

Inskränk inte den fria förskrivningsrätten!

Som läkare har vi på två punkter anledning att gå emot regeringens proposition om begränsning av kostnadsutvecklingen på läkemedel. Den ena är förslaget att recept måste åtföljas av arbetsplatskod, den andra att apoteket ska kunna byta ut förskrivet läkemedel mot generiskt preparat. I övrigt innehåller propositionen många bra förslag. Men i stället för att försöka begränsa läkares yrkesutövning borde sjukvårdshuvudmännen fråga professionen om hur man kan begränsa läkemedelskostnaderna.

EVA NILSSON BÅGENHOLM
ordförande i Läkarförbundets läkemedelsråd
eva.nb@swipnet.se

II Utredningen om läkemedelsförmånen tillsattes 1999 och avgav betänkandet »Den nya läkemedelsförmånen« (SOU 2000:86) för drygt ett år sedan. Utredningen hade i uppdrag att se över högkostnadsskyddet samt vissa frågor som nära knyter an till läkemedelsförmånen såsom läkarnas fria förskrivningsrätt.

Syftet med utredningen var att komma tillrätta med kostnadsutvecklingen. I utredningen såg man flera nackdelar med att inskränka den fria förskrivningsrätten, såsom t ex att tillgängligheten för patienter i glesbygd skulle försämras om inte distriktsläkare fick möjlighet att förskriva alla läkemedel.

Förslagen i propositionen

Regeringen överlämnade i december 2001 propositionen »De nya läkemedelsförmånerna« till riksdagen. I propositionen föreslås att den fria förskrivningsrätten ska vara kvar för alla legitimerade läkare.

Begränsningarna är som tidigare att förskrivning måste ske med iakttagande av bestämmelserna i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, dvs att läkemedel måste förskrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta är samma som gäller för all annan behandling.

Legitimationen utgör garanti för att läkaren erhållit den utbildning som krävs för att kunna förskriva läkemedel på rätt sätt, och den fria förskrivningsrätten är alltså kopplad till legitimationen. Det innebär att alla leg läkare, oavsett anställningsform, har denna rätt, också pensionärer.

I utredningen nämns att röster höjts för att ta bort den fria förskrivningsrät-

ten. Uppfattningen att det är den fria förskrivningsrätten som är orsak till kostnadsutvecklingen på läkemedelsområdet finns hos en del politiker.

Obligatorisk arbetsplatskod

I propositionen finner man trots ovan nämnda förslag två sätt som förskrivningsrätten kan komma att begränsas på. Först är det förslaget om obligatorisk arbetsplatskod på recepten för alla landstingsanställda läkare.

Om någon väljer att skriva recept utan arbetsplatskod blir de läkemedlen inte subventionerade. Förklaringen är att landstingen, då de nu tar över kostnadsansvaret, vill ha möjlighet till ekonomisk uppföljning.

Är det ett stort problem? Ja, jag anser det. Vi har i Sverige idag åtminstone 4 000 pensionerade läkare, några tusen som arbetar på statliga verk och myndigheter, bedriver forskning på heltid, arbetar inom läkemedelsindustrin eller i uthyrningsföretag m m. Dessa skulle i framtiden inte få förskriva läkemedel med subvention.

Förskrivning på fritiden

Dessutom nämns inte i propositionen hur man tänkt hantera de landstingsanställda läkare som förskriver läkemedel på sin fritid. Kommer kliniken eller vårdcentralen att stå för subventionen? Eller ska vi förhindras att göra det? Om vi leker med tanken att alla läkare i Sverige, ca 34 000, förskriver fem läkemedel per år på sin fritid så innebär det 170 000 recept, vilket troligen kan likställas med antal besök i sjukvården.

Detta innebär en mycket stor avlastning för den offentliga sjukvården, främst primärvården, som inte är att förakta! Dessutom slipper dessa personer ta ledigt från sitt arbete, det blir inget produktionsbortfall. Det ter sig också märkligt att kolleger på Läkemedelsverket,

Nätverk för läkemedelsepidemiologi (Nepi), Socialstyrelsen m fl inte skulle få förskriva subventionerade läkemedel.

