också att de har legitima ekonomiska intressen. De vill rekrytera arbetskraft som kan bedömas vara produktiv och utvecklingsbar samtidigt som de önskar undvika anställda som kan ställa till med problem och öka kostnaderna.

Vi föreställer oss att undersökningar inriktade på testens kostnader därför är speciellt relevanta i detta sammanhang. Om det kan visas att kostnaderna är orimligt höga i förhållande till nyttan, skulle detta också accepteras som ett tungt vägande argument mot drogtest.

De som motsätter sig sådana test bör alltså (för att övertyga förespråkarna) inrikta sig på att visa att det till lägre kostnader finns sätt att nå de mål arbetsgivaren eftersträvar. Det är tveksamt om det är nog att lyfta fram alternativ som är mindre integritetskränkande eller diskriminerande.

Avslutande kommentarer

Vår huvudståndpunkt är alltså att ideologiska argument inte bidrar till att föra debatten om drogtest i arbetslivet framåt. Både motståndare och förespråkare har ett gemensamt ansvar för att skaffa fram empiriska kunskaper relevanta för att i det enskilda fallet bedöma såväl testens möjligheter att påverka hälsa och säkerhet på arbetsplatsen, som testens kostnader för att identifiera enskilda missbrukare.

Det är i första hand resultaten från sådana systematiska utvärderingar som kan antas påverka de delvis låsta positionerna.

Referenser

1. Lundgren H. Hälften av storföretagen drogtestar. Arbetsmiljö 1994; 11: 18-9.
2. Hayghe H. Anti-drug programs in the workplace: Are they here to stay? Monthly Labor Review 1991 April.
3. Drug testing: cost and effect. Brown University: Digest of addiction, theory and application. [Cornell/-Smithers REPORT] 1992; 1: 1-8.
4. Campbell RL, Langford RE. Substance abuse in the workplace. London: Lewis Publishers, 1995.
5. Jacobsson L. Drogtestning i arbetslivet. Inget svårt medicinskt-etiskt problem. Läkartidningen 1995; 92: 4778-9.
6. Westerholm B. Medicinska test i arbetslivet ej okontroversiella. Utred alternativen, och låt nämnd avgöra. Läkartidningen 1996; 93: 444-5.
7. Johansson B. Så förhöll det sig med medicinska test i arbetslivet. Läkartidningen 1996; 93: 1406.
8. Jacobsson L. Viktig skillnad mellan gentest och drogtest i arbetslivet. Läkartidningen 1996; 93: 1820.
9. Falk V. Socialstyrelsens etiknämnd var inte oklar om haschtest. Läkartidningen 1996; 93: 2565-6.
10. Alkohol & Narkotika 1996; (2) (Temanummer).
11. Karlsson I. Elektriker vill stoppa drogtest. Lag & avtal 1997; (1): 4-6.

ETIKEN OCH LÄKEMEDLEN

Svarte Petter smygs in i läkarnas receptblock

Landstingens direktiv till läkemedelskommittéerna tycks få en mer eller mindre renodlad ekonomisk inriktning. Kostnadsansvaret för den stigande läkemedelsnotan har blivit en Svarte Petter i spelet. Staten delar ut kortet till landstinget, som i sin tur skickar det vidare till sjukvårdsområdet, varifrån vårdenheten får ta över. Till slut sitter den enskilde allmänläkaren med Svarte Petter i handen.

DEBATT

”Eftersom det genom varje heltidsarbetande allmänläkares receptpenna årligen flödar cirka 2 miljoner kronor, är det starka krafter som släpps lösa. Vad detta betyder för den enskilde läkaren eller den mindre vårdenheten är frågor som måste analyseras närmare.”

Efter årsskiftet gäller nya regler för rabattering av läkemedel. Landstingen kommer successivt att ta över det ekonomiska ansvaret fr o m 1 januari 1998. Patienterna kommer att få bära en större andel av kostnaderna. Läkemedelsindustrin kommer att behöva göra insatser för att främja en fortsatt ökad försäljning.

Landstingen vill hejda de ökade kostnaderna, industrin vill behålla sina vinster, och patienterna vill ha bra läkemedel till låg kostnad. Läkarna kommer att utsättas för påverkan och ifrågasättande från flera håll.

