inte på något sätt bringar klarhet i detta problem. Det kan jag få verifierat här – Håkan Mandahl nickar. Kvar står: När man går igenom förarbetena till lagstiftningen när det gäller lagen om högkostnadsskydd framgår det att utanför subventionen står alla preventiva läkemedel. De som används som prevention omfattas inte av förmånsbestämmelserna, och man exemplifierar med vacciner.

Det framgår i lagstiftningen att läkemedel skall skrivas ut för rätt ändamål – precis som Cecilia Claesson säger. Men vissa läkemedel kan användas både preventivt och för att bota/lindra symtom. Då är rutan tillämplig – men bara på de fallen, inte på några andra. Jag hoppas att den aviserade utredningen från Socialdepartementet skall bringa klarhet i frågan. Det är ett stort elände i sjukvården och på apoteken. Ni i socialutskottet kan bidra till att bringa klarhet i frågan. Ni har stora förväntningar på er.

Kjell Strandberg: Fru ordförande! Läkemedelsverket har ansvaret för receptblanketten. Jag kan primärt hålla med om vad Cecilia Claesson sade. Jag skall också påminna utskottet och oss själva – det är många aktörer i det här sammanhanget – om att en av anledningarna till att vi fick denna situation var att vi fick den nya lagstiftningen. Läkemedelsverket har satt i gång ett arbete för att förändra receptblanketten i enlighet med den nya lagstiftningen.

Samtidigt fick vi bekymret med receptregistreringen – register, indikation och alltihop. Det var ett klart uttalat önskemål då från Landstingsförbundets sida att vi icke skulle fortsätta med att utforma den nya receptblanketten. Här hamnar vi i ett vakuum beroende på den situationen. Som Cecilia sade väcktes frågan igen.

Problemet är större än vad vi egentligen diskuterar just nu. Vad det handlar om är att lagstiftningen klart säger: påvisa, lindra och bota sjukdom, symtom på sjukdom eller likartat täcks av försäkringen. Det undantar detta med prevention. Samtidigt har vi en diskussion om man skall vidga gränserna. Kom ihåg att det är en rättighetslagstiftning som vi numera har och där patienten har en rätt att få en rabattering på dessa grunder. Vad vi hör är att det kanske skulle kunna förskrivas utan rabatt men, att man skulle kunna ha fler frihetsgrader. Samtidigt bör läkarkåren och patienterna ha helt klart för sig att grundtemat fortfarande är vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det är den här glidningen i vad som skulle kunna förskrivas i relation till vetenskap och beprövad erfarenhet som diskussionen inte riktigt har preciserat. Jag har svårt att förstå varför påvisa, lindra, bota sjukdom eller symtom på sjukdom skulle vara så svårt att förstå. Handlar det egentligen mera om att vi klart skall ange undantagen? Det är väldigt enkelt när det gäller prevention. Börjar vi skriva ut andra undantag i relation till vetenskap och beprövad erfarenhet kommer vi att få stora svårigheter. Som det nu ligger till finns det absoluta frihetsgrader i sjukvården att i den enskilda situationen bestämma om man vill sätta sitt signum eller inte. Är inte det ganska bra?

Cecilia Claesson: Jag vill bara konstatera att vi har kommit fram till att man kan både skriva med och utan rabatt och att Socialstyrelsen faktiskt har föreskrifträtten när det gäller detta.

Leif Carlson (m): Behövs det alltså ett lagförtydligande eller inte? Det är väsentligt för oss att veta om det behövs. Att ert meddelandeblad kan vara svårläst kan jag hålla med om.

Cecilia Claesson: Som ett försvar kan jag säga att det var en kompromiss med den organisationen. Som vi ser det täcks det här i den lagtext som finns i dag. Men diskussionen behövs definitivt. Som Kjell Strandberg påpekade här är det oerhört viktigt att diskussionen om vetenskap och beprövad erfarenhet, var gränserna går, prioriteringar osv. kommer upp på bordet. Vi tar tacksamt emot det här tillfället att kunna föra fram de här sakerna.

