

BEKKEMELLEM LEGE & INDUSTRI

Legemiddelindustrien (LMI) vedtok i mars at medlemsbedriftene fra nyttår ikke lenger skal støtte kongressreiser og deltakelse for helsepersonell. Administrerende direktør i LMI, Karita Bekkemellem, innrømmer at industrien må endre sine informasjonsstrategi overfor legene, men frykter ikke kommunikasjonsproblemer.

AV OLE JOHAN SVORKEN

Den norske Legeforening og LMI etablerte i 2000 Rådet for legemiddelinformasjon. I 2006 inngikk LMI en avtale med helseforetakene som slo fast at utviklingen skulle gå i retning av betydelig strengere regler for spon-sing av kongressreiser. I 2010 fattet styret i LMI et vedtak om at det fra 01.01 2012 ikke lenger skal være tillatt for legemiddelfirmaer å sponse eller betale for kongressreisene. Ifølge Bekkemellem betyr ikke dette vedtaket at LMI ser bort fra at kongressreiser er viktig møteplass og faglig samhandlingsarena, men at LMI har slått fast at det ikke lenger er riktig at legemiddelindustrien skal finansiere disse reisene for helsepersonell.

- I avtalen fra 2006 sto det at arbeidsgiver som hovedregel skal betale for sine arbeidstakere selv, men dette ble ikke fulgt. Da LMI fattet sitt vedtak i 2010 fattet helseforetakene internt, i alle fall Helse Sør-Øst, et vedtak om dette i sine etiske retningslinjer, slik at de speiler hverandre.

Hvordan har reaksjonene på de nye reglene vært?

- De viser at vi har gjort noen veldig riktige og helt nødvendige endringer. Vi har fått utrolig mange henvendelser fra leger, og konsulenter som er ansatt i våre medlemsbedrifter har hatt veldig stor pågang. Det er grunnen til at vi halvannet år før de nye reglene trer i kraft

informerte og har hatt tett kontakt med helseforetakene i forbindelse med denne endringen. Vi har også tatt det opp mer enn én gang med Legeforeningen. Og vi har tatt det opp med statsråden. Vi har med andre ord prøvd å sette dette på dagsorden så offensivt som mulig. Det er derfor ingen som kan si at dette kommer overraskende på noen.

Har helseforetakene og Legeforeningen overtatt stafettpinnen?

- Vi har ikke opplevd veldig stor interesse hos dem vi har tatt det opp med. Helse Sør-Øst har imidlertid vært veldig konstruktive og fulgt opp på en veldig god måte. De henvendelsene vi har fått frem til nå vil andre aktører få fra årsskiftet. Da vil Legeforeningen og helseforetakene oppleve et økt informasjonspress. Vi har gjort det vi kan for å få både Legeforening, myndigheter og arbeidsgivere generelt, på banen. Det har vi virkelig gjort og det er viktig, slår Bekkemellem fast.

FIRMAREISER OG KONGRESSREISER
Legemiddelindustrien har imidlertid en annen rolle når det gjelder firmareisene, ifølge Bekkemellem.

- Det å informere om egne legemidler på egne møter, selv om det gjøres i utlandet, tilhører naturlig virksomheten til et legemiddelfirma. Når det gjelder kongressreisene derimot er det en del av den generelle etterutdannelsen som skjer der. Det er den enkelte legen og arbeids-

giverens ansvar å legge til rette for og betale kostnader som er forbundet med legers etterutdanning og kompetansebygging, og å holde seg faglig oppdatert. Det er ikke lenger en naturlig rolle for industrien å ta ansvar for de økonomiske kostnadene forbundet med dette.

