

Från expertkunskap till rekommenderat läkemedel

- En studie om rekommendationer i tre läkemedelskommittéer

Anna-Maria Lagrelius

SCORE

(Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor)

106 91 Stockholm

Tel: 08 674 77 58

Fax: 08 16 49 08

E-post: fal@hhs.se

Score Rapportserie 2001:1

ISBN 91-7265-207-1

ISSN 1404-5052

Bakgrund

Under hela 1990-talet har samhällets kostnad för receptbelagda läkemedel ökat kraftigt, både i kronor och i förhållande till andra hälso- och sjukvårdskostnader. Två anledningar till den ökade kostnaden har målats upp: dels att nya och dyrare mediciner står för en stor del av kostnadsökningen; dels att det förekommer en fel- och överförskrivning av vissa preparat.

Eftersom kostnadsökningen uppfattats som ett problem har nya former för att styra och påverka förskrivningen av läkemedel införts. Ett exempel på detta är den s.k. Läkemedelsreformen som trädde i kraft den 1 januari 1997, och som bl.a. innebar förändringar i högkostnadsskyddet som syftade till att patienternas andel av läkemedelskostnaden skulle öka. I samband med Läkemedelsreformen beslutades också om följande förändringar i organiseringen av hälso- och

sjukvårdadministrationen: överförande av kostnadsansvaret från staten till landstingen, lagen om receptregister, samt lagen om läkemedelskommittéer.

Överförandet av kostnadsansvar för läkemedel från staten till landstingen syftade bl.a. till att läkemedelsbudgeten inte längre automatiskt skulle skrivas upp med den faktiska kostnaden. Lagen om receptregister syftade till att möjliggöra fakturering från Apoteket AB till respektive landsting, samt i förlängningen till en mer detaljerad uppföljning, genom att varje recept skulle innehålla en personlig kod på vem som förskriver och från vilken arbetsplats, samt för vilken indikation. Lagen om läkemedelskommittéer innebar att de frivilliga läkemedelskommittéer och läkemedelsråd som funnits i landet i flera decennier nu blev föremål för en formalisering vad gäller organisation, sammansättning och verksamhet. Syftet var att kommittéerna skulle fungera som stöd för landstingen i strävan efter bättre förskrivning. Av dessa tre delreformer är det endast formaliseringen av läkemedelskommittéerna som helt genomförts.

I förarbetena till dessa reformer står det klart att avsikten var att ge läkemedelskommittéerna en nyckelroll arbetet med att styra förskrivningen.¹ Det är dessa läkemedelskommittéers rekommendationer och arbetet med att ta fram dem, som är fokus i den här studien.

Vad rekommenderar de tre läkemedelskommittéerna och varför?

Dagens läkemedelskommitté kan betraktas som ett expertorgan i landstingens tjänst, men det har inte alltid varit så. En orsak till att man bildade de tidigaste kommittéerna på 1930-talet var olyckan på Maria sjukhus i Stockholm, där förväxlingen mellan en flaska lokalbedövningsmedel och ett kvicksilverpreparat ledde till fyra patienters död 1936, en händelse som gav upphov till den s.k. Lex Maria.^{2,3} Den mer omfattande organiseringen av läkemedelskommittéerna brukar emellertid hänföras till 1960-talets sjukhusbaserade läkemedelskommittéer. Oavsett vilken tidpunkt som är att anse som den mest korrekta har kommittéerna en historik i säkerhet och medicinsk effektivitet snarare än i främst ekonomiska överväganden. Detta innebär att den historiska

¹ Se bl.a. Socialutskottets betänkande 1991/92:SOU21; Socialförsäkringsutskottets betänkande 1991/92:SFU13; Socialförsäkringsutskottets betänkande 1994/95:SFU10; Socialutskottets betänkande 1995/96:SOU10, Socialutskottets betänkande 1996/97:SOU05 (www.riksdagen.se); samt Landstingsförbundets nyhetsbrev "Läkemedel i förändring" nr 1 1997; samt SOU 1995:122, Reform på Recept.

² Just säkerhet är något som fortfarande i allra högsta grad är aktuellt. Åtminstone två av kommittéerna i den här studien har projekt kring läkemedelsgenomgångar - en systematisk genomgång av all medicinering för patienter i kommunala boenden. En annan aspekt på säkerhet är att nyintag på sjukhus kan bero på felaktig terapi som biverkningar och interaktioner (30 procent enligt Läkemedelsvärlden juni 1998, s. 8). Ytterligare en säkerhetsaspekt rör psykiskt sjuka med suicidrisk (dvs. de som befinner sig i riskzonen för att göra ett självmordsförsök).

³ Jendteg & Persson, 1996.

professionella tyngdpunkten har legat på sjukhusdoktorer med medicinsk specialistkunskap, snarare än en mer demokratiskt sammansatt kommitté.⁴

Detta gör att dagens läkemedelskommittéer i större utsträckning än tidigare kan betraktas som en plats för möten mellan olika professioner. En arena där flera olika fält sammanstrålar – både politiska och professionella (DiMaggio & Powell, 1983). I läkemedelskommittéerna möts olika medicinska professionella krav när centrala rekommendationer möter lokal medicinsk praxis. Specialiserad medicinsk vetenskap, konstruerad med hjälp av standardiserade statistiska metoder, möter den lokala läkarens erfarenheter av ostandardiserade patienter. Den medicinska professionen möter krav från statsmakterna. Detta aktualiserar frågan om hur läkemedelskommittéerna och dess representanter hanterar och ser på sitt uppdrag, och vad de väljer att rekommendera.

Den förstudie/delstudie som redovisas nedan syftade till att identifiera möjliga samband mellan likheter och skillnader i rekommendationer och arbetssätt i tre av landets läkemedelskommittéer.⁵

Tillvägagångssätt

Det finns 25 läkemedelskommittéer eller motsvarande som ansvarar för att ge ut läkemedelsrekommendationer i Sverige.⁶ Dessa läkemedelskommittéer har i regel mellan 5 och 15 medlemmar och kommittéerna kan i sin tur vara organiserade i olika undergrupper, t.ex. expertgrupper som i kraft av sin expertis bereder underlag för vad som bör rekommenderas inom något eller några medicinska områden.

I varje landsting finns således åtminstone en läkemedelskommitté. Inför den här studien valdes tre län ut: Storstad, Mellanstad och Länsbygd. Länen skiljer

⁴ Med demokratiskt sammansatt avses här en sammansättning som återspeglar någon sorts tanke om representativitet. Formaliseringen av läkemedelskommittéerna innebar ett implicit krav på ökad distriktsläkarrepresentation – inte minst från statsmakternas håll, vilket ges av förarbetena till lagen om läkemedelskommittéer.

⁵ Bakgrund för delstudien är det av HSFR (Humanistiska Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet) finansierade projektet: *”Från centrala rekommendationer till praktik: Lokal etablering av nya medicinska behandlingsformer”*, vars centrala fråga är: Vad är det som medför att viss ny medicinsk praxis och därmed kostnader för sjukvård kommer att i centrala rekommendationer uppfattas som lämpliga och nödvändiga att finansiera med offentliga medel, medan andra avfärdas? Syftet med projektet är att få förståelse för hur behandlingsmetoder etableras i såväl nationella rekommendationer som lokal praktik. Huvudprojektet är uppdelat i delprojekt, från lokal till nationell nivå, och drivs av Ek dr Karin Fernler och Ek dr Claes-Fredrik Helgesson på Handelshögskolan i Stockholm.

⁶ Uppgiften är hämtad från www.reklistan.nu respektive från www.smed.org. Två regioner har en central kommitté eller råd där preparatvalen samordnats mellan de lokala kommittéerna på så sätt att regionen har en gemensam lista. En region har fem kommittéer vilka är delvis samordnade, men dessa kommittéer utfärdar egna listor på rekommenderade preparat. Antalet läkemedelskommittéer är därmed totalt sett något fler än antalet landsting, då några av de större länen har mer än en läkemedelskommitté. Vissa landsting har också ytterligare lokala läkemedelsråd. Något landsting kallar sin centrala kommitté för läkemedelsråd.

sig åt när det gäller geografisk struktur, befolkningens storlek samt i relativ andel distriktsläkare och specialister. Resultaten är dock inte nödvändigtvis generaliserbara till andra landsting. Länen valdes ut successivt. Det första länet som valdes var Mellanstad, och det sista var Länsbygd. Tanken var att faktorer som skiljer just de här länen åt skulle kunna ha betydelse för vad som rekommenderas, något som dock inte kommer att utvecklas i denna analys. De tre resultatredovisningarna kopplas därmed inte explicit samman här.

Det empiriska materialet består främst av femton intervjuer med representanter från tre läkemedelskommittéer/expertgrupper, vilka genomfördes under hösten 1999 till tidig vår 2000.⁷ Studiens ansats var kvalitativ och respektive intervju utgick ifrån läkarens erfarenheter och synpunkter på arbetet i läkemedelskommittéer och expertgrupper. Av de intervjuade personerna var: 2 ordföranden och praktiserande läkare, 2 administrativa sekreterare, 2 apotekare och resterande nio var medlem i någon av läkemedelskommittéerna och/eller dess expertgrupper. När det gäller de 11 intervjuade läkarna var 1 privatläkare, 4 distriktsläkare, och 6 sjukhusdoktorer. När de gäller olika specialiteter var 3 psykiatriker, 2 magdotorer och 2 särskilt inriktade på hjärta-kärl. I storstad intervjuades 6 personer, i Mellanstad 2 samt i Länsbygd 7 personer. Intervjuerna har bandats, skrivits ut i sin helhet för att sedan kodalas med hjälp av det kvalitativa dataverktyget NVivo. Kompletterande information har hämtats från de publikationer som dessa kommittéer ger ut i form av nyhetsblad och listor på rekommenderade preparat. Den metod som användes var Grundad Teori, vilket bl.a. innebär 1) successivt urval av läkare baserade på teman erhållna ur tidigare intervjuer 2) urval baserat på maximala olikheter i läkare 3) successivt uppbyggd tematisering av det empiriska materialet (Glaser & Strauss, 1967).

Under 1999 och 2000 har 6 deltagande observationer också genomförts. Tre deltagande observationer av utbildnings- och informationsseminarier för läkare i två av läkemedelskommittéerna, samt två deltagande observationer av öppna seminarier angående informationens betydelse för framtidens läkemedelsvärdering respektive evidensbaserad medicin. På de två senare seminarierna har representanter från såväl SBU (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering), Läkemedelsverket, Socialstyrelsen som representanter från olika läkemedelskommittéer deltagit. En deltagande observation har också genomförts i samband med Apotekets internutbildning av bl.a.

⁷ I rapporten baseras dock tolkningen av det empiriska materialet också på information från ytterligare 8 intervjuer med läkare och kommittémedlemmar i de tre länen, vilka genomfördes under november 2000. En av dessa intervjuer var en fördjupad intervju med en tidigare läkare. Av de intervjuade personerna var 6 medlemmar i läkemedelskommitté eller liknande och 2 var knutna till SBU som SBU-ambassadörer. När det gäller de 7 intervjuade läkarna var 2 internmedicinare, 2 gastroenterologer, 2 distriktsläkare samt en specialiserad på ett annat område. I Storstad intervjuades 1 person, i Mellanstad 3 personer samt i Länsbygd 4 personer. Samtliga dessa intervjuer har bandats, men ej ännu skrivits ut i sin helhet.

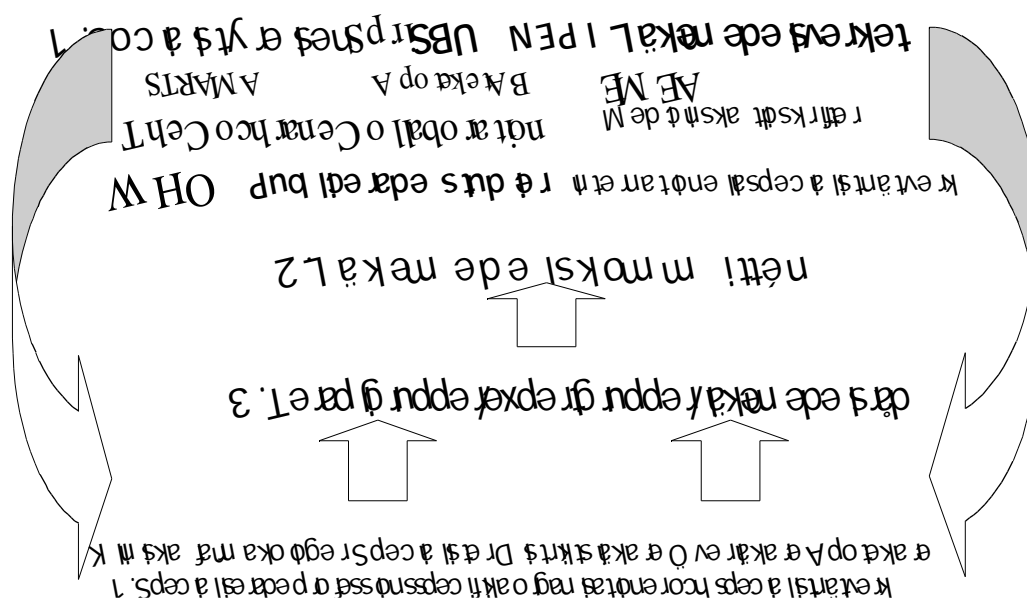
informationsapotekare. Ett studiebesök gjordes också på ett Apoteks Dosexpedition.⁸

⁸ Dosexpedition av läkemedel: är en tjänst som innebär automatiserad och individualiserad förpackning av läkemedelsdoser. Tjänsten erbjuds av Apoteket AB, bl.a. till personer i äldreboenden och i den kommunala vården. Patienten får sina läkemedel i dospåsar, uppdelade av en särskild s.k. apodosmaskin enligt ordinationskort som ersätter patientens samtliga recept (Läkemedelsboken 1999/2000, s. 1029). Det är detta 'system' som är apodossystemet.

Resultatredovisning del I –

Läkemedelskommittéerna – en plats för möten

Enligt lagen om läkemedelskommittéer är läkemedelskommittéernas formella huvuduppgift att rekommendera läkemedel på landstingsnivå⁹, men organisationer som producerar kunskapsunderlag och rekommendationer finns också på andra nivåer. I den här uppsatsen har aktörerna delats upp i tre nivåer: Den centrala nivån, den regionala nivån samt den lokala praxisnivån som består av mindre grupper, t.ex. expertgrupper, eller enskilda doktorer. Hur läkemedelskommittéerna förhåller sig till den läkemedelsnära medicinska omvärldens aktörer illustreras nedan på ett starkt förenklat sätt:



Figur 1 – Läkemedelskommittéerna i förhållande till andra medicinska kunskapsproducenter

1) Den centrala nivån kan delas upp i två nivåer: Den nationella nivån, och den internationella nivån. På den nationella nivån utfärdar Socialstyrelsen behandlingsrekommendationer på uppdrag av Sveriges regering.^{10,11} SBU (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering) utvärderar medicinska

⁹ Lag (1996:1157) om läkemedelskommittéer.

¹⁰ Ett exempel på en sådan är när Socialstyrelsen 1990 rekommenderade blodtrycksmedicin för farmakologisk behandling av högt blodtryck.

¹¹ Endast de läkemedel som ingår i förmånssystemet belastar statskassan, varför de rekommendationer och riktlinjer som avses i detta papper i första hand gäller sådana läkemedel.

behandlingsmetoder och ger ut kunskapsunderlag i form av rapporter.¹² Läkemedelsverket ger ut produktresuméer där de kommenterar och i viss utsträckning också värderar preparat.¹³ Läkemedelsverket ger också ut rekommendationer som tillkommit genom dess verksamhet med s.k. 'workshops'.¹⁴ NEPI (Nätverk för Läkemedelsepidemiologi) bedriver forskning, studier och utredningar med syfte att bidra till en bättre läkemedelsanvändning. STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och mot antibiotikaresistens) arbetar för en mer rationell användning av antibiotika för att motverka antibiotikaresistens. Apoteket samarbetar med flera av dessa aktörer inklusive läkemedelskommittéerna, och bedriver också informationsarbete gentemot allmänheten. Dessutom ger Apoteket vartannat år ut Läkemedelsboken, som av många läkare ses som ett referensverk.

På den internationella nivån kan förutom vetenskapliga studier publicerade i internationella tidskrifter eller på internationella kongresser, organisationer som WHO ge ut rekommendationer och riktlinjer för såväl sjukdomskriterier som vilken behandling som bör ges. WHO står också bakom ett av de klassificeringssystem som används för att klassificera sjukdomar, det s.k. ICD-10. Det finns också en mängd olika internationella organisationer och specialistnätverk som verkar genom att ge ut standarder i form av klassificeringssystem för sjukdomar¹⁵, eller genom att sammanställa kunskapsunderlag eller utfärda specifika behandlingsrekommendationer. The Cochrane Collaboration t.ex. är en professionsdriven internationell sammanslutning med grupper i 40 länder som bl.a. arbetar med att göra meta-

¹² När det gäller HTA (health technology assessment) och EBM (evidence based medicine) samarbetar SBU också bl.a. med drygt 20 andra organisationer inom EU, i det s.k. INAHTA.

¹³ Läkemedelsverket gör en viss värdering av preparatet i de produktresuméer som utfärdas. På seminariet :Framtidens läkemedelsanvändning – om informationens betydelse, talade bl.a. Björn Beerman på temat: ”*Blir vi friskare av nya läkemedel eller ökar bara kostnaderna*”. Beerman delade då in nyregistrerade läkemedel i tre kategorier: 1) Ny terapi, 2) Förbättrad terapi, 3) Nytt medel av samma slag som tidigare, (dvs. inte bättre, oftast dyrare). Läkemedel som innebar en helt ny behandlingsmetod inom ett område värderades således högre, än nya slags läkemedel, respektive nya varianter på tidigare läkemedel (991207, Norra Latin, Stockholm).

¹⁴ Ett exempel på detta är genomförda workshops om behandling av ulkus (magsår) 1993, vilken följdes upp med en ny workshop 1995 och som senare publicerats som behandlingsrekommendation (www.mpa.se/workshops/reko/dokinfo/heli_d.html).

