

# Läkarförbundet om läkemedel

---

Ett policyprogram från Sveriges läkarförbund



Villagatan 5 · Box 5610 · 114 86 Stockholm  
Telefon 08 790 33 00 · Fax 08 20 57 18  
[www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se) · [info@slf.se](mailto:info@slf.se)

# Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| Sammanfattning .....                               | 5         |
| 1 Inledning.....                                   | 8         |
| 2 Plattform för en hållbar läkemedelspolitik.....  | 9         |
| 3 Läkemedelspolitiska frågor .....                 | 10        |
| 3.1 Den fria förskrivningsrätten.....              | 10        |
| <i>Läkares förskrivningsrätt .....</i>             | <i>10</i> |
| <i>Annan påverkan av förskrivningsrätten .....</i> | <i>10</i> |
| <i>Andra yrkesgruppers förskrivningsrätt .....</i> | <i>11</i> |
| 3.2 Arbetsplatskoder och förskrivarkoder .....     | 12        |
| 3.3 Registrering av förskrivningsorsak.....        | 13        |
| 3.4 Följsamhet (compliance) .....                  | 13        |
| 3.5 Äldre och läkemedel.....                       | 14        |
| <i>Problemanalys.....</i>                          | <i>14</i> |
| <i>Förslag till åtgärder.....</i>                  | <i>15</i> |
| <i>Läkemedelsgenomgångar.....</i>                  | <i>15</i> |
| 3.6 Läkemedelsjournal och förskrivarstöd .....     | 16        |
| <i>Läkemedelsjournal .....</i>                     | <i>16</i> |
| <i>Elektroniskt förskrivarstöd.....</i>            | <i>17</i> |
| 3.7 Utbildning och fortbildning .....              | 17        |
| <i>Grundutbildning .....</i>                       | <i>17</i> |
| <i>Vidareutbildning.....</i>                       | <i>18</i> |
| <i>Fortbildning .....</i>                          | <i>18</i> |
| 3.8 Prioriteringar och hälsoekonomi .....          | 19        |
| <i>Etisk plattform för prioriteringar.....</i>     | <i>19</i> |
| <i>Hälsoekonomiska analyser.....</i>               | <i>19</i> |

|      |   |    |
|------|---|----|
|      | <i>Särläkemedel</i> .....                                     | 20 |
|      | <i>Läkarens roll vid prioritering</i> .....                   | 20 |
| 3.9  | Generisk förskrivning .....                                   | 21 |
| 3.10 | Naturläkemedel .....  | 22 |
| 3.11 | Biverkningsrapportering .....                                 | 23 |
| 3.12 | Forskning och arbetsmarknad .....                             | 23 |
|      | <i>Läkemedelsforskning</i> .....                              | 23 |
|      | <i>Arbetsmarknad inom läkemedelsområdet</i> .....             | 24 |
| 3.13 | Handel med läkemedel.....                                     | 24 |
|      | <i>Grundläggande krav för distribution av läkemedel</i> ..... | 25 |
|      | <i>Ägande av apotek</i> .....                                 | 25 |
|      | <i>Distanshandel</i> .....                                    | 26 |
|      | <i>Kommunikation läkare, patient och apotek</i> .....         | 26 |
| 3.14 | Läkemedel och miljö.....                                      | 26 |

## **Förord**

Sveriges läkarförbund engagerar sig i sjukvårdspolitiska frågor som är viktiga för patienten och samhället – och inte minst förbundets egna medlemmar. Få frågor är mer självklara än läkemedel och dess hantering. Läkemedelspolitiken berör skilda ämnen som patientsäkerhet, vårdkvalitet, integritet, tillgänglighet, prioriteringar, kostnadseffektivitet, samhällsekonomi, forskning och läkarens roll gentemot patienten.

Föreliggande läkemedelspolitiska program är en vidareutveckling av den skrift förbundet publicerade år 1999 med namnet *Läkemedel i fokus – ett policyprogram från Sveriges läkarförbund*. Det är framtaget av förbundets Råd för läkemedel och medicinteknik, RLM, som är ett rådgivande och beredande organ till förbundets centralstyrelse. Vår förhoppning är att programmet skall inspirera till en bred diskussion kring olika lösningar och reformer för en hållbar läkemedelspolitik i framtidens sjukvård.

## Sammanfattning

Läkare har fri förskrivningsrätt av läkemedel. Det innebär att legitimerade läkare, oavsett specialistkompetens, kan skriva ut läkemedel under förutsättning att det sker utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Fri förskrivningsrätt är det främsta sättet att tillförsäkra patienten en säker och anpassad behandling. Begränsningar av förskrivningsrätten leder till exempel lätt till flaskhalsar och minskad tillgänglighet i vården som följd av ett ökat remitteringsbehov.

Patientens följsamhet (compliance) till insatt läkemedelsbehandling är avgörande för ett gott resultat i behandlingen. Det är läkaren som förklarar för, och motiverar, patienten vikten av att ta läkemedel som förskrivs. Därför måste tillräcklig tid avsättas för mötet mellan patient och läkare.

Viktiga faktorer för att öka kvaliteten i läkemedelsbehandlingen av äldre är utbildning och samverkansvård. Inom äldrevård (liksom flera andra vårdområden) förekommer s.k. läkemedelsgenomgångar för att höja kvalitet i behandlingen. I regel är det en apotekare som går igenom patientens medicinering. Enligt förbundet bör vården främst organiseras så att förskrivande läkare och övrig vårdpersonal får tid och resurser att göra uppföljningarna.

Idag är det svårt att få en samlad bild av patientens läkemedelsförskrivning. Dels kan patienten ha flera förskrivare, dels kan preparat ha bytts ut av apoteket utan att patienten själv är helt klar över vad som har ersatts. Dessutom är huvudmännens journalsystem ofta inkompatibla med varandra vilket innebär att information kan gå förlorad vid överföring. Förbundet vill att det utvecklas en läkemedelsjournal som är gemensam inom sjukvården. Därutöver bör varje läkare i konsultationen ha ett elektroniskt förskrivarstöd som komplement till journalsystemet.

Den snabba medicinska och tekniska utvecklingen ställer höga krav på läkares läkemedelskunskaper och förmåga att tillgodogöra sig ny information. Staten och sjukvårdshuvudmännen måste skapa utbildningssystem som stödjer den individuella kompetensutvecklingen genom hela läkarkarriären.

Läkarens handlingsfrihet påverkas av beslut om prioriteringar på mer övergripande nivå (resursfördelning mellan olika sjukdomsgrupper m.m.) inom vården. I patient-läkarmötet fattas främst prioriteringsbeslut kring behandlingsmetoder. En viktig uppgift för läkaren i

dessa beslut är att se till att sjukvården ger maximal samhällsnytta. Det sker genom att läkaren tar hänsyn till den enskilde patientens unika behov och förutsättningar.

Idag är det den enskilde huvudmannen som prioriterar t.ex. säräkemedel. Detta är inte acceptabelt sett utifrån hälso- och sjukvårdslagens krav på vård på lika villkor för alla medborgare. En nationell samsyn kommer att krävas kring hur nya dyra läkemedel – s.k. säräkemedel – skall värderas, introduceras och finansieras i framtiden.

Det finns flera fördelar med att införa generisk förskrivning. Patienten och läkaren diskuterar ”rätt” läkemedelsnamn från början och på så vis minskar risken för hopblandningar och bristande följsamhet i läkemedelsanvändningen. Dock måste det bli bättre säkerhet vid utbyte av läkemedel, och en samordning av utseende av tabletter inom samma generikagrupp skulle underlätta för patienterna att ”känna igen” sin medicin.