Anders Milton: Vi har varit med i viss mening i diskussionen, men jag tror att den förskrivande läkarkåren skulle uppskatta ett förtydligande från detta hus.

Susanne Eberstein (s): Jag vill först tacka för en mycket intressant förmiddag. Egentligen skulle vi behöva mycket mer tid. Det vore bra att kunna fördjupa sig i vad ni egentligen är ense om och vad ni är oense om. Jag tror att vi inte fått riktigt kläm på det under den här förmiddagen. Men vi kommer att återkomma på olika sätt.

Jag skulle vilja fråga NEPI om och hur förskrivningsmönstret behöver ändras och vilka insatser ni föreslår för att man skall kunna göra det.

Arne Melander: Det enklaste sättet att svara på är ungefär såsom Läkarsällskapets Ragnar Norrby tidigare här svarade när han visade bilden. Det är att ständigt ha klart för sig att man måste väga nyttan mot riskerna. När nyttan överstiger riskerna föreligger ett behandlingsläge precis som i fråga om all annan behandling – kirurgi, strålbehandling eller vad det vara må. Problemet ligger i definitionen av nyttan.

För egen del vill jag driva den linjen att om ett läkemedel enbart sänker blodtrycket är det inte bevis för nyttan. Förmodligen kan det vara nyttigt. Beviset är att man lyckas visa att det blir färre slaganfall eller hjärtinfarkter. Det är preventionens stora problem att vi aldrig kan visa patientnytta i ett enskilt fall. Det gör också att kraven på medlen måste vara enormt stora. Livslång behandling, mycket pengar men framför allt svårt att bedöma. Det är en stor förändring vi måste åstadkomma.

Det kan låta som en kritik av läkemedelsindustrin. Egentligen vill jag inte alls göra det. Den arbetar efter givna ekonomiska förutsättningar och det samhällssystem vi lever i. Det är mig själv och mina kolleger jag kritiserar för att vi inte har skaffat oss en tillräckligt bra utbildning om detta och att vi släpar på en förfärlig barlast som vi kallar för terapitradition. Det fanns en terapitradition före Semmelweis som stampade ut honom trots att han hade rätt. Terapitraditionen är ett lik i lasten. Vetenskap och beprövad erfarenhet ja. Men beprövad erfarenhet är inte att en viss klinikchef på ett visst ställe har sagt: Så här har vi gjort i 35 år. Vi måste ha en mycket högre grad av omprövning med fundamentala belegg för att vi gör nytta. Jag föreställer mig ingen kirurg som öppnar buken och sliter ut lite på måfå och säger: Det kan inte skada i alla fall. Det är nyttan som måste komma först. Risker är svåra att bedöma i ett kortsiktigt perspektiv. Vi måste ha många års studier. Det är dyrt, svårt men nödvändigt.

Thomas Julin (mp): Flera av talarna har tagit upp detta att de nya effektiva läkemedlen är kostnadseffektiva och minskar vårdkostnaderna och antalet sjukdagar. Finns det ingen i Socialstyrelsen eller på departementet som har en sammantagen statistik som redovisar detta på ett bra sätt? Jag känner att det här är väldigt viktigt i dag när man diskuterar högkostnadsskyddet. Då måste man väga in de här bitarna.

Cecilia Claesson: Vi har ganska dålig statistik. Vi har bedömt oss själva som att vi har världens bästa läkemedelsstatistik. Det var sant tidigare. I dag har vi inte det. Vi är ifrånsprungna av många andra länder. Vi har nämligen inte individbaserad läkemedelsstatistik utom på två mindre områden i Sverige. Det är ett problem. Det är också ett problem att det inte går att få fram bra statistik när det gäller kostnader i vården. Det finns en del, men det finns inte tillräckligt. Här behöver det göras en hel del.