¹⁵ Ett exempel på det är the American Psychiatric Association, som utfärdat den spridda och använda DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)). En annan sådan organisation är OMGE (Worldgastroenterology.org eller 'Organisation Mondiale de Gastro-Entérologie'), som bl.a. arbetar med att ta fram globala riktlinjer för mag-tarmområdet då: “*It is a common knowledge that the approach to a given medical problem may be highly variable in a given geographical area. Yet, theoretically at least, there should be only a few approaches that are optimal*”. (www.omge.org/aboutus/guidelies.htm). Ett sådant område där man önskar få fungerande guidelines gäller området dyspepsi, då området f.n. uppfattas präglas av osäkerhet till följd av förändringar i kunskapsläget (egen källa, specialistläkare mage-tarm 22 november 2000).

analyser av läkemedelsstudier för att få fram bästa möjliga evidens för eller emot en behandlingsmetod.¹⁶

Ett läkemedel godkänns av Läkemedelsverket eller den europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA¹⁷ på en viss 'indikation', t.ex. för en viss specifik sjukdom. Kriterierna för Läkemedelsverkets bedömning är enligt svensk lag att: *"Ett läkemedel skall vara av god kvalitet och vara ändamålsenligt. Ett läkemedel är ändamålsenligt om det är verksamt för sitt ändamål och vid normal användning inte har skadeverkningar som står i missförhållande till den avsedda effekten. Ett läkemedel skall vara fullständigt deklarerat, ha godtagbar och särskiljande benämning samt vara försett med tydlig märkning. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Läkemedelsverket får medge undantag från kravet på fullständig deklaration."*¹⁸

2) Läkemedelskommittéerna verkar på regional nivå, bl.a. genom att ta fram rekommendationer på vilka läkemedel som bör användas i länet. Det är landstinget som ansvarar och ibland även formellt tillsätter dem som ska ingå i kommittén. Några läkemedelskommittéer driver samarbetsprojekt, t.ex. vad gäller datoriserade förskrivarstöd och apotekstjänster som Dosexpedition.

3) Arbetet med att ta fram rekommendationer i läkemedelskommittéer är ofta delegerat till expertgrupper som väljer vilka preparat som bör användas för ett viss medicinskt område. I dessa grupper är det medicinska området i sin tur ofta uppdelat i delområden som bevakas av enskilda läkare.¹⁹ Dessa läkare kan vara med i expertgruppen i kraft av sin specialistkompetens, eller på grund av att de står nära den lokala praktiken.

Som figuren ovan visar består kommittéerna således av personer från olika professioner. De mest framträdande professionerna är läkare och apotekare. I synnerhet läkarna ter sig som en profession med många delprofessioner, vilka i sin tur har olika perspektiv på vilka läkemedel som bör rekommenderas.

¹⁶ En sammanslutning av läkare och epidemiologer som verkar efter idéer av bl.a. den brittiske läkaren Archibald Leman Cochrane, i medicinska kretsar känd för sin bok: *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* som publicerades 1972. The Cochrane Collaboration gör bl.a. meta-analyser av bl.a. kliniska prövningar (www.cochrane.org; www.update-software.com/ccweb).

¹⁷ Ett läkemedel kan godkännas via den ömsesidiga- (eller decentraliserade-) proceduren, eller via den centrala proceduren. Det svenska Läkemedelsverket beslutar om godkännande i Sverige via den ömsesidiga proceduren, och EMEA (The European Agency for the Evaluation of Medical Products) beslutar om godkännande för den centrala proceduren. Det vanligaste sättet är vid tidpunkten för studien godkännande via den s.k. ömsesidiga proceduren (Svensk Farmaci under 1900-talet, Band III, s. 103).

¹⁸ Läkemedelslag (1992:859), §4.

¹⁹ Apotekare kan också ingå i expertgrupperna, men grupperna består huvudsakligen av läkare. Även om apotekarna har kunskaper i farmakologi har respondenterna i den här studien främst framhållit produktkunskap som apotekarnas främsta kompetensområde i förhållande till vad kommittéerna rekommenderar. För mer ingående farmakologiska frågor har läkarena främst hänvisat till kliniska farmakologer (en delprofession läkare).

Apotekarna är i regel knutna till Apoteket AB, och har minst en magisterexamen i farmakologi. Apotekarprofessionen²⁰ har sedan lång tid varit ett givet inslag i läkemedelskommittéerna. Utöver läkare och apotekare kan också andra professioner ingå i kommittéerna, t.ex. förskrivande distriktssjuksköterskor.

Läkarprofessionen kan delas in i olika subgrupper som t.ex.: specialister respektive allmänläkare²¹, distriktsläkare respektive sjukhusdoktorer, de som har mer patientkontakt, respektive de som av olika anledningar har mindre eller ingen alls. Åtminstone två av kommittéerna har tillgång till kliniska farmakologer, dvs. läkare som satsat sin specialistkompetens på att bli experter på läkemedel och dess verkningsätt.

Det finns idag 28 500 yrkesverksamma läkare i Sverige. Minst c:a 5000²² av dessa kan antas ha annat än läkemedel som vardagligt arbetsverktyg, t.ex. kirurger, ortopedier och rättsmedicinare. Totalt sett är 85 procent av läkarna offentligt anställda vid vårdcentraler och sjukhus och övriga är privatpraktiserande eller verksamma inom företagshälsovård, forskning eller undervisning.²³ Av alla de läkare som förskriver läkemedel är det några hundra som är direkt engagerade i någon av landets läkemedelskommittéer. Antalet ökar dock om de läkare som på olika sätt är knutna till de olika expert- och terapigrupperna också räknas in.

Nästan alla läkare är också medlemmar i Läkarförbundet, och det är obligatoriskt för en medlem att också tillhöra någon av de sju yrkesföreningar som finns.²⁴ Läkarförbundet har också 28 lokalföreningar, vilkas verksamhetsområden normalt överensstämmer med landstingens och det är obligatoriskt för medlemmar i läkarförbundet att också vara med i någon av dessa. Lokalföreningarna uppges av Läkarförbundet vara: *"naturliga remissinstanser, bl.a. i sjukvårdspolitiska frågor, både internt inom förbundet och för arbetsgivarna."*²⁵ Även om dessa föreningar är del i en facklig organisering, kan det också betraktas som en plattform för professionella frågor. I vissa fall är det också samma personer som är verksamma i de fackliga såväl

²⁰ Apotekarsociteten är en fristående, ideell organisation som verkar för ökad kunskap om läkemedel som knyter an till apotekarprofessionen och bl.a. ger ut tidskriften Läkemedelsvärlden. De ordnar även kurser och utbildningar i bl.a. läkemedelsvärdering (www.swepharm.se).

²¹ Med specialist menas här en läkare som har specialiserat sig i något organ eller sjukdom. Distriktsläkarna ute i primärvården kan vara såväl allmänläkare som specialister, t.ex. specialister i internmedicin. En läkare kan också vara specialiserad inom området klinisk farmakologi, dvs. ha satsat sin specialistkompetens i olika läkemedels verkningsätt och uppbyggnad.

²² Detta är nog lågt räknat. I denna uppskattning har ej heller tagits hänsyn till att c:a 30 av alla specialister har dubbel specialistkompetens, då uppgifter saknas om vilka specialistkombinationer som är vanliga. (Enligt Läkarförbundet, <http://www.slf.se/scripts/main.asp?WhereTo=Lakare>).

²³ Enligt Läkarförbundet, 2000-01-01, <http://www.slf.se/scripts/main.asp?WhereTo=Lakare>.

²⁴ Dvs.: Överläkarföreningen, Sveriges yngre läkares förening, Distriktsläkarföreningen, Svenska privatläkarföreningen, Sveriges läkarförbunds chefsförening, Svenska företagsläkarföreningen, samt Svenska militärläkarföreningen. Sveriges läkarförbund: <http://www.slf.se>.

²⁵ Sveriges läkarförbund: <http://www.slf.se>.

som i de professionella nätverken. En annan viktig organisering är SFAM (svensk förening för allmänmedicin)²⁶ som har lokalföreningar i de flesta landsting. WONCA (The World Organization of Family Doctors) kan här ses som en internationell motsvarighet till SFAM. Även privatläkarföreningen har viss organiserad central och lokal verksamhet.

Egna privata grupperingar och nätverk som de olika medlemmarna kan ha kan både vara yrkesmässiga vänskapskontakter och engagemang i lokala läkemedelsråd, respektive nätverk som är helt fristående från den formella kommittén och istället är knutet till kliniken eller sjukhuset där man arbetar. På mindre orter kan t.ex. distriktsläkaren tidigare ha praktiserat på det lokala sjukhuset, och på så sätt byggt upp ett eget nätverk. Privata nätverk kan gå över professionsgränserna så att en apotekare på ett sjukhusapotek får information om en sjukhusdoktors erfarenhet av en viss vetenskaplig läkemedelsstudie²⁷ eller liknande. Ordförande i de olika läkemedelskommittéerna träffas åtminstone någon gång per år. Informationsläkarna i läkemedelskommittéerna har under 1999 börjat att organisera sig för att kunna utbyta erfarenheter nationellt. Informationsapotekare träffas t.ex. genom de speciella vidareutbildningar som Apoteket AB anordnar för dessa. Olika specialistgrupper kan också vara organiserade och ha olika nätverk eller vara anknutna till något internationellt nätverk.

Det är emellertid inte möjligt att med en enkel modell fånga all den dynamik som finns i samspelet mellan de olika aktörerna. Kommittémedlemmarna kan betraktas som både lokala och som en del av den medicinska omvärlden. Den nationella och internationella nivån representeras av de specialiserade och professionsbundna organisationer och nätverk som respektive kommittémedlem är en del av. Läkare, men ibland också apotekare och kliniska farmakologer som ingår i olika läkemedelskommittéer, kan ha skrivit artiklar i välrenommerade facktidskrifter. Personer som samarbetar med eller är medlemmar i en läkemedelskommitté (eller expertgrupp) kan ha anknytning till vad som kan ses som centrala rekommendationer, t.ex. genom att ha skrivit kapitel i Läkemedelsboken som utges av Apoteket AB, eller genom att de ingår i någon av SBU:s expertgrupper. I praktiken sammanstrålar därmed den lokala och den nationella respektive internationella nivån i enskilda personer. Kanske är därför inte den uppdelning som här gjorts i lokal, regional samt nationell/internationell nivå möjlig. Kanske vore det bättre att tala om vissa av specialistnätverken som samtidigt translokala och transnationella.

²⁶ www.svls.se. Många distriktsläkarna är också specialister i t.ex. allmänmedicin.

²⁷ Dvs., klinisk prövning. Jag har dock i texten främst använt begreppet 'läkemedelsstudie' för att hålla terminologin så enkel som möjligt. Med klinisk prövning avses en vetenskaplig studie där ett läkemedels effekt testas på en utvald grupp patienter. En placebokontrollerad studie innebär att en liknande grupp patienter får s.k. placebo – t.ex. sockerpiller utan medicinsk verkan. En cross-over studie innebär att de patienter som fått placebo efter halva tiden får byta preparat och vice versa. En dubbelblind studie innebär att varken patient eller läkare vet om preparatet är verksamt eller om det är placebo. En randomiserad studie innebär att patienterna har slumpats fram.

Storstad

Länet präglas och utgörs främst av den stora staden och dess kranskommuner. Sjukvårdsorganisationen är komplex. Länet är indelat i flera sjukvårdsdistrikt med egen, delvis decentraliserad organisation. Flera tongivande sjukhus med egen forskning och egen klinisk farmakologi finns i länet. Olika datasystem används på olika sjukhus och primärvårdsenheter för samma funktioner, t.ex. journalsystem och förskrivning, vilket i vissa fall innebär en utmaning för att åstadkomma datoriserad samordning av statistik²⁸ och kunskap.

Storstad har en central kommitté och centrala expertgrupper inom olika terapiområden som arbetar med att ta fram de preparat som ska vara på den gemensamma listan. Stora satsningar görs på en elektronisk plats där alla kommittéer och expertgrupper är representerade, en stor satsning som visserligen hämtar kraft ur reformerna²⁹ – men inte är en direkt följd av dem. Denna elektroniska plats syftar bl.a. till att tillhandahålla avancerade förskrivarstöd, samt integrera listan med rekommenderade läkemedel med andra informationssystem. Under året kom Storstad att också få en fysisk plats för den centrala läkemedelskommittén.

Förutom den centrala kommittén har Storstad också lokala läkemedelskommittéer som är mer eller mindre knutna till de olika sjukvårdsområdena. Tidigare var rekommendationerna knutna till de lokala läkemedelskommittéernas terapigrupper, men nu tas rekommendationerna fram av experter i de centrala terapigrupperna. Medlemmarna i de olika expertgrupperna är antingen specialister eller experter inom området ifråga, eller representanter för t.ex. distriktsläkarkåren eller apotekarprofessionen. Tanken att med hjälp av läkemedelsintresserade distriktsläkare förankra och anpassa rekommendationerna till praxis är ett arbetssätt som inte kan härledas till reformen, eftersom det är ett arbetssätt som vuxit fram under tidigare årtionden. I Storstad tycks särskilt några personer befinna sig överallt och i alla sammanhang: Den som är med i den centrala terapigruppen är med också i den lokala. Den som är med i läkemedelskommittén är med också i någon eller några terapigrupper etc. I Storstad finns det således en mängd grupper knutna till kommittéer, institutioner och landstingspolitiker som på olika sätt interagerar med varandra. I Storstad ingår kliniska farmakologer i några av dessa i kommittéer eller expertgrupper.

²⁸ I och med att datorsystemen inte är samordnade på ett sådant sätt att det generellt är möjligt att skicka elektroniska recept, skrivs receptblanketten istället ofta ut med kod och faxas. Detta gör emellertid att koden inte alltid är läsbar.

²⁹ Här: läkemedelsreformen respektive 'lag om läkemedelskommittéer'.

De lokala kommittéerna kan betraktas som en fortsättning på de tidigare sjukhusbaserade kommittéerna, ett avsteg från reformen³⁰ som bland några läkare motiverats med att respektive sjukhusområde ändå motsvarar ett normalstort landsting. Nästan parallellt med centraliseringen av rekommendationsbesluten återuppstod dock lokalt beslutade rekommendationer från nygamla sjukhusbaserade läkemedelskommittéer. Förutom inrättandet av en central kommitté, vilket är en förändring som kan härledas till reformen, ger läkemedelskommittéerna därför intryck av att tidigare verksamheten fortsatt en modifierad, men inte direkt ny tappning.

Mellanstad

Länet har en större stad, men den dominerar inte länet på samma sätt som hos Storstad. Ett större sjukhus finns där viss forskning bedrivs, men det är inte ett universitetssjukhus med enheter för t.ex. klinisk farmakologi. Även om länet inte har lika många olika datorsystem som Storstad, finns det tillräckligt många för att information inte på elektronisk väg ska kunna delas mellan olika vårdenheter. Bl.a. detta får också konsekvenser för uppföljningen av förskrivningen. Å andra sidan menar Mellanstad att en sådan uppföljning inte är kritisk, då länets doktorer generellt sett förskriver billigare - men medicinskt likvärdiga - preparat jämfört med andra län. Mellanstads läkemedelskommitté har egna lokaler och strävar efter att bli fysiskt samlokaliserade med andra administrativa resurser som arbetar med närliggande frågor som läkemedelskommittén. Mellanstad är politiskt ålagda att samarbeta med andra landsting, vilket också inbegriper läkemedelskommittén.

Själva läkemedelskommittén är på många sätt en direkt fortsättning av den läkemedelskommitté som funnits i ett tjugotal år, även om de enskilda medlemmarna skiftat över tiden. En formell förändring var att ett formaliserat reglemente över bl.a. kommittés syfte och uppgifter upprättades av den politiska organisationen, dvs. landstinget. En del i detta reglemente var att ordföranden skulle vara en allmänläkare eller distriktsläkare, något som dock inte har genomförts. Två skäl kan identifieras. Det ena, som anges explicit, är att länets distriktsläkare inte har tid med ett sådant uppdrag. Det andra skälet framgår mer implicit. Ordföranden bör ha också distriktsläkarnas förtroende, och det är inte givet att distriktsläkarna har mer förtroende för en annan distriktsläkare än någon av länets främsta experter.

De lokala terapigrupperna är relativt autonoma och organiseringen av dem tycks inte ha undergått några större förändringar. Ingen i själva kommittén sitter i någon av expertgrupperna. Det händer dock att experterna i kommittén rådfrågas, och att kommittén har ändrat i förslaget från expert- eller

³⁰ Dvs. min tolkning av syftet med lagen om läkemedelskommittéer.

terapigruppen. Flera av experterna i terapigrupperna skriver regelbundet i kommitténs informationsblad. Denna informationsskrift har funnits i många år, och publiceras nu också på nätet.

Länsbygd

Länsbygd är ett medelstort län vad gäller invånarantal, men har vidsträckta geografiska avstånd mellan de olika orter där sjukvård bedrivs. Länet gränsar till ett annat nordiskt land och avståndet till någon av landets tre största städer är stort. Det finns några mellanstora städer i länet, men ingen som är dominerande. Det finns inget sjukhus med egen klinisk farmakologi utan den tjänsten köps in från ett annat län. Länet har ett väl samordnat datastöd, vilket tycks göra det lättare att integrera förskrivarstöd med såväl journalhanteringssystem som moduler för elektroniska recept och liknande. Detta innebär att listan på rekommenderade läkemedel åtminstone till någon del kunnat sammankopplas med såväl system för återföring av statistik som andra informationssystem, vilket dock inte fungerar fullt ut ännu.

I Länsbygd finns en central läkemedelskommitté med lokaler och ett kansli som hör till kommittén. Utanför byggnaden finns en skylt som anger vilka organisationer som verkar i huset. Läkemedelskommittén står med på skylten. Kommittén förfogar också över vissa egna resurser utöver ordförande och visst administrativt stöd, bl.a. farmaceutisk kompetens och kompetens inom informationshantering och web-teknik. Den centrala kommittén är med och driver vissa projekt i länet. Ett sådant område rör infrastrukturen för datakommunikation mellan vårdenheter i länet. Ett annat sådant område rör läkemedelsgenomgångar, där personer från flera professioner samarbetar för att göra förskrivningen till äldre i äldreboende mer säker och effektiv.