Hellre nationell samlingskod för alla

Syftet med att införa obligatorisk kod som anges i propositionen är att förbättra uppföljningen av läkemedelsförskrivningen. Det är naturligtvis lovvärt. Men det får inte gå ut över våra kolleger som av olika anledningar inte är verksamma inom landstingsdriven sjukvård!

Läkarförbundet har vid uppvaktning hos socialutskottet föreslagit att en nationell samlingskod inrättas. Det innebär att det är möjligt att följa upp även denna förskrivning. Alla legitimerade läkare ska ha möjlighet att skriva ut läkemedel som omfattas av den offentliga subventionen.

Apotekens rätt att byta ut läkemedel

Det andra sättet som propositionen vill inskränka vår förskrivningsrätt på är att apoteken ska kunna byta ut de läkemedel vi förskrivit mot ett generiskt preparat. Detta är helt oförsvarligt! Endast på medicinsk grund skulle vi kunna motsätta oss ett utbyte, enligt förslaget.

Många av de kroniskt sjuka, som ofta också är äldre, har ett flertal läkemedel. Vi vet redan att följsamheten till ordinationerna är dålig; mindre än hälften av patienterna tar läkemedlen på rätt sätt! De flesta av oss försöker noggrant tala om för varje patient vilka läkemedel de ska ta, och de får en läkemedelslista som vi gått igenom med dem.

Vad händer sedan när den 80-årige

I stället för att med olika hinder och lagförslag kringgärda läkarprofessionen borde sjukvårdshuvudmännen fråga professionen hur man kan begränsa läkemedelskostnaderna.

gentlemannen med tio läkemedel kommer till apoteket? Även om jag vid det senaste besöket skrev ut de billigaste generiska preparaten så riskerar han att varje kvartal, då han ska hämta ut nya läkemedel, få tio nya sorter. Fyrtio olika läkemedel på ett år är för mycket, det är inte möjligt ens för en ung person att hålla reda på. Risken för förväxlingar och felmedicinering är uppenbar!

Vem bär ansvaret om det blir fel?

Man kan också fundera över ansvarsfrågan – vem bär ansvaret om jag förskriver ett läkemedel som apoteket byter ut och patienten reagerar med allergi? Det är inte jag, jag har ju inte förskrivit det läkemedlet. Kan apotekspersonalen bära det ansvaret? Är de beredda att göra det? Nej, det är alldeles uppenbart att läkemedel ska ordinerar av läkaren i mötet med patienten där all information finns.

Elektroniskt förskrivarstöd

Det kan aldrig accepteras att patienter får utdelat läkemedel över apoteksdysken som de inte diskuterat med sin läkare. För att kunna använda generiska läkemedel, och på det sättet bidra till kostnadseffektiv läkemedelsbehandling, måste vi läkare utrustas med elektroniska förskrivarstöd så att vi direkt kan se vilket läkemedel som är billigast.

Att byta mellan olika generiska preparat under ett år bidrar inte till någon kostnadsbesparing, då de flesta generika håller i stort sett samma pris. I stället riskerar man patientsäkerheten, vilket inte kan vara syftet!

I stort innehåller propositionen många bra förslag, men att på olika sätt försöka begränsa läkarens yrkesutövning är fel väg. I stället för att med olika hinder och lagförslag kringgärda läkarprofessionen borde sjukvårdshuvudmännen fråga professionen hur man kan begränsa läkemedelskostnaderna.

Vi behöver producentobunden utbildning

Det är också sjukvårdshuvudmännens absoluta ansvar att ge oss opartisk, producentobunden läkemedelsutbildning, men detta ansvar har de inte tagit! Införandet av elektroniskt förskrivarstöd är något som skulle underlätta för oss, men också detta har fallerat.

Politiker och sjukvårdshuvudmän har ett stort ansvar för läkemedelskostnaderna, och vi kan bara tillsammans hejda kostnadsutvecklingen. Förhoppningen är att riksdagen nu fattar välgrundade beslut som leder till att Sveriges befolkning kan få tillgång till bästa möjliga läkemedel på ett kostnadseffektivt sätt! •

Vi skriver inte ut de billigaste läkemedlen, men vi är billigast!