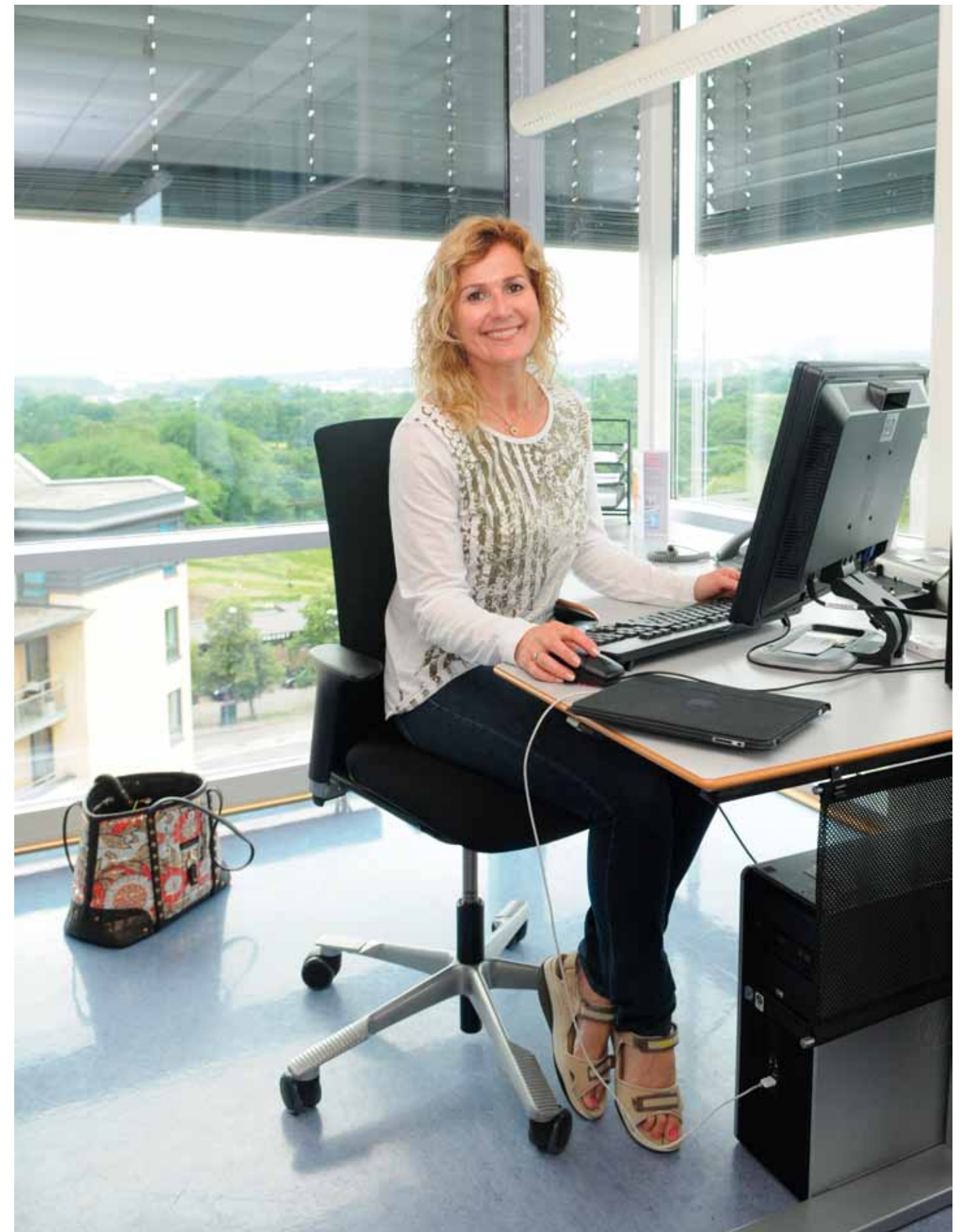
IKKE ET SPARETILTAK

Bekkemellem legger vekt på å forklare at LMI er proaktive og kommuniserer viktigheten av at legemiddelindustriens kunnskap om medisiner og behandling blir kjent for helsepersonell. Det er viktig for LMI å påse at de har gode faglige møteplasser med tanke på pasient-sikkerhet og riktig behandling.