Expertgrupperna är endast temporära och arbetet med listan är uppdelat mellan de olika kommittémedlemmarna. Beslutsprocessen är mindre formaliserad och strukturerad än i både Storstad och Mellanstad, och också andra personer än den som formellt ansvarar för området tycks kunna få stort inflytande över den slutgiltiga informationen. De lokala läkemedelsråden tycks ha en svagare koppling till den centrala kommittén och en starkare anknytning till de lokala läkemedelskommittéer som fanns innan läkemedelsreformen. En respondent menar att de lokala råden är helt fristående från den centrala kommittén. En annan respondent har uppfattningen att läkemedelsråden hör ihop med kommittén. Några påtalar det faktum att det i kommittén inte finns företrädare för alla sjukvårdsdistrikt.³¹

Vid tiden för studien har Länsbygd fått en hel del uppmärksamhet i media med anledning av sin lista på rekommenderade preparat, såväl lokalt som

³¹ Ett förhållande som under 2000 ändrats, till viss del till följd av politiskt initierade samarbetsprojekt mellan olika vårdaktörer i länet.

nationellt. Samtidigt är Länsbygd den kommitté som kanske är mest självkritisk vad gäller sin egen roll och de resurser som man har att för att kunna påverka förskrivarna i länet.

Organisation och verksamhet i kommittéerna

Alla kommittéer har en ordförande och någon som fungerar som sekreterare. I de fall där kommittén har en administrativ sekreterare finns också i regel en medicinsk sekreterare som ofta fungerar som vice ordförande. Ordföranden i två av de studerade kommittéerna är kliniskt verksamma distriktsläkare varav en också är chef för en vårdcentral, varför arbetet i läkemedelskommittén sker utöver ordinarie arbetstiden för denne. Ordföranden i den tredje kommittén är en kliniskt verksam specialist.

Läkemedelskommitténs medlemmar träffas vanligen en gång i månaden. Ett arbetsutskott som består av delar av kommittén träffas var fjortonde dag. Terapigrupperna träffas främst när det är aktuellt att revidera listan, vilket i två kommittéer sker årligen och i en av kommittéerna sker vartannat år. Under den period som en lista ska revideras träffas vissa expertgrupper flera gånger och andra istället under en intensiv dag eller helg. Oavsett hur många gånger man träffas gör grupperna vanligen en viss uppdelning av arbetsbördan då ett medicinskt område vanligen innehåller undergrupperingar. I flera fall rådgör medlemmarna i expertgruppen också med kollegor som inte formellt finns knutna till kommitténs verksamhet, utan som hör till medlemmens egna privata nätverk.

Listorna i två av kommittéerna, Storstad och Länsbygd, uppges syfta till att utgöra ett bassortiment. Mellanstads lista är mer utförlig och inbegriper i högre grad terapitrappor och liknande³² och dess rekommendationer följs av ett relativt utförligt resonemang. Alla tre kommittéerna ger ut någon eller flera publikationer, både fysiska och elektroniska, utöver listan eller motsvarande på rekommenderade läkemedel.

I Storstad och Länsbygd bedriver kommittéerna utbildningsverksamhet i form av regelbundet återkommande seminarier kring något medicinskt ämne. Uppslutningen på dessa utbildningsdagar varierar. I en kommitté upplever man att det är mycket samma personer som kommer – oberoende av vilket ämne som avhandlas. I en annan upplever man uppslutningen som god, bl.a. eftersom de som kommit huvudsakligen tillhört de delprofessioner inom läkarkåren som man önskat nå vilket administrationen tillskriver en väl fungerande e-post kontakt.

Kommittéerna bedriver också samordningsfrågor med övriga hälso- och sjukvårdsorganisationen, t.ex. läkemedelsgenomgångar. Det sistnämnda är särskilt påtagligt i Länsbygd och Mellanstad där såväl geriatriker³³ och

³² Med terapitrappa avses här att mer än förstahandsval är upptaget på listan.

³³ Läkare som specialiserat sig på åldrandets sjukdomar.

apotekstjänsten Dosexpedition syns för mig som observatör, vilket inte är fallet i Storstad. I dessa två kommittéer har också den rekommenderade listan till någon del integrerats med apodossystemet. Antingen genom preparatbyten från alternativa till rekommenderade preparat i de fall den förskrivande läkaren godkänt sådan substitution på ordinationskortet³⁴ eller motsvarande, eller genom att vissa läkemedel byts ut mot likvärdiga substitut av maskintekniska skäl, då själva sorteringsmekanismen inte kan hantera obegränsat många preparat.³⁵

I alla tre kommittéerna har viss verksamhet också bedrivits till patienter och medborgare med hjälp av massmedia. Länsbygd var först med en rekommendationsändring från Losec till billigare läkemedel som tillhör samma läkemedelsklass³⁶, vilket uppmärksammades både lokalt och i riksmassmedia kanske delvis beroende på att läkemedelskommittén meddelade det i en pressrelease. Några månader senare ”läckte” Mellanstad information till lokala media om motsvarande förändring av sina rekommendationer. Ytterligare cirka 6 månader senare initierade Storstad en kampanj riktad mot såväl förskrivare som patienter som generellt syftade till att väcka intresse, förståelse för och följsamhet till läkemedelskommitténs rekommendationer bl.a. vad gäller förändrade rekommendationer till förmån för billigare preparat i samma läkemedelsklass.³⁷

Alla tre kommittéerna använder sig av e-post i sina kontakter med andra förskrivare, men flera läkare menar att många läkare är ganska ovana vid att hantera datorer, att de inte orkar och hinner. I en kommitté tolkar man bristen på respons som att e-post kanske inte når fram. I en annan kommitté har man precis börjat använda e-post. I den av kommittéerna där e-post kontakterna uppges som väl fungerande sköts den i huvudsak av en särskild samordnare, som i sin tur använder sig av läkarsekreterarna på de olika vårdenheter för att försäkra sig om att informationen går fram. I den kommittén har också både kommittén och enskilda kommittémedlemmar fått feedback via e-post på vilka preparat som bör vara rekommenderade och vilka som inte bör vara det.

Läkarna i studien uttrycker inte något självklart upplevt stöd från arbetsgivaren vad gäller medverkan i kommittéarbetet, snarare skuld känslor över att lämna mottagningen. Några påtalar dock att de senaste årens omorganisering lett till något ökade resurser för läkemedelskommittéerna. Ett undantag är apotekarna i studien, som överlag uttrycker att de har incitament från arbetsgivaren i att delta i kommittéarbetet i och med att sådant arbete ”premieras”.

³⁴ Dessa ordinationskort ersätter recepten för de patienter som använder tjänsten.

³⁵ Till de boende levereras två veckors doser av samtliga preparat. Ofta ligger dock en begränsning i själva maskinen vid t.ex. 240 olika slags läkemedel (egen källa, studiebesök på ett apotek Dosexpedition, december 1999).

³⁶ Begreppet läkemedelsklass är dock ett begrepp med oklara gränser. I detta fall gällde det läkemedelsklassen ’protonpumpshämmare’ som används för olika magåkommor.

³⁷ Detta var således en kampanj som syftade till generellt mer ekonomisk hantering av läkemedel, vari den ändrade rekommendationen för ett visst läkemedel endast var en mindre del.

Alla kommittéer har någon som fungerar som informationsläkare och som ska besöka vårdcentraler och informera om läkemedel. Representanter från alla tre länen menar att det är bra om en apotekare och en distriktsläkare kan besöka de olika vårdenheterna tillsammans när de informerar om förskrivningsmönster och läkemedelsstatistik.³⁸ Några läkare betonar att önskan om att bli informationsläkare inte i första hand bör handla om en önskan att 'komma ifrån sina patienter'. Likväl uppger en av läkarna att just trötthet i förhållande till patienterna var en viktig drivkraft till att just han började som informationsläkare.

I och med arrangemanget med läkemedelskommittéer och de aktiviteter som dessa kommittéer bedriver, tycks behovet av administration i kommittéerna ha ökat. Ekonomisk och hälsoekonomisk kompetens omtalas som viktig i alla tre kommittéerna. Ingen ekonom eller hälsoekonom deltar dock vid tidpunkten för studien formellt i valet av rekommenderade preparat.

Organisatorisk förändring av läkemedelskommittéerna i reformens kölvatten

Formaliseringen av läkemedelskommittéerna i och med den nya lagstiftningen vad gäller hur kommittéerna kommer att organiseras har således kommit till lite olika uttryck i de tre landstingen.

I Mellanstad ledde t.ex. formaliseringen inte till någon egentlig organisatorisk förändring, då det funnits en kommitté i landstinget redan tidigare med viss distriktsläkarrepresentation åtminstone i vissa expertgrupper. I Storstad innebar reformen att lokala sjukhusbaserade kommittéer fortsatte i en förändrad form, initialt med successivt minskat inflytande över själva rekommendationerna. Nästan parallellt med centraliseringen av rekommendationsbesluten återupptod dock lokalt beslutade rekommendationer från nygamla sjukhusanknutna kommittéer. På så sätt kom reformen att innebära ett initialt avsteg följt av både en central kommitté med en gemensam lista för hela länet, och lokala sjukhusbaserade listor, dvs. samtidig förändring och bevarad struktur. I Länsbygd ledde reformen till en helt ny central kommitté med en distriktsläkare som ordförande, vilket åtminstone i början orsakade slitningar och splittring till andra läkemedelsintresserade falanger i länet. Med tiden tycks det dock som vissa av dessa initiala slitningar kunnat överbryggas.

Formaliseringen av läkemedelskommittéerna tycks inte heller innebära någon entydighet i organiseringen av beslutsfattandet när det gäller vilka läkemedel som ska rekommenderas. I Länsbygd är t.ex. expertgrupperna endast temporära men de leds formellt av någon i kommittén. Besluten fattas emellertid inte entydigt av vare sig kommitté eller expertgrupp, utan också andra läkare kan här

³⁸ I "Läkemedel i fokus – ett policyprogram för Sveriges läkarförbund", September –99 rekommenderar man att informationsläkaren bör vara en distriktsläkare, och att det är bra om denne åker ut tillsammans med en apotekare. Sveriges läkarförbund: <http://www.slf.se>.

utöva ett ganska stort inflytande. I Storstad återfinns en och samma person ofta på fler nivåer i kommittéer och expertgrupper. Dessa grupper framträder dock som relativt slutna enheter utanför det interorganiserade nätverket. I Mellanstad tycks besluten istället vara stabilt delegerade till expertgrupper vars beslutsfattande tycks relativt autonomt organiserat. När det gäller vilka läkemedel som rekommenderas skiljer sig också dessa åt mellan de olika landstingen, vilket behandlas längre fram i rapporten (under Resultatredovisning del III).

En förändring som är likartad för de tre kommittéerna är att reformen givit upphov till nya organisatoriska nätverk, även om också vissa av dessa har rötter i tidigare lokala aktiviteter. Ett sådant organisatoriskt nätverk är att ordföranden för de olika kommittéerna träffas. Ett annat är utökade kontakter mellan informationsläkare i olika kommittéer. En samtidig organisatorisk förändring i formaliseringens kölvatten, som dock inte är direkt avhängig reformen, är att SBU byggt upp en egen verksamhet med SBU-ambassadörer som ska verka för spridning och implementering av SBU-rapporter. Detta skulle kunna ses som en kompletterande eller konkurrerande verksamhet till de lokala läkemedelskommittéernas rekommendationer.

Formaliseringen av läkemedelskommittéerna rymde således ett stort tolkningsutrymme för vad reformen skulle innebära rent organisatoriskt. Detta gäller såväl på det som skulle kunna kallas planeringsnivån, den retoriska nivån och praxisnivån (Brunsson & Olsson, 1997). De nya läkemedelskommittéerna var redan från början tänkta att delvis bygga på tidigare organisering av regionala/lokala beslutande kommittéer med en historik i medicinsk effektivitet och säkerhet, samtidigt som de ökande läkemedelskostnaderna kom att definieras som ett kostnadseffektivitetsproblem som snart skulle vara landstingens. Den likhet i organisering som skulle kunnat förväntas kunde inte observeras i den här studien. I stället observerades stor lokal variation vad gäller hur kommittéerna organiserat sig, och vilka som deltar i besluten. Det kan med tiden komma att visa sig att likriktande krafter istället står att finna i frivilliga nätverk mellan de olika ordföranden, informationsläkare, samt mellan kommittéerna som följt i reformernas spår – inte minst genom den möjlighet att jämföra listor och resonemang som kommer av att så många kommittéer valt att vara tillgängliga på Internet.³⁹

³⁹ En sådan jämförelseplats som innefattar nästan alla landets läkemedelskommittéer är www.reklistan.nu. En kommitté har dock valt att stå utanför med motiveringen att de inte ger ut någon 'lista' på rekommenderade preparat.

Resultatredovisning del II – Hur har kommittéerna uppfattat sitt uppdrag?

Som visades ovan indikerar förarbetena till Läkemedelsreformen och Lag om läkemedelskommittéer förhoppningen att läkemedelskommittéernas rekommendationer skulle bli ett stöd för landstingen i att stävja ökningen av läkemedelskostnaderna. Samtidigt fanns en tidigare organisering av läkemedelskommittéer med medlemmar vars engagemang till stor del varit intressedrivet, kommittéer som historiskt sett främst varit sjukhusbaserade och syftat till en medicinskt sett bättre läkemedelsförskrivning och hantering.

Den här delen av resultatredovisningen syftar därför till att i ljuset av reformerna spegla hur kommittéerna därmed kommit att hantera och tolka sitt uppdrag, och vilka de önskar påverka.

Uppdraget

Formaliseringen av läkemedelskommittéernas organisering rymde förhoppningar om att dessa skulle ha någon del i att minska kostnadsökningen för läkemedel. Dessa förhoppningar återspeglas dock inte explicit i lagen. Det tycks dock som om förarbetena till lagen och de diskussioner som föranlett reformen fyller i även det som inte uttryckts explicit.

Billigare förskrivning

Respondenterna uppfattar t.ex. tydliga förväntningar att bidra till en billigare förskrivning och därmed bidra till mindre kostnader för stat och landsting:

”Grunden för hela reformen låg ju på detta. Att kunna styra detta [läkemedelskostnaderna].” (distriktsläkare)

”Direktören för sjukvårdsförvaltningen gick ut här i somras med ett brev som han spred över hela organisationen, där han skrev att läkemedelskommittéerna måste ta krafttag. Och alla ordförandena i kommittéerna blev fullständigt vansinniga och kände sig utpekade.” (administrativ sekreterare)

”Du har gjort av med en miljon av landstingets kostnader och ingen har någon insyn i det. Och det är klart, att om jag vore landstingspolitiker så skulle jag säga att: *’Så kan det inte vara!’*” (medlem i expertgrupp)

”Det jag skriver på recepten är mer än två av mina årslöner och det har gått upp med 17% årligen, så det är klart att de är oroliga: *’Vem ska ordna det här åt oss?’*, tänker landstinget, *’så det inte blir någon kostnadsexplosion?’ Jo,*

läkemedelskommittéerna får ordna så att det blir ordning och reda. Vi lagstiftar om dem och ger dem lite budget ...' Ja, jag överdriver, men där låg ju drömmen ...” (distriktsläkare)

”Det blev väldigt tydligt för mig att det finns förhoppningar om att läkemedelskommittén ska klara saker som varken lagstiftaren eller någon annan egentligen har klarat. Att vi ska vända kostnadsutvecklingen. När jag tillträdde så fick jag höra detta från många - från landstingsdirektören till en del klinikchefer att: *'Det här är en viktig uppgift för dig. Nu vill det verkligen till att...'* Det finns en egendomlig kluvenhet här som smittar av sig också till läkemedelskommittéerna i någon mån. Den diskussionen kom bl.a. upp när alla ordföranden i läkemedelskommittéerna träffades förra veckan och tydde på att väldigt många ordföranden anser att man kanske har den här uppgiften i alla fall.” (LK-ordförande)⁴⁰

”Jag har sagt att om man pressar mig för mycket om läkemedelskostnader... Då hoppar jag av från det här. Jag måste i alla fall till syvende och sist tänka på patienten.” (medlem i expertgrupp)

Samtidigt som respondenterna delvis förstår att frågan om kostnader blivit så aktuell, känner de sig således inte riktigt bekväma med att ansvaret för detta skulle hamna på dem som läkare.

En mer rationell förskrivning

Även om de flesta respondenter spontant talat om kostnadsaspekter och en upplevd press i att bidra till minskade läkemedelskostnader värjer man sig och menar att läkemedelskostnaderna egentligen inte är något som läkemedelskommittéerna kan göra någonting åt. Det går inte att informera ner läkemedelskostnaderna.⁴¹ Flera läkare menar emellertid att det går att förskriva läkemedel på ett mer rationellt sätt och att det kan vara rimligt att de som läkare också har ett ansvar att göra det, inte minst inför medborgare och patienter.

”Nu är det nog viktigt, kan jag å andra sidan tycka, att vi ägnar oss en del åt kostnader. Tittar på dem för att [se] var de största övertrampen eller felstyrningarna sker.” (LK-ordförande)

”Att hitta något program för man hur ska välja vad som är en optimal läkemedelsbehandling. Tänk dig att patienten kommer och säger att: *'Idag mår jag inte bra'*. ...Doktorn säger då: *'Vad tråkigt. Då byter vi medicin'*... Och så kommer patienten på ett återbesök efter två veckor och säger att: *'Nu känner jag mig mycket bättre'*...och så står det i journalen: *'mycket bättre'*.... Och nu har behandlingskostnaderna ökat från 700 kronor upp till 40 000 om året utan att man

⁴⁰ LK avser här läkemedelskommitté.