Läkarförbundet motsätter sig en lagreglering av obligatoriska förskrivarkoder på alla recept. Dessa koder bör främst användas i sitt ursprungliga syfte, nämligen för myndighetskontroll av förskrivning av vissa läkemedel. Däremot är det rimligt att använda förskrivarkoder för medicinska uppföljningar på aggregerad nivå under begränsad tid och för vissa bestämda syften.

Redan i dag skriver förskrivare in diagnosen i patientens journal. Att ytterligare lägga på ett kodsysteem på recepten för förskrivningsorsak innebär merarbete utan tydlig nytta för patienten eller vårdgivaren. Därför bör ett särskilt förskrivningsorsaksregister inte införas.

Många patienter använder naturläkemedel regelbundet och svenska läkare måste därför få kunskap på detta område. Idag saknar många naturläkemedel och traditionella växtbaserade läkemedel uppgifter om effekter, biverkningar och interaktioner med andra läkemedel. Läkarförbundet ska verka för att producenterna och Läkemedelsverket avsätter ökade resurser för att ta fram denna kunskap.

Biverkningsrapportering kan öka med införandet av läkemedelsjournaler och elektroniska förskrivarstöd. Läkemedelskommittéerna har en viktig uppgift i att informera om kända biverkningar och resultatet av det som rapporterats in på den enskilda arbetsplatsen. Läkarförbundet menar dock att det viktigaste är en snabb och säker återkoppling till förskrivande läkare om biverkning har uppkommit hos en patient.

Läkarkåren har en nyckelroll i försvaret av Sveriges ställning inom preklinisk- och klinisk forskning. Goda förutsättningar för läkare att delta i läkemedelsforskningen och en möjlighet till utökat samarbete med industrin är av avgörande betydelse. Det är önskvärt med ökad rörlighet mellan klinisk verksamhet och forskning inom läkemedelsområdet. Möjligheten bör vidgas för läkare att arbeta tidvis inom sjukvården, tidvis inom forskning vid universitet, kliniska forskningsenheter, läkemedelsindustri eller medicinsktekniska industrin.

Konkurrens på apoteksmarknaden kan leda till ökad prispress på läkemedel och effektiviseringar i distributionsledet – vilket i sin tur frigör resurser för förstärkningar av andra delar av läkemedelsområdet liksom sjukvården i övrigt. Det är dock viktigt att en omreglering inte åsidosätter patientsäkerheten och målet om en ändamålsenlig användning av läkemedel.

Alla aktörer måste bli mer medvetna om läkemedels påverkan på miljön. Som förskrivare bör man särskilt tänka på att inte skriva ut mer än vad som går åt, att öka användning av startförpackningar och att inför patienten framhålla vikten av följsamhet. Dessutom bör förskrivare, i den mån det är möjligt, välja miljövänliga läkemedel. Det är också av vikt att sätta press på generikaföretagen att tillhandahålla mindre förpackningar än idag. Läkarförbundet kommer att verka för en ökad diskussion om läkemedels påverkan på miljön, både nationellt och internationellt.

# 1 Inledning

Läkemedelsområdet befinner sig i ett mycket dynamiskt skede. Processen med att överföra kostnadsansvaret för läkemedel från staten till landstingen pågår sedan slutet av 1990-talet. I kölvattnet har regering och riksdag under senare år vidtagit en rad åtgärder (införandet av Läkemedelsförmånsnämnden, koder på recept, läkemedelsregister etc.) i syfte att stärka kontrollen över läkemedelsanvändningen. Den europeiska läkemedelslagstiftningen har inom EU reformerats för att både säkerställa ett starkt folkhälsoskydd och stärka den inre marknaden för läkemedel liksom den europeiska läkemedelsindustrins konkurrenskraft. Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Läkemedelsindustriföreningen (LIF) har reviderat sina överenskommelser om hur sjukvården och industrin skall samarbeta kring information och utbildning. Läkemedel som begrepp har också vidgats via användningen av mer komplicerade biologiskt aktiva substanser och användande av genteknik. Detta har lett till att en rad läkemedel med betydligt bättre effekter kunnat framställas för både vanliga och ovanliga sjukdomar. Allvarliga eller tidigare dödliga sjukdomar kan därmed nu lindras och i vissa fall botas – men till mycket höga kostnader per patient. Inom den närmaste framtiden kommer vi sannolikt att få se en omreglering av apoteksmarknaden med helt nya aktörer som bedriver detaljhandel med läkemedel.

Nämnda reformer och utvecklingstendenser har lett till att förskrivningen av läkemedel i dag sker under helt nya förhållanden jämfört med för tio år sedan. Det finns nu ett större utrymme för hälsoekonomiska analyser liksom medicinsk och ekonomisk uppföljning inom området – samtidigt som det uppstått nya frågetecken kring patientnyttan, säkerheten och integriteten i läkemedelsbehandlingen. Vi står också inför en situation där kostnaden för allt flera nya och dyra läkemedel hotar att tränga ut annan vård och behandling. För läkare är den viktigaste utgångspunkten att kunna anpassa behandlingen efter patientens individuella behov för bästa möjliga resultat. Frågan är dock hur detta skall kunna kombineras med de prioriteringar som är nödvändiga mellan olika patienters behov. Frågan är också hur läkarens roll som patientens företrädare skall kunna utvecklas och kombineras med andra krav från samhället.

I denna skrift utvecklar Läkarförbundet sina ståndpunkter i ett antal aktuella och viktiga läkemedelspolitiska ämnen. Syftet är främst att förmedla professionens syn på en hållbar och ändamålsenlig läkemedelspolitik i framtidens sjukvård.

## 2 Plattform för en hållbar läkemedelspolitik

Läkarförbundets hållning i de läkemedelspolitiska frågor som omnämns i skriften bygger på fem grundläggande ställningstaganden:

*Patienten är vårdens mottagare.* Vid läkemedelsbehandling är patienten nyckelaktören då hon eller han oftast sköter medicineringen på egen hand. Patientens viktigaste informationskanal angående sin egen behandling och medicinering är mötet med den förskrivande läkaren, som är den enda som kan ta ett helhetsansvar för patientens samlade sjukdomstillstånd inklusive utredning, alternativa diagnoser och behandlingsalternativ. Det är därför av största vikt att man i patient–läkarmötet kan avsätta ordentligt med tid för diskussion kring ordinationen liksom uppföljning av läkemedelsbehandlingen.

*Receptförskrivningsrätten* måste vara bunden till kompetens, såväl avseende diagnostik som behandling. En receptförskrivning innebär att utfärdaren tar ansvar för att patienten inte bara får rätt läkemedel i rätt dos och under rätt tid, utan även adekvat information om läkemedelsbehandlingens syfte, praktiska genomförande och uppföljning. Läkarprofessionen får genom hela sin utbildning en väl sammanhållen kunskap om patientkommunikation, sjukdomar, utredningar och behandlingar inklusive läkemedel. Detta gör att läkare är den enda yrkesgrupp som kan ta ansvaret för hur varje läkemedel påverkar patientens övriga utredning och behandling, inklusive andra läkemedel.

*Läkemedelsbehandling bör alltid bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.* Kravet på vetenskaplighet innebär att förskrivaren bör undvika läkemedel med svag eller obefintlig dokumentation vid det aktuella sjukdomstillståndet och att basen för all behandling skall vara dokumenterad data – det man kallar evidensbaserad vård (evidence based medicine, EBM). För läkemedel utgör EBM främst korrekta randomiserade kliniska prövningar av nya och gamla läkemedel liksom läkemedelsepidemiologiska undersökningar.