- Man skal ha rask kreftbehandling. Hvem er det som kan gi kunnskapen om å "treffe"? Jeg tenker ikke da bare på diagnostisering, men også på riktig legemiddelbruk. Disse tingene henger veldig nøye sammen med den overordnede politikken som føres på helsefeltet. Dette er en utrolig viktig sak som dreier seg om mye mer enn hvor mange millioner legemiddelindustrien sparer på å droppe sponsingen.

Tenker du annerledes rundt disse spørsmålene nå enn da du var politisk aktiv?

- Ja, og det som har slått meg veldig sterkt er hvor lite politisert legemiddelpolitikken har vært i Norge. Det har vært få kontaktpunkter fra industrien.



◀ **Hva er det som har styrt det og vært med på å forme politiske vedtak på dette området?**

- Det er et veldig enkelt svar på hvorfor det har blitt som det har blitt. Du har fått en lovgivning og et prissystem i Norge som har gjort at legemiddelpolitikken kun har handlet om lavest mulig pris. Det har vi lyktes med. Sånn sett har myndighetenes politikk vært en suksess som har gitt nordmenn Europas laveste priser på originalprodukter. Men er det riktig? Jeg mener vi taper mye på et slikt prisregime. Kopi-produktene er jo dyrere enn i andre land. Og de som stikker av med avansen er ikke produsentene eller pasientene, men apotekene og distribusjonsleddet.

POLITISK SOVEPILLE

Bekkemellem forteller at hun opplever at dette har vært en sovepute for politikerne og departementet og at det for byråkratiet har vært komfortabelt. Hun hevder at politikerne ikke har hatt nok innsyn i denne virkeligheten, men at LMI forsøker å sette disse spørsmålene på agendaen nå.

- Klinisk forskning har stupt i Norge siden 2005. Legene mister viktig kompetanse på det som kommer av innovasjoner. Det er en bekymringsfull utvikling i forhold til det å få muligheten til å få ta del i utprøvede behandling, samtidig som norske pasienter ikke får ta del i nye og bedre behandlingsmetoder.

Har ikke politikerne skjønt rekkevidden av egne medisinedtak?

- Jeg mener at politikerne har sluppet for billig. Norsk helsepolitikk har handlet om hvorvidt vi skal få bygd et nytt sykehus og hvor det skal ligge. Bygg er viktige helse-spørsmål. Det handler om korridorpasienter og om eldrepolitikk. Men vi har kanskje ikke vært sultne nok til å begynne se på innholdet i det vi skal fylle sykehusene med, og stille mer spørsmål og krav til det.

AVPOLITISERT HELSEPOLITIKK

Er man flink til å ta i bruk nye medisiner i Norge?

-Når det gjelder bruk av innovative medisiner tar det gjerne mange år før norske pasienter får tatt dem i bruk, kontra en del andre europeiske land. Vi hadde et eksempel fra Boehringer Ingelheim hvor det tok 6 år før de fikk sitt produkt på refusjon og til det nådde ut til pasientene.

”Vi ser at klinisk forskning har stupt i Norge siden 2005. Det er en bekymringsfull utvikling i forhold til det å få muligheten til å få ta del i utprøvede behandling.”

Er det politikerne eller industriens ansvar at det tar så lang tid?

- Vi tar vår del av ansvaret, men det handler også om at Stortinget og Regjeringen har avpolitisert viktige spørsmål i norsk helsepolitikk. Det er i dag lagt til helseforetakene. Men spørsmålet om hvorvidt et enkelt legemiddel skal få refusjon, det sitter stortingspolitikkerne og gjør særskilte enkeltvedtak om i Stortinget. Og det er et paradoks når du ser hva slags rammer helseforetakene har, på flere hundre millioner kroner uten at Stortinget er nødt til å gå inn og ta beslutninger.

Som for eksempel når det gjelder den såkalte bagatellgrensen? Er den en bagatell?