Jag skulle vilja passa på att säga att man med statistik bara kan komma en bit. Man kan se: Hur blev det? Hur ser det ut? Vad som är viktigt och som antyts lite är att det är själva användningen av läkemedlen som är viktig. Om alla som förskriver Xenical följer de mycket tydliga riktlinjer som Läkemedelsverket har gett ut då vet inte jag hur mycket Xenical som har skrivits ut.

Anders Milton: Till Thomas Julin. Problemet är att de vinster som man gör tas hem utanför hälso- och sjukvårdens ram. Det är minskade socialbidragskostnader, ökade bidrag och ökad livskvalitet på sin arbetsplats osv. Problemet att kunna mäta det. Det finns en del undersökningar gjorda, och det finns en del påbörjade studier vad gäller magsårsbehandling osv. Men där måste vi från Sveriges sida vända oss utomlands för att se vad man gör i andra länder. Det är ganska dyrt och svårt att göra det. Det är ett bra exempel på hur man skulle kunna samarbeta med forskare och myndigheter i andra länder.

Lars Gustafsson (kd): Jag skall vända mig till dagens inledande föredragare. Man kan konstatera efter hennes anförande att ett anförande också kan höja livskvaliteten för stunden i alla fall.

Utvecklandet av nya mediciner flyttar ju gränserna för vad som egentligen är komfort och hälsa. Vi ser vilken diskussion om Viagra som det blev. Du sade ungefär så här: Lidande går inte att prioritera efter moraliska kriterier. Nu menar jag att våra vårdköer och våra vårdkriterier till stor del utformas utifrån detta. Vi mäter lidandet med hur snabbt man får komma in på sjukhuset. Men det kanske inte var vad du avsåg. Då undrar jag vad du menade med det.

Karin Johannisson: Jag menade att i den diskussion som vi för om läkemedel blir moraliska kriterier alltför subjektiva. Jag tror att man måste arbeta med väldigt tydliga och pragmatiska kriterier, som väldigt många har sagt i dag. Att avgöra om ett läkemedel skall subventioneras eller inte är huvudfrågan i dag. Då tror jag att man måste arbeta just med tydliga kriterier. Självklart tycker jag att moral alltid skall vara närvarande i medicinen, men det är kanske inte alltid den bästa grunden i den här typen av situationer: Skall det här läkemedlet fås med recept eller receptfritt?

Lars Gustafsson (kd): Just därför frågade jag. Eftersom gränserna flyttas hela tiden är det inte då naturligt att man har en debatt om var gränsen egentligen skall vara någonstans, åtminstone för tillfället? Vi kommer till den situationen att det blir en ren komfortmedicin, oavsett vad vi tycker. Risken finns i alla fall.

Karin Johannisson: Jag tror att det blir väldigt svårt att fixera de här kriterierna. När exakt övergår övervikt till ett sjukdomsliknande tillstånd, när är det ett tillräckligt stort lidande för patienten så att lidandet kan kallas för en sjukdomsliknande situation? Det tror jag kan bli väldigt svårt. Man måste ändå arbeta mot att försöka identifiera sådana kriterier.

Rolf Olsson (v): Jag vill också tacka för en spännande förmiddag. Jag skulle vilja fortsätta med frågor kring förskrivningsrätten. Flera har varit inne på den här frågan. Jag vill ställa frågan: Skall alla läkare kunna förskriva alla läkemedel, eller vore det rimligt att vi hade en mer restriktiv förskrivningsrätt bl.a. i ljuset av de nya läkemedlens framväxt? Även om vi har hört att vi har västvärldens bästa information till landets alla läkare är informationsmängden enorm i dag och dessutom i växande. Det torde vara svårt att hantera informationsfloden inte minst för allmänläkarna.