*En väl fungerande sjukvård bygger på ett bra samarbete mellan olika personalgrupper.* Denna grundtes för vården gäller naturligtvis i högsta grad vid läkemedelsbehandling. I regel är det läkaren som i samråd med patienten ansvarar för att utforma och följa upp läkemedelsanvändningen. Ett gott slutresultat är emellertid alltid beroende av ett teamarbete där sjuksköterskor, undersköterskor och andra yrkesgrupper inklusive expedierande farmaceuter – liksom anhöriga – gör nödvändiga insatser.

*Samarbete är också nödvändigt mellan sjukvården och marknadsföretag som riktar sig till sjukvården. I dagens hälso- och sjukvård sker ett fortlöpande kunskapsutbyte mellan medarbetare i sjukvården och läkemedelsföretag eller andra företag som riktar sig till sjukvården. Det gäller allt från forskningssamverkan till information och utbildning om läkemedel. Båda parter – liksom patienterna – har nytta av denna samverkan, som är väsentlig för utvecklingen och spridningen av ny kunskap i sjukvården. Relationen måste dock fungera på sådant sätt att sjukvårdspersonalens oberoende inte skall kunna ifrågasättas.*

### **3 Läkemedelspolitiska frågor**

#### **3.1 Den fria förskrivningsrätten**

##### *Läkares förskrivningsrätt*

Läkare har i dag fri förskrivningsrätt av läkemedel. Det innebär att legitimerade läkare oavsett specialistkompetens kan skriva ut läkemedel under förutsättning att det sker utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Receptförskrivningsrätten kan dock villkoras till läkare med viss specialistkompetens när det gäller vissa specifika läkemedel. Både Läkemedelsverket och Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) kan fatta beslut med den innebörden.

Enligt Läkarförbundet finns skäl att vara ytterst restriktiv med formella inskränkningar i förskrivningsrätten. Förskrivning som är villkorad till viss specialistkompetens leder lätt till flaskhalsar och minskad tillgänglighet i vården som följd av ett ökat remitteringsbehov. Dessutom finns sedan länge en naturligt etablerad praxis bland läkare att knyta förskrivningen till särskild kompetens avseende såväl diagnostik som behandling. Vid nyinsättningar av läkemedel som är förknippade med särskild övervakning inom specialiteten, görs i regel ordinationen av en mindre grupp läkare som särskilt arbetar med respektive patientgrupp. Inom ramen för samarbetet mellan specialiteterna sker sedan den fortsatta förskrivningen oftast av de läkare som sköter uppföljningen av behandlingen inom den öppna vården. På så vis blir förskrivningen på ett smidigt sätt anpassad till patientströmmarna.

##### *Annan påverkan av förskrivningsrätten*

Under senare år har vi kunnat bevittna två processer som mer indirekt påverkat läkares möjlighet att välja läkemedelsbehandling till patienten. *Den ena* är statens och landstingens

gemensamma ambition att dämpa kostnadsökningarna för läkemedel. Ett led i denna ambition är bland annat att överföra kostnadsansvar för läkemedel till enskilda vårdenheter. Nära kopplat är även införandet av arbetsplatskoder på recept för att förbättra möjligheterna till medicinsk och ekonomisk uppföljning av förskrivningen. *Den andra* processen är de ambitioner som finns på nationell och regional nivå att få till stånd en mer likvärdig, evidensbaserad och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård i alla delar av landet. Införandet av Läkemedelsförmånsnämnden och framtagandet av nationella riktlinjer, som i regel omsätts i regionala och lokala vårdprogram, är några exempel på detta.

För Läkarförbundet är det självklart att läkaren i förskrivningsögonblicket företräder både patienten och samhället. Val av behandling bör därför alltid utgå från den medicinska effekten och ställas i relation till patientnyttan, kostnaderna för läkemedlet och övriga kostnader för sjukvården och samhället. Rekommendationer och kloka listor m.m. kan ofta vara behjälpliga i dessa svåra avvägningar. Samtidigt är det viktigt att läkare har stor frihet att anpassa behandlingen utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet i det individuella fallet. En vård som inte anpassas till den enskilde patientens behov och förutsättningar blir varken säker eller effektiv. Vardagen inom sjukvården är ofta patienter med ett flertal sjukdomstillstånd, oklara symtom och personliga önskemål kring sin behandling – kort sagt en verklighet som inte alltid går att underordna vägledande dokument och budgetrestriktioner. Läkare måste således ha möjlighet att göra avvikelser från nationella och lokala behandlingsriktlinjer när så är ändamålsenligt för att uppnå målet med vården. Det är dock viktigt att läkaren tar ansvar för att sådana beslut dokumenteras på ett tydligt sätt i patientjournalen för att underlätta uppföljningen av insatt behandling.

### *Andra yrkesgruppers förskrivningsrätt*

Enligt gällande regelverk får ett begränsat antal läkemedel för humant bruk förskrivas av andra yrkesgrupper som tandläkare, tandhygienister, barnmorskor och sjuksköterskor med särskild tilläggsutbildning. Denna ordning kan i vissa fall underlätta läkemedelsbehandlingen och ge en mer rationell arbetsfördelning i vården. Skälet till varför man bör inta en restriktiv hållning är emellertid att det ofta krävs läkarkompetens för att ta ansvar för patientens hela situation. En god läkemedelsförskrivning förutsätter mer än enbart kunskaper om enskilda läkemedels kemiska och farmakologiska egenskaper. Det krävs även kännedom om hur ett visst läkemedel kan påverka effekterna av andra läkemedel eller andra behandlingar.

Dessutom krävs god kunskap om de sjukdomar där läkemedel kan användas för behandling och hur dessa sjukdomar utreds samt om de kan behandlas med andra åtgärder än läkemedel.

### **3.2 Arbetsplatskoder och förskrivarkoder**

Den 1 oktober 2002 trädde den nya lagen (2002:16) om läkemedelsförmåner i kraft. I denna ingick bl.a. en bestämmelse om att alla nyutfärdade recept skall vara försedda med arbetsplatskoder för att patienten skall få ta del av läkemedelsförmånen. Samtidigt infördes en ändring i lagen (1996:1156) om receptregister om att låta receptregistret innehålla uppgifter om arbetsplatskod för huvudmännens ekonomiska uppföljning. Läkarförbundet är positivt till obligatoriska arbetsplatskoder på alla recept i syfte att förbättra uppföljningen av läkemedelsförskrivningen. Detta förutsätter dock att man utformar hållbara lösningar för de läkare som saknar en fast arbetsplats eller som är verksamma på sin fritid. Förskrivningar som utförs av läkare utanför arbetsplatserna utgör nämligen ett betydande komplement till den ordinarie sjukvården. Ett enkelt räkneexempel: i Sverige finns för närvarande ca 30 000 läkare i yrkesverksam ålder och ca 4 000 läkare som är pensionärer. Varje läkare gör rimligen i snitt minst tio förskrivningar/år utanför den ordinarie sjukvården – vilket motsvarar totalt ca 340 000 förskrivningar/år. Dessa skulle naturligtvis belasta en redan hårt trängd primärvård i form av fler patientbesök om möjlighet till fritidsförskrivning inte fanns. Följden skulle bli försämrad tillgänglighet och flaskhalsar i vårdkedjan – kort sagt en mindre effektiv sjukvård.