⁴¹ Detta framhölls av flera läkare, men en hänvisade särskilt till IHE forum och: *”Läkemedel i praktiken”*. http://www.ihe.se/forum99/iheforum_sv_4.htm.

egentligen har tänkt efter om det här hade med läkemedlet att göra?” (medlem i expertgrupp)

”Som läkare upplever nog jag det att jag prioriterar patienten. Hur den mår på preparatet och vilken följsamhet det får.” (medlem i expertgrupp)

En mer rationell förskrivning uppfattas således överlag som något man kan bidra till, och som inte står i konflikt med läkarrollen. I begreppet rationell förskrivning avser man att det går att förskriva på ett sätt som leder till bättre följsamhet och användning – dvs. rätt preparat för rätt diagnos för rätt tidsperiod i en dos som patienten tar, så att kassationen⁴² minskar. Det kan göras genom att man skriver ut mindre förpackningar, sätter ut onödig medicin, samt väljer preparat som inte ger onödiga biverkningar för patienten. Ett annat exempel på en mer rationell läkemedelsförskrivning är att man inte förskriver dyra preparat när det finns billigare alternativ med samma terapeutiska verkan.

Det uppdrag som respondenterna anser sig ha skiljer sig därmed något från det uppdrag de tror att de kanske har fått av staten. Skillnaden mellan de två uppdragssynerna kan möjligen relateras till vem eller vilka de olika kommittémedlemmarna uppfattar som sina uppdragsgivare: stat, landsting, patient eller medborgare, och utifrån vilken roll som tycks avgöra detta: rollen i rekommendationsarbetet eller t.ex. läkarrollen.

Vem vill kommittéerna påverka?

För att förstå syftet med den rekommenderade listan och verksamheten ur kommittémedlemmarnas synvinkel kan man ställa sig frågan vem de önskar påverka. Av läkarens berättelser framgår det mycket tydligt att det i första hand är läkarna i primärvården⁴³, vilket är analogt med de diskussioner som speglas i förarbetena till Läkemedelsreformen.

Läkarna i primärvården

Det råder således viss samstämmighet om att det främst är distriktsläkarna som bör påverkas – bl.a. därför att läkemedel är deras viktigaste verktyg.⁴⁴

”...eftersom jag nästan bara jobbat med medicinkliniken och den värld som är gastrosektionen, och där kan jag de preparat som finns. Det behöver jag inte titta efter någonstans.” (specialist, slutenvården)

⁴² Med 'kassation' menas spill. Medicin som statskassan får betala, men som av någon anledning inte kommer till användning, t.ex. genom att fel medicin, eller onödigt många tabletter skrivits ut (t.ex. beroende på förpackningsstorlek).

⁴³ Med primärvård tycks respondenterna främst ha avsett vårdcentraler och distriktsläkare.

⁴⁴ Det kan i sammanhanget vara intressant att notera att 70-80 procent av all förskrivning sker i primärvården (www.apoteket.se, Apotekets elektroniska hemsida, hösten 1999).

”Som distriktsläkare... Läkemedel är ju vårt viktigaste redskap. Det är vårt medicinskt-teknologiska verktyg.” (distriktsläkare)

” Kommittén var förknippad lite i vår fantasi med sjukhuset, med 'de' som skulle komma med pekpinna till distriktsläkarna och vi bara... distriktsläkarna som skulle göra vad 'de' ville.” (distriktsläkare)

”Distriktsläkare i allmänhet är de som sist kollektivt ändrar sina behandlingslinjer. Många har varit med länge och sett... Det är inte så sällan ett preparat hamnar på svarta listan efter något år... Jättebra! Ingenting att ha!” (distriktsläkare)

Av svaren att döma går det att urskilja en viss 'vi' och 'dom' känsla, mellan olika slags doktorer: sjukhusdoktorer och läkare i primärvården. I synnerhet Länsbygd betonar emellertid också hur viktigt det är att samma preparat följer med patienten där så är möjligt, dvs. oberoende om patienten behandlas av en distriktsläkare eller av en sjukhusdoktor. Ett skäl för detta är patientsäkerheten. Att enhet i vårdkedjan minskar risken för att patienten får flera preparat för samma åkomma. Ett annat skäl är att det är bra för patienten att känna igen preparaten. Ytterligare ett skäl kommer upp:

”Det är väldigt svårt att ändra en behandling som har påbörjats. Så, det har stor betydelse vem som initierat en behandling. Om [patienten] kommer till oss och vi påbörjar en behandling är det väldigt svårt för de att ändra den och argumentera för det. Det säger sig självt...” (läkare, slutenvården)

Uttalandet ovan skulle således kunna antyda att det i första hand är specialister som bör påverkas, då dessa i många fall initierar en förskrivning som sedan reproduceras av distriktsläkare ute i primärvården – kanske inte bara beroende på en mellankollegial respekt, utan inte minst på grund av att patienten nu vet vilket preparat hon vill ha utskrivet.

Doktorer (och andra?) som inte är kostnadsmedvetna

Det finns bland respondenterna en uppfattning om att många doktorer förskriver onödigt dyra preparat, t.ex. preparat som inte har bättre terapeutisk verkan än ett billigare men lika bra alternativ. Detta önskar vissa kommittémedlemmar vara med och förändra. Bristande kunskap om alternativa preparat – lika bra men billigare - anges som en av anledningarna till onödigt dyr förskrivning.

[Alternativa preparat till Losec, t.ex. Lanzo eller Pantoloc skulle fungera lika bra]:
”Väl så bra, och klart billigare, och det finns många doktorer som aldrig hört talas om dem.” (specialist, slutenvården)

Ibland är det emellertid inte bara upp till doktorn. Apotekens lagringskapacitet kan i vissa fall vara en 'icke kostnadsmedveten' faktor av betydelse, kanske i synnerhet innan en förändring i förskrivningsmönstret har slagit igenom.

"Det fanns för många år sedan många olika penicillinpreparat och det ena billigare än det andra. Men om jag försökte skriva ut ett billigare preparat så fanns inte det på Apoteket.. Så att vi tvangs i princip av apoteken att använda det dyrare preparatet. Det var liksom ingen mening att kämpa. Även apoteket följde den lokala traditionen och hade ett visst begränsat preparatval." (medlem i LK)

Staten och Riksförsäkringsverket, som ytterst är ansvariga för att ett preparat kommer in i förmånssystemet, tycks också vara sådana som man (indirekt?) önskar påverka.

".. försöka visa på vad som är skillnaden mellan den kliniska verkligheten och vad politikerna har att fatta beslut om." (medlem i LK)

[Om Viagra och Xenical]: "Det finns ju ett budskap också som säger att det är bra att gå ned i vikt, och varför ska man inte få göra det? Man har ju sagt att det är rabatterat! Man har *inte* sagt att det gäller bara vissa! Man har ju själv sagt i valrörelsen att det här ska rabatteras! Alltså, problemet är att prioriteringsfrågan flyter omkring här någonstans, och det är ingen riktigt som vill ta ansvar för den. Det måste politikerna ta tillbaka till sitt bord tycker jag, för det är deras uppgift i hälso- och sjukvård!" (medlem i LK)

"Det enda som ska till är politiska beslut. Viagra och Xenical.... Sverige är det enda land som har det i förmånssystemet i Europa. Det är inte doktorn som ska ha skuld till att det blir så. Det krävs prioritering på regeringsnivå... Har man råd med det här?" (distriktsläkare)

En viss irritation mot det politiska systemen kan således iakttas, över konflikterande normer och krav från statsmakternas sida. De flesta ställer sig t.ex. frågande till varför bantningspreparatet Xenical tagits in i förmånssystemen, om nu inte läkarna bör förskriva det? Flera upplever att det finns ansvarsfrågor som flyter omkring i debatten och som "*ingen [politiker] vill ta i*".

Läkare som okritiskt godtar information

Läkarna målas ibland upp som en grupp som är utsatt för systematisk bearbetning från läkemedelsindustrin vilket många av läkarna menar påverkar förskrivningen i allt för hög grad.⁴⁵ Flera läkare menar att de först nu börjat se kritiskt på läkemedelsinformationen från industrin.

⁴⁵ Genom mina deltagande observationer och intervjuer kan jag emellertid ana en möjlig skillnad här mellan de läkare som har mer patientkontakt respektive de som har mindre. De med mindre

[Om besök av industrins läkemedelskonsulenter]: ”Jag är aldrig med själv. Och samtidigt så vet jag att endel tycker att: *’Men, det var ju jättebra för då får man veta om nya läkemedel!’*, utan att ens verka inne på att det är någon slags försäljning.” (distriktsläkare)

”Jag vet inte hur lurad jag blir .” (distriktsläkare)

”Doktorerna står över sånt här tror de, skrämmande många. Vi är aktörer på en marknad och det tror jag en aningslös läkarkår behöver lära sig mer om.” (medlem i LK)

Men, det är inte bara industrins reklam som kan vara vilseledande. Bara för att en läkemedelsstudie visat att ett preparat ger viss effekt, menar flera respondenter att detta inte alltid säger så mycket om hur relevant effekten är för problemet i fråga. Det går en skillnad mellan relativa och absoluta riskreduktioner, där den relativa riskreduktionen kan vara hög, men där den absoluta riskreduktionen kanske är nära noll.

[Om Läkemedelsverkets information] ”Jag tycker att en sådan studie, statistiskt signifikant, visar att [Preparat X] ska man inte använda i sådana här sammanhang. Jag tycker att det är ett glasklart resultat. Men... tvärtom kommer rekommendationerna från Läkemedelsverket och likaså Socialstyrelsen att: *’Jodå, man kan nog lägga en [Preparat X]- behandling i alla fall.’*” (medlem i LK)

”Finns producentobunden information? Nej. Nästan all information vilar helt på industrins uppgifter... Industrin bestämmer vilka grunddata som är hemliga.” (medlem i LK)

Flera respondenter menar således att det inte finns någon producentobunden information – inte i facktidskrifter eller ens i produktresuméer och liknande från Läkemedelsverket. Nästan all kunskap bygger på läkemedelsstudier som initierats av läkemedelsindustrin.

Doktorer som hanterar läkemedel felaktigt (eller inte alls)

Det finns en återkommande uppfattning att rekommendationer från Läkemedelskommittéer och organisationer som SBU syftar till att åtgärda felföreskrivning.

patientkontakt tycks ha mindre tydlig läkaridentitet (kanske i och med att de helt eller delvis är engagerade i läkemedelskommittéer eller i frågor kring evidensbaserad medicin mm). De senare ger intryck av att vara mer kritiska mot läkarnas förmåga att skilja mellan information och marknadsföring, och tycks göra en starkare åtskillnad mellan den nya evidensbaserade medicinen som stöder sig på bl.a. standardiserade statistiska metoder, och den gamla ’åsiktsbaserade’ medicinen.

”[Vi måste] lära oss att hantera preparaten på ett korrekt sätt.” (medlem i LK)

”Jag som läkemedelsinformatör ska gå ut till husläkarna. Och då tycker jag att det är viktigt att inte bara tala om läkemedel, utan fråga sig – ska man verkligen använda läkemedel, finns det något alternativ till läkemedel?” (medlem i LK)

Men frågan om hur läkarna ska använda preparaten på ett korrekt sätt kan problematiseras. Felförskrivningen kan ibland bestå av att läkemedel inte förskrivits överhuvudtaget.

”Det har varit väldigt mycket psykodynamiskt...och man ska prata om sina depressioner. Men jag tycker att det [framförallt är] de personer som inte varit djupt deprimerade som säger det.” (medlem i expertgrupp)

Flera läkare problematiserar också frågan om vad som egentligen är felförskrivning.

”Distriktsläkare i allmänhet de som sist [kollektivt ändrar] sina behandlingslinjer. Många har varit med länge och sett... Det är inte så sällan ett preparat hamnar på svarta listan efter något år. Jättebra! Ingenting att ha! Jag tror att det är en ganska klok politik från distriktsläkarna agerande från början.” (distriktsläkare)

Andra problematiserar bilden av vad det är för kunskap som överhuvudtaget kan implementeras i praxis. De hänvisar t.ex. till skillnaderna i patientgrupper mellan de som ingår i kliniska prövningar och den vanliga, ostandardiserade, patient som kommer till läkarmottagningen.

”Problemet är ju att [de patientgrupper] som man har i studierna kanske inte är desamma som man själv träffar på. De kan vara äldre, de kan vara sjukare. De har flera andra olika saker som de bär med sig. Man tar ju ofta bort patienter som man vet har en dålig prognos av andra sjukdomar. Men, vi möter dem här.” (läkare, slutenvården)

”Våra grupper stämmer inte alls. De är så multipla. En klok distriktsläkare tänker så.” (distriktsläkare)

Ytterligare en skiljelinje går mellan de svåra och tunga fallen på specialistmottagningen och de patienter med mer diffusa multisymptom som distriktsläkaren möter i primärvården, en skiljelinje som gör att rekommendationer från sjukhusdoktorer inte nödvändigtvis ses som praktiskt användbara för distriktsläkare. Allt detta sammantaget tycks göra det svårt för respondenterna att kunna explicitgöra vad som egentligen är felförskrivning.⁴⁶

⁴⁶ Att felförskrivning är ett uppfattat problem syns i såväl lagens förarbeten, läkemedelskommittéernas egna publikationer som publikationer från organisationer som t.ex. SBU. Samtidigt väcker detta fastslagna faktum frågan om hur detta problem konstruerats? Nina Rehnqvist, överdirektör för hälso- och sjukvårdsfrågor på Socialstyrelsen framförde t.ex. bristen på faktisk uppföljning som ett argument

Den väl- eller felinformerade patienten

Flera respondenter menar att det inte räcker med att bara rikta sig mot de förskrivande läkarna. Många läkare tycks uppleva ett efterfrågetryck från patienter med bestämda önskemål och som fått information via massmedia, bekanta eller Internet:

” ... *'There's a pill for every ill'*. Man tror det i alla fall. Väldigt många har Internet. De bokar tid och lägger fram den senaste forskningsfronten från USA och frågar om de kan få hjälp med det på någon vårdcentral. Piller som ligger på genombrottsforskningsnivå. Det är väldigt sällan så att de bara tackar och tar emot och går hem och följer.” (distriktsläkare)

”Doktorerna tycker att det är väldigt jobbigt. De vet nog själva hur de skulle kunna vilja förskriva, och att de nog förskriver onödiga saker ibland. Men [] patienttrycket är så stort... Patienten går inte ut från rummet förrän man har fått det man vill ha.” (administrativ sekreterare)

”Patienten frågar rätt mycket också när det kommer nya läkemedel. Det har i alla fall varit så under 90-talet. Ibland får man känslan att patienten tror att det är någon form av lyckopiller... Ibland är det så att de här medlen används på för svag indikation. Att patienten frågar: *'Min granne tar det här läkemedlet....'* Att man tar till läkemedel när livet är tufft, fast man egentligen inte är deprimerad....” (psykiatriker)

”När det gäller Viagra och Xenical så vet nästan alla människor vad det är för något. Det har inte läkarna bidragit till. Folk kan knappt några mediciner. Det måste vara så, åtminstone i Xenical fallet, att företaget satsat på att gå ut till allmänheten.” (specialist, slutenvården)

Flera respondenter menar därför att det är nödvändigt att kommittéerna också verkar för att påverka patienterna, om rekommendationerna från läkemedelskommittén ska få genomslag i praxis.

Vilken information finns, och hur används den?

För att medlemmarna i läkemedelskommittéerna ska kunna ge rekommendationer, måste de i sin tur vara informerade. Efter samtal med olika

för uppbyggnaden av ett fungerande nationellt recept-diagnosregister på seminariet: Framtidens läkemedelsanvändning – om informationens betydelse (1999-12-07, Norra Latin, Stockholm). Hon tog bl.a. upp att slutsatsen om att minskade självmord, vilket omtalades i Svenska Dagbladet samma dag, har med nyare antidepressiva preparat att göra har dragits genom att försäljningen av SSRI preparat jämförts med uppgifter från suicidforskningen och inte genom ett direkt konstaterande. Implikationen är således att frågan om huruvida en felförskrivning verkligen föreligger inom de områden som är föremål för styrning via rekommendationer och liknande inte alltid kan betraktas som konstaterat.

kommittémedlemmar står det klart att de använder sig av information från olika håll, t.ex. från kollegor, facktidskrifter och andra publikationer, seminarier och utbildningar mm.⁴⁷ Informationen är också av olika slag, den kan vara skriftlig eller muntlig, men också i form av den egna erfarenheten.

The Cochrane Collaboration känner man till genom kollegiala samtal. Man läser facktidskrifter som The Lancet, Circulation, British Medical Journal m.fl., samt facktidskrifter som rör den egna specialiteten. Man tar del av produktresuméer och workshops från Läkemiddelsverket, eller referat av dessa. Man läser t.ex. SBU-rapporterna, men främst i form av sammanfattningar i Läkartidningen. Socialstyrelsens rekommendationer är inte aktuella, då avsändaren inte uppfattas som tydlig, och då rekommendationerna inte har med specifika läkemedel och läkemedelsrekommendationer att göra.⁴⁸ Flera uttrycker spontan uppskattning för Läkemiddelsboken som utges av Apoteket AB, även om några med eftertryck säger att de absolut aldrig tittar i den. De tre kommittéerna hänvisar också till internationella guidelines, som t.ex. WHO:s riktlinjer angående hypertoni.⁴⁹ Förutom ett stort informationsbrus och en allmän känsla av att inte hinna ta del av allt, finns dock några aspekter på information som framträder som särskilt viktiga.

Trovärdig information?

Trovärdig information tycks vara centralt, men all information framstår inte som lika trovärdig. Vem som säger något kan t.ex. vara av stor betydelse. Flera respondenter betonar t.ex. vikten av lokal förankring och uppger att de tar stort intryck av vad kollegor som de känner säger, särskilt i frågor utanför den egna expertisen.

[Angående läkemedelskommitténs informationsblad]: "...Och det är intressant att jag tyckte att den var bra... Artiklarna är kommentarer av landstingets bästa kliniker. Väldigt tydliga rekommendationer av folk som jag känner. Som jag vet att: *'Det där är en duktig doktor, honom litar jag på!'* . Till slut måste det ändå bli så. Alla kan inte läsa alla tidskrifter. En stor tydlighet i rekommendationerna parat med att jag vet vem som har avsänt budskapet är väldigt viktigt." (specialist, slutenvården)

⁴⁷ Erfarenheten betraktas vara av stor betydelse. Detta tycks gälla vare sig man arbetar som läkare med patienter i primärvården, eller med forskning, eller som apotekare - dvs. oavsett om denna praktik består av patientarbete eller vana att läsa och förstå vetenskapliga rapporter.

