140.

Bilag til Norsk Medisinaldepots årsberetning 1978

# ER FORSKJELLENE I LEGEMIDDELFORBRUKET FOR STORE?

Beregninger og refleksjoner på grunnlag av Norsk Medisinaldepots statistikk

Av Dr. med. Peter F. Hjort
Cand. oecon. Øystein Haugen
Dr. philos. Hans Th. Waaler

Norges almenvitenskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning, Fr. Stangsgt. 11-13, Oslo 2.

# ER FORSKJELLENE I LEGEMIDDELFORBRUKET FOR STORE?

## 1. Om helsetjenestens filosofi.

I 30 år har vi bygget ut norsk helsetjeneste i raskt tempo. Vi har hatt to grunner. For det første har vi hatt råd til det, og for det andre har vi trodd at dette var veien til en bedre folkehelse. Innsatsen har vært imponerende. Helsebudsjettet er 5-doblet i denne perioden, målt i faste priser pr. innbygger.

Etter 30 år begynner begge forutsetninger å svikte. Samfunnsøkonomien tillater ikke lenger fortsatt utbygging i samme raske tempo, og utbyggingen har ikke gitt den forventede bedring av folkehelsen. Sosialdepartementet bemerker forsiktig at utbyggingen: "... neppe har ført til den reduksjon av sykelighet, invaliditet og dødelighet som en kunne ha håpet på" (1).

Dette har brakt helsetjenesten i en ny situasjon, og den møter stadig oftere krav om prioritering. Prioritering betyr å velge, og valg forutsetter at en har klare mål å styre mot. Helsetjenesten har aldri formulert sine grunnleggende mål, som juristenes Grunnlov og skolens Mønsterplan har gjort det. Antagelig er det lite behov for filosofi i en tid med sterk vekst og fremgang, for problemene løses i neste budsjett. Når veksten blir langsommere, øker behovet for en filosofi. Den engelske fysiker Lord Rutherford uttrykte det slik: "Gentlemen. We have no money, we must think".

Det er en viktig oppgave å lage et dokument om helsetjenestens grunnleggende mål, og stadig flere land tar seg tid til det (2,3). Norge har foreløpig ikke gjort det. Den dagen vi gjør det, vil vi støte på "forskjellsproblemet". De fleste nordmenn mener ganske sikkert at helsetjenesten skal være rettferdig - som lovene skal være det. Men hva er rettferdighet? Det er ikke at alle skal få like mye helsetjeneste, for behovene er forskjellige. Heller ikke betyr det at alle med samme diagnose skal få samme behandling, for vi behandler mennesker - ikke diagnoser.

Forskjellsproblemet er ikke så viktig i en periode med rask vekst, for veksten gir håp til alle. Når veksten blir langsommere, blir problemet viktigere. Derfor dukker det opp i helsetjenesten nå.

## 2. Ulikheter i legemiddelforbruket.

I 1978 utgjorde legemiddelomsetningen fra apotek knapt 1,2 milliarder kroner eller ca. 7% av det totale helsebudsjett. Denne andelen er betydelig, men legemiddelomsetningen er i tillegg en indikator på helsetjenestens innsats, fordi den medikamentelle behandling ofte er sluttstenen på helsetjenestens arbeid med en pasient. Derfor er det grunn til å interessere seg for fordelingen av legemiddelforbruket.

Norsk Medisinaldepot har utviklet et imponerende datasystem for legemiddelomsetningen - et forbilde for mange andre land. Det er basert på definerte døgndoser (DDD), dvs. gjennomsnittlige døgndoser ved rutinemessig vedlikeholdsbehandling av voksne (4). Dette systemet gjør det mulig å sammenligne forbruket på forskjellige steder og til forskjellige tider.

Denne statistikken viser store forskjeller mellom fylkene i legemiddelforbruket pr. innbygger. For å få et inntrykk av hvor store disse forskjellene er, kan en beregne den totale legemiddelomsetningen i Norge i to tenkte situasjoner - én hvor alle fylkene ligger på nivå med det "dyreste" fylket, og én hvor de ligger på nivå med det "billigste". I 1978 ville forskjellen mellom disse to situasjonene utgjort 520 millioner kroner - se figuren. Slike beregninger sier selvsagt ikke noe om hvilket fylke som har den optimale omsetning. De illustrerer bare hvor store forskjellene faktisk er.