På Socialstyrelsen finns ett förskrivareregister med förskrivares namn, yrke, specialitet och en personlig förskrivarkod bestående av sju siffror. Enskilda förskrivare kan med hjälp av sin förskrivarkod följa sitt förskrivarmönster under de tre senaste månaderna genom statistik från receptregistret hos Apoteket AB, den så kallade förskrivareprofilen. Ur lagstiftarens synvinkel är det i dag en frivillig uppgift att ange förskrivarkod på recept – enda undantag är vid recept med narkotikaklassade läkemedel, där Socialstyrelsen använder förskrivningskoder för sitt tillsynsarbete. Läkarförbundet anser att denna ordning fungerar bra och ställer sig avvisande till en lagreglering av förskrivningskoder på samtliga recept. Sjukvårdshuvudmännens behov av att kunna följa eller utvärdera förskrivningsmönster tillgodoses av arbetsplatskoderna. Att ge dem möjlighet till direktinformation om förskrivning på individnivå fyller inte någon ytterligare funktion. Däremot är det rimligt att använda förskrivarkoder för medicinska uppföljningar på aggregerad nivå under begränsad tid och för vissa bestämda syften.

### 3.3 Registrering av förskrivningsorsak

Frågan om att införa en särskild registrering av förskrivningsorsak på recept för nationellt register har varit aktuell i flera omgångar. I samband med att Läkemedelsreformen trädde i kraft år 1997 och det s.k. receptregistret inrättades, infördes bestämmelsen om att receptregistret får innehålla förskrivningsorsak. En förutsättning för registrering var dock att ett kodsysteem utvecklas. Något sådant system har inte utvecklats och förskrivningsorsak registreras därmed inte. Inom läkarkåren har förslaget mött motstånd framför allt för att det hotar patientens integritet och skulle vara allt för tidsödande.

Frågan blev åter aktuell då den s.k. läkemedelsförteckningen infördes. Regeringen ansåg att angivande av förskrivningsorsak på recept samt tillförandet av denna uppgift i läkemedelsförteckningen väsentligt skulle kunna öka läkemedelsförteckningens användbarhet. Då något kodsysteem fortfarande inte hade tagits fram infördes dock inte något krav som innebär att förskrivningsorsak skall anges på recept. Under år 2006 har emellertid Socialstyrelsen tagit fram ett system för att ange förskrivningsorsak på recept (se rapporten *Förskrivningsorsak vid läkemedelsordination – ett led i arbetet för förbättrad läkemedelanvändning* från 2006).

Läkarförbundet menar att det centrala i den här diskussionen måste vara patientnyttan – dvs. det måste stå klart att registreringen sker i syfte att förbättra vård och behandling. Registrering av information om vården enbart för nationella register innebär enligt vår mening merarbete utan tydlig nytta för patienten eller vårdgivaren. Erfarenheten visar också att det finns en uppenbar risk för bristfällig kvalitet i informationen. Därför avstyrker vi registrering av förskrivningsorsak på recept för nationellt register. Förutsatt att patientens integritet kan garanteras kan vi dock se ett värde i begränsade projekt över tid och terapiområden.

### 3.4 Följsamhet (compliance)

Patientens följsamhet (compliance) till insatt läkemedelsbehandling är avgörande för ett gott resultat i behandlingen. Det är därför viktigt att tillräcklig tid avsätts för mötet mellan patient och läkare. Vid detta möte är det också viktigt att patienten blir delaktig i beslutsprocessen vid val av behandling. Informationen måste både ske muntligen och skriftligen. För att underlätta läkarens samtal med patienten bör oberoende information anpassad för patienters behov

finnas tillgänglig inom de datoriserade journalsystemen (se avsnitt 3.6 under rubriken *Läkemedelsjournal*). Avgörande för god följsamhet är också att behandlande läkare följer upp ordinerad läkemedelsbehandling. Vid behandling av kroniska sjukdomar är följsamheten ibland särskilt svår att upprätthålla, men samtidigt helt avgörande för behandlingsresultatet. Patienten måste återkommande motiveras till fortsatt medicinering och det pedagogiska sätt som läkaren kommunicerar med patienten på, måste därför utvecklas. I och med att allt fler får tillgång till datorer i hemmet, kan en del av informationen och uppföljningen ske via nätet.

Läkarförbundet anser att marknadsföring till patient från läkemedelsindustrin inte är acceptabel. Förbundet ställer sig tveksamt till att information från läkemedelsindustrin direkt till patienten går att skilja från marknadsföring.

Rapporter i massmedia om oönskade behandlingsresultat leder ofta till att patienter själva beslutar om att avbryta pågående läkemedelsbehandling. Patienten måste därför ha goda möjligheter att snabbt komma i kontakt med behandlande läkare angående sin fortsatta medicinering. Läkemedelskommittéerna har även i detta sammanhang en viktig funktion att fylla, exempelvis genom att gå ut i massmedia och informera om hur patienterna skall hantera olika studieresultat eller rapporter om bieffekter.

### **3.5 Äldre och läkemedel**

Med åldern blir läkemedelsbehandlingen mer komplicerad. Åldrandeprocessen i sig leder till förändringar i kroppen som påverkar både läkemedelsomsättning och känsligheten för läkemedlets effekter. Äldre patienter drabbas också ofta av flera sjukdomar samtidigt varför läkaren måste kombinera olika läkemedel i behandlingen – det man brukar kallar för *polyfarmaci*. Risken för biverkningar och läkemedelsinteraktioner ökar med antalet preparat samtidigt som följsamhet till ordinationen minskar.

#### *Problemanalys*

Konsumtionen av läkemedel bland äldre har stigit kraftigt de senaste åren. Till viss del beror ökningen på förväntade faktorer i samhällsutvecklingen. Allt fler blir äldre, och med åldrandet tilltar antalet använda läkemedel i takt med kroniska sjukdomar liksom vanliga symtom som värk, trötthet och sömnstörningar. Introduktionen av nya läkemedel och behandlingsprinciper har också varit starkt bidragande. Samtidigt finns bakom äldres läkemedelskonsumtion inslag

av både överkonsumtion och underkonsumtion. Studier på området kopplar exempelvis en stor andel av akuta sjukhusinläggningar för äldre till någon form av läkemedelsproblem. Felkonsumtionen hos äldre kan naturligtvis förklaras av brister i hanteringen, t.ex. avseende dokumentation av läkemedelsordinationer liksom rutinerna för uppföljning och omprövning (se Socialstyrelsen rapport *Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi* från 2003). Enligt Läkarförbundet ligger dock grundorsaken i vårdens organisation. Äldrevården ställer stora krav på samverkan och kommunikation mellan primärvård, sjukhusvård och kommunal vård och omsorg. Det splittrade huvudmannskapet mellan landsting och kommuner – i kombination med en påtaglig läkarbrist i primärvården – har minskat läkares möjligheter att påverka och delta i äldrevården. Äldre i särskilda boenden saknar dessutom ofta det stöd som en fast läkarkontakt på vårdcentralen kan ge.

### *Förslag till åtgärder*

De åtgärder vi redovisar i andra avsnitt (läkemedelsjournal, förskrivarstöd, följsamhet m.m.) är särskilt relevanta för äldre patienter med flera olika diagnoser. I detta sammanhang bör också betonas utbildningens roll och inte minst läkemedelskommittéernas arbete med att ge vården ökad kompetens om läkemedel och äldre. Dessutom har Läkarförbundet i sitt program *Framtidens närsjukvård – en modell från Sveriges läkarförbund* från 2006 föreslagit ett införande av s.k. *samverkansvård*. Denna vård omfattar personer som behöver hälso- och sjukvård i boendet och som dessutom har ett varaktigt behov av läkarinsatser. Läkarförbundets förslag skulle ge bättre förutsättningar för läkarmedverkan i äldrevården och för den fasta läkarkontaktens samordningsansvar. Detta skulle naturligtvis innebära avsevärda kvalitetsförbättringar även i läkemedelshanteringen.