⁴⁸ Även om inte Socialstyrelsen rekommenderar enskilda preparat, kan rekommendationerna kanske ändå ha betydelse för preparatvalen. I Läkemiddelsboken 1991/1992 tom. 1999/2000 hänvisar flera skribenter till just dessa rekommendationer när det gäller farmakologisk behandling för hypertoni.

⁴⁹ En organisation som dock aldrig nämns av någon läkare är MFR (Medicinska forskningsrådet). Att MFR aldrig omnämnts av någon av läkarna kan dock bero på att konsensuskonferenserna arrangerats i samarbete med andra aktörer som Socialstyrelsen eller Spri (nu nedlagd organisation). Referat av konsensuskonferenser återfinns nämligen i Läkartidningen, som t.ex. Konsensuskonferensen den 10-12 maj 2000 (Läkartidningen nr 36, 2000, s. 3854 ff.).

Nästan alla respondenter är ense om att EBM (evidensbaserad medicin) är viktigt och nödvändigt att både använda och förhålla sig till. Vid närmare påseende framstår dock begreppet som problematiskt.⁵⁰

”Man brukar ju prata om evidensbaserad medicin. Och då kan man ju fråga sig: *’Har det inte alltid varit fråga om kunskapsbaserad medicin?’* (det är skillnad från åsiktsbaserad...) Och det tror alla - även vi - att: *’Medicin har väl alltid varit stringent och baserad på studier?’* Men, så har det inte alltid varit. Det här är egendomligt nog ett 80-tals, eller snarare kanske tom. 90-talsfenomen... SBU gör ju stora sammanställningar av den kunskap som finns inom ett område... Upprättar någon form av minimikrav för hur en studie bör genomföras för att kunna säga att: *’Det här kan vi tro på’*, eller om studierna är dåliga säga: *’Nej, det här kan vi inte tro på’*. Och så kommer de fram med rekommendationer utifrån det. Det är jättebra. Det borde ju alltid ha gjorts.” (specialist, slutenvården)

”Vad kan man lita på är naturligtvis, studier där man tar och förkastar eller bekräftar olika hypoteser. Men, man ska ha gjort det på patientgrupper som är väldefinierade och helst också motsvara de som man själv träffar på mottagningen ungefär. Så ska det helst vara undersökningar där man har jämfört behandlingar... Inga multipla diagnoser som kan förvirra hela bilden.” (läkare, slutenvården)

”En evidensbaserad sanning är i stort sett sann. Problemet är alla halvsanningar som vi måste ta ställning till under tiden.” (distriktsläkare)

Samma läkare som menar att ett viktigt kriterium för trovärdigheten är att problemet och patienterna i läkemedelsstudien är väldefinierade, upplever sig dock inte möta sådana väldefinierade patienter i sin vardag. Anspråket att något är evidensbaserat tycks inte innebära att det är något som doktorn automatiskt kan använda, utan på din höjd att anspråket är: *”i stort sett sant”*. En annan aspekt på trovärdighet framträder:

”Upprepad information tror jag. När samma budskap kommer igen från olika aktörer. Då bör det vara sant.” (distriktsläkare)

Frågan om vad som är trovärdigt gäller således inte bara huruvida informationen är evidensbaserad och i enlighet med statistiska metoder. Ett kriterium för trovärdighet är också att det är upprepad information, helst från flera olika håll.

Relevant information

All information är tydligen inte heller lika relevant - inte heller alla informationskällor. Information om läkemedel inom ett medicinskt område som

⁵⁰ Detta är också analogt med mitt intryck från den deltagande observation som gjordes på konferensen *”Evidensbaserad sjukvård – ett begrepp som förenar”*, (2000-01-27, Scandic Hotel Slussen, Stockholm).

tidigare inte kunnat behandlas med läkemedel, ses t.ex. som mer angeläget men svårare att värdera än varianter på redan etablerade läkemedel.

”Det beror så alldeles på om det är ett nytt preparat, där det inte finns någonting sedan tidigare. Annars är det oftast [så] att kommer ett preparat och så kommer en variant på det och så kommer en annan variant på det... Ett nytt preparat som kan ha samma terapiområde... då är det lite svårare... där kan man bli ställd. Men det går ju... över. Det tar något år.... Innan man kan värdera det.” (apotekare).

Information om nya läkemedel kan därför värderas olika beroende på var i produktlivs cyklern ett preparat kan sorteras in. När det gäller nya preparat anges t.ex. ofta Läkemedelsverkets produktresuméer, och när det gäller mer etablerad kunskap nämns ofta SBU.

Det finns också aspekter i informationen som handlar om effekt som ett viktigt kriterium för relevans och därmed också för trovärdighet. Till indikationen som godkänts av Läkemedelsverket hör t.ex. en eller flera tänkbara doser, och doserna kan variera beroende på diagnos, och beroende på förskrivande läkare. Effekt och dos hör ihop, men det finns återigen inget givet samband. En högre dos behöver inte alltid ge bättre effekt och en effekt alltid behöver inte vara relevant.

”Även om det bara är en på 700 som blir hjälpta av en viss blodtrycksmedicin, måste man nog ändå försöka övertyga patienten om att: *'Det här är viktigt för dig!'*. Det är ren bluffverksamhet – om man väljer att se det på det sättet... Det är inte så enkelt att veta hur man ska göra. Att säga: *'Äsch, ta det om du vill'*, går helt enkelt inte heller. [] Jag som håller på med inflammatoriska tarmsjukdomar vet att NNT⁵¹ är 3, för en medicin som vi ger för att förhindra återfall. Det är ett lågt NNT. [] Men – icke desto mindre – två tar det i onödan.” (specialist, slutenvården)

”CAPRI studien har jämfört ett nytt medel [som] ger 30% mindre stroke och hjärtinfarkt och problem med proppar i benen... En medicin som kostar 6000 [kronor] om året... Var finns de pengarna att ta? Som tur är, finns det några som kommit med senare analyser och visat att personer som inte haft hjärtinfarkt och stroke inte har någonting att vinna...” (specialist)

”Effekt, vad är det egentligen? Är det en tröskel? Är det så att man måste upp till en viss nivå för att bli bra, eller är det så att man kan bli lite bättre? Bäst kan man förstå det om man tänker på effekten av p-piller. Det är inte så att alla blev halvgravida då. Det är ja eller nej...” (medlem i expertgrupp)

En av apotekarna med lång erfarenhet av arbete i läkemedelskommittéer har genom arbetet med medicinering i äldreboenden under lång tid ställt sig frågan

⁵¹ NNT är en förkortning på 'Number Needed to Treat', vilket är ett mått på hur många som måste ta medicinen för att en person statistiskt sett ska ha haft nytta av läkemedlet.

om vissa biverkningar helt enkelt berodde på att medicinen gavs i onödigt hög dos, en dos som dock enligt informationen i FASS var korrekt.

”Jag uppmärksammade det redan för tio, femton år sedan. Först gavs antipsykotika till de äldre och sedan fick vissa av dem medicin mot parkinson – varför inte sänka dosen på antipsykotika istället?” (apotekare)

Apotekarens resonemang ovan är analogt med vad t.ex. Svante Nyberg, Psykiatriker och forskare på Karolinska Institutet och medlem i SBU:s expertgrupp för den nya rapporten angående schizofreniläkemedel visat. Hur det gamla läkemedlet Haldol och det nya moderna Risperdal i själva verket kanske gör precis samma sak med de s.k. D₂-receptorerna i hjärnan.^{52,53,54} De minskade biverkningar som rapporterats för Risperdal kan därmed bero på att Haldol helt enkelt jämförts i en onödigt hög dos. En anledning till detta är att det äldre preparatet Haldol inte utvärderats enligt modern kunskap. En sådan utvärdering kräver läkemedelsstudier, och vem vill betala för det?

Läkemedelsindustrin och den medicinska kunskapsproduktionen

Samtliga läkare uttrycker behovet av att kritiskt värdera informationen från läkemedelsindustrin, t.ex. den som förmedlas av läkemedelskonsulenter, vilket delvis framkommit i tidigare avsnitt ovan. Det handlar således inte bara om brist på producentobunden information, utan om att en stor del av den etablerade vetenskapliga kunskapsproduktionen existerar till följd av forskning och utbildning som betalas av industrin.

”... och som knyter anknyter till uppgifterna i Läkemedelskommittéerna, är att man inom landstingets organisation egentligen inte haft någon egen tradition för att utbilda läkare. De förväntas utbilda sig själva, gå sina kurser när de väl är specialister.” (medlem i LK)

” ... äldre preparat, ja och gamla också, görs det inte så mycket på. Det kommer inte någon ny vetenskap. Det är lite synd. Det finns ingen som är villig att betala för det. Landstinget har ju inte några pengar för sådana saker. I alla fall inte i den omfattningen.” (apotekare)

Flera läkare påtalar också att sådant som syftar till att göra kunskapsunderlaget säkrare, t.ex. EBM och hälsoekonomiska studier, ofta blir möjlig att använda strategiskt av läkemedelsföretagen.⁵⁵

⁵² Bl.a. i Läkemedelsvärlden 6 juni 1998; Nyberg et al, 1999.

⁵³ Intervju med Svante Nyberg, 9 oktober 1999.

⁵⁴ Se även SBU-rapport nr 133/2, kapitel 20 ”Receptormekanismer för neuroleptika”.

⁵⁵ Något som också kan gälla hur ny medicinsk kunskap. Detta påvisats t.ex. i Lena Wirdefeldts studie om lanseringen av inkontinenspreparatet Detrusitol som visade hur ny medicinsk kunskap uttryckt i

[Den evidensbaserade medicinen]: ”är aldrig bättre än sina evidens. Och där tror jag vänner av hälsoekonomi kommer in tror jag. Man drar stora växlar på att de här nya medlen visar att man får färre återfall och det går lättare att skriva ut dem och så vidare. Men systemet blir ändå aldrig bättre än de ingående metoderna.” (medlem i expertgrupp)

[Priset för preparat X] ” är långt lägre än för de andra [] preparaten... Men, så hävdar konkurrenterna man behöver använda mer av [de] preparaten och då blir det ju dyrare... Det är väldigt svårt att tränga igenom det här.” (medlem i expertgrupp)

Flera uttrycker emellertid också stor uppskattning för den vidareutbildning som erbjuds av läkemedelsindustrin, vilken i och med ett avtal mellan läkemedelsindustrin och landstingen⁵⁶ numera är reglerad så att utbildning inte får blandas med produktinformation.

Förhållandet mellan läkemedelsindustrin och medicinsk vetenskap tycks därmed komplext. Mycket av själva kärnan i den vetenskapliga kunskapsproduktionen finansieras t.ex. av läkemedelsindustrin. Samtidigt ställer flera läkare frågan om vad de egentligen har för alternativ. Åtminstone i ett av länen har läkare i samarbete med kommittén påbörjat processen med att initiera en oberoende läkemedelsstudie där ett äldre preparat jämförs med ett nytt i syfte att utvärdera båda preparaten enligt modern kunskap, och inte bara jämföra det nya preparatet med den gamla FASS kunskapen.

Rationell förskrivning, medicinsk kunskapsproduktion och felförskrivningens mysterium

På intervju temat 'Förankring av rekommendationerna', har de flesta respondenter berättat hur de använder kommittén för att framföra sin delprofessions intressen och hjärtefrågor, snarare än hur de arbetar för att förankra läkemedelskommitténs rekommendationer bland sina kollegor. Detta antyder att kommittémedlemmarna lägger störst vikt vid sin egen läkarroll.⁵⁷ Det tycks i synnerhet vara så att de som också är verksamma läkare fortsätter att ytterst se patienterna som sina egentliga uppdragsgivare, och att engagemanget i kommittén därmed inte identitetsmässigt blivit befäst som en separat roll.

nya medicinska klassificeringssystem kom att ha stor betydelse vid etableringen av preparatet (Wirdefeldt, 1998).

⁵⁶ Se 'Etiska regler för läkemedelsinformation'. <http://www.lif.se/Info/Branschinfo/Etiska>.

⁵⁷ Detta är också analogt med vad Hven & Wahlund visade i sin förstudie om läkemedelskommittéernas roll för enskilda läkares val av preparat. Läkarna i studien betraktade läkemedelskommittéerna snarast som en förstärkare av den information de själva kunde ta del av, än som en autonom kunskapsproducent och därmed främst använder liknande källor som denne använder i sin roll som läkare (Hven & Wahlund, 1997).

Läkarna i studien uppfattar t.o.m. en viss konflikt mellan det implicita kravet att verka för en billigare förskrivning i egenskap av sitt kommittéengagemang, och deras roll som läkare. Utifrån sin läkarroll tycks de dock kunna verka för en mer rationell förskrivning, om än inte nödvändigtvis till en billigare förskrivning.

Det finns en uppfattning om att rekommendationerna främst riktar sig till primärvården.⁵⁸ Det framkommer dock också att det kan vara så att en del av den dyra förskrivningen i primärvården är en direkt följd av tidigare sjukhusinitierad behandling, vilket i så fall pekar lika mycket mot sjukhusdoktorerna. Den kategori som respondenterna främst säger sig önska påverka är därmed de doktorer som av någon anledning förskriver felaktigt, t.ex. på grund av bristande kunskap om alternativa preparat eller behandlingsmetoder respektive bristande kostnadsmedvetenhet. En annan grupp som respondenterna önskar påverka är politikerna, som de anser bör reglera läkemedelskostnaderna t.ex. via förändringar i förmånssystemet, istället för att delegera kostnadsansvaret till enskilda läkare och vårdenheter. Några menar att t.o.m. det kan vara dumt av professionen att samarbeta allt för mycket med de här reformerna. Också patienterna ses som viktiga att påverka eftersom läkarna ser det som oförenligt med läkarrollen att neka patienterna en önskad medicin - om än med ringa nytta - om medicinen samtidigt är ofarlig. Detta gäller t.ex. läkemedel för ont i magen.

En central och mycket problematisk frågeställning tycks vara vad som egentligen är att betrakta som felförskrivning, inte minst mot bakgrund att en mer precis uppföljning av förskrivning i förhållande till förskrivningsorsak saknas. Det tycks t.ex. finnas en svårighet i att tillämpa statistiskt signifikanta resultat på de enskilda patienter doktorerna möter, oavsett om det är patienter på sjukhus eller på vårdcentralen. I och med att olika läkare ser olika patienter och olika patientgrupper tycks dessutom olika slags doktorers kunskap om vad som utgör sjukdomen i fråga, och vad som är en lämplig behandling till densamma skilja sig åt på ett strukturellt plan. Frågan är t.o.m. vad det är i ett kunskapsunderlag eller i en rekommendation som är möjligt att överföra mellan kunskapsproducenter respektive utfärdare av rekommendationer och kunskaps sammanställningar? Det står t.ex. inte klart huruvida den eventuella överrensstämmelse som kan visas råda mellan läkemedelskommittéernas rekommendationer och det som verkligen förskrivs beror på att praktikerna

⁵⁸ Här som tidigare: vårdcentraler och liknande. Begreppet 'primärvård' tycks dock laddat i vissa kretsar bl.a. i och med debatter kring begreppet 'närsjukvård'. Jag vill dock inte här ge mig in i den begreppsstriden. Jag använder därmed det möjligen förlegade uttrycket 'primärvård', eftersom begreppet vid tiden för studien inte framträdde som laddat, och eftersom begreppsapparaten här inte är entydig och klar. Det är till en del fråga om samma problematik som den mellan specialister (distriktsläkare och allmänmedicinare) och specialister (andra specialister inom någon av läkarprofessionerna).

följer rekommendationerna eller om, och i så fall i vilken utsträckning, rekommendationerna är kodifierad praxis.⁵⁹

Det tycks också vara så att själva den medicinska kunskapsproduktionen, och inte bara informationen om olika läkemedel till stor del är finansierad av industrin, vilket innebär att kravet på bättre evidens i sig kan innebära en styrning av den medicinska kunskapsproduktionen på ett sätt som inte är neutralt i förhållande till ekonomiska styrkepositioner. Detta eftersom läkemedelsstudier anses dyra att genomföra.

⁵⁹ Det kan vara intressant att här reflektera över en enkätundersökning som gjorts under året, och som visar att läkemedelskommittéernas listor i högre grad än för specialisterna motsvarar distriktsläkarnas egna förstahandsval (Hultman & Lundqvist, 2000). Om det är så finns det anledning att ställa sig frågan vilket problem listorna är avsedda att åtgärda. Undersökningen visade således en ökad 'följsamhet' av läkemedelskommittéernas rekommendationer än en tidigare undersökning (Salwén & Sund, 1998).

Resultatredovisning del III –

Vilka preparat rekommenderas och varför?

Totalt sett finns det idag c:a 3 900 registrerade preparat i Sverige.⁶⁰ Dessa kan tas i en mängd olika doser och för en mängd olika sjukdomstillstånd och liknande. Ett varierande urval av mellan 150 till 200 preparat återfinns vanligen på de olika regionala listor över rekommenderade läkemedel som finns i landet.

För att ett läkemedel ska kunna bli rekommenderat av en läkemedelskommitté måste det i princip ha en god vetenskaplig dokumentation, åtminstone om det är ett nytt preparat.⁶¹ Det preparat som rekommenderas av läkemedelskommittéerna måste också i princip ha indikationer som matchar det som läkemedelskommittéerna rekommenderar preparatet för. Avsteg kan i praktiken dock göras om t.ex. kliniska farmakologer menar att preparatet ingår i en läkemedelsklass, och att det enskilda preparatets effekt inte är unik för läkemedlet ifråga, utan en klasseffekt. Det tycks vara så att kommittéerna i vissa fall har resonerat ganska olika, och i andra fall väldigt lika när det gäller vilka läkemedel som rekommenderats. Efter att successivt ha kategoriserat och tematiserat intervju svaren kom några teman att framstå som huvudteman. Dessa fyra teman eller 'faktorer' är således en analytisk konstruktion, som konstruerats utifrån det empiriska materialet. Vikten av dessa fyra faktorer tycks variera mellan kommittéer och beroende på medicinskt område.