I samarbeid med Norsk Medisinaldepot har vi studert disse forskjellene nærmere (5,6). Med en statistisk analyseteknikk (skrittvis multippel regresjonsanalyse) har vi undersøkt om disse forskjellene kunne skyldes en rekke nærliggende forklaringer. Utgangspunktet for beregningene var legemiddelomsetningen i 1974, men det er neppe skjedd vesentlige forandringer i mellomtiden. Det viste seg at befolkningens alderssammensetning spilte stor rolle, mens de øvrige forklaringsmuligheter spilte mindre rolle. Vi vurderte 13 store terapeutisk-kjemiske legemiddelgrupper, som til sammen utgjorde ca. 65% av den totale legemiddelomsetning i Norge, og 15-60% av fylkesvariasjonene for de enkelte legemiddelgruppene kunne ikke forklares av de utvalgte årsaksfaktorer. Det er derfor rimelig å tro at en stor del av disse forskjellene skyldes legenes individuelle forskrivningsvaner og de lokale terapitradisjoner.

Bortimot en fjerdedel av legemiddelomsetningen går til sykehusene, og vi har derfor studert forbruks-profilen innenfor to grupper av legemidler, nemlig

antidiabetika og kretsløpsmidler, ved de medisinske avdelinger på 20 sykehus. Også her er det store forskjeller, som bare delvis kan forklares ved forskjellene i pasientbelegget. At det må være slike forskjeller, fremgår også av fylkesstatistikken. For eksempel var Hordalands forbruk av beta-blokkere i 1977 bare 39% av Nordlands, målt i DDD pr. 100 innbyggere.

Samlet viser disse undersøkelser:

1. Det er meget store forskjeller i legemiddelforbruket mellom fylkene, og en stor del av disse forskjellene beror på legenes individuelle syn og vaner.

2. Undersøkelsene sier intet om hva som er "rett" forbruk. Det bekymringsfulle er nettopp at vi ikke vet noe sikkert om dette.

3. Forskjellene er så store at det er rimelig å reise spørsmålet om noe bør og kan gjøres for å begrense dem.

## 3. Bør noe gjøres?

Denne siste konklusjonen er kontroversiell. Vi mener at de påviste forskjeller er for store. For å understreke det, har vi brukt ordet "forskjellsbehandling" - som er et sterkt ord i norsk ordbruk. Ikke alle er enige i denne konklusjonen, og iallfall én kritisk og erfaren kliniker mener at forskjellene er naturlige og rimelige (7).

Dermed er vi midt inne i forskjellsproblemet, og vi understreker at dette problemet på ingen måte er begrenset til legemiddelforbruket. En finner tilsvarende forskjeller på mange andre områder av helsetjenesten, f.eks. bruk av laboratorieprøver og røntgen, henvisninger til spesialist, innleggelser, bruk av strålebehandling osv. På mange av disse områdene har vi ikke like gode data som for legemiddelforbruket, men det er grunn til å tro at det på alle disse andre områdene også er "store forskjeller og små forklaringer" (5). For å illustrere problemet på mikroplanet, tar vi et eksempel fra Helsesenteret i Alta. Her arbeidet 7 leger i 1977, og de brukte laboratoriet svært forskjellig. Antall innsendte prøver pr. 1000 konsultasjoner varierte fra 176 til 363 (8).

Det er ikke forbausende at det er slik, for leger er ikke standardiserte roboter, men mennesker med forskjellig bakgrunn, kunnskap, erfaring og legning.

Spørsmålet er om forskjellene bør godtas, fordi det står leger bak dem, eller om de kan bli for store? I tidligere tider var det også forskjeller, men da spilte de mindre rolle. De medisinske konsekvenser for pasientene var små, fordi medisinen var forholdsvis primitiv, og de økonomiske konsekvenser for samfunnet var også små, fordi helsetjenesten var vesentlig billigere enn i dag. I våre dager er forskjellene mer alvorlige fordi:

- de ofte har medisinske konsekvenser for pasientene, fordi alle alternativer ikke er likeverdige
- de har store økonomiske konsekvenser for samfunnet
- de bryter med alminnelige prinsipper om likhet i helsetjenesten.

Det er viktig å presisere at vi ikke argumenterer mot forskjeller i og for seg, men mot store forskjeller. Total ensretting av medisinen ville være i strid med både medisinens og menneskets natur og med sunn fornuft. Det er selvfølgelig umulig å svare på spørsmålet om hvor store forskjellene må bli før de blir for store. Det avhenger av mange ting, og det er det prinsipielle problemet som opptar oss. For å reise det, hevder vi at en del av de påviste forskjeller i legemiddelforbruket er for store og at noe bør gjøres.