- Bagatellgrensen handler om at hvis et legemiddel koster mer enn fem millioner over fem år, så må det til Stortinget. Prosessene er ikke transparente. Våre firmaer har ikke oversikt over hvordan den prosessen foregår internt i departementet. Det vi ber om er at vi kan lage en form for fornyelsespott, som gjør at de midlene som faktisk bevilges over legemiddeldbudsjettet blir benyttet. I løpet av det siste 1½ året er det i alle fall en halv milliard som

er bevilget, men som ikke er brukt. Vi snakker ikke om nye bevilgninger, men om å ta i bruk det vi faktisk har bevilget over statsbudsjettet til det feltet. Så det er mye å ta tak i.

Som dine eks-kollegaer i politikken bør ta tak i, mener du?

- Ja, jeg skjønner ikke at det ikke er flere politikere som våkner opp og ser potensialet i forhold til pasientdimensjonen som ligger her. Dette handler om kreft, hjerte, bedre KOLS-medisiner osv. Man kan liste opp mange områder hvor folk har et behov for bedre medisiner. Kanskje noen har bivirkninger på de medisinene de bruker i dag, og de vet ikke engang at det kommer nye produkter som kan gi dem en bedre livskvalitet. Et gode i dag er at vi har mange bedrifter, slik at det er en konkurranse som gjør at det handler om å få frem enda bedre medisiner til pasientene. Og hvis man begynner å tenke kun økonomi, å snevre inn på det, så vil det ikke være incentiv til å forske og utvikle enda mer. Det er det pasienter får utbytte av, at du får et produktmangfold. Det er viktig med mangfold i medisiner for at du kan få et mer individtilpasset pasienttilbud. Det som virker godt på en pasient virker ikke nødvendigvis godt på en annen. Legen må ha flere produkter å velge blant.

LAVE PRISER ER IKKE ALT

Tenker politikerne for mye på økonomi?

- Ja, Norge taper noe på veien hvis det er kun økonomisk tenkning som skal være gjeldende på legemiddelpolitikken. Jeg synes det blir et paradoks når alle er glad for flotte oppslag i DN og Aftenposten om at norske firma har utviklet revolusjonerende ny kreftmedisin og ny behandling. Men skal vi ikke ta det i bruk da? Skal vi eksportere det?

Har Norge strengere regler enn andre land?

- I forhold til lave priser i alle fall. Statistikken viser at vi har spesielt lave priser. Til å være et høykostnadsland ligger vi lavt. Skal Norge være interessant også for forskning, som jo også er viktig i forhold til at norske pasienter skal få god behandling, må ikke prisene være for lave. Forskning medfører at norske leger får kunnskaper om nye produkter. Skal Norge være langt fremme med å gi pasientene det siste så er det nødvendig både med gode rammevilkår og ved at man legger til rette for forskning på sykehusene. Dette henger jo sammen. Men det holder ikke bare å bli god på forskning. Man må også vise vilje til å bruke den nye teknologien som man klarer å forske frem. Og igjen, da må man være villig til å betale for det nye, for det nye koster jo ofte mer enn det gamle, som man har fått igjen pengene sine på for 20 år siden.

Bør vi betale mer for medisiner?

- Vårt budskap er at man ikke kan være en free rider og forvente det beste. Man er nødt både å involvere seg i forskning og betale det det koster i andre sammenlignbare land i Europa. Norge, verden rikeste land, blir jo da en form for gratis passasjer når vi ikke tar del i utviklingen, men bare sitter og “melker” av det vi føler er formålstjenlig for oss selv til enhver tid.

Hadde norske pasienter visst en del av denne virkeligheten så hadde de ikke ville funnet seg i det. Hvis folk virkelig hadde følt at det er store forskjeller på behandling i Norge og andre europeiske land, og innen Norge mellom sykehus når det gjelder kreftbehandling og andre typer behandlinger, ville de protestert. Det ligger så grunnleggende i oss, tror jeg, at vi skal ha en form for rettighet og sikkerhet avhengig av hvor vi bor i landet. Sånn har vi tenkt når det gjelder skolepolitikk osv. Det er et bærende element innenfor den sosialdemokratiske velferdsmodellen som vi har hatt. Og her bryter vi med det! Og paradokset for meg som arbeiderpartipolitiker er at jeg ser at dette er med på å øke en oppslutning om mer privatisering i fremtiden.