Förslaget om generisk ersättning på apoteket är inte godtagbart ur perspektivet patient-läkarrelationen. Det läkemedel jag som doktor skriver ut är väl valt och jag tar ansvaret. Det finns andra sätt att hålla nere läkemedelskostnaderna, t ex genom god läkarkontinuitet, restriktivitet med att skriva ut läkemedel, att hålla ett begränsat sortiment på apoteket, och regelbundna genomgångar av läkemedelsinnehavet för boende i åldringsvården.

PER HEMBERG

distriktsläkare, VD, Pålshoda Vårdcentral AB, Pålshoda

■ Stigande läkemedelskostnader är ett växande problem. Nya läkemedel blir allt dyrare att utveckla, överförskrivning är inte ovanligt, och ofta kan också kostnadsförskjutningar förekomma mellan sjukvårdens olika grenar – för många år sedan ägnades exempelvis stora insatser åt magsårskirurgi, men idag kanske distriktsläkaren botar magsåret med några veckors läkemedelsbehandling; visserligen är tabletterna dyra men inte att jämföra med tidigare behandlingskostnader.

Idag vill vi inte bara behandla sjukdomar utan också förebygga, t ex hjärtsjukdom eller komplikation hos diabetiker. Skjuter man upp ett slaganfall med tre till fyra år så spelar det kanske inte så stor roll att tabletterna är dyra!

Dyra är också de så kallade »livsstilsmedicinerna«, och där kan bara en samhällsdebatt leda fram till om sådana skall subventioneras eller inte. Det är kanske inte längre självklart att samhället skall betala när någon vill gå ned i vikt, sluta röka, lindra impotens eller klimakteriebesvär.

Ensidig inriktning på billigaste preparat

Debatten om hur kostnaderna skall minska har i mitt tycke blivit mycket ensidigt inriktad på att läkaren frivilligt skall välja billigaste preparat, alternativt tvingas till det. Kanske kan det ibland leda till minskade kostnader, men jag är övertygad om att andra faktorer i första hand är viktigare för en god läkemedels ekonomi.

Jag och min kollega ansvarar för allmänläkarvård i Pålshodadistriktet inom Örebro län med 4 800 invånare, och vi driver vårdcentralen privat på entreprenad sedan tio år. Ett litet apotek med basortiment finns på orten med ett läkemedelsförråd som väl överensstämmer med våra lokala terapitraditioner. Jag och

min kollega skriver bevisligen inte alltid ut billigaste preparat, men ligger vid regelbundna jämförelser med länets övriga vårdcentraler mycket lågt i kostnad i förhållande till befolkningsunderlaget. Hur kan detta komma sig?

Så arbetar vi

En viktig faktor är att vi i grunden är mycket restriktiva med att skriva ut läkemedel. Vad spelar det för roll om man väljer ett billigt preparat när man kanske hellre skulle avvaktat utan läkemedlet? Man skall följa givna indikationer, men tyvärr åsidosätts de ofta. Man skall vara restriktiv med läkemedel till äldre; polyfarmaci är ett gigantiskt problem trots att alla experter anser att gamla skall ha ett fåtal läkemedel givna i låga doser.

Genomgångar på servicehuset

Hos oss går vi fyra gånger per år igenom läkemedlen för de äldre på servicehuset tillsammans med informationsapote-

Varje läkare måste få ha sin egen bevekelsegrund för att skriva ut ett visst preparat, vilket förutsätts ske utifrån goda kunskaper och klinisk erfarenhet. Automatiska byten skapar förvirring för patienterna – men även för oss läkare.

Låt läkaren få ha kvar sin viktiga och oinskränkta möjlighet att välja läkemedelsterapi tillsammans med sin patient. Illustration: Airi Iliste.

kare, ansvarig sjuksköterska samt ansvarig vårdpersonal, och vi försöker ompröva samt sätta ut läkemedel så ofta vi kan. För det mesta lyckas det bra.

Vi har också en rigorös kontroll över de mängder vi förskriver. Patienten kan inte lättvindigt få nya recept om hon/han kan förväntas redan ha kvar av läkemedel hemma.