### *Läkemedelsgenomgångar*

Inom äldrevården (liksom flera andra vårdområden) förekommer *läkemedelsgenomgångar* för att höja kvaliteten i behandlingen. Den modell som ofta används bygger på diskussioner i team mellan apotekare, läkare, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. En apotekare går igenom patientens medicinering och sedan presenteras resultatet för en referensgrupp. Enligt Läkarförbundet har apotekareledda läkemedelsgenomgångar aldrig utvärderats i förhållande till de relevanta alternativen. Sannolikt nås större effektiviseringsvinster med att låta redan befintliga yrkesgrupper – framför allt läkare och sjuksköterskor – få motsvarande tid och

ansvar för genomgången. Äldrevården bör därför i första hand organiseras så att ansvarig vårdpersonal får tid och resurser att göra uppföljningar och utveckla det egna kvalitetsarbetet.

### **3.6 Läkemedelsjournal och förskrivarstöd**

Information är nyckeln till en säker och kostnadseffektiv behandling med läkemedel. Med modern IT-teknik kan information om läkemedelsbehandling och tillhörande beslutsstöd integreras i vården för att stödja patient-läkarmötet och en patientspecifik dosering. I dag saknar ofta patienter och medarbetare inom sjukvården god överblick över aktuella läkemedelsordinationer – liksom skäl och mål för dessa – i förskrivningsögonblicket. Dels kan patienten ha flera förskrivare, dels kan preparat ha bytts ut av apoteket utan att patienten själv är helt klar över vad som har ersatts. Dessutom är huvudmännens journalsystem ofta inkompatibla med varandra vilket innebär att information kan gå förlorad vid överföring. Det finns även brister i tillgängligheten till information om möjligheter och risker med ett visst läkemedel liksom indikationer, dosering, effekter och bieffekter m.m. Sjukvårdshuvudmännen har under de senaste åren påbörjat en utveckling mot säkrare behandling med stöd av IT-system. Mycket finns dock kvar att göra.

Läkarförbundets utgångspunkt är att patienten skall kunna göra relevant information tillgänglig för den personal som för tillfället har ansvar för utredning och behandling. Organisatorisk tillhörighet hos vårdpersonal får inte vara ett hinder för patientens möjlighet att göra informationen tillgänglig.

#### *Läkemedelsjournal*

För att behandlande läkare skall få överblick över patientens alla mediciner måste det finnas en gemensam läkemedelsjournal för hela sjukvården. För att en läkemedelsjournal skall vara till nytta i patient-läkarmötet måste den dock innehålla mer information än enbart förskrivna eller uthämtade läkemedel. Diagnos, mål med behandlingen, planerad behandlingstid, aktuella laborativrården vid beslut om behandling, ordinerande läkare och uppföljning – är några exempel på information som läkaren behöver för att fatta beslut om förnyad ordination eller utsättning av ett läkemedel. Detta kan bara åstadkommas i en gemensam journalhandling.

## *Elektroniskt förskrivarstöd*

Varje läkare bör i konsultationsögonblicket ha ett elektroniskt förskrivarstöd som komplement till journalsystemet. I detta stöd måste först och främst finnas information om läkemedel och behandlingsriktlinjer som skall kunna kopplas ihop med patientens läkemedelslista och andra journaluppgifter av värde för förskrivningen. Vid förskrivningsögonblicket skall information om eventuella interaktioner mellan patientens mediciner signaleras. Andra viktiga delar är elektronisk receptöverföring, lista över rekommenderade läkemedel och verktyg för uppföljning av förskrivningen. I beslutsstödet bör dessutom finnas en funktion som gör det lätt för läkaren att elektroniskt rapportera biverkningar (se avsnitt 3.11) samt att elektroniskt skriva licensansökan för läkemedel där detta är nödvändigt. Vid förskrivningen bör läkaren ha möjlighet att skriva ut en lättöverskådlig läkemedelslista till patienten för dennes information. För nyinsatta preparat är det också önskvärt att läkaren har möjlighet att ge patienten en skriftlig information om den nya medicinen.

## **3.7 Utbildning och fortbildning**

Enligt Läkarförbundet är en väl utbildad läkare den främsta garanten för en kvalitativ och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling till patienten. Den snabba medicinska och tekniska utvecklingen ställer höga krav på läkares kompetens inom läkemedelsområdet och förmåga att tillgodogöra sig ny information. Den brist på kliniska farmakologer som finns är ett bekymmer, och huvudmännen har här ansvaret för att inrätta fler tjänster inom denna specialitet. Dessa behövs både inom grundutbildningen som lärare, som handledare och som expertstöd till andra kliniker och för att driva forskningen inom detta område framåt.

### *Grundutbildning*

Idag ser vi en utarmning av farmakologisk undervisning på grundutbildningen. På många orter är det inte längre ett eget ämne, och behandlas ibland endast översiktligt. Läkemedelslära anses vara integrerat i den kliniska undervisningen, men behovet av att analysera och följa upp förskrivande av läkemedel går ofta förlorat i behovet att inhämta klinisk kunskap om sjukdomar/tillstånd. Behovet finns också av att undervisa i administrativ reglering runt förskrivning och även hälsoekonomi inom området. Det arbete som Läkarförbundet bedriver runt ett nationellt core-curriculum är ett steg mot att belysa till exempel dessa brister och få till stånd en förbättring.

## *Vidareutbildning*

Huvudmannen måste ta ansvar för att AT-läkarna får fortsatt utbildning i läkemedelslära, både teoretiskt och kopplat till den kliniska handledningen i enskilda patientfall. För ST-läkarna är det viktigt att det i de nya målbeskrivningarna, och i specialitetens rekommendationer, formuleras adekvata mål för vilken kompetens som skall uppnås inom läkemedelsområdet för respektive specialitet. Hur man väljer läkemedel, förklarar för patienten, följer upp insatt behandling m.m. är viktiga moment man måste lära sig. Förbundet menar också att det vardagsnära lärandet måste tas på allvar genom att handledd läkemedelshantering blir en naturlig del av vidareutbildningen. Under specialiseringstjänstgöringen måste utbudet av SK-kurser bli bättre. Läkare under ST måste också få tillfälle att delta i andra kurser som inte är SK-kurser men som är relevanta ur ett läkemedelsperspektiv.

## *Fortbildning*

Fortbildningen inom området bör omfatta både utvidgad kännedom om preparat och vårdprogram inom framför allt den egna specialiteten och träning i systematisk läkemedelsvärdering. De rapporter som hela tiden kommer fram om t.ex. antibiotikaförskrivning visar att det finns ett uttalat behov av förbättrad och kvalitetssäkrad fortbildning för färdiga specialister. Huvudansvaret för fortbildning av läkare ligger på arbetsgivaren. Verksamhetschefen och läkaren skall komma överens om vilken fortbildning som läkaren i fråga behöver för att fullgöra sina arbetsuppgifter och utvecklas i arbete. Utgångspunkten är att fortbildningen till största del skall vara producentoberoende och finansierad av arbetsgivaren. I och med den överenskommelse som slutits mellan SKL och LIF är det tydligt att arbetsgivaren har tagit på sig ett betydande ansvar för att bereda läkare möjlighet till fortsatt utbildning.

