

Motion till riksdagen 2017/18:1851

av **Barbro Westerholm m.fl. (L)**

Läkemedelsfrågor

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om forskning om och utvärdering av befintliga läkemedel som förskrivs till de äldsta, sköraste patienterna och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om kostnadsfördelningen för nya dyra läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ordnat införande av nya läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om nationell ordinationsdatabas (NOD) och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ansvar för åsrika patienters hela behandling och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utbildningsinsatser i gerontologi, geriatrik och läkemedelsbehandling och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om läkemedelsförsäkringen och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om läkemedelsberoende och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

År 2011 enades dåvarande regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillsammans med olika läkemedelsaktörer om en nationell läkemedelsstrategi. Nuvarande regeringen har gått vidare på denna linje och presenterat Nationella läkemedelsstrategin 2016–2018. Det är en viktig åtgärd för att nå målet Rätt läkemedelsanvändning för patient och samhälle. Samtidigt pågår två utredningar: Nya apoteksmarknadsutredningen (dir. 2015:118) samt Läkemedelsutredningen (dir. 2016:95).

Här tar vi upp ytterligare förslag till åtgärder inom läkemedelsområdet för att åstadkomma effektiv och säker läkemedelsbehandling på jämlika villkor.

Värdering av läkemedelsbehandling av årsrika patienter

All medicinsk behandling inklusive den med läkemedel ska ge patientnytta. Det är därför läkemedel genomgår kliniska prövningar som underlag för myndigheternas bedömning av om nyttan med läkemedelsbehandlingen överstiger riskerna.

Även om patienter 75 år eller äldre är den största användargruppen av läkemedel har de sällan ingått i de kliniska prövningar som legat till grund för myndigheternas godkännande för medlens användning. Samtidigt visar den genomgång Socialstyrelsen (2014) gjort av läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre att vi här har att göra med ett omfattande problem för såväl den enskilde som sjukvården. Socialstyrelsen har lämnat förslag till huvudmännen om hur man kan upptäcka och identifiera läkemedelsproblem i vården. Det som inte berörts och som vi anser bör göras är mer forskning om de aktuella läkemedlens nytta för den här patientgruppen. Det behövs också aktuell utvärdering av vilken nytta de här läkemedlen medför vid behandling av dessa sköra patienter.

Höga kostnader för vissa läkemedel

Den europeiska läkemedelskontrollen (European Medicines Agency, EMA) och LäkeMedelsverket ansvarar för godkännandet av nya läkemedel. Därefter är det Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som efter ansökan från producenterna beslutar om pris och subventionering av medlen. Det innebär att medlen också bedöms utifrån sin kostnadseffektivitet. I några fall har den målsättningen inte ansetts uppnådd och därmed har de aktuella patienterna inte fått tillgång till läkemedlet. Det i sin tur har förorsakat etiska konflikter utifrån frågan: Vem är värd att behandla.

För ett enskilt landsting eller en enskild klinik kan läkemedelskostnaderna för behandling med dessa dyra läkemedel riskera att spräcka budgeten men sett till kostnaden på samhällsnivå är den liten. Det är därför viktigt att den pågående utredningen om finansiering, subvention och prissättning löser detta problem. Patienter ska inte på grund av behandlingskostnader ställas mot varandra.

Ordnat införande av nya läkemedel

För att uppnå en jämlik och ändamålsenlig användning av nya läkemedel över hela landet samarbetar landstingen, ett flertal myndigheter och läkemedelsföretagen i en gemensam process för införande av dessa läkemedel. Vårdanalys har gjort en utvärdering av verksamheten redovisad i rapporten Ordning i leden? (Rapport 2017:5). Den visar i korthet att målet en mer jämlik läkemedelsanvändning inte uppnåtts vilket är problematiskt för patienterna. Brister i processens transparens och förutsägbarhet samt ansvarsfördelningen mellan de involverade aktörerna är otydlig. Detta är inte acceptabelt och något som den pågående utredningen om finansiering, subvention, prissättning etc. måste ta sig an.

Nationell läkemedelslista/ordinationsdatabas (NOD)

Studier har visat att cirka 40–85 procent av patienterna har något fel i sina läkemedelslistor både vid inskrivning i och utskrivning från slutenvård. Mellan 6 och 16 procent av alla sjukhusinläggningar beror på läkemedelsrelaterade problem. Det visar att felmedicinering medför allvarliga konsekvenser.

Det finns sedan länge en bred enighet om att införandet av en nationell läkemedelslista/ordinationsdatabas är viktigt för att minska riskerna med läkemedelsbehandling för patienterna. Ett hinder för införande har varit EU:s dataskyddsförordning. Fortfarande har vi inte någon tidpunkt när en nationell läkemedelslista/ordinationsdatabas kan förverkligas vilket är oacceptabelt. En sådan måste införas utan ytterligare fördröjning för patientsäkerhetens skull.