En väl inarbetad terapitradition med relativt få preparatbyten, och där läkemedlen inte byts hos patienten för ofta, minskar apotekets lagerhållning och risken att patienten samlar på sig läkemedel hemma. Kontinuitet på läkarsidan vid vårdcentralen är också viktig. Ju oftare man byter läkare, desto högre blir läkemedelsnotan! Själv har jag varit på min tjänst i 22 år.

Indirekta kostnader vid byte

Att byta läkemedel innebär även kostnader indirekt. Ett »historiskt« exempel är det vätskedrivande medlet Lasix, som i många år var det enda i sin klass. Så kom ett synonympreparat, Furix, som var billigare, och vår läkemedelskommitté rekommenderade byte till detta nya preparat. Byte av ett sådant läkemedel sker då lämpligen gradvis och helst bara vid nyinsättningar. Det innebar att jag i flera år hade två ganska stora patientgrupper som åt antingen Furix eller Lasix. Apoteket fick hålla båda läkemedlen i väsentliga lager.

En hel del motivationsarbete gick åt till förklaringar om läkemedlen i samband med besöken; jag kommer särskilt ihåg en man som åt Lasix när hans hustru hade fått Furix. När gradvis de flesta efter flera år slussats över på Furix kom Lasix ut i retardform som åter gjorde preparatet intressant i vissa fall.

Detta illustrerar ett enkelt principexempel, men anta att billigaste preparat varierar flera gånger om året och dessutom med ännu fler preparatnamn i sam-

ma grupp. Man inser att detta är ohållbart!

Förtroendet läkare–patient

Gemene man och även politiker beaktar inte heller alltid det känsliga och viktiga förtroende som ofta finns mellan läkare och patient. Läkaren har ju tillägnat sig årtal av kunskap och erfarenhet, och har utarbetat en terapimodell med ett antal preparat som han känner väl vad avser effekter och bieffekter. Patienten litar för det mesta på sin läkare och förutsätter att det är ett bra och genomtänkt val och inte en nyck som fått läkaren att skriva just detta preparatnamn på receptet.

Skulle i det läget någon tvinga fram ett byte av preparatet, exempelvis apotek eller läkemedelskommitté, så rubbas kanske förtroendet för läkaren hos den patienten. Detta förtroende har till och med av en central läkemedelskommitté beskrivits i negativa ordalag: »apotekarna har berättat att många patienter inte gärna byter ut det som doktorn skrivit, trots att det ibland blir en betydande merkostnad, då det ingår i det terapeutiska kontraktet att inte gå emot sin doktor«.

Underbart, tycker jag, att vissa patienter har så mycket kurage att de står på sig!

Nej till snabba förändringar

Enligt min uppfattning måste vi vara restriktiva med alltför snabba förändringar, då patienterna redan nu har svårt att hålla reda på sina mediciner och preparatnamn. Varje läkare måste få ha sin egen bevekelsegrund för att skriva ut ett visst preparat, vilket förutsätts ske utifrån goda kunskaper och klinisk erfarenhet. Automatiska byten skapar förvirring för patienterna – men även för oss läkare.

Om ett system med »billigaste prepa-

rat« skulle gälla ser jag enbart ett alternativ, nämligen att jag som läkare på receptet skriver grundsubstansens namn och att apoteket alltid expedierar det billigaste preparatet (utan alla andra hänsyn). Patienten kan då få byta preparat med nya namn kanske flera gånger per år. En önskedröm? Billigare och bättre på sikt? Tveksamt!

Ja till omprövning, nej till inskränkning

Debatten är nyttig och välkommen. Ompröva gärna nya läkemedel i förhållande till gamla. Försök åskådliggöra statistiska sammanhang och jämförelser för våra beslutsfattare på ett enklare sätt. Delegera gärna ut kostnader för läkemedel till varje vårdcentral så får man lokalt välja vilka metoder som skall användas för att ha en sund läkemedelsekonomi.

Men glöm inte bort de viktiga argumenten för en god förskrivning som anförts ovan. Låt framför allt läkaren få ha kvar sin viktiga och oinskränkta möjlighet att välja terapi tillsammans med sin patient. •