Läkemedelsreformen placerar framför allt allmänläkarna, som svarar för den största delen av läkemedelsförskrivningen, i en ny situation där ekonomiska och etiska frågor ställs på sin spets. Allmänläkaren kommer att ställas inför etiskt svåra beslut – om den ekonomiska transaktionen förs in i konsultationen som den styrande faktorn.

Vem styr receptpennan?

Läkemedelsreformen medför att landstingen och patienterna får ett större intresse än tidigare av läkarnas receptförskrivning – inte minst ur ekonomisk synvinkel. Reformen kan också leda till förändringar av läkemedelsindustrins försäljningsstrategier.

Exempelvis kan reklam riktad direkt till patienter – med priset som konkurrensmedel – bli vanligare. Det är därför – nu mer än någonsin – av största vikt att patienterna är övertygade om att läkarna inte låter sig påverkas på ett otillbörligt sätt av politiska och kommersiella krafter.

Om patienten får uppfattningen att läkaren skriver ut ett billigt (och sämre) läkemedel för att tjäna pengar till den egna mottagningen eller åt landstinget, då kan förtroendet rubbas. Om receptnotan ter sig omotiverat dyr kan patienten misstänka att läkaren påverkats av reklam – eller i värsta fall – av mutor från industrin.

Reklam påverkar läkarna

Idag satsar läkemedelsindustrin 1 100 miljoner kronor årligen på marknadsföring. Cirka 500 »läkemedelskonsulenter» arbetar dagligen med att påverka läkarnas förskrivningar. Det finns många exempel på att industrin är framgångsrik i sin marknadsföring med effekt att även onödiga och omotiverat dyra läkemedel skrivs ut.

Några exempel:

Vid högt blodtryck behandlas ofta i onödan med ACE-hämmare och kalciumantagonister [1].

Vid behandling av migrän följer läkaren ofta fabrikantens råd att ordinera 100 mg Imigran trots att 50 mg hjälper lika bra [2]. En tablett Treo och en ta-

Författare

JONAS SJÖGREEN
allmänläkare, Västerås; medlem i SFAMs råd för läkemedelsterapi.

blett Primperan kan hjälpa migränpatienten nästan lika bra som Imigran, till en tiondel av kostnaden – en kunskap av litet kommersiellt intresse och som därför får liten spridning [3].

Nya dyra läkemedel mot depression har introducerats med en intensiv marknadsföring. Det preparat som har den svagaste dokumentationen förskrivs mest.

Läkemedel vid senil demens förskrivs i ökad omfattning, trots bristfällig dokumentation av effekt.

Dyra medel mot magsår och magsyrarelaterade besvär skrivs ut i en omotiverat stor omfattning. Svenska läkare ordinerade under 1995 40 miljoner dygnsdoser Losec [4], vilket skulle räcka till fem dygns behandling av alla svenskar i åldrarna 0–100 år.

»Bortglömda» regler

Det är uppenbart att reklam och annan marknadsföring riktad mot läkarkåren bidragit starkt till dessa förskrivningsmönster. De ökade kostnaderna får landstingen och patienterna bära.

För att främja ett sunt förhållande mellan läkarna och industrin finns – utöver lagen om mutor och bestickning – regler och överenskommelser mellan Landstingsförbundet och läkemedelsindustrin [5], vilka Läkarförbundet godkänt. Det finns många exempel där parterna inte följt dessa regler.

Det har också förekommit att högt uppsatta företrädare för Läkarförbundet genom sitt aktiva deltagande legitimerat aktiviteter som arrangerats av läkemedelsindustrin under former, som annars inte skulle överensstämma med detta regelverk. Exemplen på detta är många: Astras Allmänmedicinskt forum, arrangemang vid s k distriktsläkarklubbar med bl a fria utlandsresor, blandformer av fackliga möten och läkemedelsreklam etc.

Läkarförbundet tjuvpassar

Det är inte helt lätt att diskutera denna sakfråga öppet. Den som ställer kritiska frågor riskerar att bli utsatt för personangrepp [6, 7]. Trots Läkartidningens ledare [10/96] »Håll debatten vid liv», så är det nästan helt tyst i frågan, både på Läkartidningens debattsidor och på Läkaresällskapets hemsida på Internet.