Hvilke områder/arenaer vil legemiddelindustrien satse på for å komme ut med informasjon etter nyttår?

- Vi ser jo blant annet at Roche har overført en del større møter på web, og har lagt opp og tilrettelagt for å bruke ny teknologi for profesjonell overføring av en del av de faglige tingene som skjer internasjonalt. Man kan tenke seg at noen firmaer kan gå sammen på ulike felt og presentere i fellesskap.

VIKTIG OMSTILLINGSPROSESS

Karita Bekkemellem forteller at LMI nå er inne i en fase hvor de må tenke hva kan de kan gjøre for å tilby kompetanse til norske

LMI's vedtak 14.03.11: Krav til reiser utenfor Norge

Legemiddelfirmaer må ikke arrangere eller sponse et arrangement som tar plass utenfor Norge, med mindre:

- a. Arrangementet er forhåndsgodkjent av Rådets sekretariat, og
- b. De fleste av de inviterte er fra andre land enn Norge, og at destinasjonen fremstår som fornuftig gitt deltagerens avreisested, eller
- c. Gitt lokaliseringen av arrangør eller ekspertise gjør det mer fornuftig å holde arrangementet utenfor Norge

Det er ikke tillatt å sponse eller betale for deltagelse og reise for helsepersonell til arrangementer i utlandet som er i regi av tredjepart. Det er heller ikke tillatt å medvirke til reiser som rammes av forbudet i første setning, ved direkte eller indirekte støtte, ved praktisk bistand, reise stipend, generell støtte til arbeidsgiver eller på annen måte. Dette ledd er dog ikke til hinder for at ansatte i industrien inviterer helsepersonell til oppsummeringsmøter/temamøter under internasjonale kongresser.

leger. Derfor har de også tatt noen initiativer til dialog med leger for å høre med dem og spille litt ball om hva er de kan gjøre.

Har legene vært opptatt av sponsorspørsmålet?

- Frem til nå har de vært mest bekymret i forhold til konsekvensene av vedtaket. Hvem skal betale? De har nok en viss forståelse for at vi i industrien sier at dette ikke er noe vi kan drive med lenger. Men bekymringen er mer om arbeidsgiver vil ta ansvaret sitt fullt ut og sørge for en tilstrekkelig oppdatering. Det er der skoen trykker, slik vi oppfatter det.

Er helseforetakene innstilt på å overta regningen?

- De har tatt et større arbeidsgiveransvar på dette området og ønsker mer styring med de ansatte. Det er deres tilnærming. Deres etiske regler speiler og er i harmoni med LMI's vedtak. Vi har en god og tett og månedlig dialog med helseforetakene nettopp for å kunne videreføre det faglige samarbeidet mest mulig. Vi har ikke lagt skjult på at det har vært mange sterke reaksjoner fra våre egne medlemsbedrifter på dette.

Er det strengere regler for sponing i Norge enn i andre land?

”Vi tar vår del av ansvaret, men det handler også om at Stortinget og Regjeringen har avpolitisert viktige spørsmål i norsk helsepolitikk. Det er i dag lagt til helseforetakene.”

- Norge er det første land i verden som har fattet en slik beslutning. Ansatte i industrien kan imidlertid invitere helsepersonell til oppsummeringsmøter og temamøter under internasjonale kongresser, og til faglige møter i utlandet i egen regi når de er godkjent av Rådet for legemiddelinformasjon. Legemid-

delfirmaet Astra Zeneca globalt har fattet et oppsiktsvekkende vedtak som går på mye av det sammen, men på global basis. De slutter med kongressreiser, og stort sett andre reiser også, slik jeg har forstått det. Vi vet jo ikke hvordan fremtiden ser ut, men vi tror enten at firmaer eller andre land kommer til å følge etter. Dette er en slags trend og vi er tidlig ute.

