

Pengar, hypertoni och kalcium- antagonister

I Läkartidningen 35/96 ger Lennart Hansson, Bengt-Göran Hansson och Thomas Hedner sitt oreserverade stöd åt behandling av högt blodtryck med kalciumantagonister. Själv är jag mycket oroad över glidningen från de billigare och mer väldokumenterade preparaten till kalciumantagonister. Det bidrar till en kostnadsökning som tvingar våra politiker till drastiska reformer. Industrin har, med benäget bistånd från hypertoniexperter, lyckats öka förskrivningen av de dyra kalciumantagonisterna trots att det inte är visat att de har någon skyddande effekt mot slagangfall och hjärtinfarkt, målet med behandlingen. Man har heller inte kunnat visa på påtagligt färre biverkningar. Kostnaden för behandling med vår vanligaste kalciumantagonist, Plendil, är dessutom tio gånger så stor som med tiazidpreparat!

Industrins framgång

Skälen till att industrin lyckats är:

1. Det olyckliga beslutet 1990 att förklara alla fyra typer av blodtrycksmedel som »förstahandspreparat», även om man i en numera noggrant »bortglömd» bisats faktiskt klart uttalade att tiazider och betablockare skulle väljas om ej kontraindikationer förelåg. Under de senaste fem åren har jag hört åtskilliga hypertoniexperter förkunna att vi har fyra »förstahandspreparat», men jag kan inte erinra mig någon enda som påmint om den »glömda» bisatsen.

2. Bristen på motkrafter. Industrins uppgift är att sälja sina produkter. Men vilken är vår roll? Antingen är den gedigna SBU-rapporten om behandling av förhöjt blodtryck, vilken effektivt tigtits ihjäl av industrin m fl, ett ovetenskapligt missfoster eller så föreligger ett allvarligt fel i vårt sätt att förvalta de pengar skattebetalarna avstått till läkemedelssubvention. Jag finner nämligen SBUs slutsatser och aktuella förskrivningsvanor på blodtrycksområdet icke förenliga. SBU har gjort en hedervärd insats. Läkemiddelsverkets roll som motkraft har väl närmast varit statistens.

KORRESPONDENS

Etiska regler skall användas

Förutom sina docent- och professorstitlar har Hansson, Hansson och Hedner valt att ange sina ordförandeskap i Svenska hypertonisällskapet. För läsaren hade det möjligen varit mera relevant om de listat de uppdrag de har eller har haft för läkemedelsföretag. Att intressekollisioner kan förekomma mellan rollen som samhällsavlönad tjänsteman-forskare och som företagsarvoderad expert har vårt förbund förutsett i sina etiska regler.

I sin vägledning Läkares uppdrag för läkemedelsindustrin sägs: »Du bör avisera befarad intressekollision (anmäla jäv) i situationer där Din integritet kan tänkas bli ifrågasatt» och efter att ha rekommenderat detta vid arbete i läkemedelskommitté framhålles: »Om Du i andra sammanhang får att bedöma en fråga som direkt eller indirekt berör ett läkemedelsföretag för vilket Du har uppdrag, ska Du upplysa om detta.»

Som jag tidigare framhållit är det nog dags för oss alla att försöka använda våra etiska regler i det dagliga arbetet och inte enbart damma av dem vid högtidliga tillfällen och visa upp dem för media och politiker efter behov.

Anders Hernborg
distriktsläkare, Laholm

Replik

Med anledning av Anders Hernborgs inlägg vill vi framhålla följande:

1. *Kalciumantagonistterapi och cancerrisk.* Den uppfattning som vi ställer oss bakom har vi väl redogjort för i tidigare inlägg [1], och vi ansluter oss till den pressrelease som Läkemiddelsverket utfärdat: »Ogrundad larmrapport ... baserad på undermålig studie» [2].