- 1) Att tyngdpunkten på formella rekommendationer och motsvarande varierar mellan de olika kommittéerna
- 2) Att valet av preparat också styrs av en successivt uppbyggd medicinsk kunskap på området
- 3) Att olika kriteriers relativa vikt, dvs. betydelsen av prisfrågor, effekt, biverkningar eller varumärke, varierar för olika sjukdomsområden
- 4) Att det relativa inflytandet mellan delprofessioner tycks variera

I min analys av vad som de tre kommittéerna rekommenderar och varför, har jag koncentrerat mig på fyra fall av rekommendationer, vilka här analyseras och jämförs med varandra. Dessa fyra fall av rekommendationer gäller preparaten Losec, Cipramil, Atenolol samt Risperdal. I de fyra fall som jag nu kommer att behandla, kommer jag att återknyta dessa teman till de fyra fallen genom att i

⁶⁰ Patient FASS 2000-01.

⁶¹ De tre läkemedelskommittéerna rekommenderar endast preparat som funnits registrerade i Sverige i minst två år.

presentationen nedan låta varje fall illustrera de faktorer som jag funnit särskilt karaktäristiska.

Fallet Losec

Fallet Losec kan användas för att illustrera faktor 1 respektive 4 ovan: Att tyngdpunkten på formella rekommendationer och lokala faktorer varierar mellan kommittéerna, samt; Att det relativa inflytandet mellan delprofessioner tycks variera. I och med att kunskapen om saltsyrans betydelse för magsår förändrats, liksom diagnosticeringen av sjukdom och vikten av patientens upplevda symtom, kan fallet Losec också illustrera faktor 2: Att valet av preparat också styrs av en successivt uppbyggd medicinsk kunskap på området.

Alla tre läkemedelskommittéerna har vid någon tidpunkt rekommenderat Losec. Värt att notera dock att de tre kommittéerna nu tycks eniga i att detta är ett område där felförskrivning förekommer. Alla tre kommittéerna har därför ändrat sin rekommendation, men motiven skiljer sig åt. För Storstads baslista har de formella rekommendationskriterierna 'indikation' och 'dokumentation' varit avgörande för val av s.k. protonpumpshämmare.⁶² Deras val har därför huvudsakligen stått mellan endast två preparat – Losec och Lanzo. Eftersom Lanzo var billigare⁶³ var det Lanzo som blev rekommenderat. I sina rekommendationer har Storstad också gjort en explicit markering emot en vanlig men felaktig förskrivning av Losec som man anser förekommer. Under den felande (ogiltiga) indikationen⁶⁴ 'funktionell dyspepsi' anges helt sonika att: "*inget preparat rekommenderas p g a avsaknad av dokumenterad effekt*".

I Länsbygd har man istället valt Pantoloc – ett preparat som Storstad ansett som mindre väl dokumenterat. Storstads skäl till att inte ens ta Pantoloc i beaktande är att det har färre indikationer än Losec och Lanzo.^{65,66} När det gäller

⁶² En protonpumpshämmare är en benämning på en klass preparat som används för sjukdomar i bl.a. magsäck och tolvfingertarm som hämmar den s.k. protonpumpen. Därigenom hämmas produktionen av syra.

⁶³ Frågan om vilket preparat som är billigast har varierat under studiens gång.

⁶⁴ Den aktuella indikationen anges som [ogiltig] av en av de ansvariga för just den här Storstadsrekommendationen av två skäl. Det ena är att de symptom för vilka patienten söker hjälp inte 'syns' i doktors gastrokop, det hjälpmedel doktorerna använder för att bokstavligen titta in i magen på patienten). Det andra skälet är att den vetenskapliga litteraturen inte ger stöd för att behandling med t.ex. Losec eller liknande har någon effekt för just den patientgruppen, vilket är analogt med resonemanget i SBU-rapport nr 150, 2000. Värdet av det som patienten upplever tycks dock variera över tiden, en slutsats som här dragits genom jämförelser mellan Läkemedelsboken 1995/1996 och 1997/1998. I den senare utgåvan anses värdet för diagnosticering av de symptom patienten beskriver ha blivit mindre. Förändringen uttrycks än tydligare i 1999/2000, s. 47: [angående symptomklassifikation av funktionell dyspepsi]: "*Den kliniska relevansen av denna uppdelning har därför ifrågasatts*".

⁶⁵ En uppföljning i Länsbygd i november 2000 indikerar emellertid att Länsbygd troligtvis kommer att ändra sitt val av rekommenderat preparat, med motiveringen att flera läkare uppfattat effekten hos patienterna som sämre vad gäller läkning av sår i magen. Min uppföljning i Mellanstad under samma

protonpumpshämmare har emellertid Länsbygd främst intresserat sig för de sjukdomstillstånd som är relevanta för distriktsläkare, varför det inte betraktats som ett problem att det valda preparatet inte haft alla specialistindikationer. Tvärtom tycks Länsbygd ha kalkylerat in en viss felförskrivning i sitt preparatval och valt det då billigaste preparatet.

Mellanstad jämnställer preparaten Losec, Pantoloc och Lanzo när det gäller den terapeutiska tillämpningen. Eftersom preparaten betraktas som mer eller mindre likvärdiga de dock valt bort Losec till förmån för preparat som man anser vara lika bra men billigare, dvs. Lanzo eller Pantoloc. Både Länsbygd och Mellanstad har således i sitt resonemang likställt preparaten ur effektsynpunkt. Intressant att notera är att Länsbygd och Mellanstad också är de två läkemedelskommittéer som i olika sammanhang hänvisat till Läkemedelsboken. I Läkemedelsboken 1999/2000 står följande att läsa om klassen protonpumpshämmare: *"I Sverige finns tre godkända substituerade benzimidazoler, omeprazol, lansoprazol och pantoprazol. De kan betraktas som likvärdiga ur farmakologisk synpunkt"*.

Som nämndes ovan representerar Fallet Losec ett område där nästan alla läkare och aktörer⁶⁷ tycks vara ense om att en felförskrivning förekommer. Vari den egentliga felförskrivningen består tycks emellertid inte vara helt klarlagd. En skiljelinje tycks finnas mellan s.k. 'organisk dyspepsi', dvs. olika former av magsårssjukdomar som objektivt kan konstateras med hjälp av diagnostiska instrument; respektive 'funktionell dyspepsi' där objektiva fynd inte kan verifieras, men där patienten ändå upplever besvär. Sjukhusdoktorernas uppgift kan i det här fallet vara att hantera patienter som fått en remiss på gastroskopi, varpå de som specialister sedan ser insidan på mer eller mindre sjuka (eller 'friska'?) magar. Distriktsläkaren får istället besök av mer eller mindre sjuka patienter med mer eller mindre 'ont i magen', helt oavsett om det beror på sår eller inflammation inuti magen eller inte. Eftersom gastroskopi i regel inte utförs av distriktsläkare, utan av sjukhusdoktorer skulle man kunna säga att olika delprofessioner här ser olika delar av patienten och problemet.

Mer precist tycks skiljelinjens kärnproblematik ligga i diagnosen GERD (Gastroesofagal refluxsjukdom)⁶⁸, där halsbränna respektive irriterad matstrupe är två viktiga kriterier som dock medger ett tolkningsutrymme för den lokalt verksamma doktorn. Stora delar av GERD-patienterna kan tolkas som både tillhörande gruppen patienter med 'funktionell dyspepsi' som inte bör behandlas med läkemedel, respektive gruppen med 'organisk dyspepsi' som bör

period gav att precis samma kritik vad gäller sårläggning framförts vad gällde Lanzo. Det preparat som uppfattades som billigast av Pantoloc och Lanzo i dessa två kommittéer skilde sig därmed något åt.

⁶⁶ Det saknar t.ex. indikationen Zollinger-Ellisons sjukdom (tumör som ökar saltsyraproduktionen), vilket leder till sår i magsäck och tunntarm.

⁶⁷ Förutom möjligen läkemedelsindustrin.

⁶⁸ I detta sammanhang är det således en kritisk skillnad mellan 'refluxsjukdom' och GERD (gastroesofagal refluxsjukdom). För den senare har vissa komponenter fallit bort och andra komponenter tilldelats en större betydelse.

läkemedelsbehandlas.⁶⁹ Detta gör fallet Losec till ett specialfall av faktor 3 ovan: att olika kriteriers relativa vikt varierar för olika sjukdomsområden. Här tycks nämligen kunskapsläget vara icke-stabiliserat och föremål för olika tolkningar. Frågan om effekt föder följdfrågan: effekt på vad? Effekt på halsbränna, eller på inflammationer och sår? Dessutom tycks prisfrågan ha varit mer framträdande i Fallet Losec än i de andra fallen nedan.

Fallet Cipramil

Om objektiva fynd blivit ett allt viktigare kriterium för vad som avgör hur 'ont i magen' ska behandlas, är depression ett område som, enligt läkarena, saknar den typen av objektiva fynd. Till skillnad mot Fallet Losec, där kommittéerna tycks ense om att en felförskrivning som bör åtgärdas föreligger men där läkemedelskommittéerna försöker minska effekterna av felförskrivningen på lite olika sätt, anses en motsvarande felförskrivning inte förekomma vad gäller förskrivningen av antidepressiva preparat. Det är till och med så att alla tre kommittéerna talar om en möjlig underförskrivning.

De tre kommittéerna rekommenderar dessutom i huvudsak samma preparat – läkemedlet Cipramil - även om en hel del oenighet kan spåras särskilt hos Storstad, där det äldre TCA-preparatet Klomipramin⁷⁰ fortfarande rekommenderas som förstahandsval. Eftersom resonemanget mellan kommittéerna i det här fallet inte uppvisade systematiska skillnader, kommer Fallet Cipramil istället att få exemplifiera faktor 2 ovan: Att valet av preparat styrs av en successivt uppbyggd medicinsk kunskap på området; respektive faktor 3 ovan eftersom frågan om biverkningar i Fallet Cipramil kan vara mer utslagsgivande för valet av rekommenderat preparat än de olika preparatens effekt. Vi kommer därför att få följa rekommendationen av Cipramil: från hur den kommit att ses som ett av de bästa läkemedlen för depression; till kunskapen om att depression kan ha biologiska orsaker vilket gör det naturligt att behandla med läkemedel.

Cipramil: bäst bland SSRI-preparaten - och kanske inte dyrast

Tillsammans med andra SSRI-preparat⁷¹ är Cipramil ett av de preparat som förskrivs absolut mest i Sverige. Det är också ett av de mest förskrivna

⁶⁹ Jag har naturligtvis inte tagit ställning till hur denna grupp bör behandlas eller om en felförskrivning föreligger eller inte. Mot bakgrund av det empiriska materialet har jag endast kunnat konstatera att definitionen av såväl GERD, som funktionell dyspepsi och gränserna för vad som är felförskrivning i detta fall uppvisar en betydande tolkningsflexibilitet.

⁷⁰ Som dock är mindre toxiskt än det till alldeles nyligen rekommenderade Tryptizol. I Storstad rekommenderas SSRI-preparaten Sensaval och Cipramil först som andrahandsmedel.

⁷¹ SSRI är en förkortning som står för selektiva serotoninåterupptags hämmare (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) och avser en klass läkemedel där olika läkemedel har olika verksamma

preparaten i de undersökta läkemedelskommittéernas landssting. En första fråga man kan ställa sig är varför just läkemedlet Cipramil blivit rekommenderat? Samtliga kommittéer menar att det beror på att det blivit så använt, dvs. att rekommendationen till en del är kodifierad praxis. Cipramil tycks därmed vara det läkemedel som lyckats etablera sig bäst av de nya antidepressiva preparaten.⁷² Varför? Ett svar är att det tillverkande företaget – det skandinaviska läkemedelsföretaget Lundbeck, enligt läkarena, lyckats bra med sin marknadsföring av preparatet. En del i detta kan vara att Lundbeck tydligen har ett gott renommé, tack vare läkarens goda erfarenheter av företagets andra läkemedel.

”Det är stort, egendomligt stort. Det är bara i Sverige som de har lyckats så bra.”
(medlem i LK)

”Det som har sålts mest i Sverige, det är faktiskt Cipramil och Cipramil var det första, nej, det var inte det första, ett av de första medlen som godkändes i Sverige.” (medlem i expertgrupp, psykiatri)

”Cipramil, har varit väldigt stort i Skandinavien. Det finns en historisk bakgrund till det. Lundbeck i Danmark har en säljorganisation som är effektiv. Och så säljer man en del av de gamla [läkemedlen]. Däremot, internationellt sett så är Cipramil inte så stort. I Amerika eller i Europa är det inte så stort.” (medlem i expertgrupp, psykiatri)

Ett annat svar är att Cipramil bättre lyckades liera sig bättre med patientens kroppsliga reaktioner än andra SSRI- preparat. Valet har därmed inte bara handlat om vad som ger effekt, utan också om vad som ger minst biverkningar.⁷³

”Jag tror att det ligger i historiken. Först kom Fevarin hit, och Fevarin - då spydde patienterna. Alltså, det var det första preparatet som jag kände funkade.” (medlem i expertgrupp, psykiatri).

SSRI preparat är emellertid inte den enda medicin som finns att tillgå. Det finns också andra preparat. Dels finns äldre s.k. TCA (Tricykliska antidepressiva läkemedel)⁷⁴, dels nyare och ännu dyrare preparat än Cipramil. Dessa andra läkemedel tycks dock ha blivit utkonkurrerade av SSRI-klassen, den klass där

substanser, men där verkningsmekanismerna för preparaten anses vara likartade. Med detta menas att alla de olika SSRI-preparaten verkar, på ett likartat sätt - selektivt - på det s.k. serotoninssystemet (dvs. på ett av signalsystemen i hjärnan).

⁷² De s.k. SSRI-preparaten.

⁷³ Dels vad gäller biverkningar, då vissa patienter spydda av ett tidigare SSRI-preparat, dels med de äldres metabolism, vilket gjort att Cipramil i vissa lägen anses som bättre för de gamla. Det faktum att preparaten uppvisar den här typen av skillnader visar att begreppet läkemedelsklass kan vara en konstruktion med otydliga gränser. Preparaten fungerar likartat, men ändå inte?

⁷⁴ Det finns också andra äldre läkemedelsklasser än TCA, vilka dock inte behandlas i den här uppsatsen.

Cipramil setts som det bästa alternativet ovan. Men hur har SSRI-klassen kunnat etablera sig som bättre än de äldre preparaten?

SSRI-preparat bättre än TCA – färre självmord, färre biverkningar

Ett enkelt svar på hur SSRI-klassen kommit att betraktas som bättre än äldre TCA är att det är ett effektivare och bättre preparat. Det tycks dock inte som om detta är det egentliga huvudskälet. Såväl läkarena som litteratur på området indikerar tvärtom att det istället är de äldre TCA-läkemedlen som är effektivast.⁷⁵ Det visar sig istället att en annan faktor kommit att betraktas som utslagsgivande, nämligen de biverkningar som kommit att förknippas med de äldre preparaten. På grund av biverkningarna menar flera läkare att de äldre antidepressiva preparaten hade en lägre följsamhet.

”Tryptizol, det är ett av de äldsta preparaten och det är faktiskt kanske ett av de mest effektiva som finns fortfarande. Men det är så pass toxiskt⁷⁶, och det är så pass mycket biverkningar för patienterna att... Jag menar en deprimerad människa... Om vi ger [] adekvat medicin till en deprimerad människa får man alltid räkna med att de gör ett suicidförsök, ett självmordsförsök, och du behöver inte så många tabletter för att dö av Tryptizol. Det är en väldigt viktig aspekt...” (medlem i expertgrupp, psykiatri)

”Antalet självmord har minskat [] på grund av de antidepressiva medlen.” (administrativ sekreterare)

”Det som jag tycker är lite otäckt, det är att [vissa verkar resonera som så att:] 'Varför tar vi inte tillbaka de gamla preparaten. De är ju så bra - effektivare än SSRI'. Men... beaktar man inte biverkningarna? Jag har tom en kollega som säger att: 'Jag skriver bara ut Klomipramin, för då är det så mycket biverkningar, så då tar de inte det'. Vad är det för mentalitet hos en psykiatriker?’ (medlem i expertgrupp, psykiatri)

De äldre preparaten var också farligare att överdosera. SSRI-klassen har därmed lyckats etablera en bättre länk till 'färre självmord' – den kanske allra allvarligaste biverkningen - både genom minskad risk för överdosering och genom att uppfattas ha en bättre följsamhet så att personen härdar ut att leva till dess depressionen går över.

Depressioner har en biologisk orsak vilket kräver medicinering

Av ovan står det klart att den nya läkemedelsklassen SSRI tycks ha konkurrerat ut den äldre preparatklassen TCA. Det tycks emellertid vara så att en klass inte bara ersatt en annan. Frågan är också vart alternativa behandlingsmetoder till

⁷⁵ Enligt flera läkare är de åtminstone bäst dokumenterade vad gäller effekt på svår depression.

⁷⁶ Dvs. giftigt och farligt att överdosera.

läkemedel tagit vägen? En fråga som kan ställas är t.ex. hur det kommer sig att läkemedel kommit att bli den självklara behandlingsmetoden? Ett svar är att psykiatriker idag anser att depressionen både kan uppstå spontant och till följd av yttre omständigheter, dvs. att det i båda fallen kan bli biologiska.

”Jag kan ju också se att en människa som t.ex. separerar och har problem i sin barndom med separation... [] Det är ofta yttre omständigheter och att man har det här med barndomsupplevelser [och] så kan det mycket lätt [] bli en biologisk förändring i hjärnan. Och då tycker jag att man måste ge medicin också. Tidigare så pratade man om endogena och neurotiska depressioner,⁷⁷ men det är fel.” (medlem i expertgrupp, psykiatri)

Om sjukdomen depression länkas till biologiska förändringar i hjärnan, tycks läkemedelsbehandling ses som det mest självklara alternativet.