Hvilke endringer i informasjonsstrømmen vil legene merke best fra nyttår?

- LMI's bedrifter ønsker fremdeles å formidle faglig informasjon, men da mer i form av aktiviteter som man mener tilligger industrien. Helseforetakene sier de overtar ansvaret for kursvirksomheten. I hvilken størrelsesorden og hvor bra det kommer til å fungere får vi jo se. Vi håper de tar det på alvor og at det blir bra. LMI ønsker jo at legene skal få best mulig faglig oppdatering.

- Det er ikke LMI's rolle å skissere hvordan dette skal løses, og vi har ikke kunnskap om hvorvidt Legeföreningen har ordninger som gjelder for eksempel private allmennpraktikere. Vi håper i alle fall at man finner gode løsninger både i Legeföreningen og hos



GLAD OG SKEPTISK: Karita Bekkemellem er glad for at legemiddelindustrien har innført strengere regler for sponing, men er både overrasket over og skeptisk til hvor lite politisert legemiddelpolitikken har vært i Norge.

ET SKOLEEKSEMPEL på effektiv spesialisttjeneste

Moelv Specialistsenter er et skoleeksempel på hvordan man kan organisere en pasientnær og effektiv spesialisttjeneste som bør passe godt innenfor Samhandlingsreformens intensjon, sier styreleder i Helse Sør-Øst, Frode Alhaug.

AV ANNE-BETH MOSLET

Frode Alhaug tok fatt på jobben som nestleder i Helse Sør-Østs styre i januar 2010 og siden midten av april i år har han fungert som stedfortredende styreleder. Han har bred næringslivserfaring fra blant annet jobben som tidligere konsernsjef i Moelven Industrier og som styreleder i Statens Nærings og Distriktsutbyggingsfond (SND) hvor han blant annet var styreleder for verdiskapningsprogrammene for reindrift, skog og mat.

Alhaug er også styreleder og deleier i Scana Industrier ASA som har fjorten selskaper under sin paraply i både Norge, Sverige og Kina.

For seks år siden flyttet Alhaug tilbake til sin hjemby Hamar og den nye styrelederen legger ikke skjul på at han ønsker økt fokus på nytenkning og desentraliserte løsninger.

- Min filosofi er at det bør være korte beslutningsprosesser og lokalt forankrede avgjørelser for å få til effektiv og god drift.

NYTTIG STUDIETUR

Alhaug ble med Legekunsten på et besøk til avtalespesialist i urologi, Morten Andersen, ved Moelv Specialistsenter den 24. august.

På sin omvisning i senteret fikk Alhaug selv se hvilken effektiv logistikk Andersen baserer driften sin på.

- En prioritert oppgave for meg er å få redusert helsekøene og i så måte har dette har vært en meget nyttig studietur, sa Helse Sør-Østs nye styreleder etter omvisningen.

Alhaug fikk se blant annet to operasjonsstuer hvorav ett med topp moderne fleksibelt skop og tre velutstyrte undersøkelsesrom med nye ultralydapparater. Dette bidrar til at pasientene kan undersøkes svært grundig og opereres på "løpende bånd" uten å få noen følelse av samleband.

"En prioritert oppgave for meg er å få redusert helsekøene og i så måte har dette har vært en meget nyttig studietur."

UTDANNINGSKANDIDAT I SIKTE

I fjor hadde Morten Andersen 4 473 konsultasjoner hvorav halvparten nyhenviste. Han utførte også 250 anbudoperasjoner for Helse Sør-Øst. Fra 22. august har Moelv Spesia-

listsenter enda en avtalespesialist i urologi (Mats Ola Kalgraff) som vil bidra til ytterligere avlastning for de lokale sykehusene og redusert ventetid for pasientene. Går det som Andersen håper, kan han i tillegg få en utdanningskandidat i en halvårsenhet fra urologisk avdeling ved Hamar sykehus for å bedre utdanningstilbudet i urologi.