Utbildning om läkemedel och läkemedelsbehandling

Socialstyrelsen har i sin rapport om läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre lyft fram den bristfälliga utbildning i geriatrik och läkemedelsbehandling som läkare och annan hälso- och sjukvård har. Här måste dels ansvariga för grundutbildningarna i de olika professionerna, dels sjukvårdshuvudmännen se till att berörd personal har den kunskap som krävs för att ge en effektiv och säker läkemedelsbehandling, inte minst för de äldsta och sköraste patienterna.

Den information patienterna får om sina läkemedel från läkare, sjuksköterskor och farmaceuter är av olika orsaker bristfällig. De två stora pensionärsorganisationerna PRO och SPF Seniorerna erbjuder idag sina medlemmar föreläsningar, studiecirkel och annan information om läkemedel och läkemedelsbehandling. De får också en lista med frågor att ställa sin läkare i samband med läkemedelsförskrivning. Erfarenheterna av denna form av patientutbildning är så goda att den bör införas mer permanent och erbjudas av hälso- och sjukvården samt omsorgerna.

Läkemedelsförsäkringen

Läkemedelsförsäkringen (LFF) skapades 1978 genom en frivillig överenskommelse mellan läkemedelsföretag i Sverige med syfte att patienter ska kunna ekonomiskt ersättas för en skada som sannolikt förorsakas av intag av ett läkemedel. Fördelarna med försäkringen är att patienten enkelt och snabbt ska kunna få sin sak prövad jämfört med att stämma ett läkemedelsföretag inför domstol där de juridiska kraven är mycket strängare.

Nästan alla läkemedel som säljs i Sverige (99 %) omfattas av LFF. Årligen säljs dock hundratusentals förpackningar av oförsäkrade läkemedel och skador av dessa läkemedel har rapporterats. Mest problematiskt är när ett oförsäkrat läkemedel blir utvalt till ”periodens vara” av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Av konkurrensrättsliga skäl kan TLV inte kräva att ett läkemedel ska ha läkemedelsförsäkring för att få bli periodens vara.

Det måste därför skapas en möjlighet för ordinerande läkare samt patient att få information om att läkemedel som valts till ”periodens vara” är försäkrat eller inte så att försäkrat läkemedel kan väljas.

Läkemedelsberoende

Även om vi har dåligt med uppgifter om hur omfattande läkemedelsberoende är så anses det utgöra ett folkhälsoproblem. Den statliga utredningen Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35), även kallad missbruksutredningen, gjorde 2009 en kartläggning som ledde till slutsatsen att 65 000 personer mellan 16 och 64 år hade av läkemedelsanvändning orsakade problem som uppfyllde kriterierna för skadligt bruk och beroende. Här hade man inte med människor 65 plus som är den grupp som har den högsta användningen av medlen. Bakom problemet kan ligga följden av en normal förskrivning av bensodiazepiner eller opiatbaserade smärtstillande medel från läkare till att vara en del i ett avancerat beroende, där tablettorna införskaffats illegalt.

Det är en brist att vi inte har någon aktuell kartläggning av förekomsten av läkemedelsberoende. En ny studie bör genomföras t.ex. i Folkhälsomyndighetens eller Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) regi.

För att förebygga utveckling av läkemedelsberoende ansåg missbruksutredningen att det är viktigt att läkare har god kunskap om beroendesjukdomar men konstaterade samtidigt att grundutbildningen till läkare ger begränsad kunskap inom detta område. Därför bör inslagen om beroende och farmakologi utökas i utbildningsprogrammets obligatoriska delar för att förbättra kunskapen i vården om att läkemedelsanvändning kan leda till beroende och hur detta kan förebyggas.

Missbruksutredningen konstaterade att ansvaret för behandling av läkemedelsberoende inte är lagreglerat idag utan faller på landstingen i deras egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården. Utredningen ansåg att detta ansvar borde tydliggöras i en ny lag om missbruks- och beroendevård och vi instämmer i detta.

Utredningen fann också att utbudet av behandling är mycket begränsat till några få ställen i landet, bland annat i Stockholm, Göteborg och Malmö. I den mån vård och behandling överhuvudtaget finns på andra platser är den integrerad med annan vård. Varje landsting borde ha ett vårdprogram för målgruppen. Inom primärvården bör det finnas program och rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas när en patient riskerar att utveckla läkemedelsberoende och möjlighet att konsultera specialiserad vård vid behov. Inom den specialiserade vården bör det finnas ett samlat behandlingsprogram för personer med läkemedelsberoende.

Barbro Westerholm (L)

Christer Nylander (L)

Emma Carlsson Löfdahl (L)

Maria Weimer (L)

Tina Acketoft (L)

Mats Persson (L)