Läkemedelskommittéerna har en viktig roll när det gäller att tillhandahålla den producentobundna informationen och utbildningen på lokal nivå. Vidare har flera myndigheter på nationell nivå – Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Läkemedelsförmånsnämnden och Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknologi m.fl. – ett ansvar för att förse förskrivare och läkemedelskommittéerna med samlad och kvalitetsgranskad information. Det är också väsentligt att läkarna ges möjlighet att ta del av nya vetenskapliga rön på läkemedelsområdet. Här utgör t.ex. olika internationella konferenser en viktig funktion.

Specialistläkare med särskilt läkemedelsansvar har en viktig roll i utbildningen i den vardagliga verksamheten. En annan viktig läkargrupp är kliniska farmakologer vars arbetsområde omfattar såväl värdering av läkemedels effekter och säkerhet på individ-, patientgrupps- och samhällsnivå, som förmedling av producentobunden läkemedelsinformation. Kliniska farmakologer är sjukvårdens läkemedelse experter, och bör också ges ökad möjlighet att svara för fortbildning och stöd i läkares kliniska vardag.

### **3.8 Prioriteringar och hälsoekonomi**

Om resurserna är begränsade så innebär det att varje beslut har en alternativkostnad – värdet av det man avstod från att göra. Prioritering handlar därför inte om att bara tala om vem som skall få vård. Det handlar också om att diskutera vilka som måste avstå från en del vård för att andra med större behov skall kunna få hjälp.

#### *Etisk plattform för prioriteringar*

År 1997 tog riksdagen beslut om riktlinjer för prioritering. I dessa beskrivs att man vid varje beslut skall ta hänsyn till tre grundläggande prioriteringsprinciper: människovärdesprincipen, behov-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Av dessa har de två första en högre dignitet men alla tre principerna måste vägas mot varandra. Medan människovärdesprincipen uttalar att ett liv alltid är lika mycket värt som ett annat så uttrycker behov-solidaritetsprincipen att den eller de som har störst behov bör få större del av sitt behov tillfredsställt än de andra. Med andra ord är en liten livskvalitetsförbättring hos en svårt sjuk patient viktigare för samhället än samma nivå på livskvalitetsförbättring hos en relativt frisk patient.

#### *Hälsoekonomiska analyser*

Hälsoekonomi har blivit allt viktigare som en del av ett samlat underlag för att fatta beslut inom vården genom att tydliggöra en av de tre prioriteringsprinciperna – kostnadseffektivitet. Denna princip handlar om att väga kostnader för en behandling mot nyttan av densamma. Inom hälsoekonomi kan skilda perspektiv på kostnader och effekter användas. Hälso- och sjukvården som helhet har i det korta tidsperspektivet begränsade resurser och kan inte dra direkt nytta av samhällsvinster i form av minskad sjuklighet eller dödlighet. Då blir perspektiv som förväntade effekter och kostnader inom hälso- och sjukvården mer relevanta.

Läkarförbundet menar dock att hälsoekonomisk värdering av läkemedel även måste väga in alla de aspekter som påverkar kostnaderna för samhället – dvs. vad kostar sjukskrivning eller dyra operationer kontra att sätta in ett något dyrare läkemedel?

### *Särläkemedel*

Särläkemedel – eller orphan drugs som de också kallas – är läkemedel som är avsedda för att behandla sjukdomar som drabbar färre än 5 på 10 000 (d.v.s. < 4 500 patienter i Sverige). På sådana läkemedel ställs genom särskilt beslut inom EU lägre krav på dokumenterad effekt och säkerhet för registrering respektive på kostnadseffektivitet för beslut om förmån.

De genomförda förändringarna i regelverket har haft avsedd effekt. Många nya särläkemedel har nått marknaden och ännu fler är på väg att registreras. Detta har inneburit nya – ibland revolutionerande – möjligheter att behandla ovanliga sjukdomar. Samtidigt är vissa särläkemedel extremt dyra, där behandlingar för en patient kan kosta flera miljoner per år. I takt med att allt fler särläkemedel introduceras blir den ekonomiska påfrestningen stor för enskilda kliniker, landsting/regioner och sjukvården som helhet.

Det kommer att krävas en nationell samsyn kring hur dessa nya dyra läkemedel skall värderas och introduceras – och på sikt även en samordning inom EU. Att bara fatta beslut på nationell nivå är dock ingen lösning i sig då det i princip innebär att sjukvården i det fördolda tvingas välja bort annan viktig behandling. En nationell hantering av dessa läkemedel måste även hantera frågor om prioritering mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsättaganden för att besluten skall kunna vara konstruktiva. Här har staten och sjukvårdshuvudmännen ett gemensamt ansvar tillsammans med läkemedelsindustrin. Frågan ska inte hanteras av enskilda läkare i patientmötet.

### *Läkarens roll vid prioritering*

I mötet mellan läkare och patient fattas främst prioriteringsbeslut kring behandlingsmetoder. Läkarens handlingsfrihet påverkas dock av genomförda beslut om prioriteringar på mer övergripande nivå (resursfördelning mellan olika sjukdomsgrupper m.m.) inom vården. I denna situation är det viktigt att skydda patientens förtroende för läkaren som patientens företrädare.

Bedömningar av behandlingars kostnadseffektivitet grundas normalt på antaganden om behandlingens effektivitet och säkerhet på gruppnivå. Läkarens uppgift är däremot att i första hand se till nyttan och riskerna hos den enskilde patienten. Detta innebär att läkaren har en viktig uppgift att se till att sjukvården ger maximal samhällsnytta genom att ta hänsyn till den enskilde patientens unika behov och förutsättningar. På samma sätt måste beslut inom vården som är resultat av prioriteringar och kringsskär läkarens handlingsfrihet tydligt beskrivas som sådana, och inte döljas bakom omskrivningar.

Värdering av hälsoekonomiska underlag kräver särskilda kunskaper kring metodernas validitet i olika situationer. Det är därför väsentligt att läkare som deltar i utformning av vårdprogram eller prioriteringsarbete i högre grad än i dag förvärvar kunskaper inom området.

### **3.9 Generisk förskrivning**

Enlig Läkarförbundet finns flera fördelar med generisk förskrivning jämfört med generiskt utbyte på apotek. Den viktigaste är att patienten och läkaren diskuterar ”rätt” läkemedelsnamn från början – det som patienten de facto kommer att hämta ut på apoteket – och på så vis minskar risken för hopblandningar och bristande följsamhet.

Andra fördelar är att läkemedelsbeteckningen blir gemensam inom grundutbildningen, läroböcker, facktidskrifter, kongresser och den dagliga verksamheten i sjukvården, vilket främjar den farmakologiska kompetensen. Dessutom sker en anpassning till europeisk terminologi vilket gör rörligheten över landsgränsen lättare och säkrare för både patienter och sjukvårdspersonal.

Införandet av generisk förskrivning kräver utveckling av de elektroniska förskrivarstöden. Det som behövs är ett system där läkaren enbart behöver skriva in den aktuella substansen, varefter alla förpackningsstorlekar, beredningsformer och styrkor kommer upp på skärmen oavsett handelsnamn. I förskrivarstöden måste det också finnas möjlighet att hålla isär generiska produkter som skiljer sig åt i godkända indikationer och gruppera dem i de utbytesgrupper som Läkemedelsverket fastställer. Systemen bör dessutom möjliggöra för läkaren att skriva in ett läkemedels handelsnamn och då få upp den aktuella substansen enligt ovan. Förpackningarna måste göras om så att substansens namn framgår extra tydligt och handelsnamnet tonas ner. Substansnamnet kan exempelvis få en särskild standard avseende

typsnitt, storlek och färg etc. Det är också önskvärt att tabletter inom generikagrupper blir mer lika varandra, detta för att patienter lättare ska ”känna igen” sin medicin.