- I og med at alle instanser fra Legeforeningen til departementet har godkjent en slik løsning, er det gledelig å se at Morten Andersen nå ser ut til å kunne få dette til i god samhandling med det lokale sykehus. Dette er et utmerket eksempel på hvordan lokale enheter sammen kan bidra til å bedre tilbudet til

pasientene og øke effektiviteten, sier Alhaug som gjennom mange år i næringslivet nettopp har fremhevet viktigheten av den lokale forankringen for en hver beslutningsprosess i bedriftslivet.



EFFEKTIV DRIFT: På en av de to moderne operasjonsstueene ved Moelv Specialistsenter ser vi (f.v.): Morten Andersen (urolog), Frode Alhaug (styreleder Helse Sør-Øst) og Mats Ola Kalgraff (urolog).

VIKTIG SAMHANDLING

- Det er min oppfatning at man må våge å tenke nytt og at det aller meste kan løses desentralt. Det viktige ved den prosessen som Morten Andersen har initiert for å bedre utdanningsmulighetene i urologi, er å finne en lokal samhandling mellom sykehus, myndigheter og avtalespesialist.

Men nytter det å innføre slike korte og lokale prosesser i helsevesenet?

- Jeg mener det er helt nødvendig. Jeg har alltid vært skeptisk til lange beslutningsveier og for mange konsensumøter i næringslivet. Det blir ofte mange ord uten handling. Jeg er av den mening at det bør snakkes mindre og gjøres mer. Dette kan vel også virke i helsevesenet. Skal vi effektivisere helsevesenet og få vekk køene, må vi dessuten stille krav til alle deler av organisasjonen. Det må utføres mer pr tidsenhet og mer pr investert krone. Dette er ikke det samme som at våre ansatte ikke gjør en stor og god innsats, men vi må organisere arbeidet bedre.

- Dette krever større fleksibilitet og riktige prioriteringer av hvilke oppgaver som må løses. Resultatet for den enkelte medarbeider bør være at det blir mer interessant å jobbe

Ny avtalehjemmel i urologi

Helse Sør-Øst utlyste fem nye avtalehjemler i 2011. Den ene var i urologi i Hedmark/Oppland. Det var ni søkere. Urolog Mats Ola Kalgraff fikk hjemmelen som ble lokalisert til Moelv Specialistsenter hvor han jobber sammen med urolog Morten Andersen.

Kalgraff er svensk og var ferdig utdannet urolog ved Bolnes Sjukehus i Sverige i 2005. Han jobbet ved Volvat Medisinske senter i Oslo fra 2005 til 2007.

I januar 2008 ble han medisinsk rådgiver i legemiddelselskapet

Ferring Legemiddel. Fra september 2009 jobbet han som overlege ved sykehuset i Kristiansund.

når man erfarer at arbeidet ikke er så statisk. Vi blir ineffektive når vi beskytter vår posisjon og på et tidspunkt taper vi konkurransen.

Men finnes det egentlig konkurranse i helsevesenet?

- Ikke i vanlig forstand, men pasientene vil bli mer og mer kvalitetsbevisste og kreve både god service og god behandling. Neste generasjon vil forsterke kvalitetskravene ytterligere. Mange av våre sykehus blir stadig bedre. De holder sine budsjetter og er mer effektive.

Hvordan vil den nye Samhandlingsreformens kunne påvirke utviklingen innen spesialisthelsetjenesten?

- En utfordring og mulighet for spesialistene er nå å finne sin plass i en effektiv leveranse av spesialisttjenester innenfor samhandlingsreformens intensjon om behandlingsnærhet til pasientene. Det vi ser her på Moelv Specialistsenter er et godt eksempel på hvordan man kan organisere en slik nærtjeneste utenfor sykehus, sier Frode Alhaug som iallfall skal fungere som styreleder frem til neste foretaksmøte. ■