Vi hörde att Läkarsällskapets företrädare var skeptiska till sådana inskränkningar, och jag tar till mig de argumenten. Jag skulle ändå vilja höra företrädare för Socialdepartementet och Landstingsförbundet ge några synpunkter på frågan och naturligtvis gärna andra också.

Håkan Ceder: Som kommentar vill jag i det här läget bara säga att det här är en komponent som funnits med i debatten under en tid nu. Det är möjligt att man, när regeringen beslutar om direktiv för översyn av läkemedelsförmåner, för upp frågan på dagordningen. Jag vill stanna där.

Marianne Boivie: Vi håller med Håkan Ceder om att frågan måste upp på dagordningen. Den är naturligtvis jättesvår. Rent spontant skulle jag önska att det gick att undvika begränsningar. Men som situationen är ute i vardagen ser jag snart inte någon väg att skapa ett bättre utgångsläge för hälso- och sjukvården. Jag måste säga att jag är jättebekymrad dagligen.

Kjell Strandberg: Min tes i föredragningen var att man rimligen i landstingssituationen, om man fick grundförutsättningarna som jag pekade på bättre tillgodosedda, i princip kan få en mera påtaglig styrning av läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändning i samverkan med läkarkåren. Man skall ha den biten med i minnet att den s.k. läkemedelsreformen är en väsentlig del för att få en bättre styrning utan att gå in i en central reglering.

Kenneth Johansson (c): Från Landstingsförbundet nämndes problem med receptregistret, att man inte kunnat få underlag för uppföljning. Det är ganska elementärt. Min korta fråga är: När bedömer ni att den frågan är löst så att man har tillräckligt underlag? Min andra fråga handlar om fortbildning och utbildning, som både Läkarförbundet och Läkarsällskapet betonat. Kan ni precisera i vilken del ni anser att den största nyttan skulle kunna göras och vem som har ansvaret, staten i dess utbildningar eller landstingen i fortbildningsinsatser och motsvarande?

Marianne Boivie: Jag tar första frågan först. Det var så att socialutskottet 1996 hade en utfrågning innan man bestämde sig för den här reformen. Apoteksbolagets dåvarande vd lovade socialutskottet uttryckligen att det inte skulle finnas några hinder, man skulle klara det här. Jag måste tyvärr säga att jag inte tror att man förrän i slutet av det här året klarar att återrapportera till förskrivare, verksamhetschefer och läkemedelskommittéer vad som har förskrivits. Då kan ni säga: Ja, alla recept är inte kodade med förskrivarkod och arbetsplatskod. Det är riktigt. Det är ungefär 36 % av recepten som har de här koderna. Men det är ett problem för landstingen att få förskrivarna att sätta på koder när de inte får återrapporterat till sig vad de har förskrivit, när de inte har någon nytta av koderna och när apoteket inte kan återföra informationen. Det är omöjligt att utverka någon större entusiasm i den frågan, det förstår ni alla. Jag tror att vi får leva med de här förhållandena hela det här året, och det är otroligt bekymmersamt.

När det gäller fortbildning vill jag säga att Landstingsförbundets styrelse har rekommenderat sina medlemmar i samband med en rekommendation om avtal om utbildning och information, som vi har tillsammans med Läkemedelsindustriföreningen, att man skall intensifiera sina insatser. I den rekommendationen säger man, och det är viktigt, att fortbildning av förskrivare är en huvudmannafråga. Det är huvudmannens ansvar att se till att alla har den kunskap och den kompetens som krävs för att meddela en god vård. Det gäller också förskrivningskunskaperna.

Vi arbetar nu mycket intensivt på att hitta former för att förmedla den här kunskapen till förskrivarna. Jag delar den uppfattning som har redovisats här, att förskrivarna behöver ett stöd vid förskrivningsögonblicket. Då vill jag bara tala om, så att utskottet känner till det, att man i Stockholms läns landsting driver ett projekt, Janusprojektet, som just syftar till att när en förskrivare sitter vid sin skärm och står i beredskap att förskriva ett visst läkemedel kommer samtidigt all information som är relevant i sammanhanget om läkemedlet upp på skärmen. Man har därmed tillgång till Läkemedelskommitténs rekommendationer, Läkemedelsverkets värderingar och andra *guidelines* kring läkemedlet.