Möjligheten för läkaren måste kvarstå att i vissa fall välja specifikt preparat till patienten. Det gäller framförallt om man riskerar att försämra behandlingen eller patientsäkerheten, exempelvis vid förskrivning av kombinationspreparat eller när det förekommer farmakologiska skillnader mellan original- och generikapreparaten där generisk förskrivning kan ge oönskade interaktioner eller biverkningar. Även av andra – psykologiska och farmakokinetiska – skäl måste det finnas möjlighet till undantag.

### **3.10 Naturläkemedel**

Många patienter använder naturläkemedel och traditionella växtbaserade läkemedel regelbundet och därför är det viktigt att läkare vid patientsamtal får information om detta. Ett stort problem är dock att svenska läkare får lite, om ens någon, utbildning på detta område. I dag saknas för många naturläkemedel och traditionella växtbaserade läkemedel uppgifter om effekter, biverkningar och interaktioner med andra läkemedel. Producenterna och Läkemedelsverket måste avsätta ökade resurser för att ta fram denna kunskap.

Det finns inga krav på visad effektivitet för att ett naturläkemedel eller traditionellt växtbaserat läkemedel ska registreras. Registreringen sker huvudsakligen på grundval av uppgifter om läkemedlets långvariga användning inom den europeiska gemenskapen, dvs. utan att några särskilda studier eller prövningar genomförs i anledning av en ansökan om registrering. Sådan dokumentation som normalt krävs för ett godkännande för försäljning skall alltså som regel inte krävas för registrering som traditionellt växtbaserat läkemedel.

Det finns idag få studier kring naturläkemedel och traditionella växtbaserade läkemedel vad gäller biverknings- och interaktionsproblem. Det behövs fler långtidsstudier som belyser effektiviteten, liksom biverknings- och interaktionsproblem. Det är också viktigt att misstänkta eller uppenbara biverkningar rapporteras på samma sätt som läkemedelsbiverkningar.

### 3.11 Biverkningsrapportering

Läkemedelsbiverkningar orsakar mycket lidande och genererar stora kostnader för vården. Trots att rapporteringsfrekvensen är högre i Sverige jämfört med många andra länder – svensk sjukvård uppges vara bland de ”bästa i klassen” när det gäller rapporteringsbenägenhet beräknat på antal rapporterade biverkningsfall per miljon invånare – förekommer en underrapportering av biverkningar enligt nationella studier (för statistik om biverkningar se [www.lakemedelsverket.se/Tpl/PublicationListPage\\_2676.aspx](http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/PublicationListPage_2676.aspx)).

Det skall vara lätt och inte ta för lång tid att rapportera biverkningar. Enligt Läkarförbundet skulle rapporteringen öka om de läkemedelsjournaler och elektroniska förskrivarstöd vi tar upp i denna skrift infördes. I förskrivningsstödet bör ingå en särskild funktion för rapportering av biverkningar direkt till de regionala biverkningsenheterna. Även Läkemedelskommittéerna har en viktig uppgift i att informera om kända biverkningar och resultatet av det som rapporterats in på den enskilda arbetsplatsen.

Då sjuksköterskor rapporterar biverkningar är det viktigt med rutiner för direkt återkoppling till den behandlande läkaren. Denna information är helt väsentlig om läkaren skall kunna tillgodose patienten en säker läkemedelsbehandling vilket inkluderar eventuell biverkningshantering.

### 3.12 Forskning och arbetsmarknad

#### *Läkemedelsforskning*

Den kliniska forskningen har av tradition varit integrerad i hälso- och sjukvården och spelat en viktig roll för utvecklingen av sjukvården. Sjukvårdens och forskningens höga kvalitet – liksom våra unika sjukvårdsregister och biobanker – har attraherat kliniska prövningar av nya läkemedel och därmed spelat en stor roll för framväxten av läkemedels- och medicinteknikindustrin i Sverige. I Sverige är i dag ca 800 svenska och internationella företag verksamma inom området, med 50 000 anställda. Trots den hittills positiva utvecklingen för läkemedels- och medicinteknikindustrin finns tydliga tecken på att Sverige fått svårare att hävda sig. Bättre vinstmarginaler har lett till att företagen nu gör omfattande satsningar på forskning och utveckling i andra länder. Läkarförbundet menar att läkarkåren har en nyckelroll i försvaret av Sveriges ställning inom preklinisk- och klinisk forskning. Goda

förutsättningar för läkare att delta i läkemedelsforskningen och ett välutvecklat samarbete med industrin är av särskilt avgörande betydelse. Detta kräver i sin tur att det finns läkare med erfarenhet och meritering från grundforskning och klinisk forskning som kan leda dessa kliniska prövningar. Arbetsgivarna måste också inta en mer positiv inställning till forskning och kliniska prövningar så att verksamheten inte utkonkurreras av sjukvårdsproduktion. Dessutom måste resurser för kliniska studier/läkemedelsprövningar i största möjliga mån gå tillbaka till forskningen i stället för att, som ofta sker i dag, finansiera klinikens underskott.

För att stärka kvaliteten i svensk medicinsk forskning har regeringen de senaste åren tillfört ökade resurser, en ökning som fortsätter även under åren 2008–2009. Läkarförbundet ser positivt på denna ökning, men vill påpeka att det är av stor vikt att se till att den ökar för att minst nå upp till EU:s s.k. Barcelonamål om att minst 1 procent av BNP skall avsättas till statliga forskningsanslag. Den statligt finansierade grundforskningen är en nödvändig bas för att kunna fortsätta attrahera internationella bolag att förlägga kliniska prövningar och annan läkemedelsforskning i Sverige.

#### *Arbetsmarknad inom läkemedelsområdet*

Läkarförbundet anser det önskvärt med rörlighet mellan klinisk verksamhet och forskning inom läkemedelsområdet. Vi vill därför att möjligheten ska vidgas för läkare att arbeta tidvis inom hälso- och sjukvården, tidvis inom forskning vid universitet, kliniska forskningsenheter och/eller läkemedelsindustri. Detta skulle både utveckla läkemedelsforskningen i Sverige och medföra professionell utveckling och stimulans för läkaren. Enligt förbundet är det viktigt att man – istället för att som i dag misstänkliggöra alternativa arbetsmarknader – lyfter fram det mervärde som välutbildade och mer mångsidiga läkare skapar. Ökad möjlighet för läkare att variera mellan sjukvårdsarbete och forskning skapar också större förståelse mellan dessa olika verksamheter, vilket i förlängningen gynnar kommunikation och samarbete.

### **3.13 Handel med läkemedel**

Vi står inför en omfattande omreglering av hela apoteksmarknaden. Med all sannolikhet kommer Apoteket AB:s monopol på detaljhandel att upphöra inom de närmaste åren. Läkarförbundet bejakar en sådan utveckling. Fungerande konkurrens på apoteksmarknaden leder troligen till ökad prispress på läkemedel och effektiviseringar i distributionsledet – vilket i sin tur kan frigöra resurser för förstärkningar av andra delar inom läkemedelsområdet

liksom sjukvården i övrigt. Det är viktigt dock att omregleringen genomförs på rätt sätt. Patientsäkerheten och en god kvalitet i läkemedelshanteringen får aldrig åsidosättas.