## 4. Kan noe gjøres?

Først må vi understreke at helsetjenesten allerede gjør en god del gjennom den medisinske undervisning, videre- og etterutdanningen, kurser, tidsskrift, møter og kongresser. Medisinen er et livslangt studium, og de fleste kjemper en utrettelig kamp for å følge med. I de senere år er det også kommet et nytt og viktig trekk i dette arbeidet gjennom legemiddelkomitéene på sykehusene. Disse komitéene forsøker å forenkle og forbedre behandlingen, og arbeidet får ringvirkninger i primærhelsetjenesten. Arbeidet med essensielle legemidler for basale helsebehov, som ble omtalt i årsberetningen i fjor (9), er et viktig initiativ i samme retning.

Men - alt dette er åpenbart ikke nok, siden forskjellene faktisk er så store. Vi tror derfor det er behov for et enda mer målbevisst arbeid - et program i 3 punkter.

a) Klinisk forskning. Terapeutiske alternativer er sjelden likeverdige. For å skille ut de beste, trenger en klinisk forskning - ofte i form av kontrol-

lerte kliniske forsøk. Det satses for lite på slike forsøk, og de gjøres ofte i for liten skala, slik at en ikke vinner frem til sikre konklusjoner. Vi tror heller ikke det legges tilstrekkelig vekt på at eldre pasienter står for en så stor del av legemiddelforbruket og at de så ofte bruker mange legemidler samtidig.

b) Medisinske programmer er blitt både en fane og en rød klut i denne diskusjonen. De som tror på dem, hevder at det på mange områder er mulig å komme frem til retningslinjer for god praksis, f.eks. for diabetes-behandling eller for postoperativ tromboseprofylakse. Mange land har tatt opp arbeidet med slike programmer. Blant annet har Sverige satset meget på "vårdprogram", og disse programmene er ikke bare godt mottatt. Det hevdes av noen leger at programmer er et utålelig inngrep i den kliniske frihet og at de skader pasient-legeforholdet.

Etter vårt skjønn er det meningsløst å føre en enten-eller diskusjon om medisinske programmer. Det dreier seg ikke om et nytt prinsipp, men om en naturlig utvikling i arbeidet med legers videre- og etterutdanning. Gode programmer kan føre til bedre behandling for pasientene, bedre bruk av helsetjenestens ressurser og større trygghet for pasient og lege. Skal en lykkes i arbeidet med programmene, må disse kravene oppfylles:

- Program må lages når et område er modent for det, og de må endres i takt med nye kunnskaper.
- De må utarbeides av særlig innsiktsfulle leger, ikke av myndighetene.
- De må tilpasses til lokale forhold.
- De må gi generelle retningslinjer, ikke detaljerte oppskrifter.
- De må være veiledende og ikke bindende i spesielle situasjoner.

Legene bør selv ta opp dette arbeidet, og de bør se det som den store oppgaven i 1980-årene. Det er nylig utarbeidet ett slikt program - for hypertensjon - i Norge (10).

c) Videre- og etterutdanningen bør ta opp disse problemene, fordi det er nødvendig å engasjere legene både i den generelle debatt og i hele det omfattende og langsiktige arbeid med programmene. Legene bør ikke se dette arbeidet som en begrensning av klinisk frihet, men som en vei til bedre kvalitet i behandlingen og større faglig tilfredsstillelse.

## 5. Hva kan Medisinaldepotet gjøre?

Medisinaldepotet har viktige oppgaver på dette området:

- Delta i og støtte arbeidet for bedre medikamentell terapi, bl.a. gjennom medisinske programmer.
- Drive informasjon om legemidler og rasjonell terapi.
- Publisere legemiddelstatistikk.
- Støtte klinisk forskning.

Årsberetningen viser at dette ikke er nye oppgaver for Medisinaldepotet. Våre data og refleksjoner viser hvor viktige disse oppgavene er.

Det var en tabell i Medisinaldepotets statistikk som vakte vår interesse for de problemer vi har tatt opp her. Vi startet med tørre tall og har endt med filosofiske problemer. Forhåpentlig er det en tilfredsstillelse for dem som publiserer statistikken at den får folk til å ligge våkne og spekulere. Vi slutter med å takke Medisinaldepotet for at det legger så godt arbeid i legemiddelstatistikken og for den hjelp vi har fått til å tolke den.

Referanser

1. Sosialdepartementet: Helsemessig opplysningsvirksomhet. St.meld. nr. 15 (1977-78), 45 s.

2. Lalonde, M.: A new perspective on the health of Canadians. Ottawa 1974, 76 s.

3. Department of Health and Social Services: Priorities for health and personal social services in England. HMS, London 1976, 83 s.