Depression går att diagnosticera som en sjukdom

Vi har nu kunnat följa rekommendationen av Cipramil från SSRI-klassens utkonkurrerande av den äldre TCA-klassen, över till läkemedelsbehandlingens utkonkurrerande av alternativa metoder.⁷⁸ Men, för att en depressionsbehandling ska vara aktuell, behöver det finnas patienter som har depression. Patienten söker för symptom, varför patientens egen berättelse och upplevda situation således blir mycket viktig, viktigare än i fallet med såväl högt blodtryck, schizofreni, demens och möjligen också ont i magen ovan.

”Du menar urval för läkemedel?... annars är ett viktigt [kriterium] att man har depression.” (distriktsläkare)

Sjukdomen depression diagnosticeras ofta genom anlitan av depressionsindex, vilka bygger på verbaliseringar av patientens subjektivt upplevda besvär. Vissa av dessa används för att säkerställa diagnosen depression⁷⁹, andra visar hur djup depressionen i fråga är.⁸⁰ Det tycks dessutom vara så att hela marknaden för behandling inom området depression blivit större, eftersom depressioner anses öka.

”Depressioner har blivit vanligare och man diagnosticerar det oftare. Nu är det mer och mer så att pressen inom arbetslivet har nått... att arbetstakten har drivits

⁷⁷ Tidigare så menade man att vissa depressioner kanske orsakades av någon biologisk störning, medan andra hade yttre orsaker utan någon koppling till t.ex. signalsubstanser. Man talade då om ’endogena’ respektive ’exogena’ depressioner.

⁷⁸ Att SSRI verkligen konkurrerat ut alternativa metoder kan dock inte ses som belagt här. Läkarena uttrycker sig emellertid som om läkemedel är att föredra framför annan behandling.

⁷⁹ T.ex. ICD-10, respektive DSM-IV.

⁸⁰ T.ex. MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale), respektive Hamilton Depression Scale.

upp för väldigt många. Och det kan leda till depressioner för alla dessa.” (medlem i expertgrupp, psykiatri)

” Men, sen så är det också så att läkemedel utvecklas. En typ av läkemedel under 50- och 60-talet, sen så på 80-talet så kom nya typer av antidepressiva medel. Och de sista tio åren har det kommit många nya antidepressiva. De här läkemedlen bra för alla typer av depressioner, ångest, tvångssyndrom...” (medlem i expertgrupp, psykiatri)

Frågan är emellertid varför depressionerna ökar? Åtminstone till en del kan det bero på att dagens depressioner omfattar fler symtom och att vissa symtom förknippas med depression på ett tidigare stadium i de nyare klassificeringssystemen.⁸¹ Den biologiska hypotesen, dvs. att sorg kan bli biologisk vilket motiverar både användningen av antidepressiva läkemedel och förändringar i klassificeringssystem som DSM-IV, tycks dock främst gälla människan – kanske helt enkelt därför att hon kan berätta och sätta ord på det hon upplever. Läkemedelsföretaget Novartis har t.ex. ansökt om att få godkännande av ett preparat för: *”separationsrelaterade tillstånd hos hund som yttrar sig i form av destruktivt beteende”*. Läkemedelsverket gör följande värdering: *”Den kliniska effekten av klomipraminhydroklorid vid separationsrelaterade störningar hos hund är mycket begränsad. I första hand bör problemet lösas utan läkemedel genom att hundar ej lämnas ensamma under långa tidsperioder”*.⁸²

De tre kommittéerna tycks i det här fallet resonera på ett likartat sätt vad gäller depression och Cipramil. Kunskapsunderlaget till rekommendationen ter sig likartad i de tre kommittéerna. Flera parallella processer tycks över tiden ha byggt upp ett kunskapsområde som gör Cipramil till ett mer eller mindre naturligt val, varav några viktiga faktorer är: Att depression är en vanlig och delvis underbehandlad sjukdom; Att läkemedel är en effektiv behandling; Att toleransen för vissa biverkningar är låg - i synnerhet som vissa biverkningar kan relateras till en förtidig död.

Samtidigt har de tre läkemedelskommittéernas rekommendation av Cipramil ovan inte nödvändigtvis varit så kronologiskt organiserad som indikerats av mitt dekonstruktionsförsök ovan. Några av respondenterna antyder t.ex. i sina svar att själva introduktionen av nya läkemedel kan ha haft betydelse för synen på vad en depression är och vad som bör behandlas med läkemedel. Detta innebär i så fall att depression inte nödvändigtvis bara är en sjukdom som funnit botemedel, utan också att det i någon mån är fråga om läkemedel som funnit

⁸¹ En förändring mellan diagnoshjälpmedlen DSM-III-R och DSM-IV är t.ex. att tiden för normal sorg efter nära eller anhörigs död sänkts från 8 till 2 månader – en förändring som verkar till fördel för den biologiska hypotesen, då förändringen i klassificeringskriteriet stöder antagandet att sorgen efter några månader kan bli biologisk (The Economist, 1998). Detta innebär att kriterierna för vad som är depression har vidgats, vilket är analogt med vad Kutchins och Stuart föreslår i sin bok *”Making us Crazy”* (Kutchins & Kirk, 1997).

⁸² Information från Läkemedelsverket, årgång 10 nr 7, november 1999, s. 85.

något att bota. Fallet Cipramil indikerar i alla händelser att kunskapen om en sjukdom är nära förknippat med synen på vad som kan bota den, och att kunskapen om båda tycks stå i ett ömsesidigt beroende till varandra.

Fallet Atenolol

Flera av de preparat som kan sättas i samband med behandling av högt blodtryck är storsäljare på läkemedelsmarknaden. Atenolol är ett äldre och relativt billigt läkemedel som av alla tre kommittéerna rekommenderas för behandling av ett okomplicerat högt blodtryck. De tre läkemedelskommittéernas rekommendationer uppvisar ingen direkt systematisk skillnad i just det här fallet. Frågan om vilket preparat som bör rekommenderas tycks istället, i högre grad än något av de andra tre fall som redovisas i denna uppsats, avhängigt den medicinska kunskapsutvecklingen på *andra* sjukdomsområden, t.ex. diabetes. Av den anledningen kan frågan om blodtryck ses som en variant av faktor 2: Att valet av preparat också styrs av en successivt uppbyggd medicinsk kunskap på området. Frågan om högt blodtryck kan också illustrera faktor 3 ovan: Att olika kriteriers relativa vikt varierar för olika sjukdomsområden, eftersom toleransen för biverkningar för ett högt blodtryck som patienten inte känner av ses som lägre än då patienten själv söker för en sjukdom. Fallet Atenolol kan också vara ett exempel på faktor 4 ovan: Att kunskapen om sjukdomen skiljer sig åt mellan olika delprofessioner. Men hur har frågan om högt blodtryck blivit viktigt?

Frågan om blodtrycket har fått betydelse genom att man visat att såväl död i förtid som insjuknande i hjärtattack mm. samvarierar med tidigare uppmätta förhöjda blodtrycksvärden. Detta förhållande har medfört att blodtryck betraktas som en riskfaktor. Eftersom högt blodtryck inte är en sjukdom, utan en riskfaktor vars betydelse står i förhållande till andra samtidigt ökade riskfaktorer (t.ex. höga blodfetter), har något entydigt värde för vad som är ett riskfyllt obehandlat högt blodtryck emellertid inte slagits fast. Det finns dock gränsvärden som har satts som riktvärden, t.ex. av WHO. Detta gränsvärde har under 1990 talet sänkts.

Det finns fyra huvudsakliga preparatklasser som kan sänka blodtrycket: diuretika, betablockerare, kalciumantagonister samt ACE-hämmare.⁸³ Den nu gällande svenska rekommendationen kring blodtrycksbehandling blev fastställd av Socialstyrelsens läkemedelsavdelning (nuvarande Läkemedelsverket) i början av 1990-talet då alla fyra preparatklasserna rekommenderades som

⁸³ I ett förenklade resonemang kan man säga att läkemedlen fungerar enligt följande: diuretika är vätskedrivande; betablockerare sänker stresshormonernas effekt; kalciumantagonister vidgar blodkärlen; och ACE-hämmarna hämmar en blodtrycksstegrande substans i blodet. Alla fyra läkemedelsklasserna sänker således blodtrycket – men på lite olika sätt.

förstahandsval.⁸⁴ Atenolol är emellertid ett läkemedel som åtminstone sedan Läkemedelsboken 1991/1992 påvisats som billigt i förhållande till andra.⁸⁵ Läkemedelsboken för 1991/1992 och 1993/1994 rekommenderar dock alla fyra preparatklasserna med hänvisning till Socialstyrelsens rekommendationer. I Läkemedelsboken 1993/1994 anges att de två nyare preparatgrupperna har: *”en mycket väl dokumenterad och blodtryckssänkande effekt Även om studier f.n. ännu inte [visat] primärpreventiv effekt... avseende insjuknande i hjärt-kärlsjukdom.”*

År 1994 rekommenderar SBU att läkemedelsgrupperna diuretika eller betablockerare bör vara förstahandsval, både ur medicinsk och ur hälsoekonomisk synvinkel.⁸⁶ Kanske reflekteras detta i en förändrad kunskapssyn i Läkemedelsboken 1995/1996⁸⁷, även om man också här hänvisar till Socialstyrelsens rekommendation av de fyra preparaten 1990. Istället för att betona de nyare läkemedlens blodtryckssänkande effekt skriver betonas nämligen att: *”de modernare medlen ännu inte dokumenterats ha primärpreventiv effekt...”*. I sin uppdaterade rapport 1998 återupprepar SBU sin rekommendation från 1994.⁸⁸ I Läkemedelsboken 1997/1998 respektive 1999/2000 är rekommendationerna mycket lika de i Läkemedelsboken 1995/1996⁸⁹ då både alla fyra grupperna och de två äldre grupperna rekommenderas som förstahandsval - med ett intressant tillägg: *”Diuretika och betablockerare är också mycket billigare än kalciumantagonister och ACE-hämmare...”*.

Frågan om vilka preparat som bör förskrivas för högt blodtryck tycks således vara ett område med delvis konkurrerande rekommendationer. De nuvarande rekommendationerna är dock relativt entydiga och specifika och förordar: Förskriv billiga och effektiva betablockerare som Atenolol för okomplicerat högt blodtryck; från att ha varit mer allmänt hållna: Behandla högt blodtryck med något läkemedel. Som nämndes ovan rekommenderar alla tre kommittéerna betablockeraren Atenolol som förstahandsval för okomplicerat högt blodtryck. Detta i en strävan att försöka vända förskrivningen för högt blodtryck från den dyrare betablockaren Seloken Zoc, respektive Plendil, som tillhör läkemedelsklassen kalciumantagonister.⁹⁰ Det tycks därmed som om man

⁸⁴ Detta är ett något förenklat resonemang. De fyra klasser som omnämns ovan är dock de som i det här fallet omtalas som rekommenderade av Socialstyrelsen i Läkemedelsboken.

⁸⁵ Se kostnadsjämförelser s. 206-207 (Läkemedelsboken 1991/1992).

⁸⁶ SBU-rapport nr 121 s. 18-20.

⁸⁷ Huruvida texten reflekterar en förändring i kunskapssyn eller inte är inte helt klart eftersom texten skrivits av andra författare än de tidigare texterna.

⁸⁸ SBU-rapport nr 121U.

⁸⁹ Texten i dessa tre årgångar är dock skrivna av samma personer.

⁹⁰ Plendil är ett av de mest förskrivna läkemedlen som kan användas för högt blodtryck i Sverige. Om det verkligen förskrivs för okomplicerat högt blodtryck, eller som en del i en mer omfattande behandling är dock inte helt klart.

därmed önskar en återgång till de äldre preparaten.⁹¹ Den envishet med vilken såväl läkemedelskommittéer som SBU rekommenderar vissa mindre kostsamma läkemedelsklasser och preparat som Atenolol indikerar att en felförskrivning förekommer - en felförskrivning som behöver styras upp.

Det tycks emellertid vara så att just den här felförskrivningen inte är så lätt att vare sig konstatera eller identifiera. Bilden kompliceras av att många behandlas för sitt förhöjda blodtryck på grund av att de också uppfyller andra riskfaktorer, t.ex. diabetes eller övervikt. Frågan blir då var gränserna för ett okomplicerat högt blodtryck bör dras? Gränserna för det farliga höga blodtrycket tycks dras genom en ömsesidig bestämning i förhållande till andra riskfaktorer. Det enda som kan anses vara helt konstaterat av läkarna är att det okomplicerade höga blodtrycket främst behandlas i primärvården. Om det är så att en felförskrivning föreligger, indikerar argumenten att det i så fall är i primärvården som praxis behöver förändras.

Frågan tycks dock vara mer komplicerad än så. Dels så initieras många behandlingar som berör högt blodtryck av specialister. Dels har vissa läkare, både distriktsläkare respektive sjukhusdoktorer, erfarenhet av att vissa patienter får biverkningar av rekommenderade preparat som Atenolol. Den behandlande läkaren kommer då i en situation där behandlingen av ett tillstånd som patienten inte märker av ger biverkningar som kan upplevas som besvärande - en insikt som inte nödvändigtvis syns i vetenskapliga studier eller hos de specialister som av olika anledningar inte behandlar patienter med det rekommenderade preparatet. Fallet Atenolol kan därmed ses som ett fall där olika delprofessioner har kunskap om olika saker. Fallet Atenolol är också intressant då det ställer frågan om effekt på sin spets. Effekt på vad? Effekt på högt blodtryck eller effekt i termer av färre antal döda?

Fallet Risperdal

Trots att samma preparat rekommenderas kan rekommendationen gälla olika sjukdomstillstånd. Så är det t.ex. i Fallet Risperdal, där alla tre läkemedelskommittéerna rekommenderat samma preparat, men för olika saker - för schizofreni respektive demens.⁹² Fallet Risperdal är ett exempel på faktor 1: Att tyngdpunkten på formella rekommendationer - i det här fallet av Läkemedelsverket godkända indikationer - varierar mellan de olika kommittéerna. Fallet Risperdal kan också exemplifiera faktor 4: Att det relativa

⁹¹ Den samtidiga rekommendationen av både fyra och två grupper i Läkemedelsboken, osäkerheten i kunskapsläget om blodtryckets egentliga betydelse samt den gradvisa introduceringen av ekonomiska argument aktualiserar dock frågan om vad som rekommenderas och vad i texterna som huvudsakligen är att betrakta som det motivvokabulär skribenterna måste ansluta sig till (Mills, 1940).

⁹² Här egentligen 'konfusionstillstånd hos äldre'. Jag kommer dock använda 'demens' fortsättningsvis.

inflytandet mellan delprofessioner tycks variera – i det här fallet mellan psykiatriker, geriatriker och distriktsläkare.

Både Mellanstad och Länsbygd rekommenderade Risperdal för indikationen demens innan det officiella godkännandet från Läkemedelsverket kom i oktober 1999. Länsbygd uppger dock att de fått kännedom om att indikationen skulle godkännas av Läkemedelsverket på informella vägar – i det här fallet via en klinisk farmakolog. I Läkemedelsboken 1999/2000 finns också Risperdal listat som tänkbart medel vid svåra psykotiska symptom när det gäller behandling av demens. Det är dock möjligt att skribenterna i Läkemedelsboken på informella vägar kände till att en indikationsökning var på gång redan då kapitlet om demens skrevs.⁹³ Mellanstad rekommenderade Risperdal för demens två år innan den formella ändringen kom och innan Läkemedelsboken rekommenderade det. Å andra sidan rekommenderade Läkemedelsboken 1997/1998 vid den tidpunkten det äldre preparatet Haldol för ett liknande tillstånd, något som skulle kunna indikera att rekommendationen inte var särskilt kontroversiell utan bara en 'naturlig' fortsättning på en tidigare terapitradition.

Vikten av ett formellt godkännande från Läkemedelsverket, respektive den terapispecifika kunskapsuppbyggnad vars kvarlevor som kan studeras i t.ex. Läkemedelsboken visar därmed en samvarians mellan kommittéerna. I två kommittéer tycks resonemanget samvariera med Läkemedelsboken, och i en av kommittéerna tycks man tydligare följa de formellt godkända indikationerna från Läkemedelsverket. Men dessa skillnader är inte nödvändigtvis den enda förklaringen. Faktum är också att fallet Risperdal också kan vara ett exempel på hur styrkan i kunskapsproduktionen mellan olika delprofessioner, t.ex. mellan geriatriker och psykiatriker, tycktes variera mellan kommittéerna. Storstad rekommenderar Risperdal för specialistdiagnosen schizofreni, en diagnos som inte uppfattas som något primärvården primärt befattar sig med – inte ens av Storstads egna läkare. I Mellanstad och i synnerhet i Länsbygd tycktes istället demensproblematiken vara mer framträdande.

Ytterliggare en indikation på att skiljelinjer går mellan delprofessioner, vilket tycks ha olika mycket betydelse i olika kommittéer, kom i och med en deltagande observation i Storstad med anledningen av ett seminarium kring användningen av bl.a. neuroleptika hos äldre.⁹⁴ Där menade t.ex. psykiatriker och specialister att viss dosering av läkemedel för äldre måste vara felaktig då doserna var att betrakta som närmast "homeopatiska". Geriatrikerna hade dock i sin kliniska vardag erfarenhet av att dessa doser var högst relevanta och effektiva för deras patienter. Ett annat exempel på att skiljelinjer går mellan olika delprofessioner, vilket har bäring på frågan om vad som bör rekommenderas, är vilka preparat som Risperdal jämförts med i de olika kommittéerna. I Storstad har det enda jämförelsepreparatet som jag har kunnat

⁹³ Intervju med representant på redaktionen för Läkemedelsboken på Apoteket AB, 2000-02-08.

⁹⁴ Dvs. ett av de tre läkemedelskommittéarrangerade utbildningsseminarier där jag var med och gjorde en deltagande observation.

'observera' varit Haldol, medan det t.ex. i Länsbygd också jämförts med preparat för behandling av bl.a. demens.

Summering

När det gäller varför ett visst preparat rekommenderas till förmån för ett annat har i den här studien fyra faktorer identifieras: Att tyngdpunkten på formella rekommendationer och motsvarande varierar mellan de olika kommittéerna; Att valet av preparat också styrs av en successivt uppbyggd medicinsk kunskap på området; Att olika kriteriers relativa vikt varierar för olika sjukdomsområden; samt Att det relativa inflytandet mellan delprofessioner tycks variera. Dessa olika särskiljande faktorer kom till uttryck på lite olika sätt i de olika fallen ovan.