Läkarförbundets ordförande och dess övriga ledning har inte bidragit till att skingra den osäkerhet som råder. Ansvariga i Läkarförbundet har, i den mån de alls yttrat sig, gett vaga besked till föga vägledning.

Läkarförbundet har t ex i ett brev fått frågor rörande en inbjudan från Merck Sharp & Dohme (MSD) – en »utbildningsresa» till Åre – riktad till distriktsläkare i Västmanland. Resa, uppehälle, mycket skidåkning, lite utbildning och mycket reklam, erbjuds till en total kostnad av 500 kronor.

Då reagerar förbundet med en urvattnad skrivelse med avsaknad av svar på de frågor som ställts. Bl a säger Läkarförbundet att »själva arbetsprogrammet kommer att uppta 3,5 respektive 4,5 timmar under de tre dagarna och detta får väl anses ganska rimligt». Att företaget är ensam arrangör, bjuder på resa, kost och logi samt har utbildning enbart omkring namngivna produkter väljer Läkarförbundet att inte kommentera [Sveriges läkarförbund, pers medd 1997].

Recept för miljoner

Det är logiskt att den som förskriver ett läkemedel också har ett ansvar för de ekonomiska konsekvenserna. Men vilka övriga effekter kan en alltför stark betoning på det ekonomiska incitamentet medföra?

Eftersom det genom varje heltidsarbetande allmänläkares receptpenna årligen flödar cirka 2 miljoner kronor, är det starka krafter som släpps lösa. Vad detta betyder för den enskilde läkaren eller den mindre vårdenheten är frågor som måste analyseras närmare. Vilken inverkan kommer det att få på patient–läkarrelationen?

Vilken inverkan kommer det att få på samarbetet mellan primärvård och specialistvård? Det finns en risk för att patienter med dyra läkemedelsbehov kan komma att bollas mellan olika vårdnivåer, för att vårdgivaren försöker slippa undan kostnadsansvaret.

Läkarnas kostnadsmedvetenhet kan ökas utan att de åläggs ett direkt eller indirekt betalningsansvar. Ett sätt är att göra en rejäl investering i producentobunden fortbildning. Det borde vara en självklarhet för alla landsting.

En bra patientdoktor

En kostnadseffektiv sjukvård bygger på kvalitet och kompetens. Därför kan kunniga allmänläkare sänka sjukvårdskostnaderna [8]. Läkemedelsreformen ger landstingen unika möjligheter att tillsammans med läkarna få en mer rationell förskrivning av läkemedel. Därmed finns också chansen att åtminstone begränsa ökningen av kostnaderna.

Det förutsätter att sjukvårdshuvudmannen satsar på fortbildning och kvalitetsutveckling. Om landstingen i stället skapar ekonomiska incitament utifrån tesen att en bra doktor är liktydigt med en doktor som sparar pengar – då kan patienterna få en sämre vård.

Allmänläkarens arbete står och faller med en god patient–läkarrelation. Allmänläkaren skall vara patientens förtrogne rådgivare, vårdgivare och »försvarsadvokat».

Patienten skall i förtroende kunna vända sig till en läkare som hon eller han litar på, för att de tillsammans ska kunna bestämma om vårdalternativ, mediciner, utredningar eller specialistkonsultationer.

Det är i den personliga konsultationen som de viktiga prioriteringarna skall ske, utifrån det individuella perspektivet och med en etik som utgör ett skydd för i synnerhet de svaga.

En trovärdig familjeläkare spelar med öppna kort. Därför måste Svarte Petter plockas bort ur leken.

Referenser

1. Måttligt förhöjt blodtryck. Stockholm: SBU-rapport, 1994.
2. Information från Läkemedelsverket 1995; 3: 317-9.
3. Tfelt-Hansen et al: Lancet 1995; 923-6.
4. Apoteksbolagets statistik 1995.
5. Läkarinformation 96/97; 141-7. Stockholm: Sveriges läkarförbund, 1996.
6. DLFs styrelse: brev till SFAMs styrelse 960111. SFAM dnr 4/96.
7. Tibblin G. Ledare. Distriktsläkaren 1996; 1: 4.
8. Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaden. SFAM: Broschyr 1995.