4. Norsk Medisinaldepot: Drug dose statistics. Oslo 1975, 66 s.

5. Haugen, Ø., Waaler, H.T. & Hjort, P.F.: Legemiddelforbruk i fylkene - store forskjeller, små forklaringer. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 1/1978, 67 s.

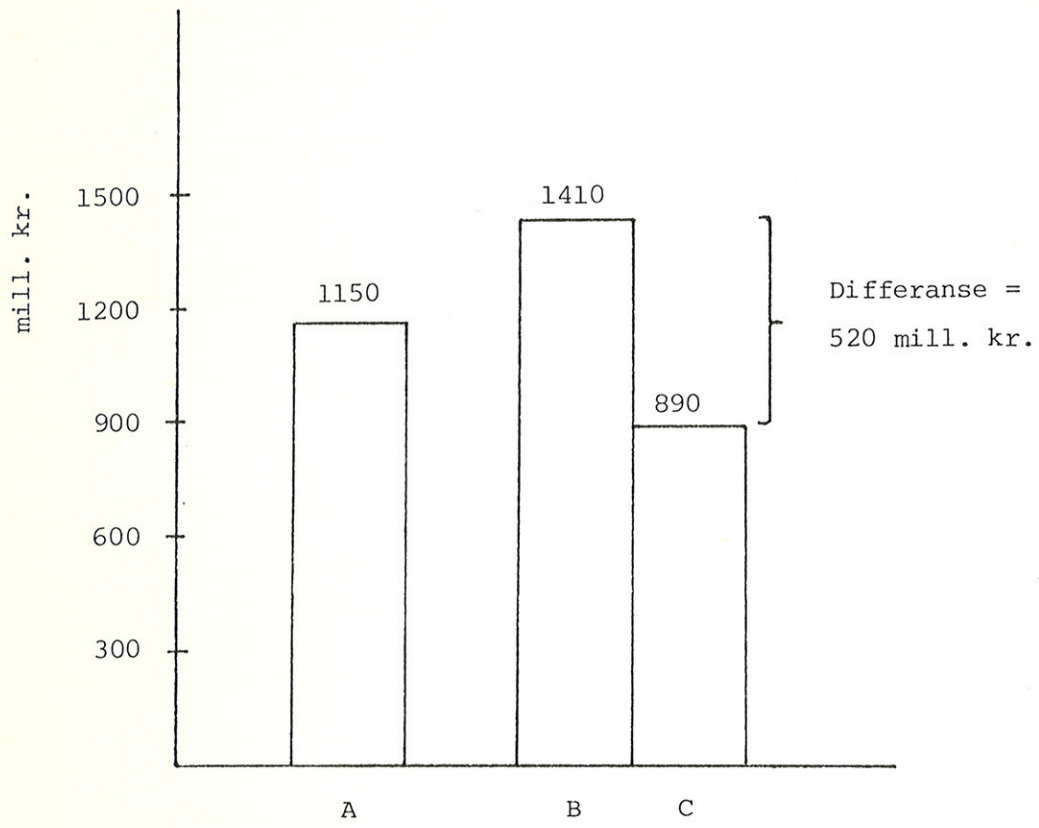
6. Haugen, Ø., Hjort, P.F. & Waaler, H.T.: Ulikt legemiddelforbruk i fylkene, ulike medisinske og økonomiske konsekvenser? Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 1546-1547.

7. Aubert, A.B.: Ulikt legemiddelforbruk i fylkene, ulike medisinske og økonomiske konsekvenser? Og hva så? Tidsskr Nor Lægeforen 1979, 99, 108-109.

8. Kvamme, J.-I.: Reformer i distriktshelsetjenesten - eksperiment og analyse. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 3/1978, 246 s.

9. Lunde, P.K.M.: Essensielle legemidler for basale helsebehov. Norsk Medisinaldepots årsberetning 1977, 35 s.

10. Waaler, H.T. & medarb.: Høyt blodtrykk: Behandlingsprogram, utbytte, kostnader. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 5/1978, 106 s.




Total legemiddelomsetning fra apotek i Norge i 1978.

A = faktisk total omsetning

B = total omsetning hvis alle fylker hadde hatt samme omsetning pr. innbygger som det "dyreste" fylket (Oslo/Akershus)

C = total omsetning hvis alle fylker hadde hatt samme omsetning pr. innbygger som det "billigste" fylket (Finnmark).