I Fallet Losec varierade de underliggande skälen bakom rekommendationerna, så att Mellanstad och Länsbygd i huvudsak önskade en förändring i praxis till ett mer kostnadseffektivt preparat medan Storstad tydligt önskade åtgärda en felförskrivning. En annan skiljelinje mellan i synnerhet Storstad och de andra två länen var synen på vetenskaplig dokumentation och vikten av formella indikationer, en skiljelinje som gjorde att Storstad inte likställde de olika preparaten i samma utsträckning som de andra länen (faktor 1). Den kritiska skillnaden mellan vad som borde och inte borde behandlas med läkemedel tycktes gå i diagnosen GERD - en diagnos som både rymmer patienter med diffusa magbesvär, där preparat som Losec inte hjälper, och personer med halsbränna och irritationer, där preparat som Losec tydligen fungerar bra. Kunskapen om vad som är sjukdom och betydelsen av patientens egen berättelse tycks därmed ha varierat över tid, bl.a. parallellt med upptäckten av orsaken till magsår (bakterien *Helicobacter Pylori*) respektive nya instrument för att konstatera sår och inflammationer (faktor 2). Diagnosen GERD uppvisar emellertid en förhållandevis stor tolkningsflexibilitet, där olika aspekter av sjukdomen verkar synas lite olika för olika delprofessioner (faktor 4). Dyspepsiområdet är därmed ett område där det för närvarande råder viss oenighet för var gränserna för sjukdom går, men där priset tyckts vara en mycket viktig faktor för val av preparat (faktor 3).

I fallet Cipramil tycktes rekommendationerna i samtliga län vara ett exempel på kodifierad praxis. Till skillnad mot Fallet Losec ovan, tycktes de olika läkemedelskommittéerna vara ense om att inte bara en överförskrivning förekom utan också en underförskrivning. Kommittéerna strävade i första hand mot en mer kostnadseffektiv förskrivning, vilket tog sig i uttryck av att också alternativ till Cipramil rekommenderades. Resonemanget i rekommendationerna tycktes botten i en successivt uppbyggd kunskap om att den läkemedelsklass Cipramil tillhör generellt är att betrakta som bättre än andra läkemedel, samt att läkemedel allt mer kommit att betraktas som lika bra eller bättre än andra

behandlingsmetoder. Fallet Cipramil indikerar därmed att kunskap tycks byggas upp genom ömsesidigt stabiliserande relationer (faktor 2). Ett viktigt kriterium för läkemedelsval var vikten av att undvika biverkningar, i synnerhet biverkningen självmord (faktor 3).

I fallet Atenolol konstaterades att kunskapsbilden och rekommendationerna fluktuerat under 1990-talet, men att rekommendationerna allt mer kommit att handla om preparat där effekt visats på primärvariabler som dödlighet. Detta tycktes i sin tur ha verkat till förmån för de äldre preparatklasser som också generellt sett är de billigare. Bilden komplicerades dock av att högt blodtryck endast är en riskfaktor. Förutom diskussionen kring primär- och sekundärvariabler⁹⁵ tycktes risken med det höga blodtrycket samvariera med andra riskfaktorer som bygger på kunskapsproduktionen inom områden som fetma, diabetes respektive hjärt- och kärlsjukdomar (specialfall av faktor 2). Ytterligare en faktor som identifierades var att patienternas tolerans för biverkningar av högt blodtryck skulle kunna vara lägre än för åkommor som de känner av (faktor 3). Detta aktualiserar frågan om hur dessa olika delprofessioner med sina olika kunskapsbilder och kunskapslag förmår hävda sig gentemot varandra, och vems kunskap som får genomslag i praxis och i rekommendationsarbetet (faktor 4).

Fallet Risperdal liknade fallet Losec såtillvida att betydelsen av de formella indikationerna från Läkemedelsverket tycktes variera mellan kommittéerna (faktor 1). I och med att preparatet både rekommenderades för olika åkommor och jämfördes med olika preparat tycktes fallet Risperdal också vara ett tydligt uttryck för att olika delprofessioner har olika kunskapsbilder (faktor 4). Detta aktualiserar återigen frågan om hur olika kunskapsproducenter agerar, inte minst i förhållande till varandra och till olika regionala och centrala rekommendationer.

⁹⁵ Med primärvariabel avses sådant som effekt på dödlighet. Högt blodtryck i sig kan därvidlag ses som en sekundärvariabel.

Summering samt förslag på fördjupade studier: Medicinsk kunskapsproduktion i förhållande till etablering av nya medicinska behandlingsmetoder

Av den här delstudien står det klart att det finns en mängd olika kunskapsproducenter, varav vissa också kan ses som producenter av medicinska rekommendationer. När det gäller formaliseringen av läkemedelskommittéerna tycks reformen ha rymt ett stort tolkningsutrymme för hur besluten skulle organiseras och vilka läkemedel som rekommenderats, vilket är i linje med vad tidigare forskning om reformer indikerar (Brunsson & Olsen, 1993). När det gäller läkemedelskommittéerna tycks det vara så att de läkare som är kliniskt verksamma i första hand tycks resonera med utgångspunkt från sin läkarroll. Det gör att läkemedelskommittéerna i nuläget snarare kan vara att betrakta som en arena där olika professioner försöker förankra sina synpunkter, än som autonoma organisationer. Den organisering som sker i och mellan läkemedelskommittéer och nya organisationer och nätverk som t.ex. The Cochrane Collaboration kan dock också vara ett tecken på att nya professioner börjat framträda inom läkarkåren, t.ex. informationsläkare och medicinska granskare (jfr. Abbot, 1988).

Temat medicinsk kunskapsproduktion kom att framträda allt starkare i den här studien. Fyra faktorer vars betydelse tycktes variera såväl mellan kommittéerna som mellan olika medicinska områden kom att framträda: De indikationer för vilka ett preparat godkänns av Läkemedelsverket eller EMEA, och som de olika kommittéerna förhöll sig något olika till (faktor 1). Det tycks vidare vara så att etableringen av nya medicinska behandlingsmetoder i vissa fall sametablas med kunskapsuppbyggnaden på området, som t.ex. i Fallet Losec och Fallet Cipramil (faktor 2). Olika kriterier för val av rekommenderat läkemedel som pris, effekt, biverkningar etc. tycktes variera i betydelse för olika medicinska områden. Prisfrågan tycktes t.ex. vara viktig i Fallet Losec, och frågan om biverkningar tycktes vara särskilt påtaglig i Fallet Atenolol respektive Fallet Cipramil (faktor 3). Fallet Risperdal indikerade hur kunskapsproduktionen tycktes variera mellan olika delprofessioner, vilket tog sig uttryck i att de olika kommittéerna rekommenderade samma preparat – men för olika diagnoser och därmed olika slags patienter. Fallet Losec indikerade likaså att olika delprofessioner såg och intresserade sig för olika aspekter av samma patient, något som också verkade gälla Fallet Atenolol (faktor 4). Frågan blir vem som har kunskap om var gränserna för sjukdom och behandling går, och hur det har kommit sig att just denna har fått tolkningsföreträde?

Fluktuerande och eventuellt konkurrerande rekommendationer samt ömsesidiga beroenden av riskfaktorer mellan sjukdomsgrupper komplicerade bilden när det gällde hur olika rekommendationer utvecklats och efterlevts. Den

medicinska kunskapsuppbyggnaden tycktes åtminstone i vissa fall kunnat hämta kraft i centrala rekommendationer, som i Fallet Atenolol ovan. Istället för att viss förskrivning främst skulle vara resultatet av mer eller mindre direkt industrisponsrade marknadsföringsinsatser, så framträdde den läkemedelsindustriproducerade informationen som en integrerad del av själva den vetenskapliga kunskapsproduktionen, eftersom de kliniska prövningar som krävs för kunna göra evidensbaserade och vetenskapliga anspråk kräver resurser. Detta innebär också att förhållandet läkemedelsföretag-samhälle kan ha flera kritiska beröringspunkter än de mer eller mindre direkta marknadsföringsinsatser som vanligen uppmärksammas i studier om t.ex. läkemedelsförskrivning och val av läkemedel.

Oklara gränsdragningar komplicerade frågan om felförskrivning. Men, frågan om felförskrivning aktualiserar också gränsdragningen mellan det politiska och det vetenskapliga. Vilken betydelse kan t.ex. det förhållandet att Losec var överlägsen etta på läkemedelstoppen i Sverige samtidigt som Losec porträtterats som vinstmaskin ha haft för idén om felförskrivning? Och hur kommer det sig att AstraZenicas efterföljare Nexium som godkänts för just GERD – en diagnos där betydande tolkningsflexibilitet föreligger – ändå tycks ha vissa svårigheter att etablera sig trots att preparatet lär vara både billigare och bättre än Losec?⁹⁶

Forskning har visat att beslut många gånger byggs upp successivt i parallella processer (Jacobsson, 1994). En process som vore intressant att undersöka närmare skulle därför kunna vara just kunskapsproduktionen inom något specifikt medicinskt område. Detta för att kunna identifiera olika kunskapsprocesser och kluster av relevanta aktörer och kunskapsproducenter (Bijker, 1997; Berg & Mol, 1998). Olika kunskapsproducenter och producenter av medicinska rekommendationer tycks nämligen ha blivit sammanlänkade i större kunskapsanspråk i de fall en ny medicinsk behandlingsmetod etablerats, vilket indikerar att etablering och kunskapsproduktion sker parallellt och förhåller sig till varandra som delar av ett ömsesidigt nätverk. Detta är analogt med vad sociologer som t.ex. Latour hävdar (Latour, 1987).

En av studiens tentativa slutsatser är således att den medicinska kunskapsproduktionen samspelar med etableringen av nya medicinska behandlingsmetoder. Inte minst viktigt tycks förhållandet mellan etablerade och därmed också standardiserade kunskapsanspråk vara i förhållande till de behandlingsmetoder som kommit att etableras (Collins, 1992). Den här studien indikerar att sådan etablering sker på flera håll samtidigt och i flera olika processer. Som medicinhistorikern Karin Johannisson skriver: ”...entydigheten tycks vittrad. Kroppen är många...”⁹⁷

⁹⁶ Fyra av de fem läkare som jag samtalat med angående Nexium har t.ex. ställt sig skeptiska till att börja använda Nexium. Den anledning som de givit har dock inte främst varit kopplad till medicinska eller ekonomiska argument. (Fem intervjuer med: 2 internmedicinare med erfarenhet av mag-tarm området, 2 gastroenterologer, samt 1 distriktsläkare, november 2000).

⁹⁷ Johannisson, 1997, s. 10.

Att välja ett fall av läkemedel-diagnos som följs på ett mer ingående sätt mellan olika kunskapsproducenter, aktörer och institutioner, skulle därmed kunna ge viktig principiell förståelse för hur centrala rekommendationer och lokal praktik förhåller sig till varandra. Det skulle också kunna ge en ökad principiell förståelse för effekter av och villkor för etablering av medicinska kunskapsanspråk genom implementering eller översättningar in i praxis.

Referenser

- Abbot Andrew, 1988, *An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: The University of Chicago Press
- Berg Marc & Mol Annemarie, 1998, *Differences in Medicine*, Duke University Press
- Bijker. E. Wiebe, 1997 (1995), *Of Bicycles, Bakelites, and Bulbs: Toward a Theory of Sociotechnical Change*, The MIT Press
- Brunsson Nils & Olsen Johan P, 1997 (1993), *The Reforming Organization*, Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget
- Collins H.M, 1992 (1985), *Changing Order: Replication and Induction in Scientific Practice*, Chicago: The University of Chicago Press
- DiMaggio P, Powell W, 1983, The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, *American Sociological Review*, April, 48: 147-160
- Glaser & Strauss, 1967, *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, USA:Walter De Gruyter
- Hultman Sofia & Lundqvist Thomas, 2000, *Läkares följsamhet och inställning till läkemedelskommittéer och läkemedelsrekommendationslistor*, Examensarbete C-nivå, Företagsekonomiska Institutionen, Uppsala Universitet
- Hven Lotta & Wahlund Richard, 1997, *Att undersöka läkares förskrivning av läkemedel med hjälp av conjointanalys – en förstudie*, Working Paper Series nr. 16, Foundation for Distribution Research, Stockholm School of Economics
- Information från Läkemedelsverket*, årgång 10 nr 7, november 1999
- Jacobsson Bengt, 1987, *Kraftsamlingen*, Lund: Bokförlaget Doxa AB
- Jendteg & Persson, 1996, *Läkemedelskommittéernas framtida roll*, IHE Arbetsrapport 1996:3, Lund: IHE-Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi
- Johannisson Karin, 1997, *Kroppens tunna skal*, Stockholm: Nordstedts Förlag
- Kutchins Herb, Kirk Stuart, 1997, *Making us Crazy*, New York: The Free Press
- Latour Bruno, 1987, *Science in Action*, (7th printing), Harvard: Harvard University Press
- Läkemedel i förändring*, 1997, Reformen står och faller med läkemedelskommittéerna, nr 1 mars, Landstingsförbundet
- Läkemedelsboken 1987/1988*, 1987, Stockholm: Apoteksbolaget AB
- Läkemedelsboken 1989/1990*, 1989, Stockholm: Apoteksbolaget AB
- Läkemedelsboken 1991/1992*, 1991, Stockholm: Apoteksbolaget AB
- Läkemedelsboken 1993/1994*, 1993, Stockholm: Apoteksbolaget AB
- Läkemedelsboken 1995/1996*, 1995, Stockholm: Apoteksbolaget AB
- Läkemedelsboken 1997/1998*, 1997, Stockholm: Apoteksbolaget AB
- Läkemedelsboken 1999/2000*, 1999, Stockholm: Apoteksbolaget AB
- Läkemedelsvärlden*, 1998, Schizofreni: Behandla människan inte sjukdomen, juni, s. 26-37, Apotekarsocieteten
- Mills C. Wright, 1940, Situated Actions and Vocabularies of Motive, *American Sociological Review*, December, vol. 5
- Nyberg Svante, Ericsson Bo, Oxenstierna Gabriella, Halldin Christer, Farde Lars, 1999, Suggested Minimal Effective Dose of Risperidone Based on PET-Measured D2 and 5HT2a Receptor Occupancy in Schizophrenic Patients, *AM J Psychiatry*, June
- Salwén Henrik & Sund Mikael, 1998, *Läkares följsamhet och inställning till förskrivningsstyrande reformer – en surveyundersökning*, Examensarbete D-nivå, Företagsekonomiska institutionen, Uppsala Universitet
- SBU-rapport nr 121, 1994, *Måttligt förhöjt blodtryck*, Stockholm: SBU

SBU-rapport nr 121U, 1998, *Måttligt förhöjt blodtryck: uppdatering av SBU-rapport nr 121*, Stockholm: SBU

SBU-rapport nr 133/2, 1997, *Behandling med neuroleptika: Volym 2*, Stockholm: SBU

SBU-rapport nr 150, 2000, *Ont i magen*, Stockholm: SBU

Socialstyrelsen, 1990, *Individualiserad hypertoni-behandling*, Stockholm: Socialstyrelsens läkemedelsavdelning

SOU 1995:122, Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisations (HSU 2000) delbetänkande Reform på Recept, Stockholm: Fritzes AB

Svensk Farmaci under 1900-talet, 1999, Stockholm: Apotekarsociteten

Svenska Dagbladet, 1999, Självord i Sverige minskar, 1999-12-07

The Economist, 1998, Spirit of the age: Malignant sadness is the world's great hidden burden, 19th Dec: 115

Werkö Lars, 1997, En magstark historia: TV-dokumentär om Losec, *Läkartidningen*, nr 5, vol 94:348-349

Wirdefeldt Lena, 1998, *Innovationsspridning av en behandlingsmetod – en fallstudie av lanseringen av Detrusitol*, Examensuppsats vid Handelshögskolan i Stockholm

www.apoteket.se (hösten 1999, statistik för förskrivning i primärvården)

www.cochrane.org (The Cochrane Collaboration)

www.ihe.se (Institutet för hälsoekonomi). www.ihe.se/forum99/iheforum_sv_4.htm.

(IHE forum, ang. möjligheten att påverka förskrivningen med informationsinsatser)

www.lif.se/Info/Branschinfo/Etiska (Läkemedelsindustriföreningen (etiska regler för läkemedelsinformation)

www.mpa.se (Läkemedelsverket)

www.omge.org (World Gastroenterology)

www.reklistan.nu (jämförelser av läkemedelskommittéernas val av rekommenderade preparat)

www.riksdagen.se (Debatt & beslut/Rixlex. Se: Socialförsäkringsutskottets betänkande 1994/95:SFU10; Socialförsäkringsutskottets betänkande 1991/92:SFU13; Socialutskottets betänkande 1991/92:SOU21; Socialutskottets betänkande 1995/96S:SOU10; Socialutskottets betänkande 1996/97:SOU05)

www.slf.se (Sveriges läkarförbund, Statistik om läkare 2000-01-01,

www.slf.se/scripts/main.asp?WhereTo=Lakare, Läkemedel i fokus – ett policyprogram för Sveriges läkarförbund', September –99)

www.smed.org (länkar till bl.a. Landstingsförbundet, Läkemedelsverket, SBU och landets alla läkemedelskommittéer)

www.svls.se (SFAM, Svensk Förening för Allmänmedicin)

www.swepharm.se (Apotekarsociteten)

www.wonca.org (The World Organisation of Family Doctors)

Intervju med Svante Nyberg, Karolinska Institutet, Solna, Stockholm, 1999-10-09

Intervju med representant för redaktionen/Läkemedelsboken, Apoteket AB, 2000-02-08

Seminarier: *Framtidens läkemedelsanvändning – om informationens betydelse*, 1999-12-07, Norra Latin, Stockholm, Arr: Läkemedelsverket

Konferensen: *Evidensbaserad sjukvård – ett begrepp som förenar*, 2000-01-27, Scandic Hotel Slussen, Stockholm, Arr: SBU, Cochrane Collaboration, Karolinska Institutet