### *Grundläggande krav för distribution av läkemedel*

Det skall naturligtvis krävas någon form av tillstånd eller certifiering för att få bedriva detaljhandel med läkemedel på en omreglerad marknad. Ett minimikrav för tillstånd skall enligt förbundet vara att driftansvarig är legitimerad apotekare. För ökad tillgänglighet bör detaljhandel även kunna bedrivas utanför apotek med vissa receptfria läkemedel. Huruvida det då skall krävas tillstånd, eller om anmälan får anses vara tillräcklig, och vilken kompetens som skall krävas, måste enligt förbundet bli beroende av vilka receptfria läkemedel som är aktuella att säljas utanför apotek. I grunden är Läkarförbundet positivt till att patienterna har möjlighet att ta ansvar för sin egen hälsa med hjälp av receptfria läkemedel. Det finns dock situationer när man kan behöva överväga begränsningar. Ett exempel är åldersgränser vid försäljning av paracetamol till unga som ofta används vid suicidförsök med allvarliga konsekvenser som följd.

### *Ägande av apotek*

Läkarförbundet anser att möjligheterna till ägande av apotek ska vara öppen och lika för alla. Begränsningar bör endast införas för aktörer med ekonomiska intressen i specifika läkemedel – framför allt företag som tillverkar eller marknadsför läkemedel – eller aktörer som riskerar att försämra apoteksmarknaden ur ett konkurrensperspektiv. När det gäller förskrivare finner förbundet dock inga giltiga skäl för att sätta hinder för ägande av apotek. Till skillnad från tillverkare m.fl. ska förskrivaren beakta en rad normer och regelverk som tillgodoser att patientens enskilda behov är det som avgör val av behandling. Det kan handla om föreskrifter, råd och riktlinjer kring läkemedelsbehandling likväl som läkaretiska överväganden. Dessutom utövas kontinuerlig tillsyn över förskrivarens verksamhet liksom det sker medicinska och ekonomiska uppföljningar. Hinder för förskrivare att få äga apotek sätter också stopp för bra alternativa system – exempelvis ”self-dispensing doctors” som visat sig framgångsrikt i länder med stor andel glesbygd och som på ett utmärkt sätt kan kombineras med distanshandel av läkemedel.

## *Distanshandel*

På en omreglerad marknad med fler aktörer som driver apotek kommer sannolikt distanshandeln att öka, likaväl som godkända s.k. internetapotek kommer att uppstå. Läkarförbundet ser positivt på en ökad laglig distanshandel med läkemedel. Under senare år har internethandel utanför Apoteket AB:s verksamhet ökat, en handel som i dag bedrivs i strid med lag. Trenden är att den olaga hanteringen och försäljningen av läkemedel ökar på europainivå. Aktuella produkter är främst s.k. livsstilsläkemedel. Att köpa läkemedel via Internet innebär stora risker för patienten. Handeln sker ofta utan läkarkontakt och det kan också handla om icke godkända, förfalskade eller utgångna läkemedel. Läkemedelsverket måste noga följa denna utveckling – bl.a. tillse aktörerna på internetmarknaden – och öka informationen till läkarkåren och allmänheten. En framgång på detta område kommer också kräva mer av samarbete på den internationella arenan, framför allt inom EU.

## *Kommunikation läkare, patient och apotek*

Läkaren har huvudansvaret för informationen till patienten vid läkemedelsförskrivning. En omreglering på apoteksmarknaden kommer bl.a. att ställa stora krav på samarbetet inom vården, de nya apoteken och patienten. I dag har Apoteket AB ansvar för att tillhandahålla en kundanpassad och producentoberoende information och rådgivning till enskilda privatkunder, något som kan komma att förändras med omregleringen. Läkarförbundet har en vision om att de system för elektronisk ordination av läkemedel som finns på en omreglerad apoteksmarknad stödjer möjligheten för dubbelriktad kommunikation mellan förskrivande/ordinerande läkare och expedierande farmaceut kring den enskilda ordinationen, givetvis endast med patientens medgivande. Dagens standard för elektronisk ordination av läkemedel stödjer dubbelriktad kommunikation. För att visionen ska förverkligas krävs dock, förutom lagreglering, även anpassning av såväl förskrivningsmoduler som de nya apotekens datasystem.

### **3.14 Läkemedel och miljö**

Läkemedel är ofta anpassade för att stå emot biologisk nedbrytning och kan därför finnas kvar i miljön under lång tid. En ökad användning av läkemedel medför en ökad risk för att de via naturens kretslopp når tillbaka till oss själva genom dricksvatten eller födoämnen.

Enligt Läkarförbundet måste alla aktörer bli mer medvetna om läkemedels påverkan på miljön.

För att förskrivarna, i den mån det är möjligt, skall kunna välja miljövänliga läkemedel måste information om olika läkemedels miljöegenskaper vara lätt tillgänglig. Landstingen har ett ansvar för att beakta miljöaspekten vid upphandling av läkemedel och i listor med rekommenderade läkemedel, som borde kompletteras med information om miljöpåverkan.

För att detta skall vara möjligt behövs ett välutvecklat miljöklassificeringssystem. Idag finns inte något nationellt reglerat miljöklassificeringssystem för läkemedel. För att väga upp detta och för att ge förskrivare och patienter information har dock Läkemedelsindustriföreningen (LIF) i samarbete med Läkemedelsverket, Apoteket AB, Sveriges Kommuner och Landsting samt Stockholms läns landsting utarbetat en modell för att uppnå ett system med frivillig miljöklassificering. Miljöinformation, som bygger på data från läkemedelsföretagen, publiceras på [www.fass.se](http://www.fass.se).

Vikten av följsamhet till ordination har tidigare betonats i detta program, men även ur miljöaspekten måste vikten betonas för patienten. En stor andel av de patienter som fått läkemedel frångår ordinationen på ett sådant sätt att läkemedel kan komma att kasseras, på mer eller mindre säkert sätt. Andra åtgärder som man som förskrivare kan tänka på är att öka användning av startförpackningar, att inte förskriva mer än vad som går åt och att informera patienten om att inte hämta ut mer än man behöver. Detta förutsätter naturligtvis att läkemedelsindustrin tillhandahåller startförpackningar och att förpackningars storlek är anpassade efter patienterna behov (t.ex. barns behov).

Det är också viktigt att patienterna informeras av förskrivare och apoteken om hur överblivna läkemedel skall kasseras samt att även förpackningarna i sig kan ha miljöpåverkan, t.ex. att vissa läkemedelsförpackningar kan ha kvar rester av aktiv substans efter användningen beroende på att hela innehållet inte kan tas ut vid doseringen, som inhalationspreparat, salvor m.m., och att de bör hanteras som läkemedelsavfall.

Läkarförbundet menar också att det behövs ett ökat internationellt arbete vad gäller krav på miljöutvärdering av nya läkemedels påverkan på miljön. Ett sätt vore t.ex. att ge läkemedelsbolag som kan påvisa låg påverkan på miljön av nytt läkemedel förlängt patentskydd. Det är också av vikt att påverka produktionen i andra länder, så att det sker på ett

miljösäkert sätt och att även väga in betydelsen av långväga transporter av läkemedel. Läkarförbundet menar att miljöaspekterna på läkemedelsanvändning är ett område som är ofullständigt genomlyst och kommer att aktivt verka för att kunskap inom området tas fram och diskuteras, nationellt och internationellt, för att ge en hållbar framtid och minskad miljöpåverkan.

I valet av distribution och handel borde också hänsyn tas till miljön så att transporterna begränsas, vilket minskar koldioxidutsläppen som i sin tur bidrar till uppvärmningseffekten