2. *Kalciumantagonisternas roll i hypertonibehandlingen.* Vi vill som tidigare framförts [1] åter understryka att det är vår bestämda uppfattning att kalciumantagonisterna väl försvaret sin plats som ett av fem grundalternativ (diuretika, betablockare, kalciumantagonister, ACE-hämmare och alfa₁-receptorblockerare) i den

farmakologiska behandlingen av hypertoni. Detta är en uppfattning som vi delar med de flesta nationella och internationella hypertonisällskap och/eller expertgrupper [3, 4]. Vilket eller vilka av dessa farmaka som vi anser utgöra förstahandsalternativ för den enskilde hypertonipatienten i den individualiserade behandlingen har vi inte kommenterat.

3. I *den sista delen* av inlägget tar Hernborg upp frågan om »Läkarförbundets etiska regler angående läkares uppdrag för läkemedelsindustrin». Vad gäller vår egen roll har vi genom åren lett eller deltagit i vetenskapliga studier av nya och gamla läkemedel, för vilka våra huvudmän (universitet och/eller landsting) erhållit ekonomisk kompensation.

Vi är engagerade i stipendiekommittéer för utdelning av forskningsmedel till oberoende forskare där väsentliga delar av stipendiebeloppen har donerats av läkemedelsindustrin.

Därutöver har vi deltagit i ett antal internationella och nationella vetenskapliga symposier som ofta i större eller mindre omfattning stötts av farmaceutisk industri. Vi har genom åren även verkat som föreläsare där antingen vi personligen eller våra respektive huvudmän kompenserats för nedlagd tid. Vi är övertygade om att det samarbete vi hittills haft med farmaceutisk industri har varit till nytta för våra respektive universitet, landsting, specialist- och intresseföreningar och till gagn för de patienter vi behandlar samt inte minst för det samhälle vi verkar inom.

Lennart Hansson
professor, Uppsala
Bengt-Göran Hansson
docent, Halmstad
Thomas Hedner
professor, Göteborg

B-G Hansson är ordförande i Svenska Hypertonisällskapet, T Hedner är föregående ordförande och L Hansson tidigare ordförande i samma sällskap.

Referenser

1. Hansson L, Hansson BG, Hedner T. Kalciumantagonister och cancerrisk. Läkartidningen 1996; 93: 2918.
2. Läkemiddelsverket. Pressrelease 1996.
3. Zanchetti A, Chalmers J, Arakawa K, Gyarfas I, Hamet P,

Hansson L. The 1993 guidelines for the management of mild hypertension: Memorandum from a WHO/ISH meeting. Blood Pressure 1993; 2: 86-100.

4. Engfeldt P, Östergren J. Hypertoni. I: Läkemiddelsboken 95/96. Stockholm: Apoteksbolaget, 1996: 289-304.

Förskrivet preparat byts till billigare medel

Jag har en undring angående apotekens nuvarande policy att byta ett förskrivet preparat till ett billigare generiskt alternativ. Det sker nu tämligen generellt. Jag har ingenting emot principen, men vad kommer de stora internationella läkemedelsbolagen att säga när de märker att deras svenska marknad nästan försvinner? Är det egentligen inte fråga om ett handelshinder?

Lennart Kjellson
leg läkare, Herrljunga

Replik:

Preparatbyte är inte handels- hinder

Apoteken byter ibland ut ett förskrivet preparat mot ett billigare. Det sker efter överenskommelse mellan apotek och lokal sjukvård (tex läkemedelskommitté, chefsöverläkare). Bytet görs främst för att det av läkaren valda preparatet helt eller delvis faller utanför referensprissystemet. Därmed kan patienten få den läkemedelsrabatt som han/hon och sannolikt även läkaren förväntar sig.

Dessa utbyten är för närvarande inte särskilt vanliga. De förekommer i några procent av alla receptexpedieringar. Någon exakt siffra för landet har vi inte. Fenomenet är betydligt vanligare i många andra europeiska länder, som i motsats till Sverige tillåter sk generisk förskrivning. Det kan heller inte ses som ett handelshinder, eftersom de preparat man byter kan vara såväl utländska som svenska.

J Lars G Nilsson
chef, sektor farmaci
Apoteksbolaget