Det här finns som ett försök i ett område i Stockholm. Stockholms läns landsting har meddelat att de bjuder hela landet på det här. Det finns ingen copyright som skall lägga hinder i vägen. Det hoppas jag på.

Anders Milton: Vi har från läkarkårens sida föreslagit att man skulle ta 1 % på omsättningen i Apoteket AB och sätta de medlen åt sidan för fortbildning i läkemedelsläran. Det har staten inte velat göra. Landstingen har ambitioner att göra det, men de har inga resurser som ni vet. Vi tycker att staten har en roll att spela här. Staten som den nationella garanten för kvaliteten i hälso- och sjukvården skulle kunna spela en roll här. Det krävs alltså resurser för att man skall kunna få information och få den här fortbildningen. Vi tror att det är väldigt viktigt både för patienterna, för att de skall få tillgång till moderna och riktiga läkemedel och för att underlätta indikationerna. Vi bidrar gärna i den frågan, men det behövs alltså resurser. Där tror vi att staten har en roll.

Ragnar Norrby: Problemet med återföring av förbrukningsstatistik till klinik- och vårdcentralsnivå skulle avsevärt förbättras om vi kunde bli av med för-

skrivarkoden. Jag tar ett exempel. Jag har i Lund en medicinklinik som är mycket stor med nio olika arbetsplatser. 1 100 koder finns på den kliniken. Hur skall man kunna hålla reda på 1 100 receptblanketter? Ta bort förskrivarkoden och behåll arbetsplatskoden. Det är den vi behöver. Förskrivarkoden har vi nog från professionens sida väldigt svårt att se användningsområdet för. Jag tror att det var ett misstag. Man kanske någon gång kan inse att man gjorde fel och backar lite grann!

Arne Melander: Jag skulle bara vilja säga att den kanske viktigaste insats som riksdagen kan göra på det här området är det man hittills hesiterat att göra av skäl som kan låta demokratiska, etiska osv. Det är att tillstyrka ett heltäckande register över läkemedelskonsumtionen. Det finns inget annat sätt än ett fullödigt register för att få svar på de frågor som jag vet inte hur många riksdagsledamöter ställt till mig: Hur är det nu med riskerna med läkemedel XYZ? Svar: Det kan vi aldrig ge ett svar på förrän vi har ett register som följer upp hela vägen. Jag tror att det är full enighet mellan Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Landstingsförbundet, oss och många andra om detta. Jag tror att det är nödvändigt att man omprövar detta, även om det kanske känns lite egendomligt att föra fram det i detta forum.

Det andra är att det starkaste av incitament till förändringar till det bättre är en ekonomisk insikt. Som många har sagt har vi läkare inte haft vare sig insikter om ekonomin eller incitamentet att vara ekonomiska. Nu är vi det, men vi har inte fattat det riktigt tidigare. Alltså: För ut läkemedelsbudgetar så långt ut till vården som det går, kanske inte ända ut på den enskilda vårdenheten, för då kan en enda patients egendomliga behandling stöka till. Men i princip är det läkaren som har ansvaret. Då skall han eller hon mycket väl kunna gå rakt igenom budgetväggen. Det är bara att då måste man hämta hem den någon annanstans – kaffekokare, kirurgiska ingrepp eller få det från RFV därför att man har sparat in på den sidan. Jag håller helt med Anders Milton om att vi måste ha fler kanaler mellan dem som betalar ut, alltså RFV, och dem som gör av med pengarna, dvs. vården.

Cecilia Claesson: Jag vill bara reda ut ett par saker så att det inte blir missförstånd. Syftet med förskrivarkoden är att läkemedelsstatistik, den egna förskrivningen, skall kunna föras tillbaka till den individ som har skrivit ut läkemedlen. Utan kod står man där med statistik utan adress. Det går inte, utan man måste ha koden av det skälet. Detsamma gäller arbetsplatskoden. Det är tänkt att verksamhetschefen skall kunna ta del av statistiken.

I det sammanhanget vill jag också säga att detta med återföring till den enskilde förskrivaren inte i förstone handlar om pengar utan om att man skall kunna analysera, diskutera och bedriva ett produktivt kvalitetsarbete när det gäller den medicinska kvaliteten. Att förbättra läkemedelsanvändningen är att höja den medicinska kvaliteten. Då skall vi också veta, vilket kan vara glädjande för er, att det har visat sig i andra länder som tittat ordentligt på detta att det är den vägen som man också sparar mest pengar.

Problemet med att man nu måste ha 10–15 receptblankettblock i fickorna när man går omkring kommer inom ganska snar framtid, om ett par år, att lösa sig automatiskt i och med att vi får elektronisk överföring av recepten. Det har satt i gång, det fungerar väl i både Norrbotten och Blekinge. Jag tror

att det är på gång också i andra delar av Norrland. Det innebär att datorn registrerar vem man är och vilken arbetsplats det är. Man behöver aldrig mer tänka på det.

Marianne Boivie: Egentligen är det väldigt bra med förskrivarkod, så jag kan instämma i det mesta som sagts. Men jag vill ändå understryka att vården behöver förskrivareregistreringen. Verksamhetscheferna måste som ansvariga för ekonomi kunna följa upp också sina förskrivares förskrivningar och vad det kostar. För Guds skull ta inte bort förskrivarkoderna, de behövs. Vi skall arbeta på ett rationellt sätt att få dem på receptblanketten.

Ordföranden: Jag vill för hela socialutskottet tacka alla er som har bidragit med er kunskap och era synpunkter. Det har varit en mycket värdefull förmiddag för oss i socialutskottet. Det har varit många infallsvinklar i frågan. Det är det som krävs om man senare skall kunna delta i en politisk diskussion som någon gång skall leda fram till ett beslut. Tack så hemskt mycket för era föredragningar och synpunkter!

Bild 1

Bild 2

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Inledning..... | 1 |
| Deltagande inbjudna | 2 |
| Deltagande ledamöter | 3 |
| Karin Johannisson, Uppsala universitet..... | 4 |
| Jan. G. Bruhn, Uppsala universitet | 9 |
| Håkan Ceder, Socialdepartementet | 13 |
| Cecilia Claesson, Socialstyrelsen | 16 |
| Kjell Strandberg, Läke­medelsverket..... | 17 |
| Berit Högman, Landstingsförbundet..... | 21 |
| Anders Milton, Sveriges Läkarförbund | 23 |
| Ragnar Norrby, Svenska Läkaresällskapet | 27 |
| Claes Handin, Läke­medelsindustriföreningen, LIF | 29 |
| Arne Melander, NEPI | 30 |
| Efterföljande frågor och diskussion | 32 |

| | |
|--------------|---|
| 1993/94:URD1 | FÖRSVARsutskottet: Uppföljning av vapenstölder och vapenförvaring i försvaret |
| 1993/94:URD2 | KULTURUTSKOTTET: Bevakning vid centralmuseerna. En kartläggning |
| 1993/94:URD3 | FÖRSVARsutskottet: Kommunal beredskap – läge och problem |
| 1993/94:URD4 | SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET: Varför ökar antalet förtidspensionärer? – regelförändringar, yrkesförändringar och arbetslöshet 1980–1993 |
| 1993/94:URD5 | KONSTITUTIONSUTSKOTTET: Samhällsinformation – regeringens och riksdagens roller |
| 1993/94:URD6 | KONSTITUTIONSUTSKOTTET: Samhällsinformation i riksdagen |
| 1994/95:URD1 | RIKSDAGENS UTSKOTT, utvärderingsgruppen: Utskottens roll och inflytande vid några utländska parlament – Förekommer uppföljning och utvärdering? |
| 1994/95:URD2 | LAGUTSKOTTET: Kunskapen om konsumentköplagen hos konsumenter och detaljister |
| 1995/96:URD1 | UTBILDNINGsutskottet: Påverkas lärarutbildningen av läroplanen? |
| 1995/96:URD2 | KONSTITUTIONSUTSKOTTETS seminarium den 7 mars 1996 KU:s granskning – juridik och/eller politik? |
| 1995/96:URD3 | UTBILDNINGsutskottet Åtgärder mot främlingsfientlighet och rasism i skolan Studenternas rörlighet mellan högskolorna efter 1993 års reform |

| | |
|--------------|--|
| 1996/97:URD1 | NÄRINGSUTSKOTTET Energiomställningsprogrammen |
| 1996/97:URD2 | UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Den nya organisationen för universitetens och högskolornas lokalförsörjning – en uppföljning |
| 1996/97:URD3 | SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Arbetslivsinriktad rehabilitering – En jämförande studie av anställdas och arbetslösas arbetslivsinriktade rehabilitering |
| 1996/97:URD4 | UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Grundläggande högskoleutbildning Former för politik och planering |
| 1996/97:URD5 | UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Hur går det för forskningen? Samarbetet mellan vissa forskningsstiftelser och statliga forsk- ningsstiftelser och statliga forskningsfinansierande organ |
| 1997/98:URD1 | SOCIALUTSKOTTET Assistansersättningen Hur fungerar assistansersättningen för personer med stora funk- tionshinder? |
| 1997/98:URD2 | NÄRINGSUTSKOTTET Statens stöd till forskning och utveckling av informationsteknik inom det näringspolitiska området – uppföljning av satsningar 1993–1996 |
| 1997/98:URD3 | UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Planering av högskoleutbildning – vad är önskvärt och vad är möjligt? |
| 1997/98:URD4 | NÄRINGSUTSKOTTET Statens finansiering av teknisk FoU |
| 1997/98:URD5 | NÄRINGSUTSKOTTET Datoriseringen vid Patent- och registreringsverket |

- 1998/99:URD1 BOSTADSUTSKOTTET
Statligt stöd till lokala investeringsprogram för en ekologiskt hållbar utveckling
– Uppföljning av den hittillsvarande fördelningen av ramanslaget E1 under statsbudgetens utgiftsområde 18
- 1998/99:URD2 UTBILDNINGSPÄNSUTSKOTTET
Pedagogisk utbildning för högskolans lärare
Undervisningen om alkohol, narkotika och tobak (ANT) i skolan
- 1998/99:URD3 UTRIKESUTSKOTTET
Sveriges uppföljning av två FN-konferenser under 1990-talet
– FN:s konferens om miljö och utveckling, UNCED, i Rio de Janeiro, 1992
– FN:s kvinnokonferens i Peking, 1995
- 1998/99:URD4 UTRIKESUTSKOTTET
En uppföljning och utvärdering av FN:s världskonferenser under 1990-talet
– Regering, riksdag, myndigheter och frivilligorganisationer på nya internationella arenor – vem har makten över svensk utrikespolitik i FN-frågor?
- 1998/99:URD5 UTRIKESUTSKOTTET
Internationell konflikthantering
Quo vadit Europa? – freden, säkerheten och demokratin inför 2000-talet
Paneldiskussion med Natos generalsekreterare Javier Solana
Mänskliga rättigheter i interna konflikter och det civila samhällets roll
- 1998/99:URD6 SOCIALUTSKOTTET
Läkemedel i framtiden

SVERIGES 
RIKSDAG 

Beställningar:
Riksdagens tryckeriexpedition, 100 12 Stockholm
Tel 08-786 58 10
Fax